

С.А.Аллазов

УРОЛОГИЯ

Медицина институтлари студентлари ва
умумий амалиёт шифокорлари учун дарслик

С.А. Аллазов. Урология. Медицина институтлари студентлари ва умумий амалиёт шифокорлари учун дарслик. Самарқанд: СамМИ, 2007, -132 бет.

Тақризчи:

Ғайбуллаев А.А. Тошкент давлат малака ошириш институти урология кафедраси мудири, медицина фанлари доктори, профессор

Самарқанд - 2007

МУҚАДДИМА

Урология (юнон тилидан: uro – сийдик ва logos – фан) - хирургиянинг эркакларда сийдик-таносил, аёлларда эса сийдик ажратиш органлари касалликларини ўрганиш билан шуғулланадиган бўлимидир. Бу органларга одатда буйраклар ва сийдик йўллари, қовуқ, сийдик чиқариш канали, шунингдек эркакларда простата бези, мойаклар, уларнинг ортиклари, уруғ чиқарувчи йўллар, уруғ пуфакчалари киради.

Урологик беморлар оғир тоифадаги беморлардан саналади: кексалик ёши, сийдик тўхтовсиз ажралиб турадиган дренаж найчалари ўрнатилганлиги, уларда эндоскопик ва рентгенологик текширишлар ўтказиш зарурлиги умумий амалиёт врачлари ва урологлардан махсус билимлар ва амалий кўникмаларни талаб қилади. Бундай билим ва малакаларга фақат урология бўлимларининг тиббий ходимларигина эмас, балки бошқа кўпчилик бўлимларнинг, айниқса хирургик, гинекологик, терапевтик бўлимлар ва поликлиника кабинетларида ишлайдиган врач ва ҳамширалар ҳам эга бўлишлари керак. Чунки улар ўз фаолиятида асосий дардидан ташқари урологик хасталиклари ҳам бўлган беморлар билан мулоқотда бўлишларига тўғри келиши мумкин.

Бундан ташқари, урологик текшириш усуллари хилма-хиллигидан ташқари, тадқиқотчидан, маълум маънода "санъат" талаб қилади, тиббий ёрдам кўрсатишга эса бошқа ҳамма касбдаги врачлар, умумий амалиёт врачлари айниқса, ҳар қандай шароитда ҳам тайёр бўлиб туриши зарурдир.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ВА САМАРҚАНД МИНТАҚАСИДА УРОЛОГИЯ ЁРДАМИ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИНING ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Урология хизмати жуда қадимдан табиб ёки устолар томонидан кўрсатилиб келинган (гиёҳлар билан даволаш, суннат ёки хатна ва бошқалар).

Сийдик таносил аъзолари касалликлари ҳақида илк ўрта аср Шарқи фанининг энг йирик намояндаларидан бири Абу Бакр Розий (865-925) ўзининг «Ал-Ҳовий» («Қатта тўплам») номи асарида, жумладан бу асарнинг «Касалликлар тарихи» қисмида 34 та касаллик тарихи мисолида қимматли фикр-мулохазалар келтирган. Ҳажм жиҳатидан Ибн Сино «Қонуни» дан катта бўлган бу асар Ибн Синонинг ўзи учун, Беруний ва кейинги давр олиму - табиблари учун қўлланма бўлиб хизмат қилган. Ибн Синодан 100 йиллар олдин Эроннинг Рай ва Бағдод шаҳарларида яшаб ижод этган бу олим, Бухоро ва Хоразмларда ҳам бўлиб, олиму-фузалолар билан яқин алоқа ўрнатган.

«Ал-Ҳовий» нинг 341 бетдан иборат «Сийдик йўли ва буйрак ҳамда бошқа касалликлар ҳақида»ги 10-боби 1962 йилда Ҳиндистоннинг Ҳайдаробод шаҳрида нашр қилинган. Бундан ташқари Розийнинг урология фанига тааллуқли «Буйрак ва қовуқда бўладиган тошлар ҳақида китоб»и 1905-йилда француз тилига таржима қилинган, «Жинсий қобилят ҳақида китоб» Ўзбекистон фанлар академияси шарқшунослик институтида қўлёзма ҳолида сақланмоқда.

Сийдик таносил аъзолари касалликлари бўйича ўз даври учун тўлиқ маълумот Абу Али Ибн Сино томонидан 1012-1024 йилларда яратилган «Тиб қонунлари» асарида келтирилган. Бу қомусий асарда (III жилд, 2-китоб) урологиянинг асослари ёритилган дейиш мумкин. Кўп асрлар давомида бу асар Европа ва Осиёда дарслик сифатида жуда қадрланган. Айтишларича, Ибн Сино қовуқдаги тошларни тушириш сир-асрорини билган. Зеро, буюк Микеланжелонинг «Бошқаларни қўллаб рост бўлгунча, Галену Авиценнани қўллаб адашиш афзалроқдир» деган гапида жон бор.

Урология фанининг энг асосий қисми бўлмиш сийдик-тош

касаллиги мисолида шуни таъкидлаш мумкинки, сийдик таносил касалликлари билан олим ва табиблар жуда қадимдан шуғулланишган (образли килиб айтадиган бўлсак, «Ибн Синодан Арустамовгача»). Ҳатто Гиппократ «Қасамёди»да ҳам негадир бу касалликни даволашга муносабат алоҳида тилга олинади: «Мен ҳеч қачон тош касаллиги билан хасталанган беморларда кесиб олишни бажармай, уни шу иш билан шуғулланувчиларга топшираман». Агар у даврларда фақат дорилар ва табиий таассуротлар билан даволовчилар врач сифатида тан олинганини, тиф билан даволовчилар (уларни сийдик тош касаллигига нисбатан «тош олувчилар»-«камнесеки» - рус. дейишган) эса сартарош, этикдўз ва ҳ.к. каби касб эгалари қаторига киритилганини ҳисобга олсак, буюк Букротнинг фикрини тушуниш мумкин (эътибор беринг, кўп давр, баъзан ҳозир ҳам кўпчилик сартарошлар, яъни «усто» лар бир вақтда суннат килиш билан ҳам шуғулланишди).

Урология илмий жиҳатдан хирургия таркибида XIX асрда шакллана бошлади ва XX асрга келиб ундан мустақил фан сифатида ажралиб чиқди.



Н.С.Перешивкин
(1878-1933)

Республикамизда у фан ва тиббий хизмат сифатида 1921 йилдан бошлаб профессор Н.С. Перешивкин (1878-1933) сазъ-ҳаракатлари туфайли юзага кела бошлади. Бу олимнинг номи ўзимизда ва дунё микёсида маълумдир. Унинг «Буйрак жомлари ва сийдик найи касалликларининг ташҳиси», деб аталган докторлик диссертацияси классик илмий иш ҳисобланиб, кўплаб дарсликларда келтирилади, буйрак жоми ва сийдик найлари анатомияси ва касалликлари бўйича асосий илмий иш саналади. Унинг томонидан яратилган «Цистоскопия пластик атласи» асари кўп вақт дарс беришда кўрсатув қўлланма бўлиб хизмат

қилди.

Профессор Н.С.Перешивкин 1921 йилда Тошкентга келиб, Ўрта Осиё давлат университети тиббий факультети хирургик пропедевтика клиникаси раҳбарлигига тайинлангач, сийдик-тош касаллиги ва буйрак касалликларининг иссиқ климат шароитида кечиш хусусиятлари бўйича катта илмий изланишларни бошлаб юборди. Бундан ташқари у бу даврда Д.А. Введенский, Э.А.Фракман, В.И.Симонова, М.Б.Левитанус, М.Мирсагатов, С.М. Игрон каби уролог мутахассисларни тайёрлади.

1930 йилда Тошкент давлат тиббиёт институтида 25 ўринли урология клиникаси ва 1938 йилда эса 1-Тошкент шаҳар шифохонасида 20 ўринли урология бўлими ташкил қилинади.

Иккинчи жаҳон уруши пайтида (1941-1945 йиллар) Д.А.Введенский ва С.М.Игрон урушга жалб қилинган туфайли фақат 55 ўринли ТошМИ клиникаси фаолият кўрсатган. Бу клиника уруш даврида аслида бутун Республика аҳолисига урология хизматини амалга оширган. Бу хизматга Э.А.Фракман, М.Мирсагатов, И.В.Шубладзелар бошчилик қилишган. Бундан ташқари, шошилишч урология хизмати Республикамиздаги Эвакогоспиталлардаги шошилишч урология бўлимларида бош уролог консультант доцент Е.А.Фракман бошчилигида ҳам амалга оширилган.

Ўша йилларда доцент Э.А.Фракман томонидан «Тўлиқ емирилган орқа уретрани тиклаш» (ТошМИ илмий ишлари тўплами, 1949) илмий иши чоп қилинган бўлиб, бу илмий асарда келтирилган янги усул фақат 1993 йилга келибгина, у ҳам бўлса, «Урология ва нефрология» журнали саҳифаларида ўтказилган катта ва узоқ дискуссиядан кейин уретра пластикасининг янги усули сифатида тан олинди.

1945 йилда урушдан қайтган проф. Д.А.Введенский 40 ўринли ТошМИ урология клиникасини бошқара бошлаган. Бундан ташқари 1945-1949 йилларда Госпитал тиклаш хирургиясидаги ҳамда Ортопедия, травматология институтидаги тиклаш хирургияси таркибидаги 15 ўринли урология бўлимлари фаолият кўрсатган. 1952 йилда Тошкент шаҳар шифохонасида 30 ўринга мўлжалланган урология бўлими очилди. Бу бўлим Тошкент врачлар малакасини ошириш институти урология доцентлик курси учун илмий база ҳисобланган. Бу курсни 1935 йилдан

1950 йилгача доцент С.М.Игрон, 1952 йилдан эса доцент Э.А.Фракман олиб боришган.

Кейинчалик аҳолига урология хизматини яхшилаш мақсадида барча вилоят шифохоналарида урология бўлимлари очишга, барча вилоят ва шаҳар поликлиникаларида урология кабинети ташкил қилишга ҳамда кўпроқ уролог мутахассислар, айниқса маҳаллий халқ вакилларида тайёрлашга қарор қилинган. Шундай қилиб, 1955 йилда Республика бўйича урология ўринлари сони 125 тани, урология хоналари сони 12 тани, врач-урологлар сони эса 32 нафарни ташкил қилган (Б.И.Берлинер, 1956).

Бу кўрсаткичлар 1975 йилда тааллуқли равишда 1271, 139 ва 210, 1980 йилда 1713, 194 ва 281 тани ташкил қилган бўлса (А.М.Худойберганов 1981), 2006 йилга келиб, Республикамизда урология ўринлари 1427 тага урологлар сони 589 тага етган (А.А.Ғайбуллаев, 2007).

Ўзбекистонда ҳозиргача урологияда асосий илмий йўналиш эндемик касаллик саналмиш уrolитиаз муаммоси ҳисобланади. Биринчи диссертация илмий изланишлари айнан сийдик-тош касаллиги масалаларига бағишланган. Худди шундай, Хоразмдан А.А.Абдуллаев (1962) «Ўзбекистон ССР Хоразм ва Самарқанд вилоятлари даволаш муассасалари материаллари бўйича болаларда сийдик-тош касаллигининг учраши», Қашқадарёдан А.А.Абдурахмонов (1968) «Беморларда тошли ва тошсиз пиелонефритни даволаш тажрибаси (ЎзССР Қашқадарё вилояти касалхонаси урология бўлими материаллари асосида)», Самарқанддан Н.А.Юсупов (1976) «Болаларда кўпжойли урокалькулёз» мавзуларида диссертация ҳимоя қилдилар. 1960-йилда эса И.П.Погорелконинг «Сийдик-тош касаллиги» монографияси чоп этилди. Бу фундаментал илмий асар ҳозирда ҳам урологларнинг доимий қўлланмасидир.

Ўтган асрнинг 60-80-йилларида Ўзбекистонда урология фани ва хизматининг ривожланишида амалиётга замонавий текшириш усуллари (радиологик, ангиографик, уродинамик, компьютер томография ва ҳ.к.) кириб келиши ва даволаш йўллари (гемодиализ, ТУР, перкутан ва лапароскопик операциялар, буйрак тошларини масофадан парчалаш ва ҳ.к.) тадбиқ этилишининг аҳамияти катта бўлди ва бу соҳанинг жаҳон андозалари дара-

жасига кўтарилишига имкон берди.

Буйрак трансплантацияси масалаларида жаҳон олимлари қаторида Ўзбекистон жаррорх-урологлари (Ў.О.Орипов, Д.Л.Арустамов ва бошқ.) маълум ютуқларга эришдилар.

Мамлакатимизда урологиянинг тараққиётига профессорлар И.П.Погорелко, Т.Н. Позднякова, О.М.Мухторов, Д.Л. Арустамов, М.М. Мирсаматов ва бошқалар улкан ҳисса қўшдилар.

Ҳозирги даврда бу соҳада янги бўғин уролог-олимлари (А.А. Ғайбуллаев, Ф.А. Акилов, С.А. Аллазов, Ш.Т. Мухтаров, Ф.Ю. Юлдашев, А.К. Шодмонов ва бошқ.) кенг камровли фаолият кўрсатишмоқда.

Асримизнинг бошларидаёқ республикамизда шошилишч тиббий ёрдам маркази ҳамда вилоятларда унинг филиаллари таркибида шошилишч урология бўлимларининг ташкил қилиниши мамлакатимизда урологиянинг ривожланишига яхши шароит туғдирди.

Хоразмда Республика ихтисослашган урология маркази филиалининг очилиши ва қолган вилоятларда ҳам шундай марказлар яратилиши мўлжалланганлиги урология хизматининг яхшиланишига туртки бўлади.

Ўзбекистон урологлари олиб борган илмий ишлари натижалари 2 та Республика (Тошкент, 1976; Фарғона, 1981), 2 та вилоят (Самарқанд 2001; Навоий 2004) урологлари илмий амалий конференцияларида ҳамда 3 та Республика урологлари съездларида (Тошкент, 1992, 2001, 2007) таҳлил қилинди.

Самарқандда урология хизмати Республикамиз микёсидаги худди шундай хизматнинг таркибий қисми сифатида барпо бўлди ва тараққий этди.

1932 йилда Ўзбек давлат университетининг медицина факультети ва 1935 йилда Самарқанд медицина институти ташкил қилиниши билан факультет хирургия кафедраси таркибида урология фани ҳам ўқитила бошланган. Урологиядан лекцияларни ҳар хил даврларда профессорлар А.А.Козирев, Б.Е.Панкратьев, А.В.Сущевский, Г.М.Минц, доцентлар Б.Ф.Медведков, М.Л.Котляревский, М.К. Караевлар ўқишган.

1965 йили Республика шифохонасида (1-сон Клиника) 45 ўринли урология бўлими очилгач, унинг базасида IV курс талабаларига лекцияларни доцент Х.Ж.Раҳмонов, амалий машғу-

лотларни эса ассистент Н.А.Юсупов ўта бошлаган.

Мустақил урология курси 1973 йили ташкил қилиниб, унинг биринчи мудири қилиб доцент Х.Ж.Раҳмонов тайинланган. Доцент Раҳмонов Ғамид Жалилович 1 май 1916 йилда туғилган. СамМИни 1937 йилда тугатган, Иккинчи жаҳон урушида қатнашган ва 1947 йилдан бошлаб аввал ассистент, кейинчалик доцент бўлиб факультет хирургия кафедрасида, 1973-1984 йиллар давомида урология курси мудири ва 1984 йилдан то умрининг охиригача шу курс, кейинчалик кафедра доценти сифатида фаолият кўрсатган. Доцент Раҳмонов Х.Ж. уни билганлар хотирасида принципиал характерли, юқори профессионал хирург-уролог ва камтарин инсон сифатида эсланади. У беморларнинг ҳурмати ва оқибатига сазовор бўлган хирург-уролог эди.



Х.Ж.Раҳмонов
(1916-1988)

Урология курсининг биринчи ходимлари доц. Раҳмонов Х.Ж. (мудир), асс. Юсупов Н.А., асс. Олимжонов Н.К. ва клиник ординатор С. Аллазовлар эди. 1976 йили Н.А.Юсупов доцентликка ўтказилди ва Р.Н.Ибодов Москвада аспирантурани тугатиб қайтгач, ассистентликка қабул қилинди. Урология жамоаси бу даврда илеоцистопластика, сийдик-тош касаллиги, пиелонефрит каби муаммолар устида илмий изланишлар олиб борди.

1979 йили урология курси ўшанда қурилиб битказилган СамМИ нинг 2 сон Клиникаси тасарруфига ўтказилди. 1984 йили курс кафедрага айланти-

рилди ва унинг мудири қилиб шунгача факультет хирургия, болалар хирургияси ва ўтишдан олдин педиатрия факультети хирургия кафедраларида ишлаб юрган т.ф.д. У.Б.Бекмуратов тайинланди, орд. Штибен Ф.П. бир муддат соатбай (кейин қисқа муддатга 0,25 ставкада) ассистент бўлиб ишлади.

У.Б.Бекмуратов чет элга ишлашга кетгач, 1989 йилдан бошлаб урология кафедрасига мудир қилиб госпитал хирургия кафедрасида ишлаб юрган т.ф.д. А.С.Саломов ўтказилди. Бу даврда курс ходимлари буйрак ва сийдик йўллариининг инфекцион-яллиғланиш касалликлари, простата безининг аденомаси каби илмий муаммолар устида илмий иш олиб боришди.

Урология кафедраси 1990-1991 йиллар давомида факультет хирургия кафедрасига қўшиб юборилди (кафедра мудири - проф. И.Р.Рустамов). 1997-1998 ўқув йили давомида урология кафедраси педиатрия факультетининг хирургия кафедраси билан қўшилиб, кафедра мудирлигига проф. А.С.Саломов сайланди. Бу пайтда кафедрада урология бўйича дарсларни проф. С.А.Аллазов, асс. Д.Р.Саяпова, асс. Р.И.Ғамитов ва асс. Н.А.Бобоқуловлар олиб боришди. Асс. З.Р.Шодмонова 1997 йили СамМИда урология бўйича биринчи марта ажратилган докторантурага кирди. 1996 йилда Д.Р. Саяпова проф. С.А.Аллазов раҳбарлигида номзодлик диссертациясини ҳимоя қилди. Бу йилларда урология клиникасида "Уроликс" мажмуаси, Литотриптор "Урат-II" ўрнатилиши туфайли вилоят аҳолисига кўрсатилаётган урология хизмати янги поғонага кўтарилди.

Урология кафедрасининг аъзоларидан С.А.Аллазов 1992 йили Самарқандда биринчи бўлиб урология фанидан докторлик диссертациясини ҳимоя қилди ва 1999 йил 1 сентябрдан бошлаб урология курси мудирлигига тайинланди. У урология курси (ёки кафедрасида) субординатор, клиник ординатор, ассистент, профессорликдан то курс мудирлигигача бўлган йўлни босиб ўтди. Айни пайтда проф. С.А.Аллазов Самарқанд вилоят бош урологи, вилоят урология илмий жамиятининг раиси ҳамдир.

Урология курси "Педиатрия факультети хирургияси ва урология" деб аталган кафедрадан 1999 йил 23 мартда ажратилди.

Ҳозирги вақтда мустақил урология курсида проф. С.А.Аллазов (мудир), асс., т.ф.н. З.Р.Шодмонова, асс. Н.А.Бобоқулов, асс. У.М.Мансуров, 10 нафар клиник ординаторлар (А.М.Алламуродов, Д.Т.Аллаяров, С.Т.Ашуров, Ф.З.Абдурахимов, А.К.Элназаров, Ш.Атамурадов, О.Н.Элмамамов, И.З. Османов, А.Х. Бозоров, Ф.Б. Ниёзов, С.Э.Ҳайдаров) катта лаборант Ф.А. Абдурахмонов ва лаборант П.Б.Бозорбоевалар фаолият кўрсатмоқдалар.

Ҳар хил даврларда урология курси ва кафедрасида аспиран-

турани Р.И.Ҳамитов, Д.К.Раҳмонов, Ф.Р.Ҳайдаровлар, клиник ординатурани эса К.М.Мардонов, С.А.Аллазов, Н.А.Мустафоев, И.М.Ҳасанов, Д.Н.Кушаева, Б.Т.Ишмурадов, Д.Р.Саяпова, О.М.Исаев, З.Р.Шодмонова, А.Ш.Хамроқулов, Р.М.Фозилов, Н.А.Бобоқулов, Ж.Я.Нуруллаев, Н.Т.Донаев, А.С.Тоиров, Б.Х.Жўраев, Т.Т.Усмонов, Ж.А.Дарханов, Л.У.Тугалов, Ш.Н.Бобоқулов, И.А.Остонақуловлар ўтишди. Урология курсига Р.Қурбонов, Х.Уралова, Е.В.Булгакова, Г.М.Ибрагимова ва Ф.Эргашеваларнинг ҳам лаборант ва катта лаборант сифатида баҳоли-қудрат меҳнатлари сингган.

Самарқандда биринчи 45 ўринли урология бўлими 1965 йилда I-сон клиникада ташкил қилинган (мудирлари Н.А.Юсупов, Ж.Б.Рустамов), унгача урологик беморларни врач-уролог Н.А.Юсупов (кейинчалик т.ф.н., доцент) вилоят касалхонасида, Г.У. Рафиқов (кейинчалик т.ф.н., доцент) шаҳар клиник шифохонасида урология хонасида қабул қилишган. 1979 йилда урология бўлими 60 уринга етказилиб, 2 сон клиникага ўтказилган (мудирлари т.ф.н. М.Ш.Ягудаев, К.М.Мардонов). Кейинчалик 30 ўринли урология бўлими I-сон касалхонасида (мудир - З.Ж.Камолов), 50 ўринли фтизиоурология бўлими Силга қарши кураш касалхонаси қошида очилган (мудир - И.Я.Хамчаев, Ж.Б.Рустамов). 60 ўринга мўлжалланган, алоҳида иморатда, замонавий жиҳозланган урология бўлими врач-уролог Н.А.Мустафоев ҳаракати билан 1979 йилда Каттақўрғон шаҳрида ташкил этилади. Охириги йилларда вилоят туманларидан Ургут (мудир - Р.А.Амонов), Пастдорғом (мудир - Н.С.Салимов), Пайшанбада (мудир - Н.Махмудов) 20-30 ўринли урология бўлимлари очилди. «Сунъий буйрак» бўлими (мудир - Н.М. Сайдалиев) олдин вилоят шифохонасида очилиб, кейинчалик 2-сон клиника базасига ўтказилди. 2000 йил вилоят шифохонасида 25 ўринли урология ва андрология бўлими очилиши бу хизматни яхшилашда катта қадам бўлди.

Шу кунларда вилоятимизда 52 нафар урологлар фаолият кўрсатаётган бўлиб, улардан 1 нафари т.ф.д., проф., 1 нафари т.ф.н. доц., 6 нафари т.ф.н., 7 нафари олий тоифали, 13 нафари I тоифалидир. Самарқандда 7 та урология бўлимларида 190 та ўрин фаолият кўрсатади, жумладан РШТЎИМ Самарқанд филиалида 20 ўрин, I-сон вилоят шифохонасида 25 ўрин, I-сон шаҳар

шифохонасида 30, суяк сил касалликлари шифохонасида 40, Каттақўрғон шаҳар марказий шифохонасида 20, Пастдорғом тумани марказий шифохонасида 15 ўрин мавжуд. Бундан ташқари «Болалар жарроҳлиги» марказида 40 ўринли болалар урологияси бўлими фаолият кўрсатмоқда. Урология бўлимларида жами 22 нафар урологлар 18 ставкада ишлаб келмоқда. Самарқанд шаҳрида 17 та поликлиникада 11,25 ставка 21 нафар врачлар билан банд. Туманларда 15 та поликлиникада 11 ставка 12 нафар уролог томонидан эгалланган.

Вилоят урологлари фаолиятини бошқариш, такомиллаштириш учун Самарқанд вилояти урологлари илмий жамиятининг аҳамияти каттадир.

Бу жамият биринчи бор 1983 йил 24 февралда ташкил қилиниб, раислигига доц. Х.Д.Раҳмонов сайланган эди. Бу жамият фаолияти ҳар хил сабабларга кўра 1986 йилда тўхтаган эди. СамТИда 15.VI. 1999 йилда мустақил урология курси тузилгач, жамият фаолиятини ҳам тиклашга эришилди (раис - проф. С.А.Аллазов).

Самарқанд вилояти урологлари урологик беморларга замонавий ёрдам кўрсатишдан ташқари, илмий изланишлар, ўқув жараёни билан ҳам банд бўлиб, келажакда юқори уфқларни мўлжаллаб турибди.

УРОЛОГИЯДА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ, АСБОБ-УСКУНАЛАР ВА УЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Урологик касалликлар (яллиғланиш касалликлари, сийдик тош касаллиги, ўсmalar ва ҳ.к.) диагностикасида умумий текширишлар (кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультация)дан ташқари, фақат урологияда қўлланиладиган махсус текшириш усуллари ҳам мавжуд. Инструментал, лаборатория, рентгенологик, радиоизотоп, ультратовуш усуллари шулар гурӯҳига киради.

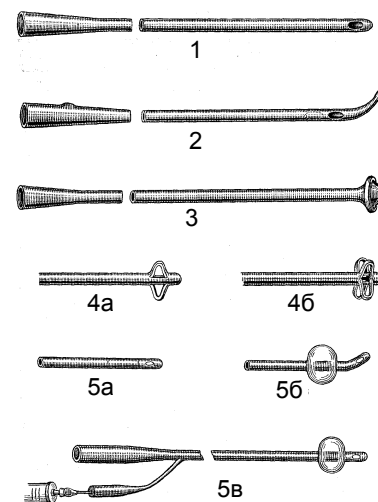
Бу усулларни қўллашда врачлардан ташқари, махсус тайёрланган тиббий ҳамширалар ҳам фаол иштирок этадилар.

Инструментал текшириш усуллари: катетерлаш, бужлаш, цистоскопия ва уретроскопия киради. Биринчи навбатда шунини кайд қилиш керакки, урологик асбобларни тиббий ҳамширалар стерилизация қиладилар, улар асбобларнинг стерил бўлишини таъминлашлари учун муайян инструкция ва қоидаларга амал қилишлари шарт. Бу сийдик йўлларида инфекция тушушининг олдини оладиган асосий омил ҳисобланади.

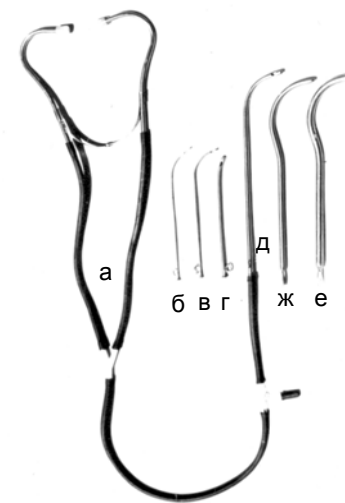
Урологияда инструментал текширишлардан энг қўп ишлатиладигани қовуқни катетеризация қилиш ҳисобланади. Бу усул диагностика (уретра ўтувчанлигини текшириш, қовуқдаги сийдик микдорини аниқлаш ва ғ.к.) ва даволаш (қовуқни сийдикдан бўшатиш, унинг бўшлиғига антисептик ва бошқа воситалар киритиш) мақсадида амалга оширилади. Материалнинг таркибига кўра катетерларнинг уч тури фарқ қилинади: резина (юмшоқ), эластик (қаттиқроқ) ва металл (қаттиқ) катетерлар (1, 2, расмлар).

Бундан ташқари эркаларда, аёлларда ва болаларда сийдик чиқариш каналининг хусусиятига боғлиқ ҳолда ҳар қайсисига мўлжалланган махсус металл катетерлар қўлланилади. Улар бири-биридан узунлиги, диаметри ва тумшугининг шакли бўйича фарқ қилади. Эркалар ва ўғил болалар металл катетерининг охири сийдик чиқариш каналининг орқа бўшлиғига мос равишда 90° остида эгилган бўлади. Аёллар металл катетерлари бирмунча калта ва учи озгина эгилган. Болалар металл катетерлари эркаларникидан фақат ташқи диаметрининг кичиклиги билан фарқ қилади. Резина ва эластик катетерлар ҳам ташқи диаметри

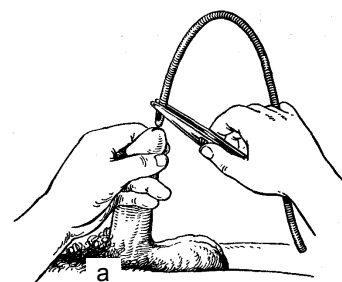
бўйича ҳар хил ўлчамли бўлиши мумкин (1- расм, 1, 2).



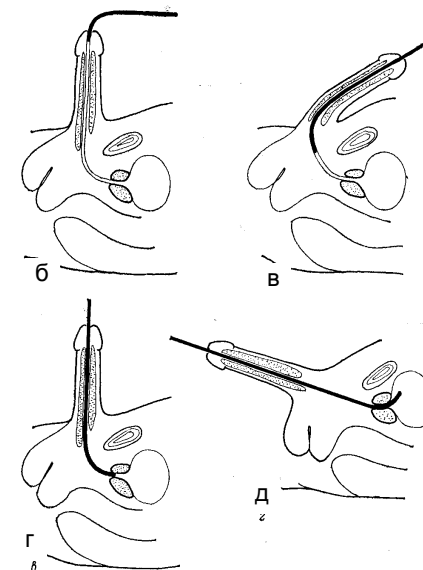
1-расм. Резина катетерлар.



2-расм. Цистофонендоскоп (а), металл катетерлар (б, в – ўғил болалар, г – аёллар, д – эркалар учун) ва бужлар (ж, е)



3-расм. Қовуққа резина (а) ва металл катетерларни ўтказиш (б, в, г, д).



Юқорида баён қилинган катетерлардан ташқари, қовуқни қовусти сийдик оқмаси орқали дренаж қиладиган резинадан ясалган қалпоқли катетерлар (Петцер, Малеко катетерлари ва ғ.к.) (1-расм, 3,4а), учиди пуфакчалари (баллончалари) бўлган юмшоқ цилиндрсимон катетерлар (Фоле катетери ва ғ.к.) (3-расм, 5а,б) бўлади. Кейингиси қўпинча доимий катетер сифатида қўлланилиб, сийдик чиқариш каналида фиксация қилишда қулайлиги билан ажралиб туради.

Резина катетерлар билан катетеризация қилиш металл ёки эластик катетерлар ишлатишдан осонроқ кечади. Тиббий ҳамшира ҳам қовуқни резина катетер билан катетеризация қилиши мумкин. Ҳар ҳолда у катетерларни ишлатишга тайёрлаб қўяди ва умумий амалиёт врач бу тадбирни бажараётганда қатнашади. Аёлларга нисбатан эркакларда катетер ишлатиш мушкулроқ. Аёлларни катетеризация қилишда жинсий ёриқнинг юқориги бурчагида уретра ташқи тешигини топишда баъзан қийинчиликларга дуч келинади.

Эркакларда қовуқ аввал резина катетер билан катетеризация қилинади, бунга муваффақ бўлинмаса, эластик катетер ва ниҳоят металлдан ясалган катетер ишлатилади. Резина катетер билан катетеризация қилиш учун жинсий олат бошчасини чап қўлнинг III ва IV бармоқлари билан ушланади, I ва II бармоқлар билан сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги очилади. Олатнинг бошчасига ва уретранинг ташқи тешигига дезинфекция қиладиган эритма суртилади, Кейин стерил пинцет билан катетернинг учига яқин жойидан ушланади, иккинчи учини шу қўлнинг IV ва V бармоқлари орасида фиксация қилиб турилади. Катетер учига бирор препарат (мой, глицерин ва ғ.к.) суртилади. (3-расм, а) ва илгарилама ҳаракатлар билан катетер уретра орқали ичкарига сурила бошланади, бунда катетер қовуқ ташқи сфинктери соҳасида арзимас тўсиққа дуч келиши мумкин. Катетердан сийдик чиқиши унинг қовуққа тушганлигидан далолат беради.

Эркакларда ва ўғил болаларда қовуқни металл катетерлар (2 б, в, г, д –расм), билан катетерлаш учун муайян техник қоидаларга амал қилиш талаб этилади (3 б, в, г, д -расм): уретранинг ташқи тешигига дезинфекцияладиган эритма суртилгандан кейин мойли модда суртилган стерил катетер тумшуги уретрага

киритилади ва катетерга перпендикуляр ҳолат берилади, шу пайтда катетернинг тумшуги уретранинг простата қисмига, яъни қовуққа кириш қисмига яқинлашиб қолади. Катетер янада ичкарироқ сурилиб, қайтадан горизонтал ҳолатга келтирилади. Шунда унинг буқик учи (охири) қовуққа тушгани сезилади ва сийдик ажралиб чиқа бошлаши шундан далолат беради. Катетерни бўйлама ўқи бўйлаб бемалол бура олиш имконияти мавжудлиги унинг охири қовуқ бўшлиғида турганлигидан далолат беради.

Аёллар қовуғи одатда металл катетерлар билан катетерланади: жинсий лаблар керилади, вульва дезинфекция қиладиган эритма билан артилади, клитор (тиллиқ) пастадаги сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги топилиб, катетер сийдик чиқариш каналига киритилади. Аёлларда бу манипуляцияни ўтказиш беҳавотирлигини назарда тутиб, уни ҳар қайси врач, ҳатто тиббий ҳамширанинг ўзи ҳам бажариши мумкин.

Баъзан зудлик ҳолатларида рентген-эндоскопик текширишларга уретра ва қовуқдаги тошлар металл инструментлар билан аниқланиши мумкин. Уретра ёки қовуққа киритилган катетер ёки буж охирига фонендоскопнинг резина қисмини улаб эшитилса, инструмент охирининг тошга тегиб ҳосил бўлган товуш (сезги) янада кучаяди. Инструментнинг резина қисмида (катетер ёки бужга яқинроқ қисмида) қовуқ томонга ва ташқарига очиладиган учлангич (тройник – русча) ўрнатилган бўлиб, унинг ёрдамида манипуляция пайтида қовуқни бўшатиш ёки тўлдириш мумкин. Бу усулни биз цистоаусткультация, инструментни эса цистофонендоскоп (2 а -расм) деб атадик*.

Бужлаш металл катетер билан катетерлашга ўхшаб кетади. Бужлар ичи ғовак бўлмаган инструментлар бўлиб, улар эластик моддалар (пластмасса) ва металлдан ясалган бўлиши мумкин (2 ж, е –расм). Улар сийдик чиқариш канали торайишларида уни кенгайтириш учун қўлланилади. Одатдаги бужнинг ўтиши мумкин бўлмаган сийдик чиқариш каналининг жиддий торайишларида ипсимон эластик бужлар ишлатилади. Ипсимон эластик буж металл буж учун "йул бошловчи" бўлиб хизмат қиладди. Бунда унга металл буж бураб қўйилиб, ипсимон бужнинг кети-

* Аллазов С. Цистоаусткультация. Цистофонендоскоп. 42 сонли рационализаторлик таклифи гувоҳномаси. СамМИ, 1976.

дан металл буж ҳам қовуққа ўтказиб олинади. Бу манипуляцияни албатта врач-уролог бажариши керак. Яъни бу тарика ёрдамга муҳтож беморлар умумий амалиёт врач томонидан махсус урология бўлимларига ёки урология кабинетларига йўлланиши керак.

Тиббий ҳамшира бужларни тайёрлайди, ишлов беради ва стериллайди. Инструментлар ишлатилгандан кейин илик сув билан ювилади. Металл ва резинадан ясалган инструментлар 30 минут қайнатилиб стерилизация қилинади.

Инструментал текшириш усулларига шунингдек эндоскопик усуллар киради. Умумий врачнинг кундалик амалиётида цистоскопия ва хромоцистоскопия, юқори сийдик йўллари катетеризация қилиш, эндовезикал биопсия қўлланилади.

Цистоскоплар корпус ва оптик қисмдан иборат бўлиб, уларнинг 3 тури мавжуд: қовуқнинг ичини қўриш учун ишлатиладиган, сийдик найчасини катетеризация қилишга мўлжалланган ва операцион цистоскоплар. Қўрик цистоскопи ёрдамида қовуқ бўшлиғини қўздан кечириш ёки хромоцистоскопия қилиш мумкин. Юқори сийдик йўллари катетеризация қилиш катетеризацион цистоскоп билан бажарилади. Операцион цистоскоплар қовуқда баъзи бир эндоскопик хирургик манипуляциялар (тўқима бўлақчасини олиш, оёқчадаги ўсмани олиб ташлаш ва ғ.к.)ни амалга оширишга мўлжалланган. Цистоскопларнинг бу тоифасига простата беги ёки қовуқ ўсмасини қирқишда ишлатиладиган электрорезектоскопни, қовуқдаги тошни майдалашда қўлланиладиган цистоскоп (литотриптор - тош майдалагич)ни ҳам киритадилар.

Тиббий ҳамшира цистоскоп қисмларини стериллайди, тайёрлайди ва йиғади. Унинг металлдан ясалган қисмларини ажратилган ғолда қайнатиш йўли билан стериллайди, оптик қисмлари эса 96° спиртда 20-30 минут мобайнида стерилланади. Врачга инструментни узатишдан олдин уни трансформатор вилкасига улаш йўли билан цистоскопнинг ишлатишга тайёрлигини (лампочкасининг, яъни ёриткичнинг ишлашини) текшириб қўриш лозим.

Ҳар бир буйракнинг алоҳида-алоҳида функционал ғолати ва сийдик йўллари катетеризация ўтувчанлиги хромоцистоскопия йўли билан аниқланади.

Бунинг учун цистоскопия вақтида врач сийдик найчаси оғизчасини топганидан ва ўрганганидан кейин тиббий ҳамшира бемор венасига 0,4% ли индигокарминдан 5 мл юборади. У буйраклар орқали ажралиб чиқади ва одатда 5-10 минут ўтгач, сийдик найчаси оғизчасида пайдо бўлиб, фавворасимон отилиб чиқа бошлайди ва сийдикни қўқиш рангга бўяйди.

Врач ва ҳамшира учун сийдик найчасини катетерлаш аниқ масъулиятли вазифа ғисобланади. Врач катетеризацион цистоскопни қовуққа ўтказиб, сийдик найчаси оғизчасини топганидан кейин тиббий ҳамшира цистоскоп катетеризацион каналининг резина қалпоқчасига суртиш учун спирт шимдирилган пахта бўлақчасини узатади. Кейин, сийдик найчасига киритиладиган катетерни узатишда тиббий ҳамшира катетер стериллигини сақлаб қолиш учун қуйидагича иш қўради: биринчидан, катетер ғилофи билан узатилади, врач катетернинг ўзига қўл теккизмай, уни ғилофи билан олади, шу вақтда ҳамшира юборилаётган катетернинг ғилофини аста-секин олиб ташлайди. Одатда сийдик йўлини (найчасини) катетерлаш ретроград уретеропиелография, яъни контраст моддани юқори сийдик йўлларига юбориб рентгенография қилиш ёки уларнинг инфекциялланганлиги касалликларида сийдик йўллари дезинфекция қиладиган эритма билан ювиш учун бажарилади. Баъзан сийдик йўллари катетерлаш буйрак санчигини бартараф қилиш мақсадида қилинади.

Бу ўринда шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, сийдик найчаси орқали контраст моддалар, дезинфекция қиладиган эритмалар юбориш ёки катетердан чиқаётган сийдикни йиғишни тиббий ҳамшира врач кузатуви остида асептика ва антисептикага риоя қилган ғолда бажаради.

Ва ниҳоят, тиббий ҳамшира урологик инструментларни бекаму-қўст ва батартиб сақлаши керак бўлади. Бу унинг ишчанлигига ва саранжом-саришталигига боғлиқ.

Врач-уролог касалларга керакли ёрдамни қўрсата олиши учун унинг амбулаториядаги хонасида умумий хирургик асбоб-ускуналардан ташқари яна қуйидаги инструментлар ҳам бўлиши зарур (1-жадвал).

1-жадвал

Урология хонасидаги инструментлар рўйхати

1. Сийдикни чиқариш учун резина катетерлар (ҳар хил ўлчамли - йўғон ва ингичка)	4 дона
2. Сийдикни чиқариш учун металл катетерлар:	
эркаклар учун	2 дона
аёллар учун	2 дона
ўғил болалар учун	2 дона
3. Петцер катетерлари	чегараланмаган сонда
4. Малеко катетерлари	чегараланмаган сонда
5. Фолей катетерлари	чегараланмаган сонда
6. Петцер катетерини ўтказиш учун ишлатиладиган ўтказгич (проводник)	1 дона
7. Резина катетерини ўтказиш учун ишлатиладиган ўтказгич	1 дона
8. Сийдик найчаси катетерлари йиғиндиси	1 комплект
9. Ковук пункцияси учун троакар	1 дона
10. Жане шприци	2 дона
11. Ҳар хил ўлчамли найчалар (резина ва хлорвинил)	чегараланмаган миқдорда
12. Сийдик тўплагичлар (мочеприёмник)	чегараланмаган миқдорда
13. Цистоскоплар (қараш учун, катетеризацион, операцион) ¹	биттадан
14. Урофлоуметр	битта

Бу асбоблар стерилизация қилинган ҳолда махсус столда чойшаб билан ёпилиб сақланади. Бу столга яқинроқ жойда алоҳида столча ёки тумбочка устида ҳар хил идишларда (улар сирли бўлиши керак) ковуқни ювишга мўлжалланган суяк-ликлар (фурациллин, риванол эритмалари ва Ҳ.к.) тайёрланиб қўйилади. Улардан ташқари боғлама қилишга ва ярани ишлов беришга мўлжалланган асбоблар ва дори-дармонлар ҳам ғозир қилиб қўйилган бўлиши керак.

¹ Шароит бўлган тақдирда цистоскоплар ва урофлоуметр асбоб-ускуналари учун алоҳида эндоскопия хонаси ажратилиши мақсадга мувофиқдир.

УРОЛОГИЯДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМТАЛАБ ЎОЛАТЛАР

Урология амалиётида зудлик билан ёрдам кўрсатишни талаб қиладиган қуйидаги ҳолатлар: буйрак санчиғи, сийдик чиқаришнинг тутилиб қолиши, анурия, макрогематурия учрайди. Бундай шароитда умумий амалиёт врачлари улардан қайсиларини ўзи текшириб ёрдам кўрсатиши лозимлигини ва қайсиларини махсус даволаш муассасаларига (марказий туман шифохоналари ёки шаҳар шифохоналарининг урология бўлимлари, тиббиёт институтлари ва илмий текшириш институтларининг урология клиникалари) йўлланма бериш зарурлигини ҳамда беморларга йўлланма беришдан олдин уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш масалаларини ҳал қилиши керак.

Шошилиш ёрдам кўрсатиш зарур бўладиган айрим касалликлар (ўткир пиелонефрит, сийдик-таносил аъзоларининг шикастланишлари ва Ҳ.к.) ва урологик текширишлар пайтида (инструментал, рентгенологик) юзага келадиган асоратлар ҳақидаги маълумотлар қўлланманинг тааллуқли бўлимларида келтирилади.

Буйрак санчиғи

Буйрак санчиғи номини олган симптомлар йиғиндиси юқори сийдик йўлларида уродинамика тўсатдан бузилганда, яъни сийдикнинг жомча ва юқори сийдик йўли бўйлаб ҳаракати тўхтаб қолганда кузатилади.

Бунда жом бўшлиғида кескин ошган босим жом барорецепторлари томонидан қабул қилиб олиниб, орқа мианинг тааллуқли бўлагига узатилади ва у ердан бош миё пўстлоғига етиб бориб, оғриқ сифатида шаклланади. А.Я. Пытель (1959)нинг маълумотларича жом бўшлиғида босим одатда 20 см сув устунига тенг бўлиб, буйрак санчиғида 70-150 см сув устунигача ошади. Босим айнан 100-150 см сув устунигача етганда жом-буйрак рефлюкслари ишга тушади ва натижада жомдаги сийдик қонга қайтиб ўтиб кета бошлайди ва босим ортиқ ошмай шу даражада ушланиб туради. Бу жараёнда косачалар, жом ва сийдик найи

мушаклари кискаришининг, буйрак томирларининг рефлектор спазмасининг, буйрак тўкимаси шишишларининг ҳам аҳамияти катта бўлади.

Буйрак санчиғига асосан буйрак ва юкори сийдик йўллари тошлари, сийдик билан чиқиб кетаётган туз-қум қотмаси, дистанцион литотрипсиядан кейин сийдик йўлларида йиғилиб қолган "қум" (микролитлар), қон лахталари, шиллик модда йиғими, йиринг моддалари, сийдик найининг жарроҳлик амалиётлари пайтида иатроген жароҳати ёки аллергияк шиш сабаб бўлиши мумкин.

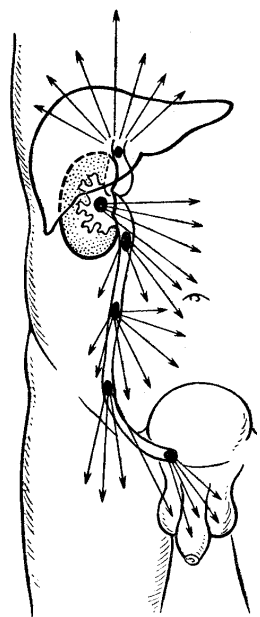
Буйрак санчиғи одатда қутилмаганда бел, қовурға ости соҳаларида бошланиб, сийдик найи бўйлаб қов усти, чов, ташки жинсий аъзолар ва соннинг ички юзаларига етиб боради (4-расм).

Жигар соҳасидан бошланган оғриқлар одатда юкорига қурак ости соҳаларигача тарқалади.

Сийишнинг тезлашиши, сийдик чиқариш йўлидаги оғриқлар юкори сийдик йўлларидаги тўсиқ пастки қисмларда эканлигидан дарак беради.

Беморлар безовта бўлади, ўзини қўйишга жой тополмайди, болалар ташки жинсий аъзоларини ушлаб-ушлаб қўяди (К.Ҳ. Тоҳиров симптоми). Бунда субъектив ҳисобланган белгидан ташқари (бел соҳасига туртганда оғриқ сезилиши) объектив белги - Фронштейн симптомини ҳам (бел соҳасига тўртилганда оғриқ пайдо бўлишидан ташқари бел мушакларининг ҳам титраб қисқариши) аниқлаш ташхис учун фойдадан ҳоли бўлмайди.

Сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар (эритроцитлар, тузлар) буйрак санчиғининг энг қучли пайтида қузилмаслиги мумкин. Улар сийдик йўлларидаги спазм сусайиб, тўсиқ атрофидан



4-расм. Ўт пуфаги, буйрак ва сийдик найи санчиқларида оғриқнинг тарқалиши.

сийдик қовуққа ўта бошлаганда юзага келади. Демак, ўзгаришсиз сийдик таҳлили ҳали буйрак санчиғи йўқлигидан дарак бермайди. Бунинг учун хромоцистоскопия, обзор ва экскретор урографиялар ўтказиб, юкори сийдик йўлларида сийдик димланиши ёки буйрак фаолияти тўхтагани аниқланган ҳолларда буйрак санчиғи тасдиқланади. Бу ўринда айниқса мунтазам ўтказиладиган ультратовуш текширишларида гидрокаликоз ҳолати топилиши ва унинг сабаби аниқланиши катта аҳамият қасб этади.

3.С.Вайнберг (1997) томонидан ишлаб чиқилган буйрак санчиғи ва қорин аъзолари ўткир касалликлари дифференциал ташхис жадвали бу масалани анча ойдинлаштиради (2-жадвал).

2-жадвал
Буйрак санчиғи ва қорин аъзолари ўткир касалликлари дифференциал ташхиси

Буйрак санчиғи	Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир касалликлари
1	2
Субъектив белгилар	
1. Оғриқнинг тўсатдан қескин бошланиши	1. Одатда аппендицитда унча қескин эмас
2. Урологик анамнезнинг йўқлиги (ёки олдин буйрак санчиғи қузилгани ҳақида маълумотлар йўқлиги)	2. Анамнезида ошқозон яраси, жигар, ошқозон, меъда ости безлари касалликлари мавжудлиги
3. Безовталиқ, бемор ўзига жой тополмайди	3. Аппендицит, ошқозон яраси тешилиши, калькулез холецистит, перитонит пайтида беморлар тинч, оғриқ билан ёки ёнига оғриқларини қорнига тортиб ётади. Ичак тутулиши, панкреатит пайтида беморлар безовта бўлади.
4. Умумий ҳолати қониқарли. Қоллапс қузилмайди	4. Перитонит пайтида умумий ҳолати оғир, қоллапс яра тешилишида қузилади, сурункали аппендицит ҳуружда рухий тушқунлик, мезентериал томирлар тромбозидида оғир ҳолат
5. Бемор оғриқдан инграйди, бақиради	5. Аппендицит пайтида бундай қучли оғриқлар қузилмайди; у яра те-

	шилганда ёки ичак тутулишида кузатилади
1	2
6. Буйрак санчиғида оғрик бир хил кучли	6. Ичак тутулишида, айниқса динамик шаклида оғрик тўлқинсимон, бироз сусайиб, кейин яна кучаяди
7. Кўнгил айниши, қусиш, ичак фаолияти бузилмаган, қорин дамлаши мумкин	7. Аппендицитда қусиш кузатилади, ичак тутулишида унинг фаолияти бузулади (ичак буралиб қолганда ич кетиш)
8. Буйрак санчиғи кўпинча дизурия билан кечади (айниқса тош сийдик найининг чанок қисмида жойлашганда)	8. Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда, аднексит пайтида дизурия кузатилади, яра тешилганда, ичак тутулишида, панкреатит ва холециститда кузатилмайди.
9. Оғрик жинсий аъзоларга, сонга узатилади	9. Чувалчангсимон ўсимта чанок соҳасида жойлашганда оғрик жинсий аъзоларга узатилиши мумкин, аднексит ва бошқа касалликларда оғрик узатилмайди
10. Ёикичок кузатилмайди	10. Ёикичок ҳар қандай этиологияли притонитда кузатилиши мумкин (адашган нерв таъсирланиши)
11. Ваража кузатилиши мумкин	11. Одатда кузатилмайди
12. Тана ҳолатининг ўзгариши оғрикнинг ўзгаришига таъсир қилмайди	12. Тана ҳолати ўзгартирилганда оғрик кучаяди
Объектив белгилар	
1. Одатта бадан ҳарорати мўътадил	1. Аппендицит, холецистит, перитонитда бадан ҳарорати кўтарилади
2. Пульс мўътадил, брадикардия	2. Доим пульс тезлашган
3. Оғзи қуруқ бўлган ҳолда тили нам	3. Тили қуруқ, қараш билан қопланган
4. Қорин нафас олишда қатнашади	4. "Қоринни эҳтиёт қилиш" симптоми
5. Қорин конфигурацияси одатдагидай, дамлаши мумкин	5. Динамик ичак тутулишида асимметрия, перфорацияда - ичига тортган
6. Қорин мушаклари таранглашиши одатда кузатилмайди;	6. Қорин девори мушаклари ҳақиқатдан таранглашади, диффуз ёки локал бўли-

кузатилганда ҳам кўпинча диффуз ҳолда, ҳақиқий эмас	ши мумкин
1	2
7. Қорин пардасининг таъсирланиши 90% ҳолда кузатилмайди	7. Қорин пардаси таъсирланиши белгилари мусбат
8. Ичак перистальтикаси сақланган	8. Перистальтика перитонитнинг барча шаклида, ичак тутулишида бузилган
9. Ковурға-умуртка бурчагида локал оғрик. Пастернацкий белгиси мусбат	9. Пастернацкий белгиси одатда салбий. Баъзан холецистит, чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашувида кучсиз мусбат бўлиши мумкин
10. Қон таҳлили: лейкоцитоз кузатилиши мумкин	10. Лейкоцитоз муттасил ошиб боради, таёқча ядроли элементлар силжиши кузатилади
11. Микрогематурия	11. Аднексит, аппендицитда микрогематурия кузатилиши мумкин
12. Уруғ тизимчаси ёки бачадон юмалоқ бойламини новокаин билан блокада қилиш натижа беради: оғрик ўтади ёки сусаяди.	12. Аппендицит пайтида 95% ҳолларда новокаин блокадасидан натижа бўлмайди
13. Рентгенограммада буйрак ёки сийдик найи бўйлаб тош сояси кўринади	13. Конкремент сояси кўринмайди
14. 90% ҳолларда индигокармин ажралиши кузатилмайди ёки кескин кечикади	14. Индигокармин ўз вақтида ажралади
15. УТТ: уродинамика бузулиши, жом ва сийдик найи дилатацияси	15. УТТда буйрак, сийдик йўлларида ўзгаришлар йўқ, ўт пуфагида тошлар, унинг кенгайиши, қорин бўшлиғида суяқлик.

Буйрак санчиғида биринчи ёрдам бу диагнозга тўлиқ ишонч ҳосил бўлгандан сўнг кўрсатилиши керак, чунки буйрак санчиғини, айниқса ўнг томонлама буйрак санчиғини қорин бўшлиғининг ўткир хирургик касалликлари (ўткир аппендицит, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги ва Ҳ.К.)дан фарқ қилиш кўпинча қийин бўлади.

Буйрак санчиғи диагнози аниқлангандан кейин иссиқ қилиш, спазмолитик ва оғрик қолдирадиган воситалардан фойдаланиш

мумкин. Иссиқлик муолажаларига бел соҳасига қайноқ грелка қўйиш, иссиқ ванна киради. Спазмолитик ва оғриқ қолдирадиган препаратлардан сўнгги вақтларда баралгин 5,0 мл дан мушак орасига ёки венага юборилиб, яхши натижа олинади, агар оғриқ қолмаса, 1-2% ли промедолдан 1,0 мл миқдорда юборилиши керак.

Шошилиш тиббий ёрдам ва ҳамшира ўтказадиган бу ҳамма тадбирлар буйрак санчиғи хуружини тўхтатмаса, врач - урологнинг ёрдами керак бўлади: у махсус урология хоналарида ёки бўлимларида эркакларда уруғ тизимчасини ва аёлларда бачадон юмалоқ бойламини новокаин билан блокада қилади, чанок ичининг новокаин блокадасини амалга оширади, сийдик найчасини катетерлайди.

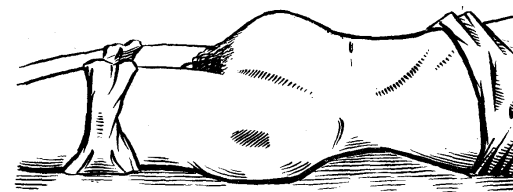
Сийдик чиқаришнинг ўткир тутулиб қолиши

Пастки сийдик йўллари (қовуқ ва сийдик чиқариш канали)нинг қўпгина касалликлари, чунончи қовуқдаги тош, простата беши хавфсиз гиперплазияси, сийдик чиқариш каналининг торайиши ва бошқа касалликлар сийдик чиқаришнинг ўткир ва сурункали тутулиб қолиши билан намоён бўлади. Сийдик чиқаришнинг ўткир бузилиши, шунингдек бошқа - урологияга алоқадор бўлмаган касалликларда: орқа миё шикастланганда, операциядан кейинги даврда (аппендектомиядан кейин ва Ҳ.К.), баъзи дорилар таъсирида рўй бериши мумкин.

Сийдик тутулишининг барча сабабларини А.Ю. Пытель ва И.И. Золотарев (1985) қуйидаги гуруҳларга бўлади: 1) механик сабаблар (простата беши хавфсиз гиперплазияси ва раки, ўткир простатит, уретра ёки қовуқ бўйинчаси ўсмаси, қовуқ бўйинчаси склерози); 2) марказий асаб тизими касалликлари (бош миё ва орқа миё ўсмалари, қўндаланг миелит, орқа миё қуруши – сухотка, орқа миё ва умуртқа поғонасининг шикастланишлари, шок, бош миё контузияси); 3) рефлектор функционал сабаблар (оралиқдаги, тўғри ичакдаги, аёллар жинсий аъзоларидаги операциялардан кейинги давр, баъзи ҳолларда - қорин бўшлиғи аъзоларидаги операциялардан кейин, оралиқ, чанок ва оёқлар шикастланишларидан сўнг, қучли руҳий тушқунлик, мастлик, қўрқин, истерия, қўрпада узок муддат ётиб қолиш ҳоллари); 4) медикаментоз интоксикация.

Сийиш қистови қовуқда 250-300 мл сийдик тўпланганда пай-

до бўлади. Бундай ҳажмдаги сийдик қовуқда унинг бўшлиғидаги босим паст бўлиб турган (5-10 см сув устуни) даврда тўпланиб боради. Қовуқ бўшлиғидаги сийдик миқдори 400-500 млга етганда, босим 30-40 см сув устунига тенг бўлади ва сийишга қистов қутиб бўлмас тус олади. Шундан сўнг қовуқ девори мушаклари (детрузор) қисқариб, қовуқнинг бўйинчаси ва уретранинг бошланғич қисмидаги сийдик оқимиға тўсиқ тизими кенгайди ва қовуқ бўшатилади (Ф.А.Клепиков, 1988). Сийиш одатда 20 секунд (сония) давомида, эркакларда 15-25 мл/с, аёлларда 20-25 мл/с оқим тезлиги билан амалга ошади (Н.А.Лопаткин ва ҳаммуалл., 2002). З.С.Вайнбергнинг (1997) фикрича, сийдик тутилиши учун табиий ва объектив сабабларнинг 99% эркакларда учраса (простата бешидаги патологик ҳоллар ва Ҳ.К.), фақат 1%игина аёлларда қузатилади.



5-расм. Сийдик тутилиши.

Сийдик чиқариш ўткир бузилганда қовуқда 200-300 мл дан 2-3 л гача сийдик йиғилиб қолади (5-расм) ва врачгача ёки врач ёрдами қўрсатилмаган тақдирда оғир ишурия билан тугалланиши мумкин: бунда тўлиб

кетган қовуқда сфинктер атонияси сабабли уретрадан сийдик томчилаб чиқиб туради. Бу жараён шунингдек буйрак фаолияти бузилиши билан ўтади.

Сийдик ўткир тутилиб қолганда ёрдам қўрсатишнинг асосий мақсади қовуқни бўшатишдан иборат бўлади, бунга қовуқни катетеризация қилиш ёки бунинг иложи бўлмаса, қовуқни қовустидан пункция қилиш ёрдамида эришиш мумкин. Катетеризация бошда одатда резина катетери билан қилинади, бунинг иложи бўлмаса, эластик ва металлдан ясалган катетерлар билан амалга оширилади. Унинг техникаси юқорида баён қилинган эди. Уретра шикастланган ҳолларда сийдик чиқариш ўткир тутилган тақдирда умумий амалиёт врачининг ҳатти-ҳаракати бошқача бўлиши зарурлигини эслатиб ўтиш жоиздир. Бундай ҳолларда қовуқни катетеризация қилиш мумкин эмас ва врачнинг вазифаси касаллик характерини аниқлаш ва шошилиш ра-

вишда урологнинг ёрдами ташкил қилишдан иборат.

Ковуқни қов устидан пункция қилиш умумий амалиёт вақтида унинг хонасида (кабинетида) шунга шароит бўлган тақдирда операция аралашувининг ҳамма шартларига амал қилган ҳолда олиб борилади (қўл, операция майдонини покиза қилиб тайёрлаш ва ғ.к.). Пункция қилишдан олдин пайпаслаб кўриш ва перкуссия ёрдамида қовуқ тубининг сатҳини аниқ билиб олиш зарур. Қовуқ тўлиб кетганда қорин пардаси бурмаси юқорига кўтарилиб қолган бўлади ва пункция қилиш хавф тўғрисида. Чап қўл билан қов усти соҳасидаги терини киндикка оғишта йўналиштириб, ўнг қўл билан узунлиги 15-20 см ва бўшлиғининг эни тахминан 1 мм бўлган металл игна олиниди ва у перпендикуляр йўналишда қов суякларидан 1,5-2,0 см юқоридан ўрта қизик бўйлаб қорин олдинги деворига санчилади. Игна қовуққа бориб тушганда ундан сийдик чиқа бошлайди.

Анурия

Анурияни сийдик чиқаришнинг ўткир тутилиб қолишдан фарқ қилишни билиш керак. Биринчи ҳолда иккала ёки битта ягона буйрак функцияси йўқолганлиги, шунингдек сийдик найчаси тўсилиб қолиши туфайли сийдик қовуққа тушмайди. Анурия шунингдек юрак-томирлар тизими касалликларида кузатилиши ҳам мумкин. Шулардан келиб чиққан ҳолда, преренал, ренал, постренал ва аренал (иккала ёки ишлаб турган битта буйрак олиб ташлангандан кейинги ҳолат) анурия фарқ қилинади. Сийдик йўлларида тош, ивиган қон лахта ёки йиринг билан бирор бўлими бекилиб қолишига боғлиқ бўлган обтурацион анурияда умумий амалиёт вақтида бой бермай биринчи ёрдам кўрсатишга киришиши, унинг асосий иши сийдик йўллари спазми бартараф қилиш бўлиши керак. Юрак-томирлар етишмовчилиги белгилари пайдо бўладиган преренал анурияда ҳамшира юрак дорилари, артериал босимни кўтарадиган айрим дориларни юбориши мумкин.

Бундай беморлар оғир касаллар тоифасига қаради ва уларни тўлиқ текшириб, ануриянинг сабабини аниқлаш ва ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш учун урология бўлимига юбориш керак.

Макрогематурия

Сийдикда қон пайдо бўлиши микрогематурия кўринишида бўлиши мумкин, бунда эритроцитлар микроскоп остида кўрилади ва кўпинча зудлик билан ёрдам кўрсатишни талаб қилмаслиги мумкин. Макрогематурияда эса сийдикда қон аралашиб келганини кўз билан кўриш мумкин. Макрогематурияни уретрорагиядан, яъни уретрадан қон ўз-ўзича, сийдик ажратишга боғлиқ бўлмаган ҳолда ажралишдан фарқ қилиш керак. Уни шунингдек аёлларда ҳайз кўриш вақтида сийдикда қон аралашиб келадиган гематурия билан чалкаштирмаслик зарур.

Сийдикда қон аралашмаси оз-моз (150 мл сийдикда 3-4 томчи қон қўшилганда у пушти ранга қаради) ва кўп миқдорда бўлиши мумкин. Кейинги ҳолатда сийдикда қон лахталари ҳам учрайди.

Макрогематурия оғриклар билан ўтиши (сийдик-тош касаллиги, шикастланишлар ва ғ.к.) ва оғриқсиз бўлиши мумкин. Оғриқсиз макрогематурия буйрак ёки сийдик йўллари ўсмаси борлигидан дарак берадиган бирдан-бир ва хатарли симптом ҳисобланади.

Микрогематурияда беморлар режали текширувга муҳтож бўладилар ва врач ҳамда ҳамшира кўздан кечириётган даврда ҳеч қандай хавф-хатар бўлмайди. Макрогематурияли беморлар сийдик ажратиш органларидаги шикастланишларда аввало врачга ёрдамга муҳтож бўладилар. Чанок суяклар шикастланган беморларнинг тиззаси остига ёстиқ қўйилиб, уларни қаттиқ ўринга (шитга) ётқизилади, очик шикастланишларда эса асептик боғлам қўйиш лозим. Агар гематурия оғрик билан ўтса (баъзан қон кетиши ва оғрик сабабли шок ҳолати бўлади), оғрик қол-дирадиган воситалар ва шокка қарши чоралар кўриш зарур. Қон оқилиши тўхтатиш учун шикастланган орган проекциясига муз халтача қўйилади, гемостатик препаратлар (дицинон, викасол, аминакапрон кислотаси) тайинланади.

Оғриқсиз макрогематурия сийдик йўлларидаги ўсма жараёнига алоқадор деб тахмин қилинса, қон тўхтатувчи чоралар кўришга шошилмай, гематурия давомида унинг манбаини аниқлаб қолиш (цистоскопия, сийдик найчасини катетеризация қилиш)га ҳаракат қилиш керак.

Энди урологик касалликлар, бу беморларни текшириш ва даволаш усуллари хронологик тартибда баён қилишга ўтамиз.

УРОЛОГИК АЪЗОЛАРНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИ

Буйрак аномалиялари

Тасаввур. Буйрак аномалиялари унинг сони, жойлашиши, ўзаро муносабати ва тузулишига қараб фарқланади.

Буйраклар сони аномалияларига буйрак агенезияси ва аплазияси, буйракнинг иккига ажралиб тузилганлиги, учинчи буйрак бўлиши киради.

Буйрак жойлашишининг, яъни вазиятининг аномалияларига буйрак дистопияси (чаноқ, ёнбош, бел ва қўкрак дистопиялари) киради.

Буйракларнинг ўзаро муносабатлари аномалиялари буйракларнинг ҳар хил ҳолатда бир-бирига қўшилиб кетганлиги натижасида юзага келади, Буйракларнинг пастки қутблари бир-бирига қўшилиб кетган бўлса, тақасимон буйрак шаклланади. Бир буйракнинг пастки қисми иккинчисининг юқори қутби билан бирлашиб кетган бўлса, L -симон буйрак, бир буйракнинг пастки қутби иккинчисининг юқори қутби билан бирлашиб, иккинчиси қўндаланг жойлашиб қолса, S-симон буйрак юзага келади. Баъзан иккала буйраклар латерал юзалари билан қўшилиб кетган бўлиши мумкин, унда галетсимон буйрак пайдо бўлади. Иккала буйрак бир чизикда (йўналишда) юқоригисининг пастки қутби пасткисининг юқори қутбига ёпишганда, таёқчасимон буйрак юзага келади.

Белгилари ва ташхиси. Буйрак аномалиялари пайтида бемор шикоят қилмаслиги мумкин. Баъзан қорин соҳасида оғриқ бўлиши, қабзият, диспепсия безовта қилади. Баъзан эса тақасимон буйракнинг бўйинчаси пайпасланади. Аниқ ташхис рентгенологик ва радиоизотоп усуллар билан амалга оширилади.

Давоси. Оғриқ жуда кучайган ҳолларда оператив йўл билан тақасимон буйрак бўйинчаси кесилиб, буйракнинг икки ярми бир-биридан ажратилади. Аксарият ҳолларда эса аномалиялар туфайли юзага келган асоратлар ёки касалликлар (гидронефрозлар, пиелонефрит, тошлар) оператив ёки консерватив йўллар билан даволанади.

Буйрак тузулиши аномалияларига буйрак гипоплазияси, буйраклар поликистозси, буйрак мультикистозси, буйракнинг солитар кисталари киради. Буйрак гипоплазиясининг икки шакли маълум: биринчиси "нормадаги гипоплазия" ("митти норма") дейилади. Иккинчисида гипоплазия билан бир қаторда буйракнинг коптокча-каналча тизими нотўғри шаклланган бўлиб, у дисплазия ҳолатида бўлади. Буйракларнинг бундай аномалияси кўпинча буйрак гипертензиясига олиб келади ва уни нефрэктомия йўли билангина даволаб бўлади.

Буйрак аномалияларининг бу гуруҳи ичида буйраклар поликистозси оғир кечиши билан алоҳида ўрин тутати.

Буйраклар поликистозси

Тасаввур. Буйраклар поликистозси иккала буйрак паренхимасида катта-кичик, ичига ҳар хил миқдорда сероз ёки куюкрок тиниқ суюқлик тўлган кўплаб кисталар бўлишидир.

Буйраклар поликистозси эмбрионал тараққиёт даврида нефронларнинг секретор ва экскретор сегментлари орасида туташиб бузулиши туфайли кисталар вужудга келиши натижасида пайдо бўлади.

Белгилари ва ташхиси. Буйраклар поликистозси ҳамиша икки томонлама бўлади, лекин патологик жараён ўнг ёки чап буйракда ҳар хил даражада ривожланиши мумкин. Бу касаллик, биринчи навбатда, пайпаслаганда буйраклар ҳажмининг каттариб, юзаси ғадир-будир бўлиб қолганлиги билан маълум бўлади.

Беморларни оғриқлар, сурункали буйрак етишмовчилиги, артериал гипертензия безовта қилади, баъзан гематурия кузатилади. Бу белгилар кўпинча болаликдаёқ юзага келиб, тез ривожланиши мумкин (болалар буйрак поликистозси), баъзан эса касаллик бутун умр аста-секинлик билан тараққий этади (катталардаги буйрак поликистозси), ҳатто 20% ҳолларда умуман сезилмаслиги ҳам мумкин.

Ташхис қўйишда юқоридаги клиник белгилардан ташқари экскретор ва ретроград урографияларда маълум бўладиган буйраклар жомларининг қисилиб қолиб деформацияга учрагани,

қосачаларнинг чўзилиб, букилиб қолганлиги, радиоизотоп текширишида буйраклар фаолиятининг сусайганлиги ва ультратовуш текширишида буйраклар паренхимасида суюқлик тўла бир талай бўшлиқлар борлиги қўл келади.

Буйраклар поликистозини ўсмалар, гидронефрозлар, пионефрозлар (айниқса поликистозли буйрак кисталари йиринглаган ҳолларда) билан фарқ қилиш керак бўлади.

Бу касалликнинг асосий асорати бўлган буйрак етишмовчилигининг ривожланиш даражасига қараб буйраклар поликистозининг 3 та босқичи фарқланади: I босқич - буйрак етишмовчилигининг компенсация даври: беморни бел соҳасида қучсиз оғриқ, беғоллик безовта қилади, буйрак фаолиятининг енгил ўзгариши кузатилади; II босқич - субкомпенсация даври: бу даврда буйраклар соҳасида оғриқ, оғиз қуриши, ташналик, қўнгил айнаши, бош оғриғи ва қон босими ошиши безовта қилади; III босқич - декомпенсация даври - бунда доимий қўнгил айнаиб, баъзида қусиш, бош айланиши, ташналик кузатилади, буйраклар фаолияти сусайиб, қонда креатинин ва сийдикчил миқдори оша боради.

Давоси. Буйраклар поликистозси касаллигида кўпинча консерватив йўл тугилади. Симптоматик даволардан оксил ва ош тузи чекланган овқатлар, антибактериал ва гипотензив доридармонлар тавсия этилади.

Кисталар йиринглаб септик ҳолат юз берса, ёки улар жуда каттариб, гипертензия қучайиб кетса ва буйрак етишмовчилиги шу тариқа чуқурлашиб борса, урология бўлимларида жарроҳлик йўли билан кисталарни очиб бўшатишга тўғри келади. Ҳозирги пайтда ультратовуш назоратида кисталарни пункция қилиб, суюқлигини сўриб олиш усули йўлга қўйилган (игнипунктура). Бу чора-тадбирлар ёрдам бермаса ва айнақса буйракларнинг биронтасида ўсма белгилари юзага келса, ўша томонда нефрэктомия қилишига ҳам тўғри келиши мумкин.

Буйрак етишмовчилиги жуда қучайиб кетган айрим ҳолларда беморнинг ёшини ва умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, сурункали гемодиализ ўтказиш ёки иккала буйрак олиб ташланиб, ўрнига мурдадан олинган соғлом буйрак қўчириб ўтказиш мумкин.

Гидронефроз

Тасаввур. Жом-сийдик найчаси сегментининг туғма торлиги ёки кўшимча томирлар билан қисилиб қолиши натижасида буйрак бўшлиғи ва жомининг кенгайиб кетиши билан характерланадиган аномалиялар бирламчи гидронефроз дейилади. Иккиламчи гидронефрозлар эса буйрак жоми, сийдик йўлига тош тикилиб қолиши ёки унинг ўсма ва ҳар хил инфилтратлар билан қисилиб қолиши туфайли юзага келади.

Белгилари ва ташхиси. Касаллик бел соҳасида симиллаган оғриқ, баъзида буйрак санчиғи билан кечади. Буйрак ҳажми жуда катталашган ва таранглашган ҳолларда уни пайпаслаш мумкин бўлиб қолади. Буйрак бўшлиғида микроблар ривожлана бошлаб стерил (тоза) гидронефроз инфекцияланган гидронефрозга ёки пионефрозга айланса, беморнинг бадан ҳарорати ошиб, септик ҳолат юзага келади.

Махсус урологик текшириш усуллари билан биринчи навбатда УТТ йўли билан буйрак бўшлиғи (косачалари ва жоми)нинг кенгайиб кетиб, суюқликка тўлганлиги аниқланади. Энг демонстратив текширишлардан экскретор урографияси (айниқса инфузион урография) амалга оширилганда, рентген қоғозига тасвир 1-2-3 соатлардан сўнг тушурилса, буйрак фаолияти сусайган тақдирда ҳам бўшлиғининг тасвири пайдо бўлади. Акс ҳолда, яъни нефрограмма ёки косача-жом тизимининг тасвири пайдо бўлмаган тақдирда бевосита операциядан олдин ретроград пиелографиясини амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Гидронефрознинг сабаби кўшимча томир эканлигини ёки буйрак тўқимасининг ҳолатини текшириш учун буйрак ангиографияси қилиб қўрилади.

Давоси. Фақат оператив усул билан даволаш мумкин. Буйрак функцияси сақланиб қолган бўлса, жом-сийдик найчаси соҳасидаги қисилган қисм ҳар хил пластик усуллар билан бартараф этилади ёки шишувчи баллонлар билан кенгайтирилади. Кўшимча томирлар улар қисиб қўрилиб, буйрак қон таъминлашига таъсир қилмаса, кесилади, акс ҳолда буйрак жоми ёки жом-сийдик найчаси сегменти (қисилган қисми тўлиқлигича)

қисиб олиб ташланиб, томирнинг олдидан (карама-қарши томонидан) ўтказиб бир-бирига улаб қўйилади (антивазал пиелопиело-ёки пиело-уретерал анастомоз).

Пластик жарроҳлик усуллари қўллашнинг иложи бўлмаса (буйрак паренхимаси анча сақланган ҳолларда), ингичка ичакдан сунъий сийдик найчаси сифатида фойдаланиш мумкин. Буйрак паренхимаси юпка пардага айланиб, фаолияти тамоман сўнгган беморларда нефрэктомия бажарилади.

Гипоспадия, эписпадия

Тасаввур. Гипоспадия ва эписпадия сийдик чиқариш каналининг аномалиялари ичида асосий ўринни эгаллайди ва асосан ўғил болаларда ва эркакларда учрайди.

Гипоспадия пайтида сийдик чиқариш каналининг орқа девори бирон бир қисмида тараққий этмаганлиги натижасида унинг ташқи тешиги жинсий олатнинг орқа юзасида, ёрғоқ соҳасида ёки ораликда жойлашган бўлади. Эписпадия пайтида эса, аксинча, сийдик чиқариш каналининг олдинги девори тараққий этмаганлиги натижасида унинг ташқи тешиги закарнинг олдинги (дорзал) юзасида очилади. Унинг даражасига қараб, закарнинг олдинги юзасида уретранинг ўрнида эгатча унинг бошчаси қисмида ёки бутун узунлигича давом этиб, то қов бирлашмаси тагигача бориб етади.

Белгилари ва ташхиси. Н.Е.Савченко (1962) классификациясига биноан гипоспадиянинг закар бошчасидаги, закарнинг та-насидаги, закар-ёрғоқ орасидаги, ёрғоқдаги ва ораликдаги хиллари тафовут қилинади. Шу шаклларга мувофиқ равишда закар орқа томонга эгилиб, деформацияга учраган бўлади ва сийиш пайтида сийдик ҳар томонга сачраб ажралади.

Эписпадия Н.Е.Савченко ва М.В.Державин (1976) ва бошқалар таклиф қилган классификация бўйича 4 хилга бўлинади, бунда уретранинг эркакларда закарнинг ёки аёлларда клиторнинг қайси қисмида очилиши эътиборга олинади: 1. Закар ёки клитор бошчасидаги; 2. Закар ёки клитордаги; 3. Тўлиқ бўлмаган закар-қовдаги ёки аёлларда қов остидаги; 4. Тўлиқ эписпадия,

Ўғил болаларда ёки эркакларда закар ривожланмай қолиб, юқорига букилиб туради, дорзал қисмидаги эгатча унинг бошча-

сидан бошланиб уретранинг ташки тешиги соҳасига бориб тугайди. Аёлларда эса эписпадиянинг биринчи шакли клиторнинг бошчаси иккига ажралганлигини билан характерланади ва кўпинча беморни безовта қилмаганлиги туфайли камдан-кам ҳолларда ташхис қилинади.

Давоси. Факат пластик жарроҳлик усули билан боланинг 5-6 яшарлик даврида амалга оширилади. Операция икки босқичда ўтказилади: 1. Жинсий олатнинг эгилишига сабаб бўлган, уни орқа ёки олдин томонга тортиб турган (эмбрионал даврида ва кейинчалик ўсишдан тўхтаган) хордани олиб ташлаб, закарни тўғрилаш (рослаш). 2. Етишмай турган сийдик чиқариш каналини ҳар хил усуллар билан маҳаллий тўқималар ёки сунъий материаллар ҳисобига тиклаш. Оралик гипоспадияси ва тотал эписпадия пайтида бундан ташқари қовуқ сфинктерини ҳам тиклаш чоралари қўрилади.

Фимоз

Тасаввур. Жинсий олат ривожланишининг энг кўп учрайдиган аномалияси бўлиб, бунда кертмак туғма торайиб, унинг тешиги керакли даражада кенгайиб очилмаслиги натижасида закарнинг бошчасини ташқарига чиқариб бўлмайди. Кўпинча чакка кертмакнинг тор тешиги бола ўсгани сари кенгая боради ва кейинчалик (спонтан эрекциялар пайтида) закар бошчаси ташқарига чиқадиган бўлади (физиологик фимоз). Туғма фимоз пайтида эса чакка кертмакнинг ўзи узунроқ бўлгани ва тешиги ниҳоятда торлиги туфайли бу нарса рўй бермайди. "Патологик фимоз" ҳар хил ёшда учраб, кертмакнинг чандикланиши натижасида (баланопостит, нотўғри суннат қилиш, жароҳатлар) пайдо бўлади.

Белгилари ва ташхиси. Қараганда чакка кертмак чўзилганлиги, учи кизаринқирагани, йирингли ажралмалар қўзга ташланади. Кертмакнинг тешиги нуқтасимон бўлиб, баъзан қўринмайди. Бармоқлар билан кертмак тешикчаси кериб кенгайтирилганда ҳам закарнинг бошчасини ташқарига чиқаришнинг иложи бўлмайди. Боланинг сийиши бузилиб, баъзан сийиш пайтида чакка кертмак пуфакдай шишиб туради. Бемор оғриқ сезади, шу туфайли сийишдан қўрқади, кўпинча сийдигини су-

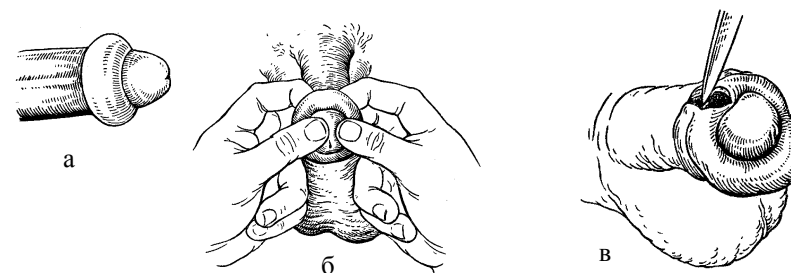
рункали тутиб туриши қовуқ ёки буйрак фаолиятининг бузулишига олиб келади. Диккат билан қараганда кертмак тагида оқиш смегма йиғилганлиги кўринади. Иккиламчи ("патологик") фимоз пайтида, кўпинча катта ёшдаги беморларда чакка кертмак ўрнида қўпол чандик ва қотган тўқималар мавжуд бўлади.

Давоси. Даволаш чақалоқ туғилгандан бошланиши керак. Бунда чакка кертмак асталик билан орқага йўналтирилиб, керилади, ювилади ва бирон малҳам суртиб турилади. Кейинчалик 4-5 ёшларда ҳам кертмак ўз-ўзидан очилмаса, врач стерил зонд билан кертмакни закар бошчасидан ажрати олиши ва у ерда йиғилган смегмадан тозалаб олиши мумкин, бу пайтда кертмак тешикчаси анча кенгайиб қолади.

Агар бу йўл билан кертмак тешигини кенгайтириб, беморнинг нормал сийишини ва закар бошчасининг эркин кириб-чиқиб туришини таъминлашнинг иложи бўлмаса, кертмак айланишига кесиб олиб ташланади (циркумцизия, суннат). Иккиламчи фимоз пайтида кертмак олиб ташланиб, закар бўйинчаси чандик тўқималардан озод қилинади.

Парафимоз

Тасаввур. Бу шошилиш ҳолат, фимознинг асорати сифатида юзага келади, яъни тор чакка кертмак чўзилиб, закар бошчаси, унинг ҳалқасидан ташқарига чиқиб қолиб, қайта ўз жойига кирмай қолади. Натижада закар бошчаси шишиб кетиб, қон айланиши бузилади ва унинг некрози бошланади (б, а - расм).



6-расм. Парафимоз (а), қўл билан ростлаш (б), чакка кертмак ҳалқасини кесиш (в).

Белгилари ва ташхиси. Бу пайтда бемор кучли оғрикка, сийиши кийинлашиб, олат бошчасининг шишиб, кизаришига шикоят қилади. Бунда врач биринчи навбатда беморнинг анамнезидан суннат қилинган-қилинмаганлигини аниқлаб олиши зарур. Чунки парафимоз пайтида жинсий олат бошчаси яхши кўришиб тургани учун уни баланопоститга йўйиш ҳам мумкин.

Пайпаслаганда закар бўйинчаси қисмида парафимоз ҳалқаси сезилади.

Давоси. Ҳали закар бошчасида некроз белгилари пайдо бўлишга улгурмаган бўлса, парафимозни консерватив йўл билан бартараф этишга ҳаракат қилинади. Закар бошчаси ва кертмак ҳалқаси бироз малҳам билан суртилиб, кўрсатгич ва ўрта бармоқлар билан икки томондан парафимоз ҳалқаси ушлаб олинади ва бош бармоқлар билан закар бошчаси кертмак ичига йўналтирилиб киргизишга ҳаракат қилинади (6, б –расм).

Агар бу усул билан парафимозни ростлашнинг иложи бўлмаса, ёки закар бошчасида некроз белгилари пайдо бўла бошлаган бўлса, дарҳол операция усули қўлланилади (6, в -расм): шу соҳа спирт билан ишланиб, кертмак ҳалқасининг бир қисмига 1-2% ли новокаин эритмасидан 2-3 мл юборилади (кўп юбориш ҳалқанинг баттар қисилишига олиб келиши мумкин) ва қайчи ёки скальпел билан қирқилади, қонаса гемостаз қилинади. Яхшиси, беморга (унинг розичилиги билан албатта) циркумцизия (суннат) жарроҳлик муолажасини бажариш керак.

Крипторхизм

Тасаввур. Крипторхизм мойяларнинг механик ва гормонал сабабларга кўра қорин орти соҳасидан (ретроперитонеал бўшлиқ) чов канали орқали ёрғоққа тушиш жараёнининг бирон босқичда тўхтаб қолишидир. Крипторхизм гормонал етишмовчилик сабабли (гипофиз гормонларининг етишмовчилиги ёки уларга мойялар сезувчанлигининг пасайганлиги) натижасида юз берганда мойяларнинг иккаласи ҳам ўз йўлида тутилиб қолади ва улар кўпинча гипоплазия ҳолатида бўлади. Механик омиллар (мойя томирларининг қалталиги, чов каналининг торлиги ёки

ривожланмай қолганлиги ва ғ.к.) кўпинча бир томонлама крипторхизмга олиб келади ва бу пайтда мойяларнинг ҳажми (айниқса ёрғоқдагисининг) нормал бўлади.

Чов каналидаги мойя боланинг ёши 5-10 га етгунча баъзан ўзи ёрғоққа тушади.

Белгилари ва ташхиси. Мойя ўзининг тушиш йўлининг қайси қисмида тутулиб қолишига қараб қорин, чанок ва чов крипторхизмлари фарқ қилинади.

Қорин ва чанок крипторхизмлари агар мойяда баъзи ўзгаришлар юз бермаса (яллиғланиш, ўсмалар пайдо бўлиши) беморни безовта қилмайди ва уларни аниқлаш ҳам умуман олганда анча қийин масала ҳисобланади. Крипторхизмнинг бу шакллари охириги йилларда радиоизотоп усули ёки УТТ ёрдамида аниқланади ҳамда шу йўл билан монорхизм (ёки анорхизм)дан дифференциация қилинади. Чов крипторхизми пайтида мойя ёрғоқнинг ўша томонида топилмай, чов каналида ёки унинг ташқи тешиги соҳасида шишсимон думалоқ нарса сифатида кўринади ёки пайпасланади. Крипторхизмнинг энг хавфли асорати - ўсма юзага келганда, унда оғрик пайдо бўлиб, ҳажми орта боради.

Давоси. 5-10 ёшгача мойя ёрғоққа ўзи тушиши мумкин ёки гормонотерапия (гонадотроп гормонлари) ёрдамида бу жараёни тезлаштириш мумкин. Бу йўл билан даволаб бўлмаса, мойя оператив усуллар билан (орхидопексия) ўз ўрнига тушурилади. А.А.Ғайбуллаев (1985) усулини қўллаб, крипторхизмнинг чов ва қорин орти шаклларида ҳам чов каналини очиб ўтирмасдан орхидопексия операциясини амалга ошириш мумкин.

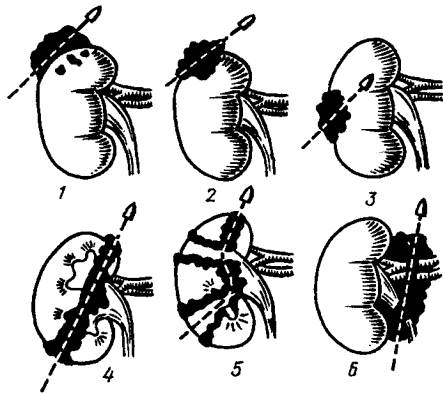
Бунда мойянинг ҳажмига эътибор бериш зарур, агар у ривожланмаган бўлса (малигнизацияланиш хавфини ҳисобга олиб), уни олиб ташлаш маъқул.

БУЙРАК, СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ВА ЭРКАКЛАР ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Буйрак шикастланишлари

Тасаввур. Буйрак шикастланишлари ёпиқ (ташқи копланлар, шу жумладан, тери бутунлиги бузулмаган) ва очик (ташқи катламлар ҳам жароҳатланган) шикастланишлар ҳолида бўлиши мумкин. Тинчлик даврида кўпроқ буйракларнинг ёпиқ шикастланишлари учрайди.

Буйракнинг ёпиқ шикастланишларини клиник-морфологик нуқтаи назардан 6 гуруҳга ажратиш мумкин: 1. Буйракнинг лат ейиши; 2. Буйрак олди тўкимаси ва капсуласининг жароҳати; 3. Капсула остида буйрак тўкимасининг косача-жомигача етиб бормаган жароҳат; 4. Капсула остида буйрак паренхимасининг косача-жом системасигача етиб борган жароҳати; 5. Буйракнинг мажакланиши; 6. Буйракнинг оёқчасидан (кон томирларидан) узилиши.



7-расм. Буйракнинг очик шикастланиш хиллари.

Очик шикастланишлар пайтида ўткир предмет ёки ўкнинг йўналишига қараб ўк тегиб яраланиш, санчилган, кесилган жароҳатлар кузатилади. Бунда буйрак шикастланишларининг қуйидаги хиллари юзага келиши мумкин (7-расм): 1. Буйрак ёғ копланининг шикастланиши, бу пайтда буйрак силкиниб лат ейди; 2. Буйрак паренхимасининг юзаки шикастланиши (буйракнинг уринма йўналишдаги шикастланиши);

3. Буйракнинг тешиб кирган охири (туби) берк шикастланиши; 4. Буйракнинг тешиб ўтган шикастланиши; 5. Буйракнинг мажакланиши (буйракда ўк ёки ўткир предмет ўз йўналишини ўзгартирган ҳолларда); 6. Буйрак оёқчасининг шикастланиши.

Белгилари ва ташхиси. Биринчи навбатда беморнинг умумий ҳолати ва буйрак ҳамда сийдик йўллари соҳасига эътибор бериледи. Беморнинг умумий ҳолатини унинг эс-ҳушидалиги, артериал қон босими, пульси ва гемоглобин миқдори белгилайди. Бел соҳасида, қориннинг пастки қисмида, теридаги ўзгаришлар (сидирилиш, яралар мавжудлиги, улардан қон ёки қон аралаш сийдик ажралиши ва ғ.к.) баҳоланади.

Буйрак шикастланишларининг асосий белгиси гематуриядир. Гематурия шикастланиш шаклига қараб микро- ёки макрогематурия ҳолида бўлиши мумкин. Макрогематурия кучли бўлганда, ёки буйрак олди тўкимасига қон (гематома) ёки қон аралаш сийдик (урогематома) йиғила бошлаганда беморнинг ранги оқариб кетади, совуқ тер босади, пульси ипсимон бўлиб, қон босими туша бошлайди ва қовурға ости соҳасида қўлга уннайдиган буйрак олди гематомаси ёки урогематомаси катталаша бошлайди.

Буйракларнинг очик шикастланишида терида яра топилади, бемор шок ҳолида бўлиши мумкин. Баъзан сийдик йўлларида қон лахтаси тикилиб қолган бўлса, ёки буйрак ўзининг оёқчасидан узилиб кетганда гематурия пайдо бўлмай буйрак соҳасида тез ўсиб бораётган гематома (урогематома) кузатилади.

Буйракларнинг очик шикастланишлари баъзан кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзолари билан биргаликда рўй беради. Бундай пайтда гемоторакс ёки қорин бўшлиғида эркин суюқлик йиғилиши кузатилади.

Буйрак шикастланишлари ташхисида жароҳат каналининг йўналиши, гематурия энг асосий ролни ўйнайди. Жароҳат шаклини аниқлаш ва буйраклар фаолиятининг қай даражада ўзгарганлигини текшириш учун экскретор урографияси, радиоизотоп скинтиграфияси бажарилади. Буйрак томирларининг шикастланганлиги буйрак ангиографиясида билинади.

Давоси. Даволаш йўриғини (консерватив ёки оператив) ишлаб чиқиш учун аввало беморнинг умумий ҳолатига ва шикастланиш шаклига эътибор бериледи. Буйрак анча енгил даражада шикастланган (лат ейиши, капсуланинг шикастланиши, капсула остида косача-жом системасига етиб бормаган жароҳат) бўлиб, беморнинг умумий ҳолати (пульси, қон босими) кучли ўзгармаган, стабил бўлиб, буйракнинг катталиги, ёки гематома

ҳажми ортиб бормаса, консерватив даво қилинади: бемор қимилламай ётиши, шикастланган буйрак соҳасига совуқ нарса босилиши, қон тўхтатадиган (дицинон 2,0 мл мушакка, кальций хлорид эритмаси 10% – 10,0 мл вена қон томирига, аминакапрон кислотаси 150,0 мл вена қон томирига) дори-дармонлар, антибиотиклар қилинади.

Буйракнинг бир мунча оғир шикастланган хилларини, айниқса очик жароҳатларни, кўпчилик ҳолларда шошилиш равишида оператив йўл билан даволашга тўғри келади. Бунда буйракнинг айрим жойлари ёрилган бўлса, ўша жароҳатлар тикилади, ёрилиб кетган айрим қутблари резекция қилиб олиб ташланиши мумкин. Жарроҳлик амалиёти пайтида буйрак жароҳатлари чуқур бўлиб, ўзи эзилиб кетган ёки томирлари узилиб кетган бўлса, нефрэктомия қилинади. Бунда қарама-қарши томондаги буйрак мавжудлиги ва унинг фаолияти яхшилиги ҳисобга олиниши керак.

Буйракларнинг очик шикастланишида тери ярасига бирламчи ишлов берилади, буйраккача яра канали ревизия қилиниб, буйрак бутун бўлса, ярага дренаж қўйиш билан чекланилади. Жароҳат туби берк бўлиб рентген текширишларида ўқ ёки осколқа қолиб кетганлиги маълум бўлиб қолса, улар операция қилиб олиб ташланади. Ўқ ёки осколканинг ҳажми жуда кичик бўлган тақдирда, операцияни орқага суриш мумкин.

Бу жарроҳлик амалиётларида албатта буйрак бўшлиғи нефроёки пиелостомия йўли билан дренаж қилиниши зарур. Бу жом ва сийдик йўлларида қон лахталари тикилиб қолишининг ва қон кетишининг олдини олади, ҳамда улар орқали буйрак бўшлиғи дезинфекцияловчи эритмалар билан ювиб турилади.

Сийдик найининг шикастланишлари

Тасаввур. Сийдик найи шикастланиши ташқи таъсиротлар туфайли ва тиббиёт амалиёти жараёнида (иатроген) рўй бериши мумкин. Биринчи турдаги шикастланишлар ҳаётда жуда кўп учрайди ва улар буйрак ёки қўшни аъзолар (умуртка поғонаси, қорин бўшлиғи аъзолари) билан бирга қўпроқ учрайди ва ўшандагина клиник аҳамият касб этади. Тиббий текширишлар (сийдик найи катетеризацияси) ва операциялар пайтида (гинеко-

логик, хирургик) сийдик найи шикастланишлари айниқса кўп учрайди. Дарвоқе, Абу Али ибн Сино (1028) «Агар жарроҳ тиббий тўқимани кесиб қўйса, сийдик тўхтамай доимий оқадиган касаллик юзага келади: бу касаллик давосиздир» деб ёзиб қолдирган бўлса, замондошимиз Д.В.Кан (1986) «Бу – нафақат энди иш бошлаган, балки энг буюк, катта тажрибага эга жарроҳларда ҳам рўй бериб туриши мумкин», деб таъкидлаши бежиз эмас.

Белгилари ва ташхиси. Асосий белгиси очик жароҳатга ёки операция пайтида операция майдонига узлуксиз сийдик чиқиб туришидир. Сийдик найи шикастлари экскретор ва ретроград урографиялар ёрдамида ёки операция пайтида шикастланган сийдик найини ҳамда, у кесилиб кетган бўлса, қўлтоқларини топиш йўли билан аниқланади.

Давоси. Гарчи сийдик найи шикастланишларини даволаш индивидуал ҳолда олиб борилса-да, лекин асосан жарроҳлик йўли билан бартараф этилади.

Биз кузатган 3 нафар беморда сийдик найи катетеризация қилиниб, тўсиқдан ўтилгач, уни 7-10 кунга қолдиришнинг ўзи сийдик найи бутунлиги ва ўтувчанлигини тиклаш учун етарли бўлди.

Ҳозирги кунгача бир масалада ягона фикрга келингани йўқ: сийдик найининг жароҳатини ва ўтувчанлигини бира-тўла дарҳол тиклаш керакми, ёки сийдикни нефро-, пиело- ёки уретеростомия йўли билан дренаж қилиб, кейинчалик сийдик найида реконструктив операция бажариш афзалми? Буни Т.Бургеле ва П.Симич (1972) «Тўсиқни дарҳол бартараф қилувчи партизанлар ва сийдикни дренаж йўли билан чиқарадиган адептлар орасидаги баҳс ҳали тугагани йўқ» - деб образли ифодалаган эди.

Ҳар ҳолда беморнинг умумий ҳолати, травма механизми ҳисобга олинган ҳолда, биз травмадан сўнг 3-4 кун ўтиб, ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) юзага келишга улгурган 10 нафар беморда, буйракларни дренаж қилдик ва бу опреацияни (барча ҳолларда нефростомия) кечиктирмасдан амалга оширдик. Кейинчалик беморларни умумий ҳолати мўътадиллашиб, буйраклар функцияси тиклангач, иккала томондан бира-тўла ёки навбатма-навбат сийдик найи ўтувчанлиги бўйича реконструкция операциялари бажарилди.

Гинекологик операциялардан сўнг сийдик найларининг бил-

масдан шикастланиши мавжуд 4 нафар беморларда ўша куни ёки иккинчи куни иккала сийдик найларининг ўтувчанлиги қорин пардаси орти йўли билан пластик операциялар ёрдамида (уретеро- уретероанастомоз, уретероцистонеостомия) тиклашга эришилди (Аллазов С.А., 1999)*.

Иккала сийдик найлари боғланган ва буйрак етишмовчилигининг преренал ва ренал воситалари таъсир қилишга улгурган (қон кетиши, шок, резус мос бўлмаган қон қуйилиши) битта беморда иккала томондан шошилиш нефростомия қилиш ва ЎБЕ билан курашиш натижа бермади ва 12-кун ўлим билан якунланди.

Қовуқ шикастланишлари

Тасаввур. Қовуқ шикастланишлари ёпиқ ва очик шикастланишларга ҳамда қорин бўшлиғига алоқадор ва алоқасиз шакллари бўлилади.

Қовуқнинг ёпиқ шикастланишлари қориннинг олдинги қисмига зарб тегиши ёки чанок суяклари синиши натижасида рўй беради. Баъзан ёпиқ шикастланишлар жароҳатловчи предмет қовуқ бўшлиғи орқали таъсир қилганда (масалан, металл инструментлар билан текшириш пайтида) юзага келиши ҳам мумкин.

Қорин бўшлиғига алоқадор шикастланишлар қовуқ деворининг қорин пардаси билан қопланиб турган тепа қисми жароҳатланганда ҳосил бўлади. Қовуқнинг қолган бошқа қисмларида, айниқса бўйинча соҳасидаги шикастланишлар қорин бўшлиғига алоқадор бўлмайди ва қорин пардасидан ташқарида жойлашган бўлади ва сийдик чанок юмшоқ тўқимасига тарқала бошлайди. Қовуқнинг очик шикастланишларида теридаги жароҳат (ўқ теккан, санчилган яралар) қовуқ деворигача етиб боради (туби берк жароҳат) ёки тешиб ўтган жароҳат ҳолида бўлади. Қовуқ шикастланишлари, айниқса ёпиқ шикастланишлар, кўпинча қовуқ сийдик билан тўла бўлган ҳолларда осонлик билан рўй беради.

Белгилари ва ташхиси. Қовуқ шикастланишларининг асосий белгилари сийишнинг бузулиши, оғрик ва сийдик билан қон

кетишидир. Қовуқнинг ёпиқ шикастланишида оғрикли сийдик кисташи, кучанганда уретрадан бир-икки томчи қон аралаш сийдик ажралиши кузатилади. Пайпаслаганда қориннинг пастки қисмида, симфиз соҳасида оғрик сезилади. Сийгандан кейин ҳам қовуқ соҳасида бўғик перкутор товуш сақланиб қолаверади.

Қорин бўшлиғига алоқадор шикастланишларда эса беморнинг сийгиси кистамаслиги, уретра орқали ҳеч нарса ажралмаслиги мумкин.

Қорин бўшлиғига қуйилаётган сийдик тахминан 10-12 соатлардан сўнг перитонит белгиларининг (қорин девори мушакларининг таранглашиши, қўнгил айниши, қусиш ва ғ.к.) пайдо бўлишига олиб келади. Қовуқнинг очик шикастланишларида бу белгилардан ташқари, яна бир жуда характерли белги, яъни яра орқали сийдик ажралиши кузатилади,

Ташхис қўйишда травма механизмини ўрганиш, катетерлаш ва цистография ёрдам беради. Қовуққа катетер ўтказилганда қон аралаш сийдик чиқиши мумкин, ёки ҳеч нарса чиқмаган тақдирда катетер орқали қовуққа суюқлик юборилганда, унинг бир қисмигина қон аралашиб қайтиб чиқиши қовуқ шикастланишидан дарак беради.

Қорин бўшлиғига очилган қовуқ шикастланишларида қуйидаги ташхисий усул қўл келади: қовуққа катетер киритилганда ундан сийдик ажралмайди, қовуққа катетер орқали суюқлик юборилганда ҳам у қайтиб чиқмайди. Лекин катетер бир мунча чуқурроқ юборилса, ундан қутилмаганда анча кўп миқдорда (юборилган суюқликдан ҳам) суюқлик (сийдик, қон ва қорин бўшлиғи сероз суюқлик аралашмаси) ажрала бошлайди (Зельдович симптоми). Бундай пайтда, яхшиси катетерни олиб ўтирмасдан, у орқали контраст модда юбориб цистография қилинса, контраст модданинг қорин бўшлиғига тарқалиши яққол кўрилади. Беморнинг умумий ҳолати тақозо этса, тушувчи цистография (экскретор урография пайтида) амалга оширилади. Бунда юқори сийдик йўллариининг ҳолати, қовуқ шикастланишининг шакли (қорин бўшлиғига алоқадор бўлмаган шикастланишда контраст модда қовуқнинг ёнбош соҳасига, қорин бўшлиғига алоқадор шикастланишда қорин бўшлиғига тарқалиши) аниқланади.

Қовуқнинг очик шикастланишида ярадан ажралаётган суюқ-

* Umumiy amaliyot do'xtiri axborotnomasi. 1999, №2, b.104-106.

ликда сийдик мавжудлиги индигокармин синамаси ёрдамида текширилади: вена қон томирига ёки мушакка юборилган 0,4% лик 5,0 мл индигокармин қовуқ соғаси терисидаги ярадан ажралиб чиқиб, уни қўқимтир рангга бўйай бошлайди. Янада ишончли усул - катетер ёрдамида қовуқка юборилган суюқликнинг (унга индигокармин аралаштириб юбориш мумкин) яра орқали ажралишидир.

Давоси. Беморнинг умумий ҳолати ҳисобга олинган ҳолда биринчи навбатда шокка қарши чора-тадбирлар қўлланилади: оғриққа қарши (морфин 1%-1,0 ёки промедол 1%-1,0 мл мушакка), қон босимини оширадиган (полиглюкин ва бошқа суюқликлар, вена қон томирига), қон кетишини тўхтатадиган (аминокапрон кислотаси) дори-дармонлар ишлатилади. Бу алфозда шикастланишнинг шакли ва жарроҳлик амалиётини қўллаш зарурияти аниқланади.

Қорин бўшлиғига алоқадор бўлмаган, қовуқ девори тўлиқ шикастланмаган ёки унинг берк шикастланишларида консерватив чора-тадбирлар қўлланилади: қорин деворига муз қўйиш, гемостатик дори-дармонлар, доимий катетер ўрнатиш. Қолган ҳолларда жарроҳлик усули қўллашга тўғри келади. Қовуқнинг қорин бўшлиғига алоқадор бўлмаган шикастланишида қовуқ ревизия қилинади, қовуқ деворидаги яра топилиб тикилади, эпистостомия йўли билан ёки уретра орқали (асосан аёлларда) дренаж қилинади, чанок соғасига сийдик сингиб кетган бўлса, у Буяльский-Мак-Уортер усулида дренаж қилинади.

Қовуқнинг қорин бўшлиғига алоқадор шикастланишларида операция лапаротомиядан бошланиб, қорин бўшлиғи аъзолари ревизия қилинади, қовуқ жароҳати икки қатор қилиб кетгут иплар билан тикилади ва қорин бўшлиғига дренаж найча ўрнатилади. Операция эркакларда (айниқса қари ёшдаги) қорин пардасидан ташқарида алоҳида эпистостомия билан яқунланади. Аёлларда эса қовуқ уретра орқали ҳам дренаж қилиниши мумкин.

Қовуқнинг очик шикастланишларида ҳам, яранинг йўналишини текширишни ҳисобга олмаса, юқорида келтирилган амалиёт бажарилади.

Биз простата бези хавфсиз гиперплазияси мавжуд беморда қовуқнинг биринчи бор спонтан ёрилишидан 1 йил ўтгач, худди

шундай қайта спонтан шикастланиш рўй беришини кузатдик.

Бемор Х., 45 ёшда, хаст. тарихи № 889/139, СамМИ 2-сон клиника-си урология бўлимига оралик, қов соғаларидаги оғриққа, сийдик тутилишига, сийдикнинг қон аралашиб томчилаб чиқишига шикоят қилиб келган. Бемор касаллигини бир кун олдин маст ҳолда йиқилиши билан боғлайди. Беморнинг умумий ҳолати ўрта оғирликда. Қўриқда қорин соғасида настки лапаротомиядан кейинги 12 см узунликдаги чандик аниқланади. Анамнездан, бемор кўрсатган касаллик тарихидан қўчирмага мувофиқ, 1974 йилда тўмтоқ предмет билан урилишидан кейин қовуқнинг қорин бўшлиғига алоқадор шикастланиши бўйича операция қилинган. Шёткин белгиси мусбат. Қовуқ металл катетер билан катетеризация қилинганда уретра ўтувчан, қовуқка юборилган суюқлик қайтиб чиқмайди (ажралмайди). Цистограмма: рентгеноконтраст модда қовуқдан қорин бўшлиғига тарқалиши кузатилади. Тўғри ичак орқали простата бези пайпасланганда у қаттарган (6×6×4 см), қаттиқ эластик консистенцияли, бироз оғриқли, юзаси силлиқ, ўрта эгати текисланган.

Таъхис: қовуқнинг қорин бўшлиғига алоқадор ёпиқ шикастланиши (эптимол простата бези хавфсиз гиперплазияси натижасида қолдик сийдик мавжудлиги туфайли)

Ўша қуни наркоз остида зудлик билан операция қилинди: настки релапаротомия (қовуқ жароҳатини тикиш) ва цистостомия. Операция пайтида қовуқнинг орқа деворида 8-10 см ёрилиши аниқланди. Қорин бўшлиғидан 1,2 литр сийдик ҳидли лойка суюқлик ажралди.

1 йилдан сўнг ўтказилган қўриқда беморнинг ҳолати қониқарли, сийиши эркин.

Сийдик чиқариш каналининг шикастланишлари

Тасаввур. Сийдик чиқариш каналининг шикастланишлари қўпинча эркакларда учрайди. Аёлларда уретранинг қин томонга қараган девори ғимоясиз бўлгани учун, унинг шикастланиши асосан жинсий алоқа пайтида ёки қўпол инструментал текширишлар натижасида рўй беради ва қон кетмаса, ёки кейинчалик сийдик тутолмасликка олиб келмаса, сезилмайди ҳам.

Эркакларда сийдик чиқариш канали ичкаридан ёки ташқаридан шикастланиши мумкин. Сийдик чиқариш канали ичкаридан ҳар хил металл инструментлар билан текшириш ўтказиш

жараёнида юзага келади (иатроген шикастланиш). Сийдик чиқариш каналининг ташқаридан шикастланиши ёпиқ ёки очик бўлиши мумкин. Анатомо-топографик нуқтаи назардан сийдик чиқариш каналининг мембраноз қисми чаноқ суяклари синганда, булбоз қисми эса оралик лат еганда ёпиқ шикастланади. Очик шикастланишда ўқ тешиб ўтган ёки тешиб ўтмаган бўлиши, санчилган ёки кесилган яралар ҳолида бўлиши ва жароҳатнинг кириш ҳамда чиқиш тешиклари думба, оралик, чов соҳаларида жойлашиши мумкин.

Белгилари ва ташхиси. Уретра ички томондан металл асбоблар билан ёки ўйинкaroк болаларда ҳар хил нарсалар билан шикастланганда уретроррагия (сийдик чиқариш каналидан қон ажралиши) кузатилади. Қолган ҳар хил шикастланишларда бундан ташқари сийдик тутилиши, оғрик, оралик соҳасида урогематома пайдо бўлади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, урогематома чаноқ флегмонасига айланиши мумкин.

Уретра шикастланиши ташхисида уретрография ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади, бунда контраст модда уретранинг маълум қисминигина тўлдириб, ундан ташқарига атроф тўқимага оқиб чиқиб кетиши кўзга ташланади. Уретранинг очик шикастланишида сийганда ярадан ҳам сийдик ажралиши кузатилади.

Давоси. Шикастланган сийдик чиқариш каналининг бутунлигини тиклашни травмадан кейин биринчи 6 соат давомида амалга ошириш мумкин. Бунда тезкорлик билан уретранинг шикастланган қисми очилади ва унга шина (найча) ўрнатилиб, жароҳат кетгудек иплар билан тикилади. Қолган ҳолларда шошилини равишда эпицистостомия қилиш, оралик ва ёрғoк ҳамда чаноқ соҳасидаги урогематомаларни очиб, дренаж қилиш керак бўлади.

Уретра шикастланишларининг енгил шаклларида (унинг тешиб ўтмаган шикастида, арзимаган уретроррагияда) консерватив чора-тадбирлар қўлланилади: бемор ётқизиб қуйилиб, оралик соҳасига босиб турадиган боғлама ва совуқ нарса қўйилади, гемостатик (дицинон 2,0 мл мушакка, аминокaproн кислотаси 100,0 мл венага) ва антибактериал дорилар берилади.

Уретранинг очик шикастланишида доим жарроҳлик усули қўлланилади: шошилини равишда эпицистостомия бажарилиб, гематомалар очилади ва дренаж қилинади, жароҳатга бирламчи

ишлов берилади. Бунда жароҳатга инфекция тушганлиги муносабати билан уретра бутунлиги (ўтказувчанлиги)ни тиклаш иккиламчи босқичга қолдирилади ("Уретра стриктураси" мавзусига қаралсин).

Кўпчилик урология дарсликлари ва қўлланмаларида асосан эркаклар уретраси ҳақида сўз юритилиб, аёллар уретраси умуман туширилиб қолдирилади ёки қиёсан кўриб чиқилиб, аёллар уретраси эркакларникидан калтарoқ, кенгроқ ва эгилган қисмлари бўлмайди, дейиш билан чегараланилади (Р.Д. Синельников, 1973; Н.А.Лопаткин ва муаллифдошлар, 1995 ва бошқалар). Бундай тенденция (шамойил) баъзида хатоликларга ҳам олиб келган. Хусусан, кўп қўлланмаларда (А.М.Мажбиц, 1936; Д.В.Кан, 1986; Ю.А.Пытель ва муаллифдошлар, 1986) аёллар уретраси қовуқнинг пастки артериясидан қон билан таъминланади деб, хато равишда эркакларникига ўхшаш талқин қилинган. Ҳолбуки, аёллар уретраси қовуқнинг пастки артериясидан эмас, балки бачадон артерияси орқали қон билан таъминланади (К.А.Аъзамов, 1993).

Аёлларда сийдик йўлларидаги ўзгаришлар кўпинча жинсий аъзолардаги патологик ҳолатлар туфайли юзага келади. Жумладан, сийдик чиқариш йўлининг шикастланишлари асосан туғиш, жарроҳлик ва бошқа сабаблар туфайли рўй беради.

СамТИ урология клиникасида 23 йил давомида сийдик-таносил оқмаси билан 83 нафар бемор аёл текширилиб даволанган бўлиб, улардан кўпчилигида қовуқ-қин сийдик оқмаси кузатилган.

Сийдик-таносил оқмалари бу аёлларда зудлик доялик-гинекологик жарроҳликлар (қин усти бачадон ампутацияси, бачадон экстирпацияси) дан сўнг (43), чўзилган туғиш (12), шикастли туғдиришлардан кейин (24), қин ва бачадон бўйинчаси касалликларида крио- ва лазеротерапия пайтида (4), кўпол ва ножўя жинсий алоқалардан сўнг (4) юзага келган. Уларнинг ҳосил бўлиш муддати ҳар хил бўлиб, доялик ушлагичлари (щипцалари) қўйиб туғдирганда (3 нафар бемор) ёки кўпга чўзилган туғиш ҳолларида (6 та бемор) 6-12 кундан сўнг сезилган. Қолган ҳолларда таносил аъзоларида ва сийдик йўлларидаги жарроҳлик амалиётлари пайтида билмай қилиб қўйилган жароҳатлар туфайли юзага келадиган сийдик оқмалари

биринчи кунлардаёқ маълум бўлиб қолган (Н.А.Юсупов ва муаллифдошлар, 1992).

Аёлларда сийдик чиқариш йўли ва қовуқ қисқич тизими емирилиши (деструкцияси)нинг 4 даражаси тафовут қилинади (О.Б.Лоран, 1989) (8-расм):



8-расм. Уретра деструкциясининг даражалари (схема)

Бу беморларда ҳатто горизонтал ҳолатда ҳам бутун сийдик ўзидан-ўзи оқиб чиқиб кетади. Уларнинг ташқи жинсий аъзолари соҳасида терида мацерация кўзга ташланади; "ойналар" билан кин орқали кўрганда қовуқ бўйинчаси очилиб ётган бўлади, баъзан уретранинг фақат ташқи тешиги мавжуд бўлиб, қолган қисми йўқолиб кетади. Киннинг ва унинг даҳлизининг девори йиринг ва тузлар билан қопланиб, сийдик оқиб ётади.

Зеро, А.П.Ушаков (1939) айтганидек, "инсонда бундан ачинарлироқ бошқа касалликни тасаввур ҳам қилиб бўлмайди". Ёки киннинг ва унинг даҳлизининг чандиклар билан тортилиб, битиб кетиши сийдик ва таносил йўлларида тошлар пайдо бўлиши билан ҳам асоратланиб, даволашда баъзи бир қийинчиликлар туғдириши мумкин. Бизга шундай жуда қизиқ икки нафар беморни текшириб, даволашимизга тўғри келди (Х.Д.Рахманов, С.Аллазов, 1988).

Бемор А-ва, 19 ёшда, 23.III.1976 йилда урология бўлимига сийишининг қийинлашиб, оғрик билан кечишига шикоят қилиб мурожаат қилди. 1966 йилдан бери касал, онасининг айтишича, 9 ёшлигида уни зўрлашган ва оғир ҳолатда туғрик уйига олиб келишган. У ерда қизлик пардасининг жароҳатланиши ва ташиқ жинсий аъзоларининг ва ораликнинг гематомаси юзасидан операция қилиниб, йиртилган қизлик пардаси зудлик билан "тикилган". Кейинчалик эрга чиққач, бир йил давомида жинсий ҳаёт бошполмаган, жарроҳ ва гинекологлар кўриги натижасида "қиннинг йўқлиги" аниқланган (бу пайтда ота-онаси унинг болаликда зўрланганлигини яширишган).

Беморнинг кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларида ўзгаришлар йўқ. Жинсий аъзолари: аёлчасига ривожланган катта уятли лаблари аниқ фарқ қилинади, уларни икки томонга очиб қаралганда, кичик уятли лабларнинг ўрнида текис чандик юза бўлиб, унинг юқори бурчагида нуқтасимон тешикча кўзга ташланади: ундан қийинчилик билан болалар металл катетери (Шарьер шкаласи бўйича 6 сон) ўтказилганда, сийдик ғидли, лойка, қон аралаш 50-60 мл суюқлик ажралди. Беморнинг айтишича, ҳайз қони ҳам шу тешикчадан ажралган.

"Қин даҳлизининг чандик билан торайиб битиши" ташиқиси қўйилди ва 16.IV. 1976 йилда қин даҳлизини тиклаш операцияси бажарилди. Интубацион наркоз остида қин даҳлизидagi ромбсимон чандик тўқималарининг юқори бурчагидаги нуқтасимон тешикча болалар металл катетери ўрнатилиб, ундан пастга, диагональ бўйлаб пастки бурчагигача 3,5 см узунликда тўқималар кесилди. Яра янада чуқурлаштирилганда уретранинг ташиқ тешиги ва қин кўзга ташланиб, кўриб бўладиган ҳолга келди. Улар 0,5-1,0 см қалинликдаги чандик парда ортида ёпилиб, "яшириниб" турган экан. Киндан 300,0 г. қуюқ тўқ рангдаги модда (сўндирилган оҳ.к.симон) олиб ташланиб, ювиб тозаланди. Чандик парда ярасининг икки чаккаси кетгут иплар билан тикиб чиқилди, қовуққа доимий катетер, қинга - 3% синтомицин эмульсияси (малҳами) билан тампон ўрнатилиди. Шундай

килиб, операция пайтида тушунарли бўлдики, сийдик уретрадан кинга тушиб, ундан ташиқарига чандикнинг юқори бурчагидаги жуда тор тешикча оркали кийинчилик билан ажралган. Кинда сийдикнинг димланиши эса у ерда кумдай тошчалар пайдо бўлишига олиб келган.

Беморга 6.V.1976 йилда жавоб берилди. 3 ой ва 3 йилдан сўнг кўриқдан ўтказилганда шикояти йўқ, нормал жинсий ҳаёт кечиради, бир марта туккан. Пайпаслаганда кичик жинсий лабларнинг ўрнида чўзилувчан нозик чандик тўқима аниқланади.

Иккинчи беморда уретра ва кин даҳлизи шикастланишидан сўнг чандиклар натижасида кинда пайдо бўлган тош қовуқ тоши сифатида баҳоланиб, қовуқда ҳожатсиз операция қилинишига сабаб бўлди.

Бемор С-ва, 33 ёшда, 13.IV. 1979 йилда гинекология бўлимидан урология бўлимига ўтказилган. Бемор ва унинг онасининг айтишича, у болалигида (8-9 ёшларда) йиқилиб тошга урилган ва қорин ҳамда оралик соҳаларида жароҳатлар рўй берган. Ўшанда касалхонада қорин олдинги деворининг ва киннинг шикастланишлари ҳамда чанок суяқларининг синиши аниқланиб, яралар тикилган. Бироз вақт ўтгач, беморда сийдик тутолмаслик юзага келган, бадан ҳарорати кўтарилган, вилоят касалхонасида ҳам даволаниб, уйига жавоб берилган. Сийдик ўз-ўзидан томчилаб ажралиши сақланиб қолган.

Умумий ҳолати ўрта оғирликда, бадан ҳарорати 39,6°C. Қараганда катта уятли лаблари ўзгаришсиз, кичик уятли лаблар ўрнида ичига тортилиб турган чандик мавжуд бўлиб, пайпаслаганда оғрик сезилмайди. Чандик соҳасининг чуқурроқ қисмида нуктасимон тешикча бўлиб, ундан ўз ҳолича сийдик ҳидли суюқлик оқиб турибди. Бу тешикдан катетер ўтказиб бўлмади. Обзор урографиясида қовуқ соҳасида эркак кишининг муштидай тош сояси кўринади. Таъхис: Кин даҳлизининг чандик бўлиб битиши, қовуқ тоши.

10.VII.1979 й. операция: эндотрахеал наркоз остида қов усти соҳасида тери Овнатанян усулида кесилиб, қовуқнинг олдинги девори очилгандан сўнг, унинг бўйлиги ревизия қилинганда, тош топилмади. Қовуқнинг орқа девори оркали кинда каттик нарса пайпасланади. Уретранинг ички тешиги оркали металл катетер ўтказилиб, унинг учи туртиб қўтариб турган ҳолатда кин даҳлизи соҳасидаги чандик тўқималар кесиб, кенгайтирилганда, уретранинг ташқи тешиги ва кин очилиб, кўзга ташланиб қолди ҳамда кинда катта тош борлиги маълум бўлди. Киндаги тош олиб ташланди. Унинг ҳажми 5x8 см, овалсимон, қорамтир рангда. Операциядан кейинги давр асоратсиз

ўтди. Пеццер катетери ва сўнгра доимий катетер ҳам 18 кундан сўнг олиб ташлангач, беморнинг табиий сийдик йўллари орқали сийиши тикланди, сийдик тутолмаслиги ўтиб кетди, кин даҳлизи шаклланди ва унга 29. VIII.1979 йили қоникарли ҳолатда уйига жавоб берилди. 2 йилдан кейин бемор кўрилганда, шикояти йўқ, эрга чиқибди.

Шундай қилиб, аёлларда ташқи жинсий аъзолари шикастланишларининг асоратлари пайтида кўпинча урологлар ёрдам кўрсатади. Негаки, бундай патология пайтида сийдик симптомлари ва жинсий аъзоларда сийдик тошлари пайдо бўлиши билан боғлиқ асоратлар устунлик қилади.

Уретра стриктураси ва облитерацияси

Тасаввур. Уретра стриктураси (торайиши) ёки облитерацияси (битиб кетиши) бу аъзо шикастларнишларидан анча муддат ўтгач, жароҳат соҳасида чандик тўқималар тараққий этиши натижасида юзага келади. Шикастланишлар натижасида пайдо бўладиган уретра стриктуралари кўпинча унинг орқа (мембраноз) қисмида учрайди. Ундан фарқли ўлароқ специфик яллиғланишлар (сўзак ва бошқ.) туфайли юзага келадиган уретра стриктураси унинг олдинги қисмларида шаклланади.

Белгилари ва таъхиси. Уретра стриктурасининг асосий белгиси сийишнинг кийинлашуви, сийдик оқимининг ингичка бўлиб қолишидир. Бемор қовуғини кучаниб, зўрға бўшатади, баъзан эса қисман бўшата олади холос. Бу қовуқ деворида бошда юзага келган гипертрофия ҳисобига амалга ошади. Борган сари гипотония ва атония натижасида қолдиқ сийдик миқдори оша бориб, сийиш бутунлай тугулиб қолади. Бундай ҳолат энди уретра облитерацияси ҳисобланади.

Бу касалликнинг мавжудлиги биринчи навбатда катетеризация ёки буж ўтказиш пайтида сезилади. Уретра стриктураси ва облитерацияси таъхиси уретрографияга асосланади. Бунда сийдик чиқариш йўлининг қисилган ёки умуман битган жойи, узунлиги, сони аниқланади.

Давоси. Сийдик чиқариш каналининг стриктураси ва облитерацияси консерватив, инструментлар ёрдамида ва жарроҳлик йўли билан даволанилади.

Консерватив даволашга уретрадаги чандикларнинг юмшаши-

га, қисман сўрилишига ёрдам берадиган дори-дармонлар ишла-тиш (алоэ экстракти 2,0 мл мушакка 20 кун, лидаза 64 бирликда мушакка 10 кун), яллиғланишга қарши чора-тадбирлар (анти-биотиклар) киради.

Инструментлар билан даволаш эса икки гуруҳга, яъни қонсиз (буж ўтказиш) ва қонли (ички уретротомия) усулларига бўли-нади. Бужлар жарроҳлик асбоби бўлиб, умуман чандикланиб, торайиб қолган найсимон аъзолар (қизилўнгач, сийдик чиқариш канали, ташқи эшитув йўли, кўз ёши йўли ва ғ.к.)ни кенгайти-риш ва текшириш учун ишлатилади. Улар металл ёки пластмас-садан ясалган бўлиб, шунга қараб эластик ва юмшоқ хиллари бўлади. Ингичка-йўғонлиги Шарьер шкаласи бўйича 1 дан 30 рақамгача белгиланади.

Урология амалиётида улар сийдик йўли (уретер) ва сийдик чиқариш йўли (уретра)ни механик кенгайтириш учун қўлланил-сада (бужлаш), лекин улар бирин-кетин ўтказилганда аъзолар девори массагланиши туфайли чандикда қон айланиши ку-чайиб, унинг юмшаши ва қисман сўрилиши ҳам мумкин бўлади. Умумий амалиёт врачининг кундалик ишида кўп қўлланиши мумкин бўлган бужлаш қуйидаги кўрсатмалар асосида бажари-лади: 1. Сийдик чиқариш канали стриктураси, айниқса яллиғ-ланишлардан кейингиси; 2. Сийдик йўли стенози (яллиғланиш туфайли кўпинча сил касаллигида пайдо бўлгани ва чандикли посттравматик шакллари); 3. Цистоскопия ёки катетеризациядан олдин уретранинг ташқи тор тешигини кенгайтириш; 4. Диагно-стика мақсадларида сийдик чиқариш йўлининг ўтувчанлигини ва кенглигини аниқлаш.

Бужлаш катта ёшдаги одамларда акад. Н.А.Лопаткин ва проф. А.Л. Шабаллар (1978)нинг фикрича оғриқсизлантиришсиз бажарилади, чунки сезувчанлик бужнинг уретра орқали тўғри ўтказилаётганининг ўзига яраша бир кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади. Болаларда, албатта, бу иш наркоз остида ва болаларга мўлжалланган кичик ўлчамли бужлар билан амалга оширилади.

Аёллар учун тўғри йўналишли ва калтароқ бужлар мўлжал-ланган. Эркакларда уретра қийғочлигини эслатадиган охири бу-қик бужлар қўлланилади. Охири вазиятни ҳисобга олган ҳолда, эркакларда ва ўғил болаларда буж ўтказиш баъзан баъзи қийин-чиликлар билан кечади ва қуйидаги учта босқичда бажарилади:

биринчи босқич - уретранинг осилиб турган қисмига буж кири-тиш, у қорин томон энгаштирилиб, уретранинг пиёзсимон қисмига етиб бориши керак; бунда куч ишлатмасдан, тўсиққача буж гуё ўзи йўл топиб боришини панжалар сезиб туриши зарур. Иккинчи босқич - буж қорин деворидан кўтарилиб, перпендику-ляр ҳолатга келтирилади ва унинг охири уретранинг мембраноз (пардасимон) қисмига етиб келади. Шундан сўнг, яъни учинчи босқичда, буж ва буж билан бирга жинсий олат пастга (оёқлар оралиғига) туширилади ҳамда чуқурроқ юборилади ва шундаги-на унинг ковуққа ўтиб кетгани билинади.

Уретра орқали шу тариқа бужнинг ўтиши қийинлашса, ёки ўтиб бўлмас тўсиқ аниқланса, ипсимон эластик ўтказувчиси (проводник) бор металл буж қўлланилади. Олдин эластик ипси-мон ўтказгич ўтказилиб, унинг ташқаридаги охирига металл буж биркитилади ва кетидан металл буж ҳам ўтказиб олинади. Ўтказгичларнинг бир нечаси бир вақтда ишлатилса, биронтаси-нинг ўтиб кетиши осонлашади. Уни уретрада бир неча кун ушлаб туриб, кун аро ёки ҳар икки-уч кунда унинг ёрдамида ме-талл буж билан бужлаш мумкин. Агар ипсимон ўтказгични ҳам ўтказишнинг иложи бўлмаса, уни тўсиққача киритиб, шу ҳолат-да олатга боғлаб қўйилади, бир неча соатдан сўнг тўсиқдан ўзи ҳам ўтиб кетиши мумкин.

Одатда бирин-кетин, борган сари каттароқ бужлар ўтказилиб, охиргиси уретрада 10-15 дақиқа ушлаб турилади. Навбатдаги сафар бужлашда охириги ўтказилган буж калибрдагисидан бошлаш керак. Уретранинг торайган жойи қийинчилик билан кенгайса, айнан шу калибмли буж бир неча бор ўтказилиши ке-рак. Бужлашдан сўнг уретрал ваража, ўткир простатит, уретрор-рагия ва сохта йўллар ҳосил бўлиши каби асоратлар юзага ке-лиши мумкин. Уларнинг олдини олиш учун бужлаш пайтида келтирилган тартиб-қоидаларга амал қилиш ва 3-4 кунга анти-биотиклар тайинлаш керак бўлади.

Уретра стриктураси ва облитерациясини қонли усуллар билан даволаш уретротом деб аталадиган махсус асбоб билан амалга оширилади. Бу асбоб ипсимон ўтказгич ёрдамида уретранинг қисилган қисмидан ўтказиб олинади ва унинг ғилофда ҳаракат қиладиган пичоқчаси уретрада юргизилганда, унинг айнан қисилган қисмини кесиб ўтади (ички уретротомия) ва уретрага

10-20 кунга найча ўрнатиб қўйилади.

Уретранинг ўтувчанлигини тўлиқ тиклаш пластик операциялар ёрдамида амалга оширилади. Бу операциялардан ҳозирги пайтда ҳам кенг қўлланилаётганлари Б.А.Хольцов (1908) ва Э.А.Фракман (1948, 1988) усуллари бўлиб, бунда уретранинг қисилган чандик қисми кесиб олиб ташланади ва уретро-уретроанастомоз қўйилади. Бу жарроҳлик муолажалари стриктура уретранинг бульбоз ва мембраноз бўлимларида жойлашганда бажарилади. Стриктура ёки облитерация уретранинг простата қисмида учраса (бунда бир-бирига улаб қўйиш учун уретранинг марказий қисмини ажратиб бўлмайди) уретранинг периферик қисми ажратилиб, уни қовуқ бўйинчасига томон иплар билан тортиб, фиксация қилиб қўйиладиган П.Д. Соловов (1935) усулидаги уретра инвагинацияси операцияси бажарилади.

Эркаклар таносил аъзоларининг шикастланишлари

Тасаввур. Урология амалиётида эркаклар таносил аъзолари – закар, ёрғоқ ва ундаги аъзолар (мояклар, мояк йўлдошлари, уруғ тизимчалари) шикастланишлари ёпиқ ёки очик бўлиши мумкин.

Бу аъзолар тўмтоқ нарсалар билан лат ейиши, эзилиб кетиши ёки ўк текканда, ўтқир предметлар билан кесилганда, санчилганда уларда очик жароҳатлар пайдо бўлиши мумкин.

Закар шикастланишлари, жумладан унинг лат ейиши, каверноз таналарнинг ёрилиши (баъзан «синиши» ҳам дейилади), ўрнидан чиқиб кетиши кўпинча эрекция ҳолатида устига йиқилганда ёки қовушиш пайтида рўй беради.

Белгилари ва ташхиси. Бу шикастланишлар якқол кўзга ташланиб турганлиги учун ташхис қилиш унчалик қийинчилик туғдирмайди.

Ёпиқ шикастланишларда ёрғоқ лат еб, унинг териси остига ёки ёрғоқнинг бўшлиғига қон тўпланади, гематома юзага келади, териси ялтираб қўқимтир рангга киради. Гематома закар, оралик, сонга тарқала бошлайди,

Ёрғоқнинг очик шикастланишларида мояклар ташқарига чиқиб кетиши, баъзан ҳатто ёрғоқ бутунлай узилиб, мояклар ялонғочланиб ҳам қолиши мумкин. Бу пайтда мояклар лат ейиши,

эзилиб, мажақланиб кетиши, ёки баъзан ўрнидан қўчиб кетиб, сон, оралик, қов усти териси остига силжиб бориши кузатилади.

Закар ёпиқ шикастланганда унинг ҳажми жуда каттариб шишиб кетади, очик шикастланишлар эса теридаги арзимас яралардан то закарнинг қисман ёки тўлиқ травматик ампутациясигача бўлган ҳолатларни қамраб олади.

Давоси. Ташқи жинсий аъзолари лат еб, бутунлиги кўзга кўринмайдиган даражада бузулиб, арзимас гематома пайдо бўлган ҳолларда, консерватив даволаш қўлланилади: бемор ётқизиб қўйилиб, суспензорий қийдирилади, совуқ нарса босилади, қон тўхтатилади, антибактериал дорилар, кейинчалик эса сўрилишга ёрдам берадиган дорилар қилинади,

Таносил аъзоларининг очик шикастланишларида бирламчи жарроҳлик ишлови бериш ёки операция қилиш зарур бўлади. Ёрғоқда гематома жуда қучли бўлиб, унинг ҳажми каттара борса, ёрғоқ очилиб, аъзолари ревизия қилинади ва дренаж ўрнатилади.

Мояклар ялонғочланган ҳолларда улар ёрғоқнинг қолган қисми ёки ёрғоқ умуман узилиб кетганда сон, қовуқ усти соҳаси териси остига жойлаштирилади. Мояклар айрим қисмларида ёрилган бўлса, уларни тикиш мумкин, умуман эзилиб, мажақланган ҳолларда, унинг осилиб турган қисми олиб ташланади ёки орхэктомия қилинади.

Закар лат еганда бемор тинч ётқизиб қўйилади, совуқ нарса босиб турилади, қон тўхтатадиган, яллиғланишга қарши ва олат кўзғалишининг олдини оладиган дори-дармонлар (бром препаратлари, тазепам ва ғ.к.) қўлланилади,

Закар ҳалқа ёки бошқа буюмлар билан қисилиб қолган бўлса, улар олиб ташланади, каверноз таналар ёрилганда («синган»да) уларнинг жароҳати тикилади.

Очик шикастланишда закарни мумкин қадар сақлаб қолишга ҳаракат қилинади. Травматик ампутация пайтида закарнинг қолган қисмига бирламчи ишлов берилиб, закар чўлтоғи тикиб қўйилади. Закарнинг осилиб турган қисми тўлиқ узилиб кетган бўлса, уретра ораликдан очиб қўйилади ва бунда эркаклар ўтириб сияди (бутонер).

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ИНФЕКЦИОН-ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ (СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ)

Пиелонефрит

Пиелонефрит - буйрак ва косача-жом системасидаги носпециффик инфекцион-яллигланиш жараёни бўлиб, буйраklarнинг структураси ва фаолиятидаги ўзгаришлар билан кечадиган касалликдир.

Специфик (сил, сўзак, заҳм ва бошқ.) инфекцион-яллигланиш касалликларидан фарқли улароқ, пиелонефритнинг аниқ битта кўзгатувчиси бўлмасдан, уни турли хил патоген микроблар (кўпинча ичак таёкчалари, стрептококк ва бошқ.) чақириши мумкин. Микробларнинг буйракка турли яллигланиш ўчоғидан (чипқон, тонзиллит, пульпит, меъда- ичак, аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва ғ.к.) етиб келиши асосан уч хил йўл билан содир бўлади: уриноген йўл (сийдик йўллариининг ичидан ёки девори орқали), гематоген йўл (кон оқими билан) ва лимфоген йўл (лимфа оқими орқали).

А.Д.Шабаднинг (1980, 1983) фикрича, инфекция буйракка контакт йўли билан (бевосита кўшни аъзолардан - бачадон, унинг ортиқлари ва ғ.к.) ҳам ўтиши мумкин экан.

Пиелонефрит Н.А. Лопаткин ва В.Е. Родоман (1974), А.Л.Шабад ва С.А.Аллазов (1987), Д.Л. Арустамов, Ф.А.Акилов ва В.В. Антоненко (1993) классификациялари бўйича бирламчи ва иккиламчи бўлиши, ўтқир ва сурункали кечиши мумкин; ўтқир пиелонефрит сероз, йирингли ва некротик папиллит шаклида бўлиб, йирингли пиелонефрит апостематоз, буйрак карбункули ва абсцесси шаклини олиши мумкин; пиелонефритнинг, аниқроғи буйрак ва сийдик йўллариининг инфекцион-яллигланиш касалликларининг пиелит, пиелонефрит, нефропиелит ва йирингли нефрит каби топик (маҳаллий) шакллари охирги пайтларда яна қайтадан тан олинмоқда. Сурункали пиелонефритнинг кечиши одатда яллигланишнинг айрим даврлари (фазаларидан) иборат бўлади: фаол, латент ва ремиссия.

Ўтқир йирингли пиелонефритнинг шаклини, кечишини, босқичи ва якунини (оқибатини) ҳисобга олган мукамал клас-

сификация А.М.Мухтаров ва Б.А.Нурметов (1986)лар томонидан ишлаб чиқилгандир.

Буйраklarдаги яллигланиш жараёнига қарши, айниқса сурункали шаклида, ўз вақтида керакли даволаш ўтказилмаса, буйрак бужмайиши ёки пионефроз юзага келадики, бу инфекцион-яллигланиш жараёнининг бирламчи ёки иккиламчилигига боғлиқдир. Яъни бирламчи пиелонефрит сийдик йўлларида уродинамика ўзгармаганлиги туфайли буйрак бужмайиши билан яқунланса, иккиламчи пиелонефритда буйрак ва сийдик йўлларида турли касалликлар туфайли уродинамикага тўсиқлар пайдо бўлиб, буйрак бўшлиғидан сийдик чиқиб кетиши қийинлашиши (ёки тўхташи) охир-оқибат пионефрозга олиб келади.

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларига мувофиқ сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ), жумладан пиелонефрит асоратланмаган ва асоратланган шакллarga бўлинади.

Асоратланмаган СЙИ термини сийдик йўллариининг тузими (структура) ва функцияси нормал бўлган беморларда СЙИни аниқлаш учун қўлланилади.

Асоратланган СЙИ деганда сийдик йўлларида структура-функционал ўзгаришлари бор ёки бўлган, аномалиялар аниқланган беморлардаги инфекция тушунилади. Кўрсатилган ҳолатлар инфекциянинг асоратлари ривожланишига сабаб бўлиши ёки даволаш таъсирчанлигининг пасайишига олиб келиши мумкин

Белгилари ва ташхиси. Албатта пиелонефритнинг кечиши унинг хилларига боғлиқ ҳолда турлича бўлса ҳам, лекин бу касалликка хос умумий учта белгилар (триада) мавжуд: бел соҳасидаги оғриқ, бадан ҳароратининг кўтарилиши ва сийдикдаги ўзгаришлар.

Бирламчи ўтқир сероз пиелонефрит кўпинча аёлларда учрайди, дизуриядан бошланиб, бадан ҳарорати кўтарилади ва сийдикда лейкоцитлар жуда тез кўпайиб кетади. Пиелонефритнинг бирламчи йирингли шаклларида (апостематоз пиелонефрит, буйрак абсцесси ва карбункули) беморнинг ҳолати жуда оғир, баъзан (септик) бўлишига қарамасдан, сийдикда ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Иккиламчи пиелонефрит пайтида эса бирламчи касалликларнинг (сийдик-тош касаллиги, ўсмалар, аномалиялар ва бошқ.) белгилари (сийдикда эритроцитлар,

оғрик хуружи, буйрак ҳажмининг каттариб кетиши ва Ҳ.к.) ҳам аниқланади.

Иккиламчи пиелонефрит, айниқса ҳомиладорлик пайтида, жуда оғир кечади. Қанд касаллиги бор беморларда пиелонефритнинг кам учрайдиган шакли - некротик папиллит кузатилиши мумкин, бунда сийдик билан буйрак сўргичларининг некрозга учраган тўқималари ажрала бошлайди.

Пиелонефритнинг ташхиси бир қараганда осондек туюлсада, лекин унинг шакллари фарқ қилиш учун махсус урологик текширишлардан кўпчилигини қўллашга тўғри келади.

Масалан, сурункали пиелонефритнинг ташхисига кўпчилик бошқа касалликларни, жумладан сил, гломерулонефрит ва Ҳ.к. тафовут қилиб, эришилади. Сийдик таҳлилида лейкоцитлар, эритроцитлар учраши мумкин; протеинурия, эритроцитурия ва цилиндруриялар касалликка гломерулонефрит компонентлари ҳам қўшилганда юзага келади. Сийдикда бактериурияни, микробларнинг хилини аниқлаб олиш жуда аҳамиятлидир.

Пиелонефритнинг бирламчи ёки иккиламчи эканлигини аниқлаб олиш нафақат даволаш йўл-йўриғини белгилашда, балки бу касалликнинг прогнозини (кароматини) кўра билишга ҳам шароит яратади. Бу ўринда инструментал текширишларидан хромоцистоскопия ёки рентген текширишларидан экскретор урография ўтказилиб, уродинамика қай даражада ўзгарганлиги ва буйраклар фаолияти ҳ.к.ида маълумот олинади. Бу пайтда бемор нафас олганда урограммада буйрак ҳаракатчанлигининг чекланганлиги кўзга ташланади. Пиелонефритнинг ўчоқли йирингли шакллари (абсцесс, карбункул) ташхиси ультратовуш ёки радиоизотоп текширишларида аниқланади. Бунда ўсмалар билан тафовут қилишдаги қийинчиликлар (айниқса буйрак фаолияти жуда сусайиб кетган бўлса) ретроград пиелографияси ёки буйрак артериографияси ёрдамида ҳал қилинади. Ретроград пиелограммада буйрак карбункули ёки абсцесси буйрак косачаларининг шаклини ўзгартириб, деформацияга учратади. Буйрак артериографиясида ўсмалар жойлашган соҳада артерия томирларининг чигаллашиб кетганлиги кўзга ташланади.

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларида ҳам ўткир ва сурункали пиелонефрит фарқланади. Уларнинг нуқтаи назарига қараганда бел соҳасидаги оғрик, тана ҳароратининг

кўтарилиши, совқотиб ваража қилиш бактериурия ва пиурия билан кечса – ушбу клиник синдром - ўткир пиелонефритга хосдир.

Агарда бел соҳасида оғрик бўлмаса, ўткир пиелонефрит терминини қўллаш ўринли бўлмайди.

Сурункали пиелонефрит терминини бужмайган буйракка нисбатан қўллаш ўринлидир. Буйракдаги иккиламчи ўзгаришлар эса морфологик, рентгенологик ва функционал текшириш усуллари ёрдамида тасдиқланиши лозим.

Сурункали пиелонефрит инфекциянинг асорати бўлиши мумкин, аммо бу ҳамма вақт ҳам сийдик йўллари инфекцияси билан боғлиқ бўлавермайди.

Буйраклар инфекцион-яллиғланиш касалликларининг топик шакллари аниқлашда ингичка игна ёрдамидаги аспирацион биопсиянинг аҳамияти беҳад каттадир (Д.Л.Арустамов ва муаллифдошлар, 1993). Бу усулни кенг қўллаш касалликнинг ташхисига аниқлик критичдан ташқари дифференциал даволаш усуллари белгилаб олишга ҳам қўмаклашади.

Сурункали пиелонефрит ташхисида сийдикда фаол лейкоцитлар ва Штернгеймер-Мальбин ҳўжайраларини топиш, И.И. Данилин (1950) реакциясини (синамасини) қўллаш зарур бўлиб, кўп ҳолларда бу касаллик ўзининг асоратларининг (нефросклероз ёки пионефроз) белгилари (кон босимининг ошиши, буйрак ҳажмининг каттариб кетиши ва Ҳ.к.) олдинги саҳнага чиқиб қолади. Сурункали пиелонефритни сурункали гломерулонефрит, буйрак амилоидози, сили ва бошқа клиник жиҳатдан ўхшаш касалликлардан ажратишда бактериологик, иммунологик ва морфологик (буйрак биопсияси) текширишлари мажмуасини ишла-тиш керак бўлади.

Давоси. Яқин-яқингача пиелонефритнинг давосини схематик тарзда консерватив ёки оператив даволашга олиб бориб такашарди. Ҳозирги даврда бу ниҳоятда кўп учрайдиган, клиник манзараси ранг-баранг бўлиб кечадиган касалликни даволаш унинг босқичи ва шаклини ҳисобга олган ҳолда дифференциал қилиб ўтказилади. Жумладан, бирламчи нообструктив пиелонефрит пайтида асосан консерватив даволаш ўтказилади. Бунда бемор кўрпа-ёстик қилиб ётиши, кўпроқ суюқлик истеъмол қилиши (сийдик йўллари ювилсин учун) керак. Антибиотиклар-

ни ва химиопрепаратларни қўллашда бемор сийдигида инфекци-
янинг уларга сезгирлигини аниклаш мақсадга мувофиқдир. Ле-
кин, ҳар ҳолда, кўпинча пиелонефритга сабаб бўладиган ичак
таёкчаси ёки стафилококк бу дориларга жуда сезгир бўлади.
Жумладан, ичак таёкчаси левомецитин, мономицин, ампицил-
лин, нитроксалин, гентамицинга, стафилококклар эса тетраоле-
ан, карбенициллин каби дориларга сезгирдир. Кўпчиликнинг
фикрича фторхинолон гуруҳи препаратлари айниқса таъсирчан
хисобланади. Охирги пайтларда пиелонефритнинг калькулёз
шаклларида ҳамда ҳомиладорларда канефрон кенг қўлланилиб,
яхши натижаларга эришилмоқда.

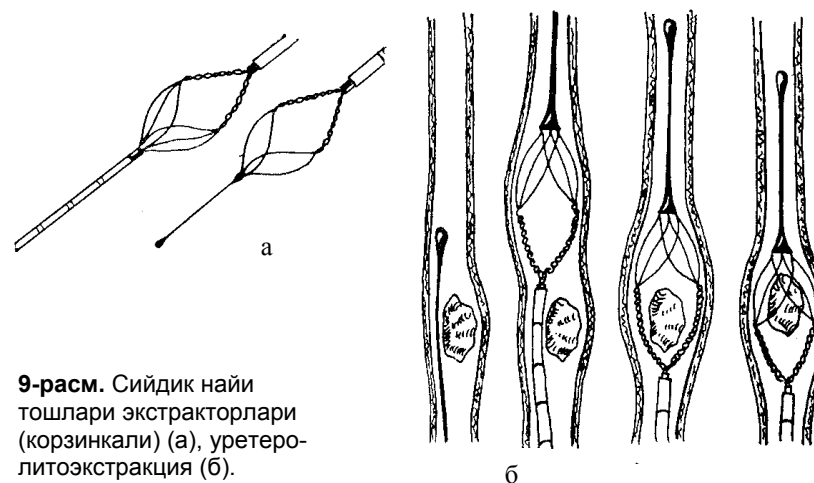
Иккиламчи ўткир пиелонефрит пайтида сийдик йўлларида
бузулган (сусайган, тўхтаган) сийдик оқимини тиклашга ҳаракат
килиш керак (9, 10-расмлар). Агар сийдик йўлида кичикроқ тош
ёки ҳомиладорлик туфайли уродинамика бузулган бўлса, сийдик
найчасини катетеризация қилиш (стент) ёки ультратовуш назо-
рати остида перкутан нефростомияси қилиб, буйрак бўшлиғига
ингичка найча ўрнатиш яхши натижа беради.

Иккиламчи ўткир пиелонефрит каттароқ тош туфайли юзага
келган ҳолларда, албатта, тезроқ операция қилиб тошни олиб
ташлаш зарур.

Пиелонефритнинг йирингли шаклларида (агар улар бирламчи
бўлиб, уродинамика бузулмаган бўлса) жарроҳлик амалиёти
люмботомия, декапсуляция ва маддаланган ўчоқни олиб
ташладан иборат бўлади ва яра дренаж қилинади. Худди
шундай ҳолат иккиламчи бўлиб юзага келганда, иложи борица
тош олинади, лекин албатта буйрак бўшлиғи дренаж қилинади
(пиело- ёки нефростомия). Баъзан буйрак паренхимаси бутунлай
йирингга бурканиб (ёки қопланиб - апостематоз пиелонефрит),
фаолияти умуман сўнгган бўлса, қарама-қарши буйрак фаолияти
яхшилигини диққатда тутиб, нефрэктомия қилиш йўли биланги-
на бемор ҳаётини сақлаб қолишга муяссар бўлинади.

Ҳомиладор аёлларда пиелонефритнинг олдини олишда ёки
юзага келганини даволашда айрим тавсиялар фойдалидир: бош
томонни қўтариб ётиш, вақти-вақти билан тирсак ва тиззага тая-
ниб, бел соҳасини укалаш (массаж қилиш), соғлом томони билан
ёнбошида ётиш ва ҳ.к. Шунинг ҳам таъкидлаш лозимки, туғруқдан
кейинги даврда бу беморлар кузатувда бўлиб туриши керак.

Негаки, уларда туғруқдан кейинги даврда пиелонефрит белгила-
ри йўқолиб кетса-да, аммо уродинамика бузулганлиги (ҳомила-
дорликнинг биринчи ярмида гормонал дисбаланс туфайли, ик-
кинчи ярмида эса - бачадон каттариб сийдик найчаларини босиб
қўйганлиги туфайли юзага келадиган сийдик найчалари атония-
си) натижасида буйрак ва сийдик йўлларида бошқа ҳар хил ка-
салликлар пайдо бўлишига шароит яратилади.



9-расм. Сийдик найи
тошлари экстракторлари
(корзинкали) (а), уретеро-
литоэкстракция (б).



10-расм. Перкутан нефростомия
ва буйрак бўшлиғини «стентлаш».

Охирги пайтларда ҳомиладорлик пайтидаги пиелонефрит ҳатто ҳомилага ҳам салбий таъсир кўрсатиши аниқланди: ҳомиладорлик даврида буйрак яллиғланишларини бошидан кечирган аёллардан туғилган чақалоқларда пиелонефрит нисбатан кўпроқ учрар экан, ҳомиладорлик пиелонефритининг шу томонларини ҳисобга олиб, бундай беморларни ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида албатта урология бўлимида, акушер-гинеколог билан ҳамкорликда кузатиш шарт.

Сурункали пиелонефрит давоси анча машаққатли вазифа бўлиб, бунда биринчи навбатда организмдаги инфекция ўчоқларини (тонзиллит, кариес, ичак яллиғланишлари, тери йирингли касалликлари) йўқотиш чораларини кўриш керак. Антибактериал дорилар (этазол, нитроксалин ва бошқалар), антибиотиклар (биринчи навбатда фторхинолонлар) сурункали пиелонефритнинг актив даврида ишлатилади. Гиёҳ қайнатмаларини (дала қирқбўғини, айикқулоқ, буйрак чойи ва бошқ.) доимий равишда қўллаш мумкин. Сурункали пиелонефрит бир томонлама буйрак бужмайиши билан яқунланиб, турғун буйрак гипертензиясига олиб келган бўлса, ўша томонда нефрэктомия қилинади. Буйрак етишмовчилиги мавжуд ҳолларда эса махсус бўлимларда гемосорбция, гемодиализ, буйрак кўчириб ўтказиш каби чоратadbирлар кўрилади.

Паранефрит

Тасаввур. Буйрак атрофи ёғ тўқимасининг ўткир ва сурункали яллиғланиши билан кечадиган паранефрит касаллиги бирламчи (буйракдан ташқаридаги яллиғланиш учоқларидан инфекция буйрак олди тўқимасига келиб тушса) ва иккиламчи (буйракнинг ўзидаги сабаблар туфайли) бўлади.

Буйрак атрофидаги ёғ тўқимасининг қайси қисмида яллиғланиш юзага келганига қараб олдинги, орқа, устки, пастки ва тотал паранефрит фарқланади.

Ўткир паранефрит сероз яллиғланишдан бошланиб, йирингли яллиғланишга айланади ва баъзан ҳар хил миқдордаги йиринг турли чўнтакчали халта (бўшлиқ) ҳосил қилиб йиғилади.

Сурункали паранефритда эса сероз яллиғланиш фиброз яллиғланишга айланиб, охир-оқибат чандиқ тўқимаси ҳосил

бўлишига сабаб бўлади. Паранефрит паранефрал блокадалардан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин (иатроген паранефрит).

Белгилари ва ташхиси. Бир қарашда бу касалликнинг белгилари жуда ёрқин ва ташхиси осондек туюлса-да, кўпчилик ҳолларда амалий врачлар тери сатҳининг ранги ўзгармаслиги туфайли уни пионефроз ёки ўткир пиелонефрит билан чалкаштиришади. Бу эса касалликнинг кеч аниқланишига олиб келади.

Бирон-бир умумий инфекцион-яллиғланиш касаллигидан кейин (грипп, пневмония, тери йиринг касалликлари ва Ҳ.К.), ёки буйраги безовта қилиб юрган беморда қутилмаганда буйрак соҳасида оғриқ кучайиб, умуртқа поғонаси қарама-қарши томонга қийшайса, ҳамда бадан ҳарорати кўтарилиб, септик ҳолат юзага келса, биринчи навбатда ўткир паранефрит ҳақида ўйлаш керак.

Беморни тикка турғазиб бел соҳаси кўздан кечирганда унинг қарама-қарши томонга қийшайиб туриши, умуртқа-ковурга бурчагидаги одатдаги чуқурча текисланиб кетганлиги кўзга ташланади, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади (Пытельнинг мусбат бармоқ синамаси) (Ю.А.Пытель, 1980), шишган ва қаттиқлашган тўқима қўлга уннайди. Терида кўзга ташланадиган ўзгаришлар бўлмаса-да, лекин унинг қарама-қарши томонга нисбатан иссиқроқ эканлиги сезилади. Бу белги рангли термография ёки тепловидение пайтида аниқса яққол аниқланади.

Белнинг касал ярми соҳасидан олинган қондаги лейкоцитоз соғ томонга нисбатан кўпроқ бўлади. Рентген текширишларида қуйидаги белгилар топилади: буйрак ва бел мушаклари тасвири қоришиб кетиши (обзор урографияси), нафас олганда буйракнинг физиологик ҳаракатининг (экскретор уроскопия ва рентгенкинематография) ва диафрагма гумбази ҳаракатчанлигининг (кўкрак рентгеноскопияси) чегараланганлиги. Бу текширишларда бира-тўла буйракдаги бирламчи касаллик (тош, карбункул, сил, ўсма ва Ҳ.К.) ҳам аниқланади.

Давоси. Ўткир паранефритда, аниқса унинг йирингли шаклларида, зудлик билан люмботомия қилиниб йирингли бўшлиқлар очилади ва дренаж қилинади.

Ўткир паранефрит сероз даврида ва сурункали паранефрит пайтида консерватив даволаш яллиғланишга қарши дорилар ишлатишдан, физиотерапия қўллаш ва сўрилтирувчи дорилар

тайинлашдан иборат бўлади. Буйракнинг ўзида аниқланган бирламчи касалликлар бўйича ўз навбатида тааллуқли даволаш чора-тадбирлари кўрилади.

Цистит

Тасаввур. Ковуқ деворининг яллиғланиши, яъни цистит, умумий врачлик амалиётида жуда кўп учрайдиган урологик касалликлардан биридир. Ўткир ёки сурункали бўлиб кечадиган бу касаллик кўпинча аёлларда учраб, инфекция яқин аъзолардан ёки бошқа яллиғланиш ўчоқларидан гематоген йўл билан ковуққа етиб келади. Аёлларда учрайдиган дефлорацион цистит пайтида биринчи никоҳ кечасидан сўнг йиртилган кизлик пардасидан инфекция ковуққа тарқалади. Эркакларда эса циститнинг юзага келиш механизми бошқачароқ бўлиб, бу касаллик уларда простата беши хавфсиз гиперплазияси (карилларда), уретра стриктураси, ковуқ тоши ёки ёт жисмлар туфайли пастки сийдик йўлларида уродинамика бузулиши натижасида ковуқда инфекциянинг ривожланишига шароит туғулади.

Сурункали цистит узок давом этади ва у кўпинча интерстициал цистит, яъни ковуқ оралик тўқимасининг зарарланиши натижасида ковуқ девори чандикланиб бужмайиб бориши билан кечади. Бундай ҳолат чанок аъзолари касалликларини (саратон) нур билан даволаганда ҳам руй беради (нурланиш цистити).

Белгилари ва ташхиси. Циститга тез-тез сийиш, сийдик йўлларидаги ачишиш, оғриш, ков усти ва думғуза соҳаларидаги симилловчи оғрик ва терминал гематурия (сийиб бўлгандан кейин бир-икки томчи қон ажралиши) хосдир.

Ўткир цистит ташхисида юқоридаги белгилардан ташқари сийдик таҳлилидаги бактериялар, лейкоцитлар, эритроцитлар борлиги, УТТ да ковуқ деворининг ўзгариши (калинлашиши, қаттиқлашиши) асос бўлади. Албатта циститнинг бу шаклида инструментал текширишлар мақсадга мувофиқ эмас, зеро, масалан ковуқни суюқлик билан тўлдиришнинг иложи бўлмагач, цистоскопияни ҳам амалга ошириб бўлмайди. Бундай махсус урологик текшириш усуллари сурункали жараён пайтида, ёки ўткир жараён анча сусайган даврида уни бошқа касалликлардан (ковуқ тоши, сил, ўсма, нейроген ковуқ) фарқ қилиш учун ишлатилади.

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларида циститлар ташхисига тааллуқли қуйидаги алгоритм келтирилган:

- Анамнез (цистит клиникаси);
- «Тест-қоғозча» ёрдамида сийдикда пиурия, гематурия, нитрит борлигини аниқлаш;
- Сийдикни бактериологик экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш;
- Агар уретрит ва вагинитни тасдиқловчи омиллар бўлса, кичик чанок аъзоларини текшириш (уретрадан ва цервикал каналдан бактериологик экма олиш).

Давоси. Умумий ва маҳаллий даволашлардан иборат. Умумий даволаш йўл-йўриғида пархезга эътибор бериш (ўткир, аччиқ ва шўр таомлардан сақланиш), касалликнинг биринчи кунлари камроқ суюқлик истеъмол қилиш, кейинчалик эса, аксинча, сийдик миқдорини ошириш ва унинг концентрациясини пайсатириш мақсадида кўп миқдорда суюқлик истеъмол қилиш, қорин пастки қисмини иссиқ тутиш, спазмолитик, оғрик қолдирадиган дорилар (анальгин, димедрол, баралгин ва ғ.к.), анестезинли шамлардан тўғри ичакка қўйиш, инфекцияга қарши курашишдан (нитроксалин, этазол, олететрин, левомецетин, фторхинолонлар ва ғ.к.) иборатдир.

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларига қўра даволаш қуйидаги тартибда олиб борилади.

Қиска муддатли антибактериал терапия-3 кун:

- Триметоприм – сульфометаксазол;
- фторхинолонлар: ципрофлоксацин, флороксацин, норфлоксацин, офлоксацин + анальгетиклар;
- β-лактамазли антибактериал препаратлар кам таъсирли;
- фосфомицин, трометамол (тадқиқотлар зарур);
- нитрофуранлар-кейинги ўрганишни талаб қилади.

Даволаш охирида касаллик белгилари ўтмаган ёки клиник белгилари йўқолгандан сўнг 2 ҳафта давомида касаллик қайталанган аёлларда сийдикдан бактериологик экма қилинади ва 7-кунлик схема бўйича қайта даволаш буюрилади.

Маҳаллий муолажалар кўпинча сурункали циститда қўлланади: колларгол (1% ли), ҳар хил эмульсиялар (синтомицин, стрептомицинли), ёғлар (облепиха)ни новокаин эритмасига аралаштириб ковуқ инстилляциясини амалга ошириш касалликнинг

10-15 кунда ўтиб кетишини таъминлайди. Дефлорацион цистит пайтида вақтинча жинсий алоқалардан тийилиш, шахсий гигиена усулларига амал қилишнинг, дезинфекцияловчи моддалар (борат кислотаси, калий перманганатининг илиқ эритмалари) билан жинсий аъзоларни ювиш, ванна қилишнинг аҳамияти каттадир.

Бу даволашлардан натижа бўлмай, қовуқ бўжмая бошласа ва кичик қовуқ юзага келса, мураккаб жарроҳлик усуллари билан ҳисобланган амалиёт бажарилади - қовуқ ҳажми ичак бўлаклари ҳисобига катталаштирилади ёки қовуқ орқали сийдик ўтишини тўхтатиш мақсадида охириги чора - сийдик найчалари йўғон ичакка улаб қўйилади.

Простатит

Тасаввур. Простата безининг яллиғланиши ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин. Ўткир простатит кўпинча ўз вақтида тўлиқ текширилиб, даволанмаганлиги натижасида сурункали шаклига ўтади. Микроблар (стафилококklar, ичак таёкчалари, стрептококklar ва содда жониворлардан трихомонаслар) простата безига кўпинча уретра орқали (катетерлаш, бўжлаш, цистостомия, уретра инстилляцияси пайтида), ёки қон билан олисдаги инфекция ўчоғидан етиб келади. Чанок аъзоларида қон димланишига сабаб бўладиган ҳолатлар (юмшоқ ва иссиқ ўриндикда узоқ ўтириб ишлаш ва ғ.к.) сурункали простатитнинг бирламчи касаллик сифатида юзага келишига шароит яратади. Патологик анатомия нуқтаи назаридан катарал, фолликуляр, паренхиматоз ва йирингли (простата абсцесси) простатитлар фарқланади.

Белгилари ва ташхиси. Простатитнинг белгилари, аввало унинг шаклига боғлиқ бўлади. Ўткир простатитда ораликда оғриқ, сийишнинг тезлашиши, қийинлашиши ва оғриқ билан кечиши юзага келиб, жараён йирингли даврига ўтганда, бадан ҳарорати кўтарилиб сийдик тутулиши кузатилади.

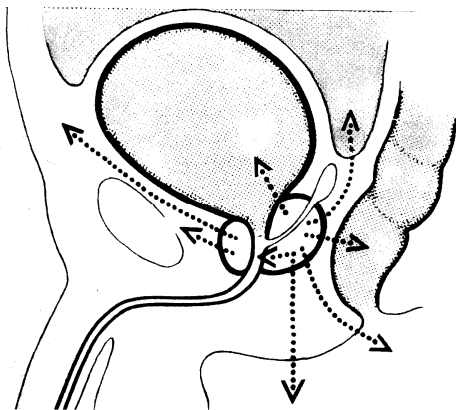
Сурункали простатит узоқ муддат давомида ёки вақти-вақти билан ораликдаги оғриқ, ёки сийиш чоғида уретра бўйлаб, закар бошчасида ёқимсиз сезгилар, ёзилганда ёки сийиб бўлгандан кейин, қучанганда уретрадан шилимшиқ модда ажралиши (простаторея), жинсий фаолиятнинг сусайиши (қониқарсиз эрекция, вақтидан олдинги эякуляция) кузатилади.

Простатит ташхиси биринчи навбатда тўғри ичак орқали бу аъзони бармоқ билан пайпаслаб текширишга асосланади. Бунда ўткир простатитнинг инфильтратив босқичида аъзо шишиб, каттик-эластик ҳолатга келади ва оғриқ сезилади, охириги босқичи - простата бези абсцессида айрим жойлари юмшаб, флюктуация пайдо бўлади, бемор ораликда, тўғри ичакда қучли оғриқ сезади, бадан ҳарорати юқори кўрсаткичларга кўтарилади.

Сурункали простатит пайтида безнинг консистенцияси ҳар хил бўлади, ҳажми биров катталашади. Бунда сал массаж қилиб бира-тўла унинг шираси микроскопик ва бактериологик текшириш учун олиниши керак: бир талай лейкоцитлар ва эритроцитлар, бактериялар топилади, ва аксинча, унинг одатдаги таркибий қисмини ташкил қиладиган лецитин доналари ва амилоид танақчаларининг миқдори камаёди. Бу текшириш усули мобайнида простата безининг яллиғланишини унинг қатор бошқа касалликларидан, жумладан простата бези хавфсиз гиперплазияси, саратони, тошидан тафовут қилинади. Простата безининг хавфсиз гиперплазиясида аъзо каттик-эластик, юзаси силлиқ, оғриқсиз бўлса, саратонида - юзаси ғадир-будир, жуда каттик, оғриқли, тошларда эса (улар ҳар бир фолликулада алоҳида пайдо бўлганлиги сабабли) тошчалар бир-бирига ишқаланиб, аниқ бир сезги ҳосил қилади.

Давоси. Касалликнинг шаклига қараб (ўткир, сурункали, инфильтратив, абсцесс) дифференциал ҳолда ўтказилади. Простатитнинг ўткир шакллари инфильтратив даврида ва унинг сурункали шакллари таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклар ва химиопрепаратлар билан даволанади. Простата абсцесси тўғри ичакка, уретрага ва простата атрофидаги ўқимага ёрилиши мумкин (11-расм). Охириги ҳолда чанок ўқимасида флегмона бошланади. Абсцесс пайпасланса, уни тўғри ичак ёки оралик орқали очиш керак. Сийдик тутулиши қузатилган тақдирда, доимий катетер ўрнатилади ёки троакар цистостомия амалга оширилади.

Сурункали простатит узоқ муддат даволашни талаб қилади, кўпинча қайталаниб туради. Касалликнинг бу шаклида массаж қилиш, физиотерапия (ректал диатермия, лазер-терапия, микроклизмалар ва ғ.к.) баъзи дори-дармонлар (гентос, простатилон, прозерин ва бошқ.) простата безининг тонусини қучайтириб, даволаш муддати қисқартиради.



11-расм. Простата беги абсцесси пайтида йирингнинг кўшни аъзоларга очилиб, таркалиши.

Сурункали простатитнинг кўпинча такрорланиб туришини ҳисобга оладиган бўлсак, унинг рецидивининг олдини олиш ёки ҳеч бўлмаганда ремиссия даврини узайтириш чоратадбирлари катта аҳамият касб этади. Булар жинсий алоқаларнинг ўз вақтида узлуксиз (регуляр) бўлиши, бадан тарбия, ўтириш ёки ётиш жойи жуда ҳам юмшоқ ва иссиқ бўлмаслиги, умуман яллиғланиш ва

инфекциялардан асранишдан иборатдир.

Охирги пайтларда простатит касаллиги қари ёшдаги эркекларда простата беги хавфсиз гиперплазияси билан бирга кечиши, аденома тугунларининг ўзи ҳам яллиғланиши кузатилмоқда (аденома-простатит, аденомит). Бу тоифадаги беморларни простата беги хавфсиз гиперплазияси бўйича операцияга тайёрлашда ёки операциядан кейинги даврда простатит ҳамда аденомитга қарши чора-тадбирларни бир вақтда қўшиб олиб бориш зарур бўлади (А.Л.Шабад, В.П.Осипов, 1987).

Орхоэпидидимит

Тасаввур. Ташки жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (фуникулит, эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит) орасида мойя ва унинг ортиги инфекцион-яллиғланиш жараёни (орхоэпидидимит) энг кўп учрайди.

Бу касалликда кўпинча уретрадаги инфекция уруғ йўллари орқали мойяка етиб келади (уретровазал йўл) ва бунда эпидидимоорхит шаклланади. Баъзан эса, микроблар кон оқими билан тўғридан-тўғри мойяка етиб келиб, аввал орхит чакиради ва бу жараён давом этса, касаллик орхоэпидидимит шаклини олади

(гематовазал йўл). Шундай килиб, В.Л.Чиненный (1991) нинг фикрича, пайдо бўлиш механизмига қараб, бу аъзоларнинг инфекцион-яллиғланиш касалликлари бир вақтда ёки олдинмакетин бир-бирига боғлиқ ҳолда юзага келадиган қуйидаги касалликлардан иборат бўларкан: эпидидимит, эпидидимоорхит, ёки орхит, орхоэпидидимит. Биринчи икки шаклида инфекция бу аъзоларга уретрада ўтказилган ҳар хил манипуляция ва процедуралар пайтида келиб тушса, охирги икки шаклида эпидемик паротит, грипп, терлама, бруцеллёз, актиномикоз каби касалликларнинг асорати сифатида юзага келади ва инфекция кон оқими орқали мойяка етиб келади.

Белгилари ва ташхиси. Ёрғоқда кучли оғриқ пайдо бўлиб, мойянинг ўзи ёки ортиги (кўпинча иккаласи ҳам) шишиб каттиклашади. Ёрғоқ териси ўша томонда кизаради, жараён йиринглаш даражасига етганда силликланиб, ялтираб қолади ва кўкимтир ранг олади, маркази билкиллаб қолади (флюктуация). Бу касалликни мойя ўсмаси, истисқосидан фарқ қилишда ультратовуш текширишлари, пункция қилиш ва биопсия олиш ёрдам беради. Катталарда ҳам учрайдиган мойя буралишидан эса орхоэпидидимит доплерли УТТ ёрдамида фарқ қилинади.

Давоси. Касалликнинг ўткир хилида яллиғланиш жараёнининг даврига мувофиқ равишда консерватив (инфильтратив даврида) ёки оператив (йирингли даври - абсцесс) йўл-йўриқ қўлланилади.

Консерватив даволаш: беморнинг тинч ётиши, ёрғоқка суспензорий (халтача) тақиб қўйиш, касаллик бошланишида ёрғоқка совуқ нарсалар босиб туриш, кейинчалик иссиқлик қўйиш (грелка)дан иборатдир. Физиотерапия (УВЧ ва ҳ.к.), антибиотикотерапия қўлланилади. Антибиотиклар уруғ тизимчасига Лорин-Эпштейн усулида новокаинли блокадалар пайтида ҳам киритилиш мумкин. Охирги усулда уруғ тизимчаси ёрғоқ ёнбошининг юқориюқ қисмида пайпасланиб, унга 0,5 - 1,0% ли 50-60 мл илик ҳолидаги новокаин эритмаси юборилади.

Жараён йирингли даврига ўтиб, абсцесс шаклланган бўлса, аввал пункция қилиниб, йиринг топилади ва қисман сўриб олинади, унинг ўрнига 0,5-1% ли новокаин эритмаси юборилади ва дарҳол ўша жой маҳаллий оғриқсизлантириш остида очилади, йирингли қўшимча халтачалар ҳам ревизия қилиниб, улар ҳам асосий бўшлиққа очилгач, бўшлиқ дренаж қилинади ва гипертон

ник эритма (10% ли натрий хлорид эритмаси) ҳамда малҳам билан турунда ўрнатилади. Моякнинг ўзи ёки ортиғи билан бирга ириб кетган бўлса, улар олиб ташланади - орхоэпидидимэктомия (хемикастрация).

Касалликнинг сурункали турида унинг этиологиясидан келиб чиқиб, антибиотиклар, химиопрепаратлар, сўрилтирувчи (алоэ, лидаза ва ҳ.к.) дорилар, физиотерапия ишлатилади. Кўп муддат даволашга қарамай бир томонлама эпидидимит ўтиб кетмаса (айниқса специфик яллиғланишларда) эпидидимэктомия операцияси бажарилади.

Баланит ва баланопостит

Тасаввур. Жинсий олат (закар) бошчасининг яллиғланиши (баланит), кўпинча чакка кертмакнинг ҳам яллиғланиши (постит) билан кечади ва шу туфайли бу касаллик кўпинча баланопостит деб юритилади.

Бу касаллик суннат қилинмаган одамларда кўп учрайди ва асосан чакка кертмакнинг қисилиши (фимоз) натижасида смегманинг йиғилиб қолиши туфайли юзага келади. Бу касалликка йирингли уретрит (сўзак), юмшоқ ва қаттиқ шанқр (заҳм), закар ўсмаси (ириган даврида) ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари ва ташхиси. Касалликнинг биринчи белгилари оғриқ, қичишиш, ачишишлардан иборат бўлиб, кейинчалик жинсий олат бошчаси ва кертмаги соҳасида йиринг пайдо бўлади, чов соҳаси лимфа тугунлари катталашиб, бадан ҳарорати кўтарилиши мумкин.

Тез-тез такрорланиб турадиган баланопостит чандиқли фимозга олиб келади.

Давоси. Жинсий олат бошчасини ва кертмагини илиқ сув ва совун билан асталик билан ювиб, водород перекиси, калий перманганат (1:5000) ёки фурациллиннинг 0,1% ли, диоксидиннинг 0,5-1,0% ли эритмалари билан ишланади ва кертмак халтачасининг ички қисмига синтомицин линименти суртиб қўйилади. Антибактериал дорилар тайинланади. Парафимоз пайтида закар бошчаси қисилган кертмак халтасидан озод қилинади, закарнинг буйинчаси қисмида қисиб турган бу ҳалқа кенгайтирилиши, кесилиши мумкин. Яллиғланиш ўтиб кетгач, кертмак олиб ташланади (циркумпизия).

СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ СИЛИ (ФТИЗИОУРОЛОГИЯ АСОСЛАРИ)

Тасаввур. Сийдик ва таносил аъзоларининг специфик инфекцияли яллиғланиш касалликлари (сил, сўзак, захм ва ҳ.к.) орасида сил касаллиги ўзининг кўп учраши (носпецифик инфекцияли яллиғланиш, сийдик-тош касаллиги ва ўсмалардан сўнг тўртинчи ўринда туради), узоқ вақт ва оғир кечиши, аъзоларни ишдан чиқариши билан алоҳида ўринни эгаллайди. Бу касалликнинг аниқ кўзгатувчиси бўлганлиги учун (Кох таёқчаси) специфик инфекцияли яллиғланиш касалликлари қаторига киритилади.

Бу бобда биз тўхталмоқчи бўлган буйрак ва сийдик йўллари-нинг ҳамда баъзи таносил аъзоларининг сили организмнинг умумий сил касаллигининг маҳаллий кўринишлари деса бўлади. Бу аъзолардан буйраклар ва мояк ортиғи энг кўп зарарланади ва уларнинг сили энг кўп учрайди.

Касаллик кўзгатувчиси организмда тараққий эта бошлаганда, у ҳамма аъзоларни бир хил зарарлантиради, жумладан, гематоген йўл билан етиб келиб, буйракларнинг пўстлоқ қаватларида майда-майда ўчоқлар пайдо қилади. Бу давр сил касаллигининг миляр даври (ўткир даври) бўлиб, у кўпинча белгиларсиз ўтади. Организмнинг иммунобиологик қучлари етарли бўлганда бу ҳолат касалликка айланмайди ва врачлар, урологларнинг эътиборидан четта ҳам қолиши мумкин. Баъзан касаллик авж олиб бориб, буйракларнинг зарарланишига олиб келади ва урологик касаллик сифатида қайд этилади. Шундай қилиб, касалликнинг сурункали даври бошланади, айрим аъзолардаги маҳаллий ўзгаришлар, уларнинг сили тарикасида шаклланади.

А.Л.Шабад (1978) классификацияси бўйича буйрак сили 4 даврда кечади: I-инфильтратив давр, бунда буйрак паренхимасида сил инфильтратлари пайдо бўлиб, улар ҳали деструкция (емирилиш) ёки казеоз ҳолига ўтмаган бўлади; II - деструкциянинг бошланиш даври, бу пайтда буйрак сурғичи емирила бошлайди (сил папиллити) ёки кичик каверналар ҳосил бўла бошлайди; III -чегараланган деструкция даври, бу даврда буйракнинг айрим бир сегменти (кўпинча юқоригиси) зарарланади, шу сегментда битта катта каверна ёки бир нечта кичик каверналар юзага келади; IV - субтотал ва тотал даври, иккала

буйракда кўплаб каверналар шаклланиб, охир-окибат жараён сил пионефрози билан якунланади.

Буйракларда шакллана бошлаган сил жараёни аста-секин пастга қараб тарқалади, буйрак косачалари, жоми, сийдик йўли, қовуқнинг шиллик қаватларида кўплаб сил дўмбоқчалари пайдо бўлади, улардан бири пайдо бўлиб, бошқаси шишиб ёрилиб, ўрни чандикланиб, бу жараён кўпга чўзилади ва кўпинча сийдик найчаларининг пастки қисмида, қовуқда сийдик найчалари очилган тешикчалар атрофида шиллик қават ва мушак зарарланади, сийдик найчаларининг кўп жойли стриктуралари, қовуқ кичрайиши ("кичик қовуқ") шу тариқа юзага келади. Бундай шароитда буйрак ва сийдик йўллариининг бошқа касалликлари, дейлик, носпецифик инфекцияли яллиғланишлар (А.Л.Шаббад, Н.К.Минаков, 1974) ёки тошлар (Л.Я.Волович, 1972) авж олиши ёки пайдо бўлиши учун қўлай шароит яралади.

Белгилари ва ташхиси. Буйрак ва сийдик йўллариининг сили бел соҳасида оғриқ, дизурия, гематурия билан кечиши мумкин. Буйраклар соҳасида оғриқ симиллаб турган (буйрак ҳажми каттариб, жараён буйрак капсуласига ўта бошлаганда) ёки буйрак санчиги (сийдик йўлига йиринг ва казеоз моддалар тикилиб қолганда) тариқасида кузатилади.

Дизурия жараённинг қовуққа етиб келганидан дарак беради ва борган сари кучайиб бориши ва қовуқ девори чандикланиб, ҳажми кичрайиб (микроцистис), беморнинг сийиши жуда тезлашади, сийдик томчилаб қолади.

Бунда сийдик таҳлилида лейкоцитлар топилади, сийдик реакцияси кислотали бўлади.

Бу касаллик пайтида кузатиладиган гематурия буйрак паренхимасида деструкция бошланиши билан (тотал гематурия) ёки қовуқда сил думбоқчалари шишиб ёрилиши (терминал гематурия) билан боғлиқ бўлади.

Буйрак ва сийдик йўллари силининг энг ишончли белгиси сийдикда сил микобактерияларини топишдир, лекин шуниси борки, улар касалларнинг фақат ярмидагина топилиши мумкин.

Бу касалликнинг ташхиси баъзан анча мураккаб иш бўлиб, бошқа ҳамма сурункали касалликларни истисно қилиш йўли билан амалга оширилади. Албатта ўпка, суяк ёки бошқа аъзолар сили билан оғриган ёки оғриётган беморларда бел соҳасида оғриқ пайдо бўлиб, дизурия, гематурия юзага келса, дарҳол махсус текширишлар усулларига киришиб, буйрак ва сийдик йўлла-

ри силини излаш керак. Улардан асосийлари лаборатория усуллари билан сийдик чўкмасида сил микобактерияларини топиш, цистоскопия ёрдамида қовуқ шиллик қаватида сил дўмбоқчаларини кўриш ва рентгенологик текширишларда буйрак соҳасида петрификатлар сояси, косача-жом тизими деформацияси, айрим косачалар тасвирининг бутунлай йўқолганлиги ("косача ампутацияси"), сийдик йўлида мунчоқсимон кўплаб торайишлар, қовуқ кичрайиши (микроцистис)дан иборатдир.

Буйрак структурасида ва фаолиятидаги ўзгаришлар радиоизотоп текширишлари йўли билан (казеоз ва каверналар соҳасига радиоактив модда етиб келмаслиги) ёки инвазив ультратовуш текширишлари билан тўлиқроқ маълумотга эга бўлиш мумкин.

Давоси. Буйрак ва сийдик йўллари сили билан беморлар замонавий шароитда махсус фтизиоурология бўлимларида даволаниши керак.

Кўпинча консерватив даволаш қўлланилади. Айниқса касаллик ўз вақтида аниқланиши мумкин бўлса, биринчи навбатда консерватив даволанишга эҳтиёж туғилади. I, II ва баъзан III даврда ҳам, буйрак паренхимасида ҳали деструкция юзага келмаган, ярали-каверноз ўчоқлар жуда катталашмаган ҳолларда силга қарши уч хил гуруҳдаги дорилар бир вақтда ишлатилади: булар - антибиотиклардан стрептомицин (0,5 г дан 2 марта мушак орасига), изоникотин кислотасининг гидрозид қатори препаратларидан кўпинча фтивазид (0,15 - 0,3 г дан 3 марта) ва ПАСК (3,0 г дан 3 марта) берилади. Бу дорилар кўп муддат давомида ишлатилади, шунинг учун уларнинг асоратлари доимо ҳисобга олиб борилиши зарур. Стрептомицин эшитув ва вестибуляр аппаратга салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ундан ташқари бу препарат катта дозаларда узоқ муддат ишлатилганда сил ўчоқларининг чандикланиш жараёни кучаяди, бу эса сил касаллигининг қўнғилсиз асоратлари, масалан, сийдик йўллари стриктурасига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун стрептомицин кўпи билан 2 ой давомида 120 г дан кўп бўлмаган миқдорда ишлатилиши мумкин.

Консерватив даволашни санатория-курорт даволаниши билан қўшиб олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

Жарроҳлик йўли билан даволашга касалликнинг III-IV даврида эҳтиёж туғилади. Бунда кўпинча олдинги замонларда нерфэктомия қилинган. Лекин ҳозирги пайтда ташхис қўйиш, консерватив даволаш ўз вақтида ва тўла ҳажмда ўтказилиши натижаси-

да касалликнинг ҳатто IV даврида ҳам аъзони сақлаб қолишга эришиляпти. Нефрэктомия фақат сил пионефрози ва буйрак сегментларининг уччаласида ҳам кўплаб каверналар шаклланган ҳолларда (IV давр) бажарилади. Касалликнинг III даврида деструкция буйракнинг битта сегментида юзага келган бўлса, буйрак резекцияси, кавернотомия, кавернэктомия қўлланилади.

Сийдик йўли чандиклари туфайли стриктуралар пайдо бўлган бўлса, ўша қисилган қисмлари кесиб олиб ташланиб, учини учига улаш, сийдик найчасининг пастки қисмида қисилиш жойлашган бўлса, қовуқнинг деворига сийдик найчасининг проксимал учини улаш (уретероцистонеостомия), сийдик найчасининг проксимал учи қовуқ деворига етишмаса, қовуқ деворидан лентасимон кесиб олиб, найча ясаиб, сийдик найчасини унга улаш -Боари операцияси (A.Boari, 1899) каби сийдик найчасининг ўтувчанлигини тиклашга қаратилган реконструктив - пластик операциялар кенг қўлланилади.

Ҳар ҳолда бу тоифадаги беморлар доимо кузатилиб борилиши, операциягача ва ундан кейин ҳам силга қарши доридармонлар билан даволанишни давом эттиришлари керак.

Эркаклар жинсий аъзолари ичида сил кўпинча мойк ортиғини "танлайди" (специфик эпидидимит). Бунда касаллик носпецифик яллиғланишдан фарқли ўлароқ, зимдан бошланади. Аксари ҳолларда мойк ортиғининг дум қисми каттариб, ғадирбудир бўлиб қолади. Жараён мойккача ўтса, уларнинг орасида чегара умуман билинмай қолади. Даволаш ўтказилмаса, жараён казеоз емирилишгача етиб бориб, ёрғоқ терисига очилади ва йирингли оқма шаклланади.

Бунда ташхис қўйишда бошқа аъзолар сили мавжудлиги, спермада, простата беги ширасида, оқмадан олинган ажралмада сил микобактериялари топилиши катта аҳамиятга эгадир. Биопсия натижалари ташхисни тўлиқ тасдиқлайди.

Давоси. Консерватив даволаш кўпинча ёрдам бермайди. Шунинг учун химиотерапия қила туриб, жарроҳлик амалиёти қўллаш лозим бўлади. Специфик эпидидимит пайтида мойк ортиғи олиб ташланса (эпидидимэктомия), эпидидимоорхитда мойк ортиғи мойк билан бирга қўшиб олиб ташланади (орхоэпидидимэктомия). Мойк қисман зарарланган ҳолларда резекция, кавернотомия, каверноэктомия каби аъзони сақлаб қолиш усуллари қўлланилади.

СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Буйрак-тош касаллиги

Тасаввур. Буйрак-тош касаллиги сийдик-тош касаллигининг тошлар буйраклар ва юқори сийдик йўлларида жойлашуви билан кечадиган хили бўлиб, барча урологик касалликларнинг 30-40 фойизини ташкил қилади ва дунёнинг барча мамлакатларида учрайди. Жумладан, Республикамизда бу касаллик аҳолининг 4,5% ида кузатилади. Бу касаллик эндемик тарқалган бўлиб, Финляндия, Албания, Хитой, Афғонистон, Марокаш, Миср Араб Республикаси, АҚШнинг айрим шарқий районларида уролити-азнинг ўчоқлари бор. Ўзбекистон ҳам сийдик-тош касаллигининг эндемик ўчоғи ҳисобланади. Кўпчилик Ўзбекистон олимларининг (И.П. Погорелко, 1960; А.А. Абдуллаев, 1992; А.А. Абдурахмонов, 1968; Н.А. Юсупов, 1971) илмий ишлари ва диссертациялари ва ҳатто Ўзбекистон мустақил бўлгач, Республикамиз урологларининг I Қурултойи (1992) ҳам шу муаммога бағишлангани бежиз эмас.

Буйрак-тош касаллигининг келиб чиқиш сабаблари тўлиқ ўрганилган эмас, шу туфайли унинг вужудга келишини тушунтиришга ҳаракат қиладиган бир неча назариялар таклиф этилган. Шулардан анча-мунча тан олинганлари физик-коллоид (коллоид-кристаллоид) ва "матрица" назарияларидир. Биринчисига биноан, сийдикда ҳимоя коллоидлари бўлиб, улар тузларни эриган ҳолда ушлаб туради. Ҳар хил сабаблар, дейлик, организмда кислота-ишқорий мувозанатнинг бузулиши, одатда истеъмол қилинадиган овқат таркиби ўзгариши натижасида рўй берадиган модда алмашинувидаги силжишлар, меъда-ичак, жигар фаолиятидаги номутаносибликлар, ҳамда жигар-буйрак фаолиятининг ўзаро боғлиқлиги бузулиши сийдикнинг физик-химик таркибини ўзгартиради. Бундан ташқари, суякларнинг синиши, калкони-симон беги олди безлари фаолиятининг ўзгариши (гиперпаратирозидизм) натижасида сийдик билан кальций тузлари жуда кўп чиқа бошлайди. Бундай шароитда кальций, фосфор ионлари микроорганизмлар таъсирида мукополисахаридлар билан қўшиб, тош пайдо бўлишига олиб келади.

"Матрица" назариясига биноан, буйракда уродинамика бу-

зилганда капилляр ўтказувчанлиги кучайиб, каналчалар эпителийси шикастланиши натижасида, сийдикка одатда ажралиб чиқмайдиган моддалар - мукополисахаридли протеинлар ҳам ажралиб чиқади. Шу тариқа ҳосил бўлган оксил ва мукополисахаридлардан тузилган "матрица" бўлажак тошнинг асосини ташкил қилади. У коптокчалардан найчаларга томон ҳаракат қилар экан, ўша ерда кристаллар билан копланиб, тошга айлана боради. Ҳар ҳолда сийдик-тош касаллигига олиб келадиган маълум ички ва ташқи сабаблар мавжуд, яъни буйрак ва сийдик йўлларида тош пайдо бўлиши ташқи муҳит ва организм ички омилларига боғлиқдир. Ташқи муҳит омилларидан сув таркиби, истеъмол қилинадиган озиқ-овқатларнинг ва бошқаларнинг аҳамияти каттадир. Организм ички муҳитидаги шарт-шароитлар умумий (сув-туз алмашинуви бузилиши, калконсимон беи олди безлари фаолиятининг ўзгариши ва ҳ.к.) ва маҳаллий (сийдик йўлларидаги аномалиялар, яллиғланишлар ва ҳ.к.) бўлиши мумкин.

Тошлар химиявий таркибига кўра урат кислота, натрий ва лимонли урат тузлари (уратлар), оксалат кальций тузлари (оксалатлар), ох.к. тузлари (фосфатлар), карбонат кальций ва магний тузлари (карбонатлар) кристалларидан ташкил топган бўлиши мумкин.

Европа урологлари ассоциациясининг «Урология бўйича тавсиялар»ида турли турда тош ҳосил бўлишига асосланган беморлар категориялари келтирилган (3-жадвал)

3-жадвал

Кальцийсиз тошлар	Инфекция тошлари
	Сийдик кислотали тошлар (сийдик кислота натрий/сийдик кислота амин)
	Цистит тошлар
Кальцийли тошлар	Резидуал бўлмаган тошларсиз ёки тош фрагментларсиз бирламчи ҳосил бўлган тошлар
	Резидуал тошлар ёки тош фрагментларидан бирламчи ҳосил бўлган тошлар
	Ўртача даражада клиник кўринишли қайталанган тошлар ва ҳозирги пайтда бу беморларда резидуал

	тошлар ёки тош фрагментлари бўлмади
	Ўртача даражада клиник кўринишли қайталанган тошлар ва ҳозирги пайтда бу беморларда резидуал тошлар ёки тош фрагментлари мавжуд
	Оғир даражада клиник кўринишли қайталанган тошлар ва ҳозирги пайтда бу беморларда резидуал тош фрагментлари бўлмади ёки мавжуд.
	Тош ҳосил бўлиш турига боғлиқ бўлмаган махсус омиллар хавфи мавжуд беморларда тош пайдо бўлиши.

Белгилари ва ташҳиси. Касалликнинг биринчи ва энг асосий белгилари учта бўлиб (триада), булар: бел соҳасидаги оғриқ, сийдик рангининг қизариши (қон аралашishi) ва сийдик билан кичик-кичик тошчаларнинг, кўмнинг чиқиб кетишидир.

Ташҳис қўйиш беморнинг бел соҳасини кўздан кечириш ва пайпаслаш, сийдигига эътибор бериш, сийдик таҳлили (сийдикда эритроцитлар мавжудлиги), ультратовуш (айниқса урат тошлари учун) ва рентген текширишлари орқали амалга оширилади.

Давоси. Ҳозирги пайтда тошни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан кўра, уни эритиш (литоллиз), тушуриш (литоекстракция) ёки майдалаш (литотрипсия) афзал қўрилади. Албатта бу усулларнинг ҳар бири аниқ кўрсатмалар асосида амалга оширилади.

Буйрак - тош касаллиги пайтида кузатилиши мумкин бўлган буйрак санчиғи пайтида бирин-кетин қўйидаги тадбирлар қўрилади: 1. Иссиқ процедуралар (грелка, иссиқ ванна); 2. Антиспастика моддалар (атропин сульфат 0,1% - 1,0 тери остига, баралгин 5,0 вена қон томирига, цистон 2 капсула ва ҳ.к.); 3. Оғриқ қолдирувчи моддалар (промедол-1% - 1,0 мушак оралиғига); 4. Новокаинли ҳар хил блокадалар (Лорин-Эпштейн усулида 1% - 50,0 мл новокаин эритмаси оғриқ мавжуд томонда эркаларда уруғ тизимчасига, аёлларда - бачадоннинг юмалоқ бойламасига юборилади); 5. Сийдик найчасини ёки буйрак жомини катетеризация қилиш; 6. Буйрак санчиғига ўткир инфекцион-яллиғланиш жараёни қўшилса ёки анурия кузатилса, уларни зудлик билан опера-

ция килиб, сийдик йўлидаги тўсиқни (кўпинча тошни) бартараф этиш ва уродинамикани (сийдик пассажи) тиклаш лозим бўлади.

Сийдик-тош касаллигининг профилактикаси, профессор А.Л.Шабднинг (1983) таъкидлашича икки йўналишда олиб борилиши керак: этиологик, яъни касалликнинг пайдо бўлиш сабабларининг олдини олиш ва патогенетик, яъни касалликнинг тараққий этишини тўхтатиш. Этиологик профилактикада энг асосий ўринни модда алмашинувининг, яъни озик-овқат ва сув истеъмол қилишни йўлга қўйиш эгаллайди. Парҳезда гўшти, сут-қатиқ ва ўсимликлардан, оксил, ёғ, углеводлардан мўътадил микдорларда бўлиши зарур. Бир кеча-кундузда истеъмол қилинадиган суюқлик микдори 1,5-2 литрдан кам бўлмаслиги керак.

Патогенетик профилактика туркумига суяклар шикастланишларининг олдини олиш, ошқозон, ичак касалликларини ўз вақтида даволаш, сийдик йўлларидаги яллиғланишларга қарши курашиш кўзда тутилади.

Буйрак ва сийдик йўлларида қайта тош пайдо бўлишининг (рецидив) олдини олиш учун биринчи навбатда тошнинг химиявий таркиби ўрганилиб, ўшанга яраша парҳез тайинланади: тош сийдик кислотаси ёки унинг тузларидан ташкил топган бўлса (урат тошлари) беморларга гўштли овқатлар камайтирилиб, сут, сабзавотлардан кўпроқ истеъмол қилиш тавсия қилинади. Фосфат тошларида эса, аксинча, сут-сабзавот маҳсулотлари камайтирилиб, асосан гўшт-хамирдан тайёрланган овқатлар истеъмол қилинади. Оксалат тошлари пайтида таркибида шавел асосли тузлар мавжуд ҳамма нарсалардан кечишга тўғри келади: какао, шоколад, шпинат, ловия, ёнғоқлар. Бунда мунтазам равишда сийдик реакцияси текшириб турилади.

Санатория-курорт даволашларидан ўзимиздаги "Занги-ота" ва унда чиқадиган, даволаш хусусиятлари Ўзбекистон урология илмий маркази томонидан ўрганилган маъданли сувлар жуда асқатади.

Қовуқ ва сийдик чиқариш канали тошлари

Тасаввур Тошлар қовуққа кўпинча сийдик найчаларидан келиб тушади ва ушланиб қолиб каттара бошлайди. Тошнинг

қовуқдан уретра орқали чиқиб кетолмаслигига ёшларда қовуқ бўйинчаси ва уретрадаги инфравезикал тўсиқ юзага келтирадиган касалликлар (простатит, уретра стриктураси, аномалиялар, фимоз), қари ёшдагиларда эса простата беэи хавфсиз гиперплазияси, саратони сабаб бўлади. Шунинг учун ҳам аёлларда қовуқда кам ҳолларда, уретрада-ку умуман тош пайдо бўлмайди. Баъзан қовуқдаги ёт жисмлар (Петцер катетери бошчаси ва бошқа.) тузлар билан қопланиб тошга айланади. Бу турдаги тошлар кўпинча бажарилган операциялар пайтида тикилган ипак, лавсан иплар атрофида пайдо бўлиб, қовуқ бўшлиғига осилиб туради.

Белгилари ва ташхиси. Беморларни дизурия, сийдикдаги ўзгаришлар, баъзан сийдик тутилиши (сийдик оқимининг бирдан узилиб қолиши) безовта қилади. Бундай пайтда тана ҳолати ўзгартирилса (ўтирилса, ётиб олинса) сийдик яна ажрала бошлайди.

Бу касалликнинг ташхиси қийинчиликлар туғдирмайди. УТГ ёрдамида (ҳамма таркибдаги тошлар) ва обзор урографиясида қовуқда тош аниқлангач, улар даволаш қўлланишидан бевосита олдин металл инструментлар (катетер, буж, цистоскоп) билан яна бир бор текшириб қўрилади.

Давоси. Ҳозирги замон тиббий техникаси ва асбоб ускуналарининг ривожланиши қовуқ ва уретра тошларини умуман консерватив йўл билан даволашга шароит туғдирмоқда. Булардан урат тошлари учун литолиз усули (тошларни литолитик дорилар билан эритиш - уролит, солюран, магурлит, пролит, уроцит-К, конефран ва ҳ.к.) муваффақият билан қўлланилади. Литотрипторлар ёрдамида қовуқдаги тошлар майдаланади ва сийдик оқими билан чиқариб юборилади.

Оператив усуллар эса айрим ҳолларда, яъни керакли инструментларни қовуққа кирғизишнинг иложи бўлмаганда, ёки қовуқда тошдан ташқари операция талаб бошқа касалликлар мавжуд бўлганда, қовуқнинг ҳажми кичик бўлиб, уни суюқлик билан тўлдиришнинг иложи бўлмаганда қўлланилади ва бунда албатта тош олиб ташланишидан (эпистолитотомия ёки - стомия) ташқари асосий касалликларнинг (простата беэи хавфсиз гиперплазияси, ўсмалар ва ҳ.к.) ҳам чора-тадбири қўрилади.

СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИ

Буйрак ўсмалари

Тасаввур. Умуман сийдик аъзоларининг ўсмаларини буйрак паренхимаси ўсмаларига ва сийдик йўллари (косача, жом, сийдик найи, қовуқ, сийдик чиқариш канали) ўсмаларига ажратиш уларнинг морфогенези нуқтаи назаридан тўғрироқ бўлади.

Буйрак паренхимаси ўсмалари эпителиал ва бириктирувчи тўқима ҳужайраларидан келиб чиқади. Сийдик йўллари ўсмалари оралик эпителиал ҳужайраларидан келиб чиқадиган буйрак косачаси ва жомлари, уретер ва қовуқ ўсмаларига ҳамда цилиндрсимон эпителийдан келиб чиқадиган уретра ўсмаларига бўлинади.

Буйрак ва сийдик йўлларидаги ўсмалар хавфсиз (6%) ва хавфли (94%) бўлиши мумкин. Катта ёшдаги одамларда буйрак ўсмалари ҳамма ўсмаларнинг 2% ташкил қилади ва улар асосан аденокарциномадан иборат бўлади, болаларда эса бу кўрсаткич 25% ни ташкил қилиб, улар кўпинча Вильмс ўсмасидан иборат бўлади.

Буйрак ва сийдик йўллари ўсмаларига эътиборни кучайтириш ва унинг дунё миқёсида ҳисобини олиб бориш мақсадида буйрак ва сийдик йўллари ўсмаларининг халқаро классификацияси қабул қилинган бўлиб, бу классификацияга биноан хавфли ўсмаларнинг ҳажми Т (tumor), лимфа тугунларига ўтганлиги N (noduli limpaticus), яқин ва узоқ аъзоларда пайдо бўлган метастазлар М (metastasis), веналарга таъсири V (vena genalis – буйрак венаси, vena cava inferior - пастки ғовак вена) ҳарфлари билан белгиланади.

Буйрак ўсмаларига нисбатан бу классификация қуйидагича қўлланилади:

T₁ - буйрак кўринишини ўзгартирмайдиган кичик ҳажмдаги ўсма;

T₂ - буйрак кўринишини ўзгантирадиган, лекин унинг капсуласига таъсир қилмайдиган катта ҳажмли ўсма;

T₃ - буйрак атрофи тўқимасига ўтган ўсма;

T₄ - буйрак яқинидаги аъзоларга ва қорин пардасига ўсиб ўт-

ган ўсма;

N₀ - регионар (минтақавий) лимфа тугунлари зарарланмаган;

N₁ - битта регионар гомолатерал лимфа тугунининг зарарланиши;

N₂ - билатерал ёки кўплаб контрлатерал регионар лимфа тугунларнинг зарарланиши;

N₃ – регионар лимфа тугунларида қимилламайдиган метастазларнинг юзага келиши;

N_x - лимфа тугунларида зарарланишлар рўй берганлигини тасдиқлайдиган текширишлар ўтказилмаган, исбот қилинмаган ҳоллар;

M₀ - узоқ метастазлар йўқлиги;

M₁ – узоқ метастазлар мавжудлиги;

M_x - узоқ метастазларнинг мавжудлиги текширилиб, исбот қилинмаган ҳоллар;

V₀ - веналарда ўсма тромби йўқлиги;

V₁ – буйрак венасининг ўсма билан зарарланиши;

V₂ - ўсма тромби пастки ғовак венага ҳам кириб борганлиги;

V_x - веналарда ўсма асоратлари ёки тромблари текшириб аниқланмаган (исбот қилинмаган) ҳоллар.

Буйрак хавфли ўсмалари гематоген ва лимфоген йўл билан ўпкаларга, суяк, жигар, бош миёга метастазлар беради. Бу метастазлар баъзан ўсманинг ўчоғи - буйрак олиб ташлангандан кейин 10–20 йил ўтгач юзага келиши, ёки аксинча, баъзан асосий ўчоқдаги ўсма бартараф этилгач, метастаз ўсмалар ҳам ўз-ўзидан йўқола бориш ҳоллари кузатилган.

Белгилари ва ташхиси. Буйрак ўсмаларининг умумий ва маҳаллий белгилари фарқ қилинади. Умумий белгиларга рак касаллигига хос бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви, ориқлаши, бадан ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, қондаги баъзи ўзгаришлар (анемия, полицитемия, ЭҚТ нинг тезлашиши, артерия гипертензияси) қиради.

Маҳаллий белгилар бу касалликда ҳам, кўпчилик бошқа урологик касалликлардаги каби (сийдик-тош касаллигида – 1. буйрак санчиғи, 2. гематурия, 3. тошчалар чиқиши; пиелонефритда - 1. оғриқ, 2. бадан ҳароратининг кўтарилиши, 3. сийдикда йирингли ўзгаришлар) белгилар триадасидан иборат бўлади: 1. оғриқ, 2. буйрак ҳажмининг каттарилиши, 3. гематурия.

Факатгина гематурия бу касалликда бошқа касалликлардагидан кўпинча оғриқсиз кечиши билан фарқ қилади. Ё бўлмаса, дейлик, сийдик-тош касаллигида гематурия буйрак санчиғи ўтиб кетгандан кейин юзага келса, яъни сийдик найининг ўтувчанлиги тикланиб, тош чикиб кетиб ёки жойини ўзгартириб, бу буйракдаги қон аралаш сийдик қовуққа туша бошлагандан кейин бошланса, буйрак ўсмаларида аксинча, оғриқ (буйрак санчиғи) гематурия қутилмаганда бирдан тўхтаб қолгандан кейин, яъни қон лахтаси сийдик найининг ўтувчанлигини тамоман бузгандан кейин пайдо бўлади.

Буйрак ҳажми ўзгариши болаларда учрайдиган Вильмс ўсма-сида жуда кўзга ташланиб, қориннинг тааллуқли ярмини деярли эгаллаши мумкин. Буйрак ўсмалари пайтида ўша томонда варикоцеле юзага келиши ҳам маҳаллий белгиларга киради. Бу белги алоҳида касаллик ҳисобланадиган ва кўпинча чап томонда учрайдиган варикоцеледан фарқли ўлароқ, икки томонда ҳам учраши мумкин ва буйрак венаси ёки пастки ғовак вена ўсма билан босилиб қолиши ёки бўшлиғига ўсма тромби кириб бориши билан боғлиқ бўлади.

Буйрак ўсмалари ташхиси буйракнинг пайпасланиши, сийдикни кўздан кечириб, унда гематуриядан ташқари чувалчангсимон қон лахталарини кўриш, варикоцеле мавжуд ҳолларда, беморни турли ҳолатларда (ётқизиб ва турғизиб) ўрганишдан бошланади.

Буйрак ўсмаларининг характерли белгиларини махсус урологик текширишлар натижасида аниқлаш мумкин. Ноинвазив текширишлардан УТТ буйрак ўсмаларини ҳар хил кисталардан, урат тошларидан, пионефроз ва гидронефроз, поликистозлардан фарқ қилишда жуда асқатади. Буйрак ўсмаларининг рентгенологик белгиларига буйрак контурининг ўзгариши (обзор урографиясида), косача-жом системасининг деформацияси, "косача ампутацияси" белгиси, сийдик найининг умуртқа поғонаси томон сурилиши, буйрак фаолиятининг йўқолганлиги (экскретор урографиясида), буйрак тўқимасидаги ўзгаришлар, уларда контраст моддадан "қўлмақлар" юзага келганлиги (буйрак артерияграфиясида) каби белгилар киради. Буйрак фаолияти тамоман сўнган ҳолларда ретроград пиелографиясини қўллашда ўсманинг локализацияси ҳисобга олинади, ўсма буйрак бўшлиғида

(косача, жомда) жойлашганда бу усул вазоренал рефлюкси оқибатида ўсма метастазлари юзага келишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун ретроград пиелографияси факат буйрак паренхимаси ўсмалари тахмин қилинганда (УТТ да) бажарилади, шунда ҳам буйрак бўшлиғи тамоман тўлдирилмайди, яъни буйрак санчиғи пайдо бўлишига йўл қўйилмайди.

Радиоизотоп текширишларида ўсманинг буйракдаги "иссиқ" (ўсманинг бошланғич даври) ёки "совуқ" (ўсманинг охириги, ириган даври) ўчоқлари топилади. Лекин, кўриниб турибдики, келтирилган белгилар буйрак ўсмалари учун патогномоник эмас, шу белгилар қаторида сийдикда цитологик текширишлар йўли билан рак ҳўжайралари ҳам топилса, ёки биопсия ёрдамида гистоморфологик текширишлар ўтказилсагина ташхис тўлиқ ва ишонарли ҳисобланади ва шундагина бу касалликни ҳар томонлама даволаш (оператив, нурлантириш, консерватив, сиптома-тик) каби масъулиятли ишга киришиш мумкин бўлади.

Давоси. Буйрак ўсмаларининг асосий давоси - радикал нефр-эктомиядир, Бу жарроҳлик амалиёти пайтида буйрак атрофидаги ёғ тўқимаси, лимфа тугунлари ва сийдик найчаси билан бирга олиб ташланади. Бунинг учун албатта ретроперитонеал люмботомия эмас, буйракка кенг йўл очиб берадиган трансабдоминал ёки торакоабдоминал усул қулайдир. Бундан асосий мақсад ўсма ҳўжайраларининг қон томирлари орқали тарқалишининг олдини олиш учун буйракни ажратишдан олдин унинг қон томирларини боғлаб олишдир. Шу мақсадда охириги пайтларда операциядан олдин (баъзан якуний даволаш сифатида ҳам) буйрак артериялари эмболизацияси бажарилади.

Буйрак ўсмаларини дори-дармонлар билан даволаш гормоно-терапия (оксипрогестерон капронат, 250-500 мг/сут. дан мушакка 3 ойдан кўп муҳлат ва бошқалар) ва химиотерапиядан иборатдир.

Буйрак ўсмаларида нур билан даволаш масаласи уларнинг радиорезистентлиги (нурга сезгир эмаслиги) туфайли ҳалигача тўлиқ ечилмаган. Ҳар ҳолда операциягача, ёки операциядан кейин (ўсмалар жуда катта бўлиб, уларни олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ёки қисман олинса, метастазлари борлиги маълум бўлса) бу усул оғриқни қолдириш ва гематурияни камайтириш мақсадида амалга оширилиши мумкин.

Буйрак ўсмалари пайтида каромат (прогноз) беморнинг ёшига (ўсмаларга қарилар кўпроқ чидамли бўларкан), ўсма даврига, қон томирларига ўсиб кирганига боғлиқ бўлади.

Ковуқ ўсмалари

Тасаввур. Ковуқ ўсмалари нафақат сийдик йўллари ва тано-сил аъзолари ўсмалари орасида энг кўп учрайди (30%), балки умуман ўсмалар ичида ҳам (ошқозон, кизилўнғач, ўпкалар ва ҳикилдоқ-кекирдик ўсмаларидан кейин) тўртинчи ўринда туради ҳамда барча ўсмаларнинг 4 фойизини ташкил қилади.

Ковуқ ўсмалари эркакларда канцероген моддалар таъсири кўпроқ ўрин эгаллагани сабабли аёлларга нисбатан анча кўп учрайди (4:1).

Ўсмалар ковуқнинг Лъето учбурчагида, яъни бўйинчасида кўпроқ жойлашади. Бу ковуқнинг бўйинчасига сийдик оқими-нинг (ковуқдаги ва сийдик найчаларидан ажралаётган сийдик) тўхтовсиз таъсирининг натижаси бўлса керак.

Морфологик нуқтаи назардан ковуқ ўсмасининг қуйидаги хиллари мавжуд:

1. Типик папилляр (сўрғичли) фиброэпителиома (папиллома);
2. Нотипик папилляр фиброэпителиома (папилломатоз);
3. Папилляр саратон;
4. Солид ёки бошланишидан ўсиб қирувчи саратон.

Клиник жиҳатдан Халқаро саратон тадқиқоти агентлиги то-монидан ишлаб чиқилган классификация қўлланилади. Бу клас-сификацияга биноан бирламчи ўсманинг ковуқ деворига ўсиб қириш даражаси (Т), регионар лимфа тугунларига ўтганлиги (N), узоқ метастазларнинг мавжудлиги (М) ҳисобга олинади. Ўсма-нинг ташхисини тузишда қуйидаги халқаро миқёсда тушунарли кўрсаткичлар келтирилиши керак:

T_{is} – преинвазив карцинома (in situ саратони);

T_a - папилляр ноинвазив ўсма;

T_1 - шиллиқ қават чегарасидаги ўсма;

T_2 - ўсма мушак қаватининг ярмигача ўсиб қирган бўлади;

T_{3a} – ўсма мушак қаватининг (детрузорнинг) чуқур қатламла-рига ўсиб қиради;

T_{3b} - ўсма ковуқ атрофи тўқимасига етиб боради;

T_{4a} – ўсма ковуқ атрофи аъзоларига (простата беzi, бачадон, қин) ўсиб қиради;

T_{4b} – қорин пардасига ёки суякка ўсиб қириб тармашиб (ёпи-шиб) кетган ўсма;

T_x - бирламчи ўсманинг ўсиш даражасини аниқлаш учун ми-нимал текширишлар бажарилмаган ҳоллар;

N_0 - регионар лимфа тугунлари зарарланмаган;

N_1 - битта гомолатерал лимфа тугуни зарарланган;

N_2 – қарама-қарши томонда ёки билатерал лимфа тугунлари-нинг зарарланиши;

N_3 – ўсма метастазлари ўсиб қириши натижасида лимфа тугу-нининг атроф тўқимага тармашиб силжимаи қилиши;

N_x - лимфа тугуни ҳолатини аниқлаш учун етарли маълумот йўқлиги;

M_0 - узоқ аъзоларда ўсма метастазлари йўқлиги;

M_1 - узоқ аъзоларда метастазлар мавжудлиги;

M_x - узоқ аъзоларда метастаз борлигини аниқлаш учун етарли маълумот йўқлиги.

Белгилари ва ташхиси. Ковуқ ўсмаларининг асосий белги-лари гематурия ва дизурия, баъзан сийдик тутилишидан иборат-дир. Гематурия кўпинча тотал бўлиб, сийдик билан шаклсиз қон лахталари ажралади, ковуқ деворининг қайси қисмида жойлаш-ганига боғлиқ ҳолда ўсмалар сийиб бўлгандан кейин оғриққа (деворига чуқур ўсиб қирган бўлса), сийишнинг бузилиши, странгурияга (ўсма ковуқ бўйинчасида жойлашган бўлса), буйрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, буйрак етишмовчилигига (сийдик найчаларининг тешигини ёпиб қўйган тақдирда) олиб қилиши мумкин.

Ташхис қўйишда цистоскопия масалани ҳал қилади. Бунда ўсманинг нафақат тузулиши, юзасининг қонаши, сийдик найча-лари тешикчаларига алоқаси аниқланади, балки бира тўла биоп-сия учун тўқима ҳам олинади. Цистографияда тўлиш дефекти мавжудлиги ковуқ ўсмаси ташхисини ҳужжатлаштиради, полици-стография (ковуқни контраст модда билан парциал тўлдириб қириб, бирин-кетин битта рентген қўғозига бир неча бор тасвир тушириш) ўсманинг ковуқ деворига қақадар ўсиб қирганини ва унинг атроф тўқималарига ёпишиб кетганини аниқлайди.

Юқори сийдик йўллари ва буйрак ҳолати махсус текшириш

усуллари (хромоцистоскопия, обзор ва экскретор урографияси, радиоизотоп текширишлар) ёрдамида ўрганилади. Бунда, гарчи - бирламчи қовуқ ўсмалари ҳеч вақт юқори сийдик йўлларига ўсиб қирмаса ҳам (фақат қисиб ёки босиб қўяди, холос), қовуқ ўсмалари, аксинча, юқори сийдик йўллари ва буйрак ўсмаларининг метастазлари бўлиши мумкинлигини ёддан чиқармаслик керак.

Давоси. Консерватив (нурлар ва дори-дармонлар билан) ва оператив (эндовезикал инструментал ва трансвезикал хирургик) бўлиши мумкин.

Оператив даволашга қуйидаги замонавий усуллар қиради: эндовезикал электрокоагуляция, трансуретрал электрорезекция, трансвезикал электрорезекция, қовуқ резекцияси, цистэктомия. Охириги икки усулда битта ёки иккала сийдик найи ҳам ташқарига (тери) ёки йўғон ичакка улаб қўйилади (уретерокутанеостомия, уретеросигмоанастомоз). Бундай жарроҳлик амалиёти албатта урология (яхшиси уроонкология) бўлимларида амалга оширилгани маъқул.

Нур билан даволаш айрим ҳоллардагина мустақил равишда қўлланилади (операцияга монеликлар бўлганда). Қўпинча эса операциядан олдин нурлаш ўсма ҳажмининг (перифокал яллиғланишни камайтириши натижасида) кичрайишига олиб келади ва операция қилиш мумкин бўлмай турган ўсмани олиб ташлаш мумкин бўладиган ҳолга келтиради.

Дори-дармонлардан химиопрепаратлар (метотрексат, винбластин, адринобластин, цистостаин ва бошқ.) мажмуасини қўллаш ёки ТиоТЭФ, дибунол, БЦЖ суспензияси билан қовуқ инстилляциясини ўтказиш операциядан кейин касаллик кечилиши енгиллаштиради,

Простата бези саратони

Тасаввур. Простата бези саратони (раки) ер юзида турлича тарқалган бўлиб, бизнинг мамлакатимизда эркаклардаги хавфли ўсмаларнинг 3-5 фоизини ташкил қилса, АКШ да бу кўрсаткич 12 фоизга етади.

Келиб чиқиши бўйича простата бези саратони аденомадан фарқли ўлароқ, капсулага ўралган тугун ҳолида эмас, балки аъзо

тўқимасининг ўзидан юзага келади. Бу касалликнинг пайдо бўлишида гормонал ўзгаришлар (андрогенлар билан эстрогенлар ўртасида ўзаро мувозанатнинг бузулиши) сабаб бўлади.

Хавфли ўсма қўпинча простата безининг периферик қисмларидан пайдо бўлиб, аста-секин қолган қисмларига ҳам ўсиб қиради, капсулани ва унинг атрофидаги аъзоларни ҳам қамраб олади, лимфа ва қон томирлари орқали яқин ва узоқ аъзоларга метастазлар беради.

Халқаро саратон қўмитасининг классификациясига биноан простата бези саратони ҳам TNM тизими бўйича қуйидаги кўрсаткичлар билан белгиланади:

T₀ - ўсманинг клиник белгилари қузатилмайди (интакт, яширин саратон), у тасодифан биопсия йўли билан ёки оператив материалнинг гистология текширувида топилади (cancer in siti);

T₁ - капсула ичидаги ўсмалар (пальпация пайтида ягона ўзи ёки бир нечта бўлиб топилади, простата безининг нормал тўқимаси ичида бўлади;

T₂ - ўсма простата бези чегарасида бўлади;

T₃ - ўсма аъзо капсуласидан ташқарига ўсиб чиқиб, унинг ёнбошларидаги чуқурликни ва уруғ пуфакларини эгаллаган бўлади;

T₄ - простата безининг атрофидаги тўқималарга ҳам ўсиб қириб, ёпишиб кетган ўсма.

Белгилари ва ташхиси. Простата безининг саратони жуда секинлик билан ривожланиб, касалнинг озиб кетиши камдан-кам учраса ҳам, шу билан бирга унинг метастазлари тезда пайдо бўлиб, уларнинг белгилари бошда касалликнинг клиник манзарасини ташкил қилиши ҳам мумкин.

Саратон простата безининг чакка қисмларидан марказига - уретрага томон ўса бошлаганда ораликда оғриқ, сийиш ўзгариши, микро ва макрогематурия, гемоспермия пайдо бўлади.

Уретра қисилиб қолганда инфравезикал обструкция, сийдик найлари ҳам қўшилиб қисилса - буйрак етишмовчилиги белгилари юзага келади.

Простата бези саратони эрта ташхисида ректал текширишларнинг аҳамияти катта. Ҳар қандай врач бу текширишни мукамал амалга ошира билиши ва талқин қила олиши лозим. Эркаклар 40-50 ёшдан кейин ҳар йили бу текширишлардан ўтиб

туриши касалликнинг эрта ва ўз вақтида ташхис қўйилишини таъминлайди. Бунда безнинг юзаси ғадир-будир бўлиб, унда каттик оғрикли бир тугун топилади, ундан ўсма икки томонга, уруғ пуфакчаларига ўсиб кирган бўлиши мумкин («шоҳлар белгиси»). Тўғри ичак тўкимаси аденомадан фарқли ўлароқ, безга ёпишган бўлади. Шундай ўчоқлар топилган ҳолларда албатта дарҳол простата бези биопсияси (трансректал, трансперинеал йўл билан) бажарилади. УТТ да простата бези тўкимасидаги акустик мустаҳкамликнинг ўзгаришига қараб, ўсманнинг тарқалиш даражаси аниқланади.

Рентген-радиологик текширишлар ўсманнинг суяклардаги метастазларини аниқлашга ёрдам беради. Юқори сийдик йўлларида ва буйраклардаги сийдик димланиши билан боғлиқ ўзгаришлар экскретор урографиясида аниқланади.

Простата бези тўкимаси фосфотаза ишлаб чиқаришини ҳисобга олиб, қонда унинг миқдорини текшириш катта аҳамиятга эга. Простата бези раки пайтида унинг миқдорининг ошиши, касалликнинг анча эрта давридаёқ (суякларда метастаз пайдо бўлмасдан) қайд қилинади.

Охирги йилларда простата бези саратони ташҳисида қонда простата специфик антиген (ПСА)ни аниқлаш йўлга қўйилди. Унинг қондаги миқдори 4нг/мл дан оша борса, простата бези саратони ҳақида ўйлаш керак.

Хуллас, ташҳисий триада – ПСА, простата палпацияси ва трансректал эхография – ҳозирги пайтда бу касалликни эрта аниқлашнинг гарови ҳисобланади.

Давоси. Простата бези саратони унинг шакли, беморнинг умумий ҳолати ҳисобга олинган ҳолда олиб борилади: физикавий (корпускуляр ва тўлқинли), фармакологик (химиявий, биологик) ва жарроҳлик (простатэктомия, чаноқ лимфоаденомэктомияси, трансуретрал электрорезекция, орхиэктомия, мойк энукляцияси) усуллари қўлланилади.

Албатта простата бези саратонида биринчи навбатда радикал простатэктомия (безни тўлиқлигича атроф тўкимаси, лимфа тугунлари, уруғ пуфакчалари билан бирга қўшиб олиб ташлаш)га эришиш керак. Лекин бу жарроҳлик муолажасига фақат простата бези саратонининг маҳаллий шаклларидагина ($T_1 - T_2, N_0M_0$) муваффақ бўлиш мумкин. Бироқ бу касаллик кўпин-

ча яширин ривожланиб, метастазлар юзага келгандан кейингина маълум бўлиши туфайли аксари ҳолларда гормонал даволаш ўтказилади. Бунда асосий мақсад андрогенлар ишлаб чиқаришини камайтиришдан иборатдир. Бунинг учун беморлар бичилиб, ёки мойклар энуклеация қилиниб, умрининг охиригача эстрогенлар билан даволаш ўтказилади: 2% - 2-4 мл синэстрол мушакка, 3% - 2,0 мл диэтилстилбестрол мушакка. Бу дориларнинг таблеткалари ҳам мавжуд - микрофоллин (0,001х3 марта).

Бу гормонларнинг ўрнини охирги пайтларда антиандроген препаратлар ола бошлади. Инъекция шаклида ёки трансвазал йўл билан ишлатиладиган пептид табиатли супрефакт, золодекс, флутамид, лейпропелин каби дорилар кучли антиандроген таъсирга эга.

Касалликнинг инфравезикал обструкцияга олиб келадиган, сийдик тутилиши кузатилган ҳолларида эпицистостомия ўрнига простата безининг трансуретрал электрорезекциясини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ўсма сийдик найчаларини ҳам қисиб суправезикал обструкцияга ва пировард натижада буйрак етишмовчилигига сабаб бўладиган бўлса, ультратовуш назоратида бир томондан пункцион нефростомияни бажариш керак бўлади.

Бу тоифадаги беморларни нур билан даволаш касалликнинг бошланғич даврида ($T_{0-1} N_0M_0$), айниқса маҳаллий радиочастотали гипертермия билан қўшиб олиб борилганда яхши натижа беради. $T_{1-2} N_0M_0$ даврида простатэктомия қилинган беморлардан 74-84 фоизи беш йил, 55-56 фоизи ўн йил яшаши мумкин. Нур билан даволаганда 72-84 фоиз беморлар 5 йил, 48 фоизи 10 йил яшайди. Гормонлар билан даволаганда эса 5 йилгача 55 фоиз беморлар яшайди.

Семиномалар

Тасаввур. Мойк ўсмалари эркакларда учрайдиган барча ўсмаларнинг 2 фоизини ташкил қилади. Уларнинг аксарияти хавфли ўсмалар бўлиб, ёши 35 ёшгача бўлган эркакларнинг ўлимига сабаблардан бири ҳисобланади.

Мойк ўсмаларининг пайдо бўлишига крипторхизм, мойк шикастланишлари, радиация, таркибида цинк, кадмий, мис бўлган

химиявий моддалар таъсири, организмга ташқаридан кирадиган эстрогенлар, гипоталамогипофиз тизими фаолияти бузилган ҳоллар сабаб бўлади. Бу ўринда крипторхизми бор болаларга ва эркакларга алоҳида эътибор қаратилишига керак. Негаки, мояк жарроҳлик йўли билан ёрғоққа тушурилгандан кейин ҳам унда хавфли ўсма пайдо бўлиш эҳтимоли сақланиб қолаверади.

Мояк ўсмалари классификацияси Халқаро саратонни ўрганиш агентлиги томонидан ишлаб чиқилган.

Бирламчи ўсма (Т).

Т₁ - ўсма моякнинг оқсил пардаси чегарасида бўлиб, унинг ҳажмини ва тузулишини ўзгартирмайди;

Т₂ - ўсма мояк оқсил кавати чегарасида бўлиб, унинг катта-ришига ва деформациясига сабаб бўлади;

Т₃ - ўсма оқсил қобикка ва мояк ортиғига ўсиб ўтади;

Т₄ - ўсма мояк ва унинг ортиғидан ташқарига ёрғоққа ва уруғ тизимчасига ўсиб киради;

Лимфа тугунлари ҳолати (N).

N_x - регионар лимфа тугунларида ўзгариш борлиги текширилмаган: кейинчалик текширилиб, метастаз йўқлиги N_x), ёки борлиги (N_{x+}) аниқланиши мумкин;

N₁ - регионар метастазлар аниқланмаслиги мумкин, лекин улар рентген текширишида топилади;

N₂ - регионар метастазлар пайпасланади.

Узоқ метастазлар (M).

M_x - узоқ метастазлар мавжудлиги ҳали текширилиб аниқланмаган ҳол, кейинчалик текширилиб улар топилмаслиги (M₀) ёки топилиши (M₁₋₂₋₃) мумкин;

M₀ - узоқ метастазлар йўқ;

M₁ - узоқ лимфа безларида метастазлар борлиги;

M₂ - узоқ аъзоларда метастазлар борлиги;

M₃ - узоқ лимфа тугунлари ва аъзоларда метастазлар борлиги;

Белгилари ва ташхиси. Мояк ва уруғ тизимчасида сезилар-сезилмас оғриқлар пайдо бўлиб, мояк ҳажми каттара боради, пайпасланганда юзаси ғадир-будир бўлиб қолади, қаттиқлашади, бироқ қучли оғриқ сезилмайди.

Кейинчалик метастазлар туфайли бошқа клиник белгилар: бел соҳасидаги оғриқ, нафас олиш қийинлашиши, томирлар

тромбозлари кузатилади.

Мояк хавфли ўсмалари (айниқса семинома) шу даражада тез метастаз берадики, ҳатто метастаз белгилари асосий касаллик белгиларидан анча илгари пайдо бўлиши мумкин. Махсус адабиётда ўпка раки деб ўйлаб пульмонэктомия қилингандан сўнг, гистологик текширишларда унинг келиб чиқиши мояк тўқимасидан эканлиги маълум бўлгани ва шундан кейингина чуқур текширишлар ёрдамида моякда кичкина тугунча ҳолидаги ўсма топилгани келтирилган.

Лаборатория текширишларидан биологик синама Ашгейм-Цондек реакцияси ёрдамида проланнинг қонда кўпайиб кетиши аниқланади. Қон зардобиди фетопротеин пайдо бўлиши (Абелев реакцияси) ҳам мояк ўсмалари учун характерли ҳисобланади.

Моякдаги ўсма туфайли зарарланган ўчоқ радиоизотоп текшириши билан аниқланиб, бу ўчоқнинг зичлиги ультратовуш ёрдамида текширилади. Бу текшириш мояк хавфли ўсмалари ташхиси крипторхизм пайтида (айниқса унинг қорин орти шақлида) қўл келади.

Давоси. Моякнинг хавфли ўсмалари пайтида даволаш комплекс равишда олиб борилиб, жарроҳлик амалиётидан, доридармонлар муолажасидан ва радиологик усуллардан иборат бўлади. Асосий мақсад операциядан олдинги ўз вақтида ва бирин-кетин нурлантириш, бирламчи ўсма ўчоғини олиб ташлаш, ташхисий ва даволаш лимфаденомэктомия ва химиотерапевтик даволашга қаратилади.

Барча ҳолларда мояк ва унинг ортиғи (фуникулоорхэктомия), лимфа тугунлари билан бирга (лимфаденомэктомия) олиб ташланади. Бунда юқори хемикастрация қилинади: уруғ тизимчаси иложи борица қорин бўшлиғида боғланиб кесиб оlinиб, шундан сўнг мояк ортиғи билан ажратиб олиб ташланади.

Химиопрепаратлар охирги пайтларда полихимиотерапия ҳолида ишлатилади, яъни сарколизин бошқа дорилар мажмуаси (метотрексат, винбластин, адренобластин, цисбластин) билан биргаликда ишлатилади.

Ўсманинг ўзи ва унинг метастазлари нур таъсирига яхши берилади.

Келтирилган даволашлар мажмуаси ўз вақтида ва тўлиқлигича ишлатилса, мояк ўсмалари, улардан семиномаларни эса

бошланғич даврида, тамоман даволаш мумкин бўлмоқда.

ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ

Тасаввур. Шартли равишда тарихан простата беzi аденомаси деб аталадиган бу касаллик ҳақида бир муддат хавфсиз ўсма уретранинг простата қисмидаги шиллиқ ости парауретрал безлардан пайдо бўлади, деган фикр билдирилди. Охирги йилларда халқаро миқёсда касаллик простата безининг хавфсиз гиперплазияси деб юритилади.

Касаллик эркакларда асосан 50 ёшдан сўнг ривожлана боради ва умумий статистикага қараганда 50 ёшдаги эркакларда 50 фоиз, 60-70-80-90 ёшларда мувофиқ равишда 60-70-80-90 фоиз учраркан. Улардан фақат 30-40 фоизидагина сийдик тутулиши руй бериб, беморлар тиббий ёрдамга муҳтож бўлади.

Простата беzi хавфсиз гиперплазиясининг пайдо бўлиш сабаби ҳалигача аниқланган эмас. Эркакларда жинсий безлар фаолияти сусая борган сари бу касаллик тараққий эта бошлайди. Шу маънода уни "эркаклар климаксининг" бир қўриниши сифатида ҳам талқин этиш мумкин.

Касаллик Н.А.Лопаткин ва Ф.Ж.Гюйон классификацияси бўйича учта босқичда кечади.

Ф.Ж.Гюйон (1885) классификацияси: бошланғич, қолдиқ сийдик ва пародаксал ишурия даврлари.

Бу даврлар Н.А.Лопаткин (1977) классификациясида тааллуқли равишда қуйидагича аталади ва бунда нафақат қовуқнинг, балки юқори сийдик йўллари ҳамда буйракларнинг ҳам фаолияти ҳисобга олиниб талқин қилинади.

I босқич - компенсация - қовуқда қолдиқ сийдик бўлмайди, қовуқ бўйинчасидаги сийдик оқимида тўсиқ қовуқ девори гипертрофияси ҳисобига енгиледи, юқори сийдик йўллари ва буйрак фаолияти ўзгармаган бўлади.

II босқич - субкомпенсация - инфравезикал обструкция шу даражада кучаядики, энди қолдиқ сийдикка сабаб бўлади (сункали сийдик тутулиши) ёки ўткир сийдик тутилиши кузатилади. Бунда сийдик юқори сийдик йўлларида ҳам димлана бошлайди, лекин буйрак фаолияти ҳали бузилмаган бўлади.

III босқич - декомпенсация - қовуқта сийдик шу даражада кўп тўпланадики, унинг девори кенгайиб атония ҳолига келади ва қовуқ бўйинчасидаги сфинктерлар энди сийдикни ушлолмай қолади ва сийдик бемор хоҳишига боғлиқ бўлмаган ҳолда томчилаб ажрала бошлайди, яъни қовуқ сийдикка тўлиб турган бир пайтда (сийдик тутилиши), уретрадан сийдик томчилаб ажралиб туради (сийдик тутолмаслик). Хуллас, икки бир-бирига тамомила қарама-қарши ҳолат (сийдик тутилиши ва тутолмаслик) бир вақтда кузатилгани сабабли у парадоксал ишурия (биринчи бор Гюйон талкинида) дейилади. Бунда юқори сийдик йўллари ва буйрак фаолияти ҳам бузилиб, буйрак етишмовчилиги юзага келади.

Агар чуқурроқ эътибор берилса, бу классификацияларда простата бези касаллиги ҳақида сўз кетса ҳам, лекин бу аъзонинг ўзининг ҳолати эмас, балки қовуқ, юқори сийдик йўллари ва буйраклардаги ўзгаришлар ҳисобга олинади. Простата бези хавфсиз гиперплазиясининг халқаро классификациясида бу камчилик бартараф этилган, яъни аъзонинг ўзидаги анатомо-морфологик ўзгаришлардан келиб чиқиб, касалликнинг шакллари тафовут қилинади: икки ён бўлакчаларининг каттариши, ўрта бўлак гиперплазияси ва ретротригонал шакли. Бундан ташқари замонавий халқаро йўл-йўриққа мувофиқ касаллик ташҳисида учта компонент: пастки сийдик йўллари симптомлари, простата безининг каттариши ва қовуқ дисфункцияси кўзда тутилади.

Белгилари ва ташҳиси. Ҳар бир даври ва шакллари ўзига хос клиник манзарага эга. Биринчи даврида сийдик бироз қийинлашиб, тезлашиб чиқади (поллакиурия). Бу ҳол айниқса кечалари жуда кучаяди (никтурия). Кейинчалик (иккинчи давр) бемор қовуғида сийдик қолишидан, сийиб бўлгандан кейин ҳам сийдик қистаб туришидан, баъзан сийдик тутулишидан шикоят қилади. Қовуқта асосий касалликнинг асорати сифатида тош пайдо бўлган бўлса, сийдик оқими бирдан тўхташи, сийдик ўтирган ёки ётган ҳолатда осон ажралиши кузатилади. Учинчи даврида бемор сийдикнинг ўзидан-ўзи тўхтовсиз томчилаб туришидан, оғзи қуриб, беҳоллик юзага келганидан шикоят қилади.

Касаллик давридан қатъий назар ҳар бир қари ёшдаги эркак

мурожаат қилганда, врач унинг ташқи жинсий аъзолари ва қовуқ соҳасига эътибор бериб, пайпаслаб кўриши шарт. Кўрик пайтида қов усти соҳасида шарсимон думбоқ кўзга ташланади, пайпаслаганда у қов суяқларидан то киндиккача, ҳатто баъзан ундан ҳам юқорига кўтарилиб туради. Перкуссия пайтида бу "думбоқ"нинг устида бўғиқ перкутор товуш аниқланади. Баъзан уретрадан сийдик томчилаб тургани кўзга ташланади.

Бундай беморларни тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш простата безининг қатор касалликларини бир-биридан фарқ қилишга ёрдам беради (саратон, абсцесс, тошлар). Кўпинча простата бези хавфсиз гиперплазиясини унинг саратонидан фарқ қилиш қийинчилик туғдиради. Бунда охириги пайтда простата специфик антиген миқдори аниқлаш ёрдам беради. Одатда унинг миқдори 4 нг/мл гача бўлади. Бундан юқориси простата бези саратонига хос кўрсаткич ҳисобланади.

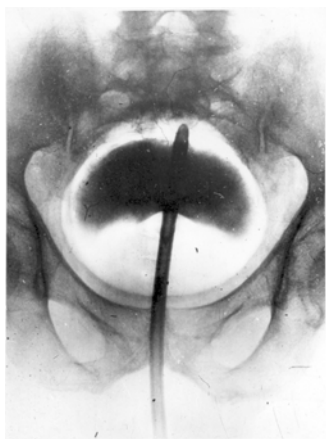
Простата бези хавфсиз гиперплазиясида унинг юзаси силлиқ, оғриқсиз, каттарган бўлакчалари ва уларнинг орасидаги "эгатча" аниқ сезилади.

Простата бези хавфсиз гиперплазиясининг ҳажми (4х5х6 см дан кўпроқ), оғирлиги (5-10 г дан 200 г гача), қовуқтаги қолдиқ сийдик миқдори (100 мл дан 500 - 1000 мл гача) ноинвазив ҳисобланган ультратовуш усули ёрдамида аниқланади. Трансректал йўл билан юқоридаги ҳолатлар айниқса батафсил кўрилиши мумкин.

Цистографияда (яхшиси пастга тушувчи - экскретор урографияси йўли билан) қовуқ ичига туртиб турган (аденома) тўлиш дефекти кўзга ташланади. Қовуқтаги тошлар ҳам тўлиш дефектини юзага келтиради. Бу тасвир лакунар цистографияда қовуққа Кнайзе-Шобер усулида, яъни 15-20 мл суюқ контраст модда юборилиб, қолган ҳажми ҳаво ёки кислород билан тўлдирилиб, рентген қоғозига янада аниқ тушурилиши мумкин (12-расм).

Лаборатория (қонда қолдиқ азот, сийдикчил, креатинин миқдори) ва радиоизотоп усуллари билан буйрак фаолиятининг бузулиш даражаси ўрганилади.

Пастки сийдик йўлларида сийдик оқимидаги ўзгаришлар (20-18 мл/дақиқадан пасайиши) урофлоуметрик усул билан аниқла-



12-расм. Кнайзе-Шобер усулида пневмоцистография

нади. Юқори сийдик йўлларидаги уродинамик ўзгаришлар простата беги хавфсиз гиперплазиясининг ҳар қандай босқичида нафақат инфравезикал обструкция туфайли, балки аденома тугунларининг қовуқ учбурчаги томон ўсиб бориб, сийдик найчаларининг интрамурал қисмини босиб қўйиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин (ретротригонал шакл).

Давоси. Простата беги хавфсиз гиперплазиясини даволашнинг умумий концепцияси қуйидагичадир: касалликнинг биринчи босқичида

асосан консерватив даволаш ўтказилади. У дори дармонлардан (трианол, проскар, простамол, кардура, зоксон, пенестер ва бошқ.) ташқари режимга (кун тартибига) риоя қилишдан ҳам иборат бўлади: фаоллик, ўткир ва аччиқ озиқ-овқатлардан сақланиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилмаслик, ич қотишнинг олдини олиш, иссиқ кийиниб юриш. Агар сийиш шунга қарамай қийинлашиб ва тезлашиб бораверса, қолдиқ сийдик бўлмаган тақдирда ҳам жарроҳлик усулларида трансуретрал резекция қўлланилиши мумкин.

Беморлар ўткир сийдик тутулиши, парадоксал ишурия, макрогематурия, ёки уретроррагия (қаердадир қилинган катетеризация ёки бошқа инструментал текширишидан кейин) билан муножаат қилса, уларга зудлик билан ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Ўткир сийдик тутулиши ёки парадоксал ишурия пайтида беморнинг сийдиги катетеризация йўли билан, ёки унинг иложи бўлмаса, қов усти соҳасида пункция қилиниб олинади. Бундай пайтда зудлик билан троакар цистостомияси ҳам бажарилиши мумкин. Қучли уретроррагия пайтида уретрага доимий катетер ўрнатиб, қон кетиши тўхтатилади. Макрогематурия пайтида қон кетишини тўхтатадиган дори-дармонлар (дицинон - 2,0 мл вена қон томирига, аминокaproн кислотаси эритмаси - 150 мл вена

қон томирига ва бошқ.) ишлатилади. Шу муолажалар билан бир вақтда бемор текширишлардан ҳам ўтказилиб, якуний даволанишга тайёрланади.

Иккинчи босқичда жарроҳлик давоси ўтказилади. Бунга асосий кўрсаткич қолдиқ сийдик миқдорининг ошиб бориши ва буйраклар фаолиятининг сусайишидир. Учинчи босқичда аввало беморнинг сийдик йўллари дренажлаш йўли билан уни азотемия ҳолатидан чиқаришга, жигар ва юрак-қон томирлар аъзоларининг бузулган фаолиятини тиклашга ҳаракат қилинади. Бунда қовуқни дренажлашдан ташқари баъзан аденоманинг ретротригонал шаклида вақтинча перкутан пункцион нефростомия қилишга ҳам тўғри келади. Қовуқда узок муддатга доимий катетер ўрнатиш керак бўлса, эпидидимоорхитнинг олдини олиш мақсадида икки томонлама вазорезекция (уруғ чиқариш йўллари бoғлаш ёки кесиш) амалга оширилади.

Консерватив даволаш охириги йилларда йўлга қўйила бошлади: прогестеронлар (оксипрогестерон капронат 25% - 2,0 мл мушакка ҳафтасига бир марта, депостат 10% - 2,0 мл мушакка ҳафтасига бир марта, 2 ой давомида), гиёҳлардан олинган таднин, трионал анча яхши даволаш натижасини бера бошлади. Шу жумладан проскар, пермиксон, финастерид, зоксон, простамол каби препаратлар простата беги хавфсиз гиперплазиясининг биринчи даражасида доим қўлланилиши керак. Бунда простата беги хавфсиз гиперплазияси билан бирга шу аъзода кечаётган (простатит, аденомит) ёки атрофидаги (тўғри ичак ва ё.к.) аъзолардаги касалликларга қарши ҳам чора-тадбирлар кўриш зарурдир.

Оператив даволаш (аденомэктомия) инструментал йўл билан (трансуретрал электрорезекция - ТУР) ва жарроҳлик амалиёти билан амалга оширилади. Простата беги хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашнинг махсус адабиётларда келтирилган тарихан қуйидаги хиллари мавжуд: 1. П.Фрейер (1896) усулида қовуқ орқали аденомэктомия; 2. А.Т.Лидский (1923) – Т.Миллин (1944) усулида қовурти аденомэктомияси; 3. Х.Х.Юнг (1913) усулида оралик аденомэктомияси; 4. Ф.Фелькер (1919) усулида ишиоректал аденомэктомия ва 5. К.П.Сапожков (1926) усулида тўғри ичак орқали аденомэктомия.

Ҳозирги пайтда улардан асосан қовуқ орқали аденомэктомия ишлатилиб, унинг ҳам икки хили мавжуд: қовуқ тамоман ёпилиб тикиладиган бир босқичли аденомэктомия (идеал аденомэктомия) ва қовуқ унинг яраси орқали дренаж қилинадиган бир босқичли аденомэктомия. Икки босқичли аденомэктомия беморнинг умумий ҳолати оғирлашиб, буйрак ва бошқа аъзолар (юрак, ўпка, жигар) етишмовчилиги пайдо бўлган пайтларда амалга оширилади, бунда биринчи босқичда эпицистостомия (ҳозирги пайтда кўпинча троакар цистостомияси) бажарилиб, маълум муддатдан сўнг, беморнинг ҳолати мўътадиллашиб, буйрақлар фаолияти тиклангач, иккинчи босқич - хусусан аденомэктомия амалга оширилади.

Бу оператив даволашлардан сўнг баъзида юзага келадиган органик асоратларни Н.А.Лопаткин (1987) қуйидаги гуруҳларга бўлади:

1. Маҳаллий (локал) органик асоратлар:
 - қовуқ бўйинчаси стриктураси;
 - уретра стриктураси (узун ёки қисқа);
 - қовуқ олди қовуқчаси (предпузырь);
2. Қўшалок (комбинацияланган) органик асоратлар:
 - қовуқ олди қовуқчаси ва уретра стриктураси;
 - қовуқ бўйинчаси стриктураси - қовуқ олди қовуқчаси - уретра стриктураси;
 - қовуқ олди қовуқчаси ёнидан ўтадиган уретра билан қовуқ орасидаги сохта йўл;
3. Сохта йўл (асоратнинг асорати):
 - қовуқ олди қовуқчаси билан қовуқ орасидаги сохта йўл;
 - уретра қовуқ – қовуқ олди қовуқчаси - қовуқ сохта йўли.

Бунда буж ўтказиш ёки жарроҳлик амалиёти ёрдамида сохта йўллар ва табиий сийдик йўли оралиғидаги парда йўқотилиб (емирилиб), улар бир-бирига қўшиб юборилади. Шундагина сохта йўл ҳам табиий сийдик йўлидаги сфинктер тасарруфига тушиб, бемор сийдигини тутадиган бўлади ёки табиий сийиши тикланади.

Хуллас, 10 йил олдин оператив даволаш ўрнини босадиган альтернатив даволаш усуллар бўлмаган бўлса, ҳозирги пайтда уларнинг сони катта рўйхатни ташкил қилади. Қуйида оператив

даволашларнинг ва ва уларга альтернатив каминвазив ҳамда медикаментоз даволаш усулларининг рўйхатини келтирамиз:

I. Простата бези хавфсиз гиперплазиясини оператив даволаш:

- 1) очик аденомэктомия (қовуқ орқали, қовотри йўли билан);
- 2) трансуретрал резекция;
- 3) трансуретрал электроинцизия;
- 4) трансуретрал электровапоризация;
- 5) трансуретрал эндоскопик лазер хирургияси (вапоризация, абляция, коагуляция, инцизия).

II. Каминвазивли (альтернатив) даволаш усуллари:

- 1) эндоскопик термал усуллар:
 - интерстициал лазер коагуляцияси;
 - TUNA (трансуретрал игнали абляция);
- 2) ноэндоскопик термал усуллар:
 - трансректал микротўлқинли гипертермия;
 - трансуретрал микротўлқинли (ёки радиочастотали) термотерапия;
 - трансуретрал радиочастотали термодеструкция;
 - трансуретрал фокусланган ультратовуш термоабляцияси;
 - трансуретрал радиочастотали игнали абляция;
- 3) баллонли дилатация;
- 4) простата стентлари.

III. Медикаментоз терапия:

- 1) α_1 – адреноблокаторлар;
- 2) 5 α – редуктаза ингибиторлари;
- 3) ўсимликлар экстрактлари.

БУЙРАК ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Буйрак артериал гипертензияси

Тасаввур. Маълумки, артериал босимнинг идора этилишида буйракларда ишлаб чиқилган ренин катта роль ўйнайди. Буйрак паренхимасидаги ва томирларидаги баъзи ўзгаришлар туфайли буйраклар тўқимасининг айрим қисмларининг қон билан таъминланиши бузилиб, ренин ишлаб чиқариши кўпаяди ва бу маълум механизмлар орқали нефроген гипертензияга олиб келади.

Нефроген гипертензиянинг буйрак қон томирларига ва паренхимасига алоқадор реноваскуляр (вазоренал) ва паренхиматоз шакллари мавжуд. Реноваскуляр артериал гипертензияда буйрак тўқимаси ишемиясига буйрак томирларининг аномалиялари, стенози, тромбози, аневризмалари сабаб бўлади. Паренхиматоз нефроген гипертензияга буйрак паренхимаси аномалиялари, поликистоз, гидронефроз, сурункали пиелонефрит, буйрак сили, гломерулонефрит, нефролитиаз, буйрак ўсмаси, кистаси ва бошқалар сабаб бўлади. Бу сабабларнинг бари қўйидагича классификация қилинади:

Буйрак артериал гипертензиясининг вазоренал шакли:

Туғма ҳолатлар:

1. Буйрак артериясининг фибромускуляр дисплазияси;
2. Буйрак артериясининг аневризмаси;
3. Буйрак артериясининг гипоплазияси;
4. Аортанинг ногиронлиги;

Орттирилган касалликлар:

1. Буйрак артериясининг атеросклеротик стенози;
2. Нефроптоз пайтида буйрак артериясининг стенози;
 - а) функционал,
 - б) органик;
3. Буйрак артериясининг тромбози ва эмболияси;
4. Панартериит;
- 5) Буйрак артерияси тромбози,
- 6) Буйрак артерияси аневризмаси.

7. Буйрак артериясининг ташқаридан қисилиши.

Паренхиматоз шакли

1. Сурункали пиелонефрит;
2. Гломерулонефрит;
3. Нефролитиаз;
4. Буйрак сили;
5. Гидронефроз;
6. Томиладорлик нефропатияси;
7. Буйракнинг шикастланиши туфайли атрофияси;
8. Тўрланган (губчатая) буйрак;
9. Буйрак поликистози;
10. Буйрак паренхимасининг ўсмаси ва кистаси;
11. Ренинома;
12. Мультикистоз;
13. Нурланиш нефрити;
14. Тугунли полиартеринт.

Белгилари ва ташхиси. Нефроген артериал гипертензия одатдаги гипертония касаллигидан ёшлиқдан бошланиши, қон босимининг тушиши қийинлиги, диастолик босим даражасининг юқори бўлиши, унинг гипотензив дори-дармонлар билан тушмаслиги билан фарқ қилади.

Артериал гипертензиянинг буйракка алоқадорлигини аниқлаб олиш учун кундалик махсус текширишлардан ташқари баъзи мураккаб лаборатория ва рентгенологик текширишлар ўтказишга тўғри келади. Биринчи навбатда махсус текширишлар мажмуаси ёрдамида қандайдир урологик касаллик топилади. Экскретор урографияси ва радиоизотоп текширишлари ёрдамида буйрак фаолиятининг сусайганлиги, ангиографик текширишларида эса буйрак артериялари аномалиялари ва касалликлари борлиги аниқланади.

Артериал гипертензия айнан буйракларга тааллуқли эканлигини исботлаш учун ангиотензин синамасини ва веноз қонда ренин фаоллиги синамасини ўтказиш лозим. Ангиотензин синамаси организмга ташқаридан ангиотензин киритилишига бемор қон босимининг жавобини ўрганишга асосланган. Беморнинг қон босими юқори бўлиши буйрак артериал гипертензияси ту-

файли бўлса, ташқаридан киритилган ангиотензин конда бусиз ҳам ангиотензин кўп бўлганлиги учун унинг артериал кон босимини янада кўтармайди. Зарарланган буйракдан оқиб чиқувчи конда ренин миқдори кўплигини аниқлаш касаллик табиатини тўлиқ тушунишга ёрдам беради.

Давоси. Буйрак артериал гипертензиясининг давоси унинг сабабини бартараф этишдан иборатдир. Айрим икки томонлама яллиғланиш касалликлари пайтида асосан консерватив даволашлар қўлланилсада, бироқ бу пайтда буйраклардан биронтаси бужмайиб, кон босимининг турғун кўтарилиб туришига сабаб бўлаётган бўлса, нефрэктомия бажарилади.

Жарроҳлик амаллари нефролитиаз пайтида тошларни олиб ташлаш, нефроптозда нефропексия, томирлар аномалияси ва касалликларида уларни коррекция қилиш (аслига қайтариш), ауто-трансплантация қилишдан иборат бўлади.

Варикоцеле

Тасаввур. Уруғ тизимчаси веналарининг варикоэ кенгайиши 18-30 яшар ўғил болалар ва эркекларнинг 8-20 фоизда учрайди.

Маълумки, ўнг мойк венаси пастки ғовак венага, чап мойк венаси анча юқорида буйрак венасига қуйилади. Чап мойк венасининг қуйилиш масофаси узун бўлганлиги учун варикоцеле алоҳида касаллик сифатида асосан чапда учрайди. Охирги доплер УТТ кенг қўлланилиши натижасида икки тамонлама варикоцеле қарийб 80% ҳолларда аниқланмоқда. Буйрак касалликларининг (ўсмалар ва ҳ.к.) белгиси сифатида варикоцеле икки томонда ҳам бир хил учрайверади. Жуда кам учрайдиган аномалия, яъни ўнг мойк венасининг чап буйрак венасига қуйилиши пайтида варикоцеле ҳақиқатан икки томонлама бўлади.

Варикоцеленинг 3 даражаси тафовут қилинади: I даражаси - кенгайган вена кон томирлари ёрғоқда кўзга ташланмайди, уларнинг кенгайганлигини фақат пайпаслаб аниқлаш мумкин; II даражаси - кенгайган томирлар кўзга ташланади ва мойкнинг пастки қутбигача осилиб тушган бўлади; III даражаси - кенгайган томирлар мойкдан ҳам пастроққа осилиб тушган бўлади.

Варикоцеленинг оғир-енгиллиги унинг даражаси билан боғлиқ бўлмай, сперматогенезга таъсири билан белгиланади.

Белгилари ва ташхиси. Беморлар чап ёрғоқ соҳасида симилаб турадиган оғрик, чап мойкнинг ўнгига нисбатан пастроқ осилиб, атрофида томирлар кенгайганидан шикоят қилади. Ётган ҳолда кенгайган томирлар бўшаб қолади. Иванисевич (О. Ivannisевич, 1937) синамаси билан симптоматик варикоцелени касаллик сифатидаги варикоцеледан фарқ қилиш мумкин: горизонтал ҳолатда ёрғоқдаги веналар бўшаб турган бўлади, шу ҳолатда чов каналининг ташқи тешиги соҳасида уруғ тизимчаси томирлари билан қов суягига босиб турилиб, бемор вертикал ҳолга келтирилса, вена кон томирлари қонга тўлмай туради. Агар шу пайт босиб турган қўл олинса, варикоцеле касаллигида ёрғоқдаги вена кон томирлари дарҳол тўлиб, "узун бошчаси шингилчасидай" кўзга ташланиб қолади.

Варикоцеле сабаблари венокаваграфия, буйрак венографияси (мойк веналарида қоннинг тескари томонга оқаётгани), венотометрик текширишлар (буйрак венаси ва пастки ғовак венада кон босимининг кўтарилиши) ёрдамида аниқланади. Буйрак касалликлари бор-йўқлиги батафсил текширишлар орқали амалга оширилади.

Давоси. Варикоцеле, даражасидан катъий назар, даволаниши зарур. Даволаш рентгеноваскуляр окклюзия (склеротерапия) ва жарроҳлик усуллари билан амалга оширилади.

Варикоцеленинг биринчи даражасидаёқ (сперматогенез бузулишга улгурмасдан), мойк веналари тармоқланган бўлиб, коллатераллар жуда тараққий этган ҳолларда рентгеноэндоваскуляр окклюзия қўлланилади.

Оператив даволаш усулларида ҳозирги пайтда энг кўп қўлланиладигани Иванисевич операцияси бўлиб, бунда қорин орти тўқимасида мойкнинг ички венаси топилиб, икки жойидан боғланади ва кесилади. Шу йўл билан бу венада қоннинг тескари томон оқилишининг олди олинади ва ёрғоқда қон димланиши бартараф этилади (13-расм).



13-расм. Варикоцеле чапдан, III даражали. а-операциягача, б-операциядан сўнг.



СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎАР ХИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Нефроптоз

Тасаввур. Непроптоз (буйракнинг патологик ҳаракатчанлиги, «адашган буйрак», буйракнинг пастга тушиши) буйраклар касалликларининг аниқ бир гуруҳига киритиш қийин бўлганлиги учун ушбу бобда бошқа худди шундай касалликлар қаторида алоҳида касаллик сифатида кўриб чиқилади.

Нефроптоз пайтида буйракнинг пастга силжиши, қон томирлари тортилиб қолиши ва буйрак паренхимаси ҳамда сийдик йўлларидаги патологик ўзгаришлар, гемодинамик бузулиш ишемияга олиб келади.

Нефроптозга буйрак олди фасциясининг заифлиги, буйрак ёғ капсуласининг ривожланмаганлиги (одам озиб кетганда ҳам у камаяди), қорин мускуллари гипотонияси туфайли қорин ичидаги босим камайиши сабаб бўлади. Аёлларда нефроптознинг кўп учраши охирги сабаб билан тушунтирилади. Бу касалликда вена қон томирларининг тортилиши, унда қон димланиши яллиғланиш жараёнига шароит яратса, артерия қон томирларининг букулиши (фибромускуляр стеноз) буйрак паренхимаси қонга тўйинмай қолишига (ишемия) ва нефроген гипертензияга олиб келади.

Буйрак пастга тушиб турганда пайдо бўладиган оғриқ сийдик найчасининг букулиб уродинамиканинг бузулишига унча боғлиқ бўлмай, у асосан буйрак тўқимасида қон димланиб унинг шишиши, фиброз капсуласининг чўзилиши ва буйрак паренхимасидаги ишемия ҳолатига боғлиқ бўлади,

Нефроптознинг учта даражаси фарқ қилинади:

1-даражаси - буйракнинг пастки қутби чуқур нафас олганда аниқ пайпасланади, нафас чиқарганда қовурға ортига кириб кетади;

2-даражаси - вертикал ҳолатда буйрак қовурға остидан бутунлай чиқади, горизонтал ҳолатда ўзи ёки пайпаслаганда ўрнига бориши мумкин;

3-даражаси - буйрак- қовурға остидан чиқиб катта ёки кичик чаноккача силжиб тушади.

Бажарилиши анча мураккаб бўлган, лекин патогенетик нуқтаи назардан асосланган операция усуллари Н.А.Лопаткин (1973) таклиф қилган: 1. проксимал тестикулоилеоцекал вена анастомози (мойяк венаси кесилиб, унинг проксимал охири умумий ёнбош венанинг ён томонига имплантация қилинади); 2. проксимал тестикулосафеновеноз анастомоз (мойяк венасининг кесилган проксимал охири катта тери ости венасининг ўрта қисмидан кесилган проксимал охири билан қўшиб улаб қўйилади).

Белгилари ва ташхиси. Бу касаллик 1 даражасида сезилмаслиги ёки жисмоний меънатдан сўнг, кўп муддат вертикал туриб қолганда бел соҳасида симиллаб оғриқ сезилади. 2–3-даражаларида буйрак санчиғи кузатилиши мумкин.

Горизонтал ҳолда буйракнинг фақат пастки қутби пайпасланса, вертикал ҳолда (бир неча бор сакрагандан кейин) буйрак бутунлай пайпасланиб қолади.

Нефроптоз ташхисини беморни ётган ва тикка турган ҳолда экскретор урографияси қилиб, изотоп билан скеннирлаш ва буйрак ангиографияси қилиб қўриб, тасдиқлаш мумкин.

Давоси. Буйракнинг пастга тушиб туриши кучли оғриққа сабаб бўлмай, асоратларга олиб келмаган бўлса, консерватив даволаш қўлланилади: озғин касалларга семириш (хамир ва ширин овқатлардан кўпроқ истеъмол қилиш), буйрак бандажи боғлаб юриш. Касалликнинг 2-3-даражаларида асоратлар (пиелонефрит, форникал гематурия, вазоренал гипертензия, гидронефроз) юзага кела бошлаган ёки келган бўлса, жарроҳлик усуллари қўлланилади. Бундай усул умумий қилиб нефропексия дейилади, уларнинг 200 дан ортиқ хили маълум. Уларнинг ичида энг табиийси Ривоир - Пытель-Лопаткин (Z. Rivoir, 1954; А.Я. Пытель, Н.А. Лопаткин, 1963) усулидир. Бунда бел мушагидан бир тутами ажратиб олинади ва у буйракнинг пастки қутбининг капсуласи остидан ўтказилиб тикиб қўйилади. Шу йўсин буйрак мушак тутамида юқорига қўтарилиб қўйилади ва нафас олинганда мушак қисқаришига монанд буйрак ҳам физиологик (табиий) тебрана олади.

Нейроген қовуқ

Тасаввур. Бу касаллик бошқача қилиб нейроген қовуқ дисфункцияси дейилади. Қовуқ фаолиятининг бузулиши марказий ва периферик асаб тизимининг бир қатор касалликларида кузатилади. Бу касалликлар гуруҳига асаб тизими аномалиялари, ўсмалари, бош ва орқа мия ҳамда периферик нерв толалари шикастланишлари, сирингомиелия, миелит, диабет ва алкоголь полиневритлари, қовуқ билан қўшни аъзолар (бачадон, тўғри ичак ва бошқ.) касалликлари ва уларда қилинган операциялардан кейинги шикастланишлари киради. Бунда қовуқ дисфункцияси

гипер-, гипо- ёки арефлектор кўринишида бўлади.

Орқа миянинг "от думи" қисми зарарланганда қовуқ детрузори қисқарган ҳолга келиб, сфинктерлари бўшашиб қолади ва натижада сийдик беморнинг хоҳишидан ташқари оқиб ётади.

Белгилари ва ташхиси. Нейроген қовуқнинг шаклига хос ҳолда (а-, гипо- ва гиперрефлектор) сийдик тутилиши ва сийдикни тутолмаслик кузатилади. Сийдик тутилиши парадоксал ишурия даражасига етиб бориши мумкин. Учинчи шаклида ғайри ихтиёрий равишда сийдик тўхтовсиз ажралиб туради. Бундай қовуқ дисфункцияси оғриқсиз кечади ва шунинг учун ташхис баъзан кечикиб, юқори сийдик йўллари ҳамда буйракларда ўзгаришлар юзага келишга улгуради (пиелонефрит, нефролитиаз ва бошқ.).

Бу касаллик ташхисида албатта уролог билан ёнма-ён бир қатор мутахассислар (невропатолог, гинеколог, хирург ва ҳ.к.) иштирок этиши, цистометрия, сфинктерометрия, рентгенотелевизион ва кинематография усуллари ёрдамида олинган маълумотлар таҳлиliga асосланиш керак.

Давоси. Қовуқ нейроген дисфункциясида шаклига мувофиқ тарзда дифференциал равишда даволаш ўтказилади.

Гиперрефлектор қовуқда аъзо сийдик тутолмаслик сабабли бўш ҳолда бўлади ва шунинг учун урологик чора-тадбирлардан сийдикдон тақиб юриш керак бўлади холос. Бундан ташқари сийдик-таносил аъзоларининг гигиенасига асосий эътибор қаратилади.

Касалликнинг арефлектор ёки гипорефлектор шаклларида охириги йилларда радиотўлқинлар билан стимуллаш кенг жорий этилмоқда. Сийдик тутилиши давом этаверса, мунтазам катетеризация усули қўлланилади. Доимий катетер ўрнатиладиган бўлса, қовуқ вақти-вақти билан тўлдирилиб туриши (қовуқнинг тўлиб-бўшаб турадиган табиий фаолияти ўрнини босадиган йўриқ) зарур. Баъзан энг охириги чора - эпицистостомия жарроҳлик усулини бажаришга тўғри келади. Албатта бунда пастки ва юқори сийдик йўлларида асоратлар юзага келишига шароит яратилади. Шунинг учун, табиийки, уларга қарши чора-тадбирлар (антибиотиклар, дезинтоксикацион муолажалар ва ҳ.к.) узлуксиз олиб борилиши, асосий касалликни тааллуқли мутахассислар параллел равишда даволаб боришлари зарур.

Энурез

Тасаввур. Энурез - кечаси уйкуда сийиб кўйиш, кўпинча болаларда учрайдиган касаллик. Маълумки болалар 1-2 ёшгача сийгиси кистар-кистамас сийиб кўяди. Кейинчалик уларда сийишни айрим муддатга ушлаб туриш рефлекси пайдо бўлади. Бироқ бундай рефлекс баъзан пайдо бўлмай, болалар катта ёшда ҳам кечаси сийиб чикишни давом эттираверади. Бундай ҳолат бош мия пўстлоғи гипоксиясида рўй бериши мумкин. Шунинг учун бўлса керак, бурнида аденоиди бор ёки бурун деворлари деформация бўлган болаларда нафас олиш (айниқса уйкуда) кийинлашгани учун энурез кўп учрайди.

Энурез шаклланиш вақти ва сабабларига кўра бирламчи (бола туғилганидан бошланади) ва иккиламчи (ҳар хил касалликлар натижасида) бўлиши мумкин.

Белгилари ва ташхиси. Болаларнинг ота-онаси уларнинг кечаси сийиб чикишидан, ҳеч қандай чора-тадбирлар (кам суюқлик ичиш, кечаси уйғотиб сийдиришлар ва ҳ.к.) ёрдам бермаганидан шикоят қилиб келишади. Бундай болалар, айниса катта ёшдагилар, тортинчоқ бўлиб, диққат билан разм солинса, кўпроқ оғзи орқали нафас олаётгани ва пастки лаби осилиб тургани кўзга ташланади. Улар оғзини очиб ухлашини ота-оналари ҳам қайд қилиши мумкин. Ташқи жинсий аъзолари кўрилганда ёрғоқ ва закар териси сийдик тегавериш кизаргани аниқланади, сийдик ғиди келади. Урологик текширишларга киришишдан олдин бундай беморларни баъзи мутахассислар кўригидан ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Жумладан, оториноларинголог бундай болаларда бурун касалликларини, невропатолог ёки нейрохирург бел ва думғаза умуртқаларидаги ўзгаришларни (умуртқа ёйларининг битмай қолганлиги, чурралар), паразитолог ичкаларда гижжа ёки уларнинг тухумлари борлигини топиши мумкин. Умуман энурез агар урологик касалликлар натижасида юзага келмаган бўлса, асли неврологик касаллик ҳисобланади.

Махсус урологик текширишлардан цистоскопия пайтида қовуқ бўйинчаси кенгайиб, уретранинг орқа қисми, жумладан уруғ дўмбоқчаси кўринадиган бўлиб қолиши - Алексеев-Шрамм (А.И. Алексеев, 1991; W.Schramm, 1965) белгиси ёки цистографияда қовуқ бўйинчасининг кенгайиб, сийдик чиқариш канали-

нинг простата қисми ҳам контраст билан тўлиши ("тил белгиси") энурезга хос белгилар ҳисобланади.

Давоси. Бу муаммо ҳалигача ҳал этилгани йўқ. Биринчи навбатда бемор билан қайси мутахассис (невропатолог, паразитолог, уролог) шуғулланиши кераклигини ҳал қилиб олиш керак. Тааллуқли касалликлар (аденоид, гижжа ва ҳ.к.) мавжуд бўлса, биринчи навбатда шу касалликларнинг чорасини кўриш зарур.

Аввало боланинг тарбиясида ташқи жинсий аъзоларининг гигиенасига эътибор бериш керак. Ҳар сафар тувакка ўтказиб ҳожат чиқаришга одатлантириш энурезнинг нафақат давоси ўрнини босиши, балки унинг олдини олиш учун ҳам хизмат қилади. Болаларни кечаси турғизиб тувакка сийдириш, тушдан сўнг (куннинг иккинчи ярмида) суюқлик камроқ истеъмол қилишга одатлантириш мақсадга мувофиқдир.

Дори-дармонлардан спазмолитиклар (0,1% - 1,0 атропин, 25% - 2,0 магний сульфат, 0,05% - 1,0 прозерин, болаларнинг ёшига қараб тааллуқли дозаларда), асаб тизимини кўзгатувчилар (стрихнин, эзерин, женьшень), нейролептиклар (метробромат, либриум, мелипрамин), гормонлар (питиутрин, гонотропин, профаза, аевит) ишлатилади.

Физиотерапевтик чора-тадбирларга қаттиқ ўриндиқда ухлаш, боланинг белига тугуни бор белбоғ боғлаб қўйиш (орқаси билан қотиб ухламаслиги учун), ўриндиқнинг орқа томонини кўтариб қўйиш, думғаза соҳасига горчичник ёпиштириш, хлорэтил билан ромбсимон қилиб музлатиш, игна билан даволаш (акупунктура) қиради.

Пресакрал новокаинли блокада, қовуққа колларгол ва бошқа дорилар билан инстилляция қилиш ҳам ижобий натижа беради.

Баъзи муаллифлар гипноз ёрдамида даволашни таклиф этишган. Бундан ташқари ҳар хил асбоб-ускуналар билан даволаш йўллари ҳам ишлаб чиқилган: бунда уйкуда сийиш бошланиб, сийдикнинг биринчи томчисидан электр занжирини туташтиради ва бола баданига кучсиз ток ўтиб, уни уйғотади. Шу тариқа сийдик кистаганда уйғониб сийиш шартли рефлекси шаклланади.

Бу касалликка оид яна бир муаммо ҳарбий хизмат ёшидаги йигитларда унинг ҳақиқатдан мавжудлигини экспертиза қилишдир. Бунда энурезнинг объектив белгилари қаторида (бурун аде-

ноиди, гижжа, Алексеев-Шрамм ва "тил" белгилари ва ҳ.к.) қуйидаги усул ишга солинади: текширилувчига унга айтмай бошқа дори сифатида кучли уйқу дориси кечасига қилинади ва назоратчилар (врач, ҳамшира) жуда эрталаб уйғотиб, кўрпаси текширилади. Бир неча бор каторасига кўрпа ёлланса, демак у каттик уйқуда ҳақиқатдан ҳам энурез туфайли сийиб кўяркан, деган хулосага қилинади.

Уретра ва қовуқ ёт жисмлари

Буйрак ва сийдик найларида жуда кам учрайдиган ўқ гильза ва совуқ қуроллар синикларини ҳисобга олинмаса, сийдик йўлларида ёт жисмлар асосан уретра ва қовуқда учрайди. Ёт жисмлар қовуққа сийдик чиқариш канали, қовуқ жароҳатларида унинг девори, эпицистостомия тешиги ёки сийдик найи орқали ўтиши мумкин.

Ёт жисмлар сифатида уретра ва қовуқда соч қистирғичлари, санчоқ (английская булавка – русча), авторучка, қалам, мундштук, термометр, шиша шпателлар, шиша синиклари, суяк бўлаклари, дока тампонлари, тиббий металл ўтказгичларнинг синиклари, ҳар хил катетерлар ва дренаж найлар, симлар ва ҳ.к. топиш мумкин.

Қовуқда кам учрайдиган ёт жисмлардан бодринг, чўчка жинсий олати ва илонни цистоскопия пайтида топгани ҳақида Stern-tal Z. (1952) хабар берган. Кўп ҳолларда ёт жисмлар аёллар ўзларининг жинсий йўлларида мастурбация ёки ҳомиладорликни узиш мақсадида ишлатаётганда уретра ва қовуққа тойиб кириб кетади. Баъзан эса улар бу ишга суицид мақсадда қўл урадилар.

Адабиётдан шизофрения билан хаста бир аёл қовуғига 6 марта ҳар хил ёт жисмларни киритгани ва шу туфайли 2 марта операция қилингани маълум. Бундай беморларнинг суицид ҳулки руҳий касаллик, асаб – руҳий ўзгаришлар билан белгиланади. Баъзан эса руҳий жиҳатдан соғлом бўлган тақдирда ҳам номаълум сабабларга кўра шундай ишга йўл қўйишади.

Эркаларда уретра ва қовуқнинг ёт жисмлари, айниқса руҳий жиҳатдан соғлом бўла туриб, кўп марта такрорланиши, жуда кам учрайди. Бу борада биз кузатган бемор катта қизиқиш уйғотади.

Бемор Х., 43 яшар, биринчи марта 17.07.2001 йилда (кас. тар. № 9842/768) қовуқ ва сийдик чиқариш канали соҳасидаги оғриққа, сийдик тутилганлигига шикоят қилиб мурожаат қилди. Бемор ўзи, сийдик чиқариш каналига игна ва санчоқ киритгани ва улар сирпа-ниб чуқурроқ кириб кетгани ва қайтариб чиқариб олиб ташлай ол-май қолганини тан олди. Бемор руҳий касалликлар бўйича ҳисобда турмайди. Психиатр қўриғи: амалда соғлом. Бемор текширилди: обзор урограммасида қовуқнинг бўйинчаси ва уретранинг ички те-шиги соҳасида 4 та игна ва 1 та санчоқ қўринади (14, а -расм) Таъхис: қовуқ ва уретра ёт жисмлари. Перидурал оғриқсизланти-риш остида операция қилиниб, қовуқ бўйлиғидан 3 та игна ва уретранинг ички тешигидан санчоқ олиб ташланди. 4-игна масала-сида у қовуқ бўйлиғида жойлашмаганлиги туфайли қийинчилик туғилди. Унинг фақат думчаси Лъето учбурчаги соҳасида қийинчи-лик билан пайпасланиб турганди. Уни қовуқ орқали олиб ташлаш-нинг иложи бўлмади. Тўғри ичак орқали бармоқ билан унинг ўтқир учи аниқ сезилди ва қисқич билан осонликча олиб ташланди. Опера-циядан кейинги давр асоратсиз ўтди. 24.07.2001 йилда амбулаторияга қониқарли ҳолатда жавоб берилди.

Бемор 07.12.2002 йилда олдингидек шикоятлар билан қайта му-рожаат қилди. Унинг сўзига қараганда бу сафар сийдик чиқариш каналига игналарни ва михни киритган. Обзор урограммада қовуқ проекциясида 1 та игна сояси, қолган игна ва михларники – уретра-нинг орқа қисмида қўринади (14, б -расм). Уретранинг орқа қисми-да жойлашган мих қисқич ёрдамида уретранинг ташиқи тешиги орқали олиб ташланди. Шу соҳадаги игнани олиб ташлашнинг иложи бўлмади. Бемор операцияга рози бўлмай кетиб қолди.

Уч кундан кейин бемор кучли дизурия ва макрогематурия билан қайта мурожаат қилди (кас. тар. №17/187). Обзор урография қилинганда, ажабланарли ҳол маълум бўлдики, ўтган уч кун даво-мида бемор сийдик чиқариш каналига худди олдин олиб ташланган хажмдаги (10 см) бошқа бир михни киритишга улгурибди (14, в -расм). Беморга эпицистостомия қилинди: қовуқ бўйлиғи орқали ундан 5 см узунликдаги 1 та игна, уретранинг ички тешигидан шу узунликдаги 3 та игна ва 10 см узунликдаги 1 та мих олиб ташлан-ди. Операциядан кейинги давр одатдагидек ўтди. 19.12.2002 йилда яшаш жойида амбулаторияда даволаниш учун қониқарли ҳолатда жавоб берилди.



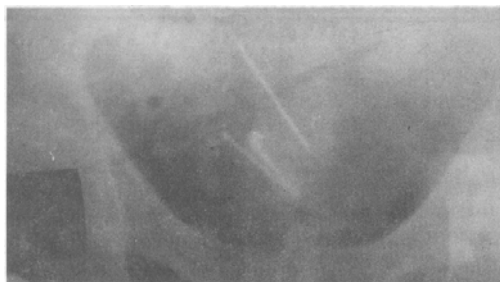
а



б



в



г

14-расм. Ковуқ ва уретра ёт жисмлари (игна, мих ва санчоқнинг ўзи ҳамда тош билан): рентгенограммалар ва олиб ташланган ёт жисмлар.

15.04.2003 йилда бемор тўртинчи марта сийдик тутилишига шикоят қилиб мурожаат қилди (кас. тар. № 7523/5619/293). Обзор урограммада битта игна (резидуал бўлса керак – унинг сояси олдинги рентгенограммаларда ҳам кўринади) ва ўхшовсиз, тушуниб бўлмайдиган нарсанинг соялари кўринади (14, г -расм). 16.04.2003 йилда операция – эпицистостомия. Битта учига туз ўтириб 2х3 см катталиқдаги тош пайдо бўлишига улгурган санчоқ олиб ташланди. Рентген коғозида кўринган игнани ковуқ бўшлиғида ва уретрада топиб бўлмади. Операциядан кейинги давр қониқарли ўтди. Дренаж найлар олиниб, беморда сийиш табиий йўллар орқали тиклангач, 23.04.2003 йилда уйига жавоб берилди.

Бу кузатувнинг кизик томони шундаки, бемор ноаниқ мотивация (сабаблар) билан сийдик чиқариш каналига игналар, санчоқ ва михларни киритади. Унинг ўзи тушунтиришича, игна ва михларнинг битталарини бошқаларининг ёрдами билан ковуқкача итариб киритган. Игналар учи билан уретра деворига ботиб қолмаслиги учун кўпчилигини бирдан ва дум томони билан силжитиб борган. Устига-устак ўзи оператив даволаш учун врачга мурожаат қилиб келган. Беморнинг бу «қилиғи»ни ёт жисмларни ўзининг уруғ дўмбоқчасига тегизиб жинсий эҳтирос уйғотишга бўлган интилиши билан тушунтириш мумкин.

Аёлларда сийдик ва таносил йўллارининг қўшилган оқмалари

Тасаввур. Аёлларда сийдик йўллари билан жинсий аъзолар орасида ғайри-табиий йўл (алоқа) ҳосил бўлиши кам ҳолларда туғма, аксарият ҳолларда эса патологик туғруқ ва гинекологик операциялардан сўнг, йиринглаш туфайли ва ўсмаларнинг сийдик аъзоларидан таносил аъзоларига ёки аксинча ўсиб кириши натижасида рўй беради.

Локализациясига қараб уретровагинал (сийдик чиқариш канали билан кин оралиғида), цистовагинал (ковуқ билан кин оралиғида) ва уретеровагинал (сийдик найи билан кин орасида) сийдик ва таносил аъзоларининг қўшилган оқмалари фарқ қилинади.

Ковуқ-кин оқмалари кўп учрайди. Бунга ҳомила бошининг

чаноқдан чиқиш йулида узоқ туриб қолиб, қовуқ бўйинчаси ва кин тўқималарининг некрозга учраши ёки ҳомилани сунъий йўллар билан туғдиришда (тортиб олишда) бу тўқималарнинг шикастланиши натижасида, баъзан бу соҳадаги хавфли ўсмаларни нурлантиришдан кейин юзага келади.

Белгилари ва ташхиси. Бу касалликнинг асосий белгиси киндан сийдик оқиб туришидир. Шу туфайли беморларнинг аҳволи баъзан ўзи ва атрофидагилар учун чидаб бўлмас даражада қийинлашадики, бир бемор аёл операциядан олдин "қуруқ бўлсам, ё ўлиб кетсам" деб хитоб қилган экан. Уретра билан кин орасидаги тешиқ касални безовта қилмаслиги мумкин, у фақат кин қўриғида қўзга ташланади. Кин билан қовуқ ўртасидаги тешиқнинг катта-кичиклигига қараб, сийдикнинг ҳаммаси ёки бир қисми кин орқали ажралиб, қолгани табиий сийдик йўлларида сийилади.

Кин билан сийдик найининг пастки қисмлари ўртасида пайдо бўлган оқма пайтида бемор ўзи нормал сияди, шунга қарамай киндан ҳам тўхтовсиз сийдик ажралиб туради. Бу оқма баъзан қисилиб қолиб, буйракдан сийдик оқими чиқиб кетолмай қолса, яллиғланиш жараёни ривожланиб, беморнинг бадан ҳарорати кўтарилиши ва бел соҳасида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бундай сийдик оқмаси иккала сийдик найига ҳам тааллуқли бўлса, бемор ўзи сиймайди, сийдик бутунлай кин орқали тўхтовсиз ажралиб туради.

Қовуқ-кин сийдик оқмасини кин томондан қўзғу ёрдамида қаралганда ёки қовуқ томондан цистоскопия пайтида қўриш мумкин. Металл инструментларни (буж, катетер) бир томондан киндаги тешиқдан юбориб, иккинчи томондан уретра орқали қовуққа киритиб, уларнинг қовуқда бир-бирига тегишига асосланиб, ташхисни тўлиқ тасдиқлаш мумкин.

Қовуқ-кин сийдик оқмаси масаласида баъзи қийинчиликлар оқма жуда тор (нуқтасимон) бўлганда юзага келадик, унда вагинография, цистография, рангли моддалар (индигокармин) билан бажариладиган синамалар қўл келади. Кин сийдик найчаси оқмаси ташхиси кин ва қовуқ орқали ўтказиладиган қўриқлардан ташқари экскретор ва ретроград урографиялари орқали ҳам амалга оширилади.

Давоси. Аёлларда сийдик ва таносил аъзолари сийдик оқма-

лари доимо жарроҳлик йўли билан бажарилади. Кин-сийдик чиқариш канали оқмаси бундан мустасно бўлиши мумкин. Бунда оқма уретранинг ташқи тешиғига яқин бўлган ҳолларда беморларни безовта қилмаслиги мумкин, сийдик тутолмаслигига олиб келмайди ва даволаш шахсий гигиенадан иборат бўлади.

Қовуқ-кин оқмасини жарроҳлик усули билан даволашда жуда кўп пластик операциялар таклиф қилинган бўлиб, уларнинг асосий мазмуни оқма атрофидаги ўзгаришга учраган тўқималар кесиб олиб ташланиб, бу соҳада кин ва қовуқнинг деворлари бир-биридан ажратилиб, улардаги оқма тешиқлари бир-бирига алоқадорлиги йўқолсин учун ҳар хил йўналишда алоҳида-алоҳида герметик қилиб тикилади. Операциядан кейинги яра битгунча қовуқ эпицистостомия йўли билан ёки уретра орқали доимий катетер ёрдамида дренаж қилинади. Шуни ҳам таъкидлаш лозимки, бу операциялардан кейин қайталаниш учраши мумкин, шунинг учун ҳам бундай жарроҳлик муолажалари шу ишга мутахассисланган махсус даволаш бўлимларида (урогинекология) амалга оширилиши мақсадга мувофиқдир.

Кин-сийдик найи оқмаларида буйрак ва сийдик йўлларидаги ҳолати ҳисобга олинади. Оқма сийдик найининг пастки қисмида жойлашганда сийдик найи юқори қисмидан кесиб олинди, қовуқнинг янги қисмига уланади (уретеро-цистонеоанастомоз). Сийдик найининг охири қовуққача етишмаса, қовуқ деворидан найча ясалиб, сийдик найининг охирига уланади (Боари операцияси) (А.Вогі, 1899). Баъзан эса бундай жарроҳлик усуллари-нинг иложи бўлмай, устига-устак буйрак фаолияти сусайган тақдирда (карама-қарши буйрак нормал ҳолда бўлса) нефрэктомия қилишгина беморни доимий сийдик оқиб туришидан қутқаради.

Мояк ва уруғ тизимчаси пардаларининг истисқоси (гидро- ва фуникоцеле)

Тасаввур. Маълумки, мояк ва уруғ тизимчаси бир неча қават пардалар (қобиклар) билан қопланган бўлиб, уларнинг юзаси айрим миқдорда суюқлик ишлаб чиқаради. Одатда бу суюқлик пардалар юзасини намлаб, силлиқлаб, қайта сўрилиб кетади. Мояк ва уруғ тизимчаси ўз пардасининг варақлари орасида

ишлаб чиқарилган суюқликнинг қайта сўрилиш жараёни бузилганда, ёки одатдагидан кўпроқ суюқлик ишлаб чиқарила бошласа (кўпинча яллиғланиш ва шикастланишлар натижасида) айтилган пардалар орасида кўп миқдорда сероз суюқлик йиғилиб қолиб, истиско юзага келади.

Белгилари ва ташхиси. Ёрғокнинг бирон ярмида оғирлик сезилиб, мояк атрофида суюқлик йиғила бошлайди, мояк қафтда кўтарилиб қараганда унинг атрофидаги бу суюқлик дириллаб оқсариб бўлиб тери орқали сезилиб туради. Кейинчалик мояк атрофидаги пардалар таранглашиб, мояк қўлга уннамайди, ёрғок териси силликланади, лекин ранги ўзгармайди ва моякка ёки уруғ тизимчасига ёпишмаган бўлади (15-расм).



15-расм. Чап мояк истисқоси.

Чов-ёрғок чуррасидан фарқли ўлароқ, у қорин бўшлиғига қараб кетмайди, кучли оғрик сезилмайди. Мояк ва уруғ тизимчаси ўсмаларидан ва яллиғланишларидан истиско ўзидан ёруғлик ўтказиши билан (диафоноскопия) фарқ қилади. Аммо истиско иккиламчи, яъни юқорида тилга олинган касалликлар туфайли юзага келган бўлса, диафоноскопия натижа бермайди.

Давоси. Баъзан иккиламчи истиско асосий касаллик (орхоэпидидимит, фуникулит) ўтиб кетгач, сўрилиб кетиши мумкин. Аксарият ҳолларда жарроҳлик амалиёти қўлланилади.

Асосан икки хил жарроҳлик усули: мояк ва уруғ тизимчаси пардалари пластикаси (Винкельман операцияси) ёки уларнинг пардаларини кесиб олиб ташлаш (Бергман операцияси) амалга оширилади.

Винкельман (Winkelmann, 1898) операцияси пайтида мояк пардалари очилиб, истиско чиқариб юборилади ва пардалар тескари тўнкарилиб, чаккалари мояк ва уруғ тизимчасинишг орқа томонида тикиб қўйилади. Шу йўсинда моякнинг атрофида суюқлик йиғиладиган ёпик бўшлиқ бартараф этилади.

Мояк ва уруғ тизимчаси истисқоси жуда катта бўлиб, пардаларида ўзгаришлар рўй беришга улгурган бўлса, яхшиси Берг-

манн усули билан улар бутунлай кесиб олиб ташланади ва пардаларнинг қолган чаккалари мояк ва уруғ тизимчаси яқинида тикиб қўйилади.

Приапизм

Тасаввур. Приапизм – закарнинг одатдагидан узоқ давом этадиган турғун эрекциясидир (мифология бўйича ҳосилдорлик худоси Приап номидан олинган). Бунда эрекция эякуляциядан кейин шаҳвоний иштиёқ ўтиб кетган бўлса ҳам соатлаб, кунлаб, ҳафталаб давом этаверади. Приапизмнинг асосий механизми артериал қоннинг каверноз таналарга вена қонидан кўпроқ оқиб келиши, ёки, аксинча, артериал қон томирлардан оқиб келган қоннинг вена қон томирлари орқали етарли даражада чиқиб кетолмаслигидан иборатдир. Охириги пайтларда папаверинотерапия (папаверин дорисини каверноз таналарга юбориб, эрекция чақириш) усули эректил дисфункцияни даволашда кўп қўлланилиши туфайли иатроген приапизм кўп учрайдиган бўлди. Н.А.Лопаткин (1978) приапизм сабабларини 3 гуруҳга бўлади: 1. Бош ва орқа мия касалликлари туфайли; 2. Маҳаллий омиллар таъсирида ва 3. Умумий интоксикациялар натижасида.



14-расм. Приапизм.

Белгилари ва ташхиси. Приапизм одатдаги эрекциядан жинсий олатнинг қорин томонга кўтарилиб, таранглашиб ёйсимон эгилиши, лекин шу билан бирга олат бошчасининг юмшоқлигича қолиши билан фарқ қилади (14-расм). Закар териси кизғиш-қўкиш рангга киради, бемор кучли оғрик сеза

бошлайди. Кавернозографияда контраст модданинг каверноз танада тарқалиши ва димланиши кузатилади.

Давоси. Бирин-кетин қуйидаги чора-тадбирлардан иборат:

1. Асаб тизимини тинчитадиган дорилар (бромидлар, валери-

ана, галидор);

2. Антикоагулянтлар (дикумарин, палентан – 0,2х3 марта биринчи кун, 0,2 х 2 марта иккинчи кун, кейин - аспирин 7 кун давомида 0,2 х 1 марта);

3. Простата бези массажи;

4. Каверноз таналар пункцияси ва қуюқлашган қон чиқариб юборилиб, қуйидаги таркибли суюқлик билан 2-3 кун давомида ювиш: 0,5% -500 мл новокаин эритмаси + терриметин 200 мг + димедрол 1% - 2,0 мл + пенициллин 500 000 бирлик + гепарин 500 бирлик;

5. Дюффо игналари билан каверноз таналарни перфузия қилиш: 1500 мл физиологик эритмага 10000 бирлик гепарин аралаштириб закар асосида (ўзагида) юборилади ва бошчаси яқинидаги бошқа игнадан чиқарилиб юборилади;

6. Жарроҳлик усуллари: вена қон томирлари билан каверноз тана орасида (сафено - каверноз) ёки спонгиоз ва каверноз таналар орасида (спонгио-каверноз) анастомозлар яратилади. Бу оператив даволашлар касалликнинг биринчи соатлари давомида (каверноз таналарда қон қуюқланишга улгургунча) яхши натижа беради.

Приапизмдан кейин турғун импотенция юзага келади.

Пейрони касаллиги

Тасаввур. 1743 йили Француз қироли Людовик XIV шаънига "Эякуляция пайтида уруғ ажралишига баъзи табиий тўсиқлар" мавзуида китоб ёзган Франсуа де Ля Пейрони (De la Peyronie F., 1743) номи билан аталадиган бу касаллик илмий тилда закарнинг фибропластик индурацияси дейилади ва у алоҳида касаллик сифатида 1874 йили АҚШ да ван Буран ва Кейс томонидан тасвирлангани учун у ерда ван Буран касаллиги деб ҳам юритилади.

Бу касаллик аслида оксилли қобиқ билан каверноз таналар орасида юзага келган идиопатик каттик фиброз қўшувчи тўқимадан иборат тугунларнинг пайдо бўлишидан иборат. Бу тугунлар каверноз таналарнинг ичида ҳам шаклланиши мумкин.

Белгилари ва ташхиси. Қўпинча беморнинг ўзи закарнинг ичида бирон-бир ярмида каттик думалоқ тузилма пайпаслаб

қолади, эрекция пайтида закар ўша томонга эгилишига эътибор беради. Тузилманинг ҳажми борган сари каттара бориб, оғрик ҳам сезилиши (айниқса эрекция пайтида) мумкин. Албатта уни ўсмалардан тафовут қилиш зарур бўлади, бунда УТТ, биопсия қилиш мумкин. Лекин касалликнинг қўп муддат давомида асоратсиз кечишини ҳисобга олиб ва объектив пайпаслаганда клиник нуқтаи назардан фарқ қилишга қўпинча эришилади.

Давоси. Бу жуда қийин масала. Консерватив даволаш Е ва В витаминлар гуруҳи билан ўтказилади. Калий йодли эритмалари билан диатермик ионофорез қилиш мумкин. Маҳаллий даволаш стероид гормонлар, жумладан дексаметазон билан ўтказилади. Бу гормон 6 ой давомида ойига бир марта Пейрони тугунига 4 мг(мл) юборилади. Маҳаллий даволашлардан ультратовуш ва радиотерапия баъзан натижа беради.

Фибропластик тугунларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш мумкин, лекин уларнинг ўрнида тезда чандиқлар ва янги тугунлар шаклланади. Шунинг учун қўпинча Несбит операцияси кенг қўлланилади: қарама-қарши томонда оксилли қобиқдан эллипс шаклида кесиб олинади ва дефект тикиб қўйилади. Яхшироғи оксил қобиқни кесмасдан дубликатура ҳолига келтириб тикиб қўйиш ҳам мумкин. Бу операциядан асосий мақсад қарама-қарши томонда ҳам худди шундай Пейрони тугунини сунъий йўл билан юзага келтиришдан иборатдир. Ана шунда эрекция пайтида закар бирон томонга эгилмайди.

Закар олеогранулёмаси

Тасаввур. Олеогранулёма (син. - липогранулёма, олеома, липофагал гранулёма, инъекция липогранулёмаси) ёғсимон моддаларнинг парентерал юбориш туфайли тери ости ёғ тўқимасида юзага келган сурункали яллиғланиш ўчоғидир. Дори моддаларни юборганда пайдо бўладиган олеогранулёма баъзан тиббиётда "шприц касаллиги" деб ҳам юритилади.

Закар терисининг остига ҳар хил ёғсимон моддалар (суюқ парафин, вазелин, глицерин ва бошқ.) қўпинча криминал шароитда (муҳитда) ёки ёшлар орасида унинг ҳажмини ошириш мақсадида қилинади. Охирги пайтларда бу касаллик кўпайиб кетганлигини ва йиринглаб шошилиш ёрдаб талаб қилишини эътиборга олиб, уни қўлланмада келтиришни лозим топдик.

Г.А.Подлужный ва муаллифдошлари (1991) таклиф қилган классификацияга биноан ташки жинсий аъзолар олеогранулёма-сининг куйидаги шакллари ва асоратлари фарқ қилинади:

Жойлашишига қараб: чакка кертмак соҳасида, олат танасида, закар-ёрғоқда, закар-ёрғоқ-қовда;

Этиологиясига қараб: вазелин ёғи, борат вазелин, вазелин + димедрол + левомецин, парафин;

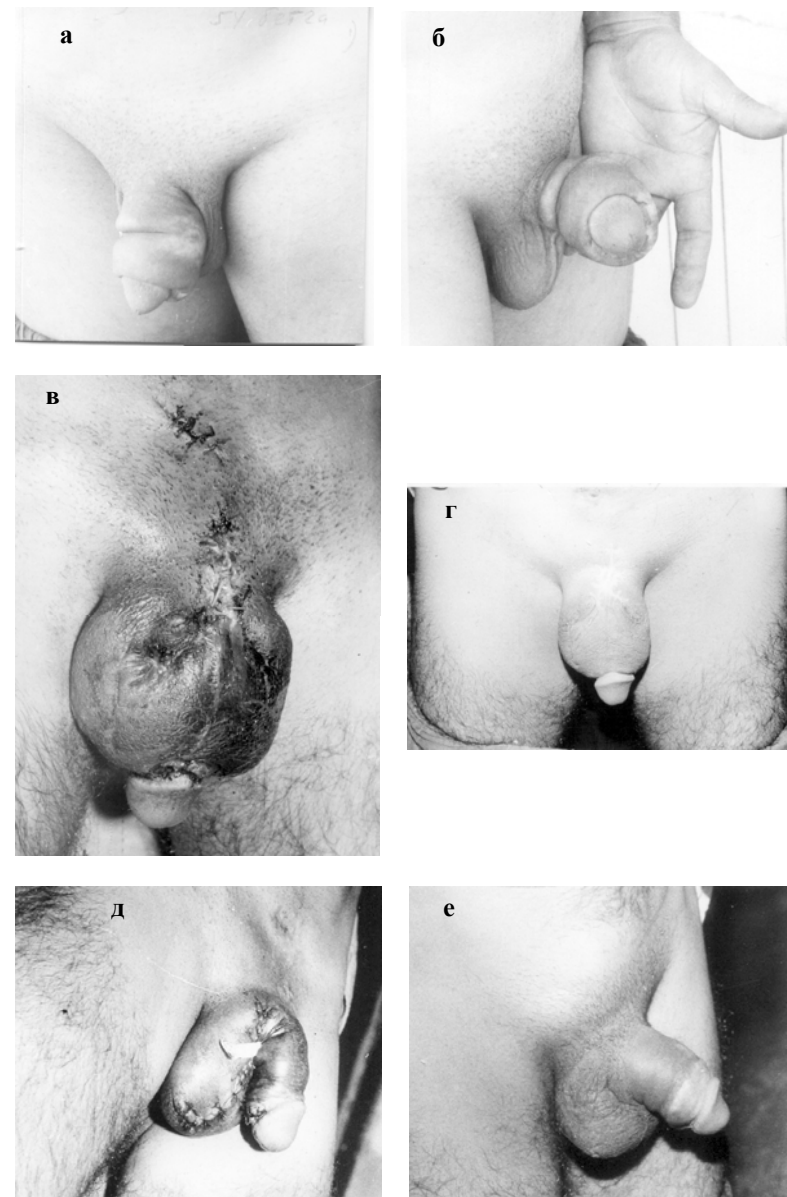
Тарқалиш майдонига қараб: локал, тарқоқ, тарқоқ + левомецин, тотал;

Асоратлари: фимоз, парафимоз, элифантiaz, яраланиши, инфекция тушиши, закар чандик бўлиб букилиши, қовушиш фаолиятининг бузилиши, касаллик қайталаниши.

Белгилари ва ташҳиси. Касаллик белгилари ёғсимон модданинг хилига, закарнинг қайси қисмига, қанча миқдорда юборилганига боғлиқ. Вазелин юборилганда касаллик кечиши кўпга чўзилиб, закар деформацияси, яралари ва ҳ.к. 1-2 йил давомида юзага келса, борат вазелин юборилганда бу жараён жуда тез, гуркираб тараккий этади, 10-12 ойда аллақачон олеогранулёматоз тугунлар шаклланиб, улар чакка кертмакдан закарнинг танасига ва ҳатто қов соҳаси ва ёрғоққа ҳам ўсиб ўта бошлайди. Жинсий олат чакка кертмак ва бўйинчаси қисмида тўқмоқдек кенгайиб, олеогранулёма тугунлари соҳаси оқиш-сарғиш ранг олиб, пайпаслаганда қотган бўлади ва оғриқ сезилади (15 а, б – расмлар). Кейинчалик тугунлар маркази юмшаб, оқмалар юзага келади ва ундан сарғиш, геморрагик мойсимон суюқлик аралашиб ажрала бошлайди ва бундай ҳолат албатта эректил ва копулятив фаолиятнинг бузулишига, суннат бўлмаганларда эса фимоз ёки сурункали парафимоз ҳолатига олиб келади.

Олеогранулёматоз тугунлар йиринглаган ва айниқса улар закарнинг асосига яқин жойлашган бўлса, регионар чов лимфа тугунларининг ҳам каттаришига олиб келиши мумкин.

Касаллик ташҳисида уни баланопостит, рожа, трофик яра ва айниқса закар ўсмаси билан фарқлашга эътибор бериш керак. Олеогранулёма учун касаллик тарихининг аҳамияти катта бўлсада, баъзан олеогранулёманинг ўзи хавфли ўсмага айланиши мумкинлигини ёддан чиқармаслик керак.



15-расм. Закар олеогранулёмаси (олат танасида) (а, б);
К.П.Сапожков операцияси босқичлари (в, г, д, е)

Давоси. Консерватив даволаш (антибактериал ва физиотерапия, ферментлар, сўрдирувчи дори-дармонлар кўллаш) одатда натижа бермайди. Аксинча олеогранулёма тугунлари янада ўсиб, ёки уларнинг атрофида инфилтрат кучайиб, вақт ўтиши билан закар ва ёрғокнинг янги соҳаларини эгаллай бошлайди. Шунинг учун иложи борича эртароқ жарроҳлик амалиётини кўллаб, бирламчи олеогранулёма ва инфилтрат тугунлари кесиби олиб ташланиши зарур. Бу амалиётнинг ҳажми олеогранулёма тугунларининг закардаги жойлашишига ва майдонига боғлиқ бўлади.

Олеогранулёманинг препуциал шаклида ўзгарган чакка кертмак барча тугунлари билан олиб ташланади. Касаллик закарнинг танасида жойлашган ҳолларда Рейх ёки К.П.Сапожков (1950) усули кўлланилади (15, в, г, д, е – расмлар).

Закар танасининг ўзгарган терисини ёрғок териси билан алмаштиришдан иборат бу жарроҳлик усули бўйича жинсий олат танаси теридан олеогранулёма тугунлари билан бирга озод қилиниб олиб ташланади ва у ёрғок териси остида ясалган туннелга киргизилиб, закарнинг бошчаси ёрғок тубидаги дарча орқали ташқарига чиқариб қўйилади (15, в – расм). 2-3 ой ўтиб, ёрғок териси жинсий олатга битишиб кетгач (15, г – расм), операциянинг иккинчи босқичи бажарилади, яъни ёрғок териси унинг тагидаги жинсий олатнинг икки ёнбошидан узунасига кесилиб, закар ўзига ёпишган ёрғок териси тасмаси билан ажратиб олинади ва тери чаккалари закарнинг дорсал қисмида бир-бирига тикиб қўйилади. Ёрғокдаги тери дефекти яра чаккалари бир-бирига тикилиб бартараф этилади (15, д – расм). Шу тариқа закар ёрғок териси билан копланиб қолади (15, е – расм)..

Олеогранулёманинг закар-ёрғок ёки закар-ёрғок-ков каби оғир ва катта майдонга тарқалган шаклларида эса олеогранулёма тугунлари шу соҳалар териси билан олиб ташлангандан сўнг, етишмай қолган тери қориннинг пастки қисмидан ва баданнинг бошқа соҳаларидан А.А.Лимберг (1946) усули билан олиб келиб копланади.

Операциягача консерватив чора-тадбирлар кучли яллиғланиш жараёнини (йирингли баланопостит, рожа, трофик яра йиринглаши) даволашга қаратилса, операциядан сўнг бу чора-тадбирлар чандикларнинг тезроқ сўрилиб, закар ўз табиий ҳолига келиши учун сўрилтирувчи дорилар кўллашдан иборат бўлади.

Закар кичиғи

Тасаввур. Закар кичиғи унинг кўпчилик касалликларида касаллик белгиларидан бири бўлса-да, бироқ клиник кузатишлар шуни кўрсатадики, баъзан асосий касаллик (уретра стриктураси, баланопостит, олеогранулёма, тери касалликлари, сўзак ва бошқ.) даволаниб кетгандан кейин ҳам закар соҳасидаги кичишиш давом этаверади ва баъзан кучайиб, уни бартараф этишнинг иложи бўлмай ҳам қолади. Мана шу ва ҳеч қандай бошқа бирон касаллик билан боғлиқ бўлмаган закардаги кичишиш ҳолатини алоҳида касаллик сифатида ажратдик. Дарвоқе, умумий амалиёт врачлари учун худди орқа чиқарув тешиги кичиғи сингари закар кичиғи ва уни даволашнинг аҳамияти ўз-ўзидан тушунарлидир. Закар кичиғини умумий кичик касаллигининг (А.С.Дышко, 1967) маҳаллий шакли дейиш ҳам мумкин.

Демак, закар кичиғини жинсий олатнинг баъзи касалликлари (балансиопостит, уретра ташқи тешиги стриктураси, олеогранулёма ва ҳ.к.), тери касалликлари (чесотка ва бошқ.) пайтида ва сабабсиз (идиопатик) юзага келиши мумкин бўлган касаллик сифатида талқин қилиш мумкин.

Белгилари ва ташхиси. Бемор закар соҳасида вақти-вақти билан олдини олиб бўлмайдиган кучли кичишиш юзага келишидан, уни қондириш учун баъзан қаттиқ ишқалаш ҳам қор қилмаслигидан шикоят қилади.

Қаралганда жинсий олат соҳасида асосий касаллик белгилари (деформация, тери кўполлашгани, яралар ва ҳ.к.) кўзга ташланиши мумкин. Баъзан эса тўхтатиб бўлмайдиган кичишдан ташқари бошқа ҳеч қандай белги топилмайди ҳам. Бир бемор бу чидаб бўлмас азобдан қутилиш учун олатини кесиби олиб ташлашга ҳам рози эканлигини айтиб, бизларни закарини ампутация қилишга қўндиришга ҳаракат қилганди. Қичишишнинг кучли хуружлари қутилмаганда, ички кийим закарга тегиб кетганда, ўткир таъмли озик-овқат истеъмол қилганда, кучли ҳаяжонланганда пайдо бўлади.

Давоси. Бу анча қийин масаладир. Турли консерватив чора-тадбирлар яллиғланиш ёки тери касалликлари туфайли келиб чиққан закар кичишларида эфтимол натижа бериши мумкин. Бунда асаб тизимини тинчлантирадиган (димедрол, реланиум,

тазепам ва бошқ.), тери касалликларида маҳаллий ишлатишга мўлжалланган гормонли малҳамлар, флуцинар малҳами ҳ.к., яллиғланишга қарши антибактериал воситалар қўлланилади. Органик ўзгаришларга олиб келган патологик ҳолатлар, касалликлар (уретра стриктураси, олеогранулёма, элифантiaz ва бошқ.) жарроҳлик йўли билан бартараф этилади. Закар ампутацияси (чегараланган тарикада, қисман), айниқса ўсма ривожланиши хавфи туғилган ҳолларда бу касалликнинг энг охириги чораси бўлиши мумкин.

Урологик моҳиятли мижозий сустлик

Тасаввур. Мижозий сустлик (эректил дисфункция) асосан уч гуруҳ сабаблар туфайли юзага келади: 1. Асаб тизимидаги ўзгаришлар; 2. Эндокрин тизимидаги норасоликлар; 3. Эркаклар ташқи ва ички жинсий аъзоларидаги касалликлар, аномалиялар.

Урологик моҳиятли жинсий сустликка учинчи гуруҳ ўзгаришлар сабаб бўлади. Жумладан, сурункали простатит пайтида бу аъзодаги яллиғланиш ва унда қон ҳамда ширасининг димланиб қолиши натижасида орқа мияда жойлашган эрекция ва эякуляция марказларига одатдан қўпроқ импульслар тўхтовсиз келавериб, уларни толиқтириб қўяди ва пировард оқибатда аввал эякуляциянинг вақтидан олдин содир бўлиши, кейинчалик эса эрекциянинг ҳам сусайиши кузатилади. Уруғ дўмбоқчаси яллиғланишида (везикулит, колликулит) ҳам эякуляция вақтидан олдин оғриқ билан кечади. Закар аномалиялари (гипоспадия), шикастланишлардан кейинги ҳолатлар (закарнинг қисман ёки тўлиқ ампутацияси), касалликлари (приапизм касаллигидан кейинги давр, Пейрони касаллиги ва ҳ.к.) пайтида мижозий сустлик маҳаллий сабаблар натижасида закарни қинга киритиш қийинлашгани ва иложи бўлмагани туфайли юзага келади.

Белгилари ва ташхиси. Бунда беморларда биринчи навбатда руҳий тушқунлик, асаб таранглашиши, невроз ҳолати кузатилади. Улар ҳамма турмуш масалаларини ўзидаги бу ҳолат чегарасида баҳолайди.

Биринчи навбатда мижозий сустликнинг сабабини аниқлаб, беморни керакли мутахассисга юбориш ёки урологик чоратadbирлар қўриш зарурдир. Ташхис қўйишда қўпинча асосий

касалликни аниқлаб олиш учун қўриқдан ўтказиш ва объектив текширишлар қўллаш кифоя қилади.

Давоси. Доим комплекс ва ҳар томонлама бўлиши керак. Урологик моҳиятли мижозий сустликни даволаш асосий касалликка қарши чоралар қўришдан бошланади. Жумладан, простатит, везикулит, колликулит каби касалликлар консерватив йўл билан, аномалиялар, Пейрони касаллиги ва бошқалар реконструктив - жарроҳлик усуллари ёрдамида даволанади. Бу йўллар билан даволашнинг натижаси бўлмаса, жинсий олатга протезлар ўрнатиш (қовурға ва бошқа суяксимон аъзолардан), эректор (закарни қўзиб ушлаб турувчи мослама) ишлатишига тўғри келади.

Урологик моҳиятли эркаклар бепуштлиги

Тасаввур. Маълумки репродукция масалалари, яъни наслни давом эттириш эркакларнинг уруғлантириш ва аёлларнинг уруғланиш қобиляти билан белгиланади. Шу мазмунда бепуштлиги эркаклар ва аёллар бепуштлиги тарикасида кузатилади. Аёллар бепуштлиги одатда акушер-гинекологларга тааллуқлидир.

Эркаклар бепуштлиги икки хил бўлади: секретор ва эскретор бепуштлиги. Секретор бепуштлигида мойларда уруғ ишлаб чиқарилмайди (мойлар аномалияси, зарарланиш ва касалликлари), эскретор бепуштлигида эса мойларда ишлаб чиқарилган уруғ ҳар хил сабаблар туфайли (мой ортиги, уруғ йўли ўтувчанлиги бузилиши, уруғ пуфакчалари, простата бези аномалиялари, касалликлари, шикастланишлари) ташқарига чиқолмай қолади ёки қисман чиқади. Эркакларда бепуштлигида крипторхизм, орхит (айниқса икки томонлама бўлса), эпидидимит, фуникулит, уретра стриктураси, варикоцеле, ҳар хил заҳарли омиллар таъсири сабаб бўлади.

Белгилари ва ташхиси. Қўриқ пайтида ёки объектив текшириш ўтказганда юқорида келтирилган касаллик белгилари топилади. Бу ўринда спермограмма (азооспермия, олигозооспермия, некроспермия, аспермия, гемоспермия, пиоспермия), генитография (уруғ йўллариининг ўтувчанлигини рентген-контраст модда билан текшириш) ва мойлар биопсияси қўл келади.

Давоси. Эркаклар бепуштлигини даволаш унинг шаклига

мувофик ҳолда олиб борилади. Секретор шаклида сперматогенезни кучайтирадиган консерватив усуллар (витаминлар, гипофиз гормонлари), варикоцеле жарроҳлик ёки эндоваскуляр, эндоскопик йўллар билан бартараф этилса, касалликнинг секретор шаклида уруғ йўллари ўтувчанлигини тиклаш мақсадида ҳар хил реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётлари қўлланилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Абдуллаев А.А. Мочекаменная болезнь у детей по материалам лечебных учреждений Хорезмской и Самаркандской областей Узбекской ССР. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ташкент, 1962. -17 с.
2. Абдурахманов А.А. Опыт лечения больных каменным и бескаменным пиелонефритом (По материалам урологического отделения Кашкадаринской областной больницы УЗССР). Автореф. дисс... канд. мед. наук. Самарканд, 1968. - 16 с.
3. Алексеев А.И. Врачебная газета. 1914, № 16, с. 651. Цит.: Б.И.Ласков. Проблемы энуреза, Москва: Медицина, 1966, С. 32 и 270.
4. Аллазов С. Острые инфекционно-воспалительные заболевания почек в условиях воздействия пестицидов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Москва, 1992:, - 28 с.
5. Аллазов С. Аёллар уретрасининг реконструкцияси. Тошкент, 1998. -28 б.
6. Арустамов Д.Л., Акилов Ф.А., Антоненко В.В. FNAB in acute pyelonephritis Primary experiense in finding and identificacion of bacteria in aspirates /Journal of Endourology, 1993, vol.7, Suppl. 1, p.91.
7. Берлинер Б.И. Очерк истории и развития хирургической помощи населению Узбекской ССР. Госиздат УзССР, Ташкент, 1956. -92 с.
8. Волович Л.Д. Туберкулез и камни почек. Киев: "Здоровья", 1972. -108 с.
9. Гайбуллаев А.А. Диагностика и хирургическое лечение крипторхизма. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1985. - 16 с.
10. Данилин И.И. Реакция выпадения осадка кровяных телец при свертывании крови (третья фракция свертывания крови). Клини. мед., 1950, № 2, С. 88-89.
11. Дышко А.С. Зуд (экспериментально-клинические исследование/. Москва: Медицина, 1962. - 99 с.
12. Лимберг А.А. Математические основы пластики на поверхности человеческого тела. Ленинград: Медицина, 1946.- 192 с.

13. Лопаткин Н.А. Патогенетическое обоснование нового способа оперативного лечения варикоцеле // Урол. и нефрол., 1973, №5, С. 31-36.

14. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Бужирование. В кн.: Справочник по урологии. Под ред. Н.А.Лопаткина. Москва: Медицина, 1978. -328 с. (С. 254-256).

15. Лопаткин Н.А., Родоман В.Г. (1974) Цит.: Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, В.Г.Родоман. Пиелонефрит у детей. Москва: Медицина, 1979, С. 66 и 68.

16. Лопаткин Н.А. (1978). Цит.: О.Л.Тиктинский и соавт. Заболевания половых органов у мужчин. Ленинград: Медицина, 1985, С. 195.

17. Лопаткин Н.А. Классификация и лечение органических осложнений аденомэктомии //Аденома предстательной железы. Сборник научных трудов. Под ред. Н.А.Лопаткина и В.Г.Горюнова. -Москва, 1987, С. 83-87.

18. Материалы I Республиканского съезда урологов (25-27 ноября 1992 года). Ташкент, 1992, - 276 с.

19. Миллин Т. (1944), Цит.: В.С.Карпенко, О.П.Богатов. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: "Здоровья", 1961, с. 107.

20. Мухтаров А.М., Болгарский И.С. Троакарная цистостомия. Ташкент: Медицина, 1978. - 112 с.

21. Мухтаров А.М., Нурметов Б.А. О течении острого гнойного пиелонефрита //VII пленум Всесоюзного науч. общества урологов. Казань, 1986, С. 17.

22. Мухтаров А.М., Мурванидзе Д.Д. Хирургическая андрология. Ташкент: Медицина, 1988. - 292 с.

23. Погорелько И.П. Хирургическое вмешательство при камнях почек и мочеточников. Ташкент: Медгиз УзССР, 1960. -276 с.

24. Подлужный Г.А. и соавт. Клиника, классификация и оперативное лечение олеогранулемы наружных половых органов //Урол. и нефрол., 1991, № 4, С. 69-73.

25. Пытель А.Я., Лопаткин Н.А. Об операции Rivoir и ее модификации, как наиболее физиологичных способах нефропексии //Урол. и нефрол., 1966, № 1, С. 3-7.

26. Пытель Ю.А. Пальпаторный симптом острого пиелоне-

фрита //Сов. мед. 1980, № 9, С. 62-65.

27. Савченко Н.Е. Гипоспадия и ее лечение. Минск: "Беларусь", 1962. - 264 с.

28. Савченко Н.Е., Державин В.М. Эписпадия. Минск: "Беларусь", 1976. - 168 с.

29. Сапожков К.П. (1926). Цит.: В.С.Карпенко, О.Л.Богатов. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровья, 1981, С. 110.

30. Сапожков К.П. Скальпирование полового члена как метод, заменяющий ампутацию его при раке //Хирургия, 1960, № 4, С. 23-29.

31. Фелькер (1919). Цит. В.С.Карпенко, О.Л.Богатов. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровья, 1981, С. 110.

32. Фракман Э.А. Восстановление задней уретры при полном ее разрушении //Научные труды Ташкентского медицинского института. №2, 1948. Он же //Урол. и нефрол., 1988, №2, С. 65-69.

33. Фрейер Г. (1896). Цит.: В.С.Карпенко, О.Л.Богатов. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровья, 1981, с. 77.

34. Хольцов Б.А. Коренное лечение сужений мочеиспускательного канала иссечением суженной части его //"Русский врач", 1909, №4. Он же // Zeitschrift fur Urologie, 1908, Bd.11. Он же //Annales des maladies des or V.2, с.1938.

35. Чиненный В.А. Острый эпидидимит в урологической практике. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1991. - 25 с.

36. Соловов П.Д. Переломы таза с повреждением мочевого пузыря и уретры //Вестник хирургии, 1935, Т.37, кн. 105-107, С. 36.

37. Шабад А.Л., Минаков Н.К. Хронический пиелонефрит и туберкулез почки //Матер. I Всесоюзного съезда нефрологов. Минск, 1974, С. 293-294.

38. Шабад А.Л. Туберкулез почки. Ташкент: Медицина, 1978. -205 с.

39. Шабад А.Л. Учебное пособие по урологии с уходом за больными. Москва: Медицина, 1960. - 240 с. Шу муаллиф. Урологиядан ўқув кўлланмаси (беморларни парвариш қилиш билан)

(Тарж. О.Мухторов). - Тошкент: Медицина, 1983. - 256 б.

40. Шабад А.Л., Аллазов С. О клинических формах острого воспаления почек у женщин //Актуальные проблемы урологии. Тарту, 1987, С. 79.

41. Шабад А.Л., Осипов В.Л. Хронический простатит при аденоме предстательной железы //Аденома предстательной железы. Сборник научных трудов. Под ред. Н.А Лопаткина и В.Г.Горюнова. Москва, 1987, С. 29-41.

42. Юнг Х.Х. (1913). Цит. В.С.Карпенко, О.П.Богатов. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровья, 1981, С. 109.

43. Юсупов Н.А. Множественный урокалькулез у детей. Автореф. дисс...канд. мед. наук. Самарканд, 1971. - 14 с.

44. Bergmann E. Цит.: Оперативная урология. Рук. для врачей. Под ред. Н.А.Лопаткина и И.Л. Шевцова. Л.: Медицина, 1986, С. 388.

45. Boari A. Uretere-cysto-neostome //Ann. mal. org. gen.urin. 1899. 17, 1059-1088.

46. de la Peyronie P. Sur guelynes obstacles, gui s'opposent a l'ejaculacion nature lie de la semense //Mem.Acad. Chir. 1743, V-1. p.425.

47. Ivanissevich O. Varicocele. Bol. Inst.Clin. Quir., Bs.As. 1937. 13, 184.

48. Rivoir J.P. Chirurg, 1954, Bd. 25, S. 270-273.

49. Schramm W. Uber das cruah-Syndrom der Uieren und seine Behandlung //Mschr. Unfallheilk., 1965, Bd. 68, S.321.

50. van Buren, Kejs, 1874. Цит.: Трудный диагноз в урологии: пер. с англ. Под ред. Д.Л.Мак-Каллаха. М: Медицина, 1994, С. 292.

51. Winkelmann. Neue Methode der Radical operation der Hidrocele. //Zentr.Bl. Chir., 1898, Ig. 25, N;44, S.1092-1093.

Мундарижа

МУЌАДДИМА.....	3
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ВА САМАРЌАНД МИНТА-КАСИДА УРОЛОГИЯ ЁРДАМИ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИНING	
ЌИСЌАЧА ТАРИХИ.....	4
УРОЛОГИЯДА ТЕЌШИРИШ УСУЛЛАРИ, АСБОБ-УСКУНАЛАР ВА УЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ.....	13
УРОЛОГИЯДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМТАЛАБ ЎЛАТЛАР.....	20
Буйрак санчиғи.....	20
Сийдик чиқаришнинг ўткир тутилиб қолиши.....	25
Анурия.....	27
Макрогематурия.....	28
Урологик аъзоларнинг аномалиялари.....	30
Буйрак аномалиялари.....	30
Буйраклар поликистози.....	31
Гидронефроз.....	33
Гипоспадия, эписпадия.....	34
Фимоз.....	35
Парафимоз.....	36
Крипторхизм.....	37
БУЙРАК, СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ВА ЭРКАКЛАР ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ.....	39
Буйрак шикастланишлари.....	39
Сийдик найининг шикастланишлари.....	41
Ќовуқ шикастланишлари.....	43
Сийдик чиқариш каналининг шикастланишлари.....	46
Уретра стриктураси ва облитерацияси.....	52
Эркаklar таносил аъзоларининг шикастланишлари.....	55
СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ИНФЕКЦИОН-ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ (СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ).....	57
Пиелонефрит.....	57
Паранефрит.....	63
Цистит.....	65
Простатит.....	67
Орхоэпидидимит.....	69
Баланит ва баланопостит.....	71

СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ СИЛИ (ФТИЗИОУРОЛОГИЯ АСОСЛАРИ)	72
СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ	76
Буйрак-тош касаллиги	76
Ўовуқ ва сийдик чиқариш канали тошлари	79
СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИ	81
Буйрак ўсмалари	81
Ўовуқ ўсмалари	85
Простата беи саратони	87
Семиномалар	90
ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ	94
БУЙРАК ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	101
Буйрак артериал гипертензияси	101
Варикоцеле	103
СИЙДИК ВА ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎАР ХИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ	106
Нефроптоз	106
Нейроген ўовуқ	107
Энурез	109
Уретра ва ўовуқ ўт жисмлари	111
Аёлларда сийдик ва таносил йўллариинг қўшилган оқмалари	114
Мояк ва уруғ тизимчаси пардаларининг истисқоси (гидро- ва фуникоцеле)	116
Приапизм	118
Пейрони касаллиги	119
Закар олеогранулёмаси	120
Закар қичиғи	124
Урологик моћиятли мижозий суствик	125
Урологик моћиятли эркаклар бепуштлиги	126
АДАБИЁТЛАР	128

Ҳажми 7,8 б.т. Қоғоз формати А4
Заказ № ____ Адади 100 нусха.
СамМИ босмаҳонасида чоп этилди

32,1,30,3,28,5,26,7,24,9,22,11,20,13,18,15,64,33,62,35,60,37,58,39,
56,41,54,43,52,45,50,47,96,65,94,67,92,69,90,71,88,73,86,75,84,77,
82,79,132,97,130,99,128,101,126,103,124,105,122,107,120,109,118
,111,116,113

2,31,4,29,6,27,8,25,10,23,12,21,14,19,16,17,34,63,36,61,38,59,40,5
7,42,55,44,53,46,51,48,49,66,95,68,93,70,91,72,89,74,87,76,85,78,8
3,80,81,98,131,100,129,102,127,104,125,106,123,108,121,110,119,
112,117,114,115,

УРОЛОГИЯ

Медицина институтлари студентлари ва
умумий амалиёт шифокорлари учун дарслик

