

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш
Вазирлиги
Самарканд Давлат Тиббиёт Институтининг
Даволаш Факультетининг 1-УАШ терапия Кафедраси**

РЕФЕРАТ

МАВЗУ: Сийдик тош касаллиги

**БАЖАРДИ: 701-Гофуров Голиб
ТЕКШИРДИ: асс. Ахмедов. И. А.**

Самарканд 2013

Режа.

- 1. Эпидемиологияси.**
- 2. Этиологияси ва патогенези.**
- 3. Клиник симптомлари.**
- 4. Ташхислаш.**
- 5. Даволаш.**
- 6. Адабиётлар.**

Сийдик тош касаллиги

Сийдик тош касаллиги (Urolithiasis) – полиэтиологик касаллик булиб, асосан хар хил хавфли омилларнинг кушилиб таъсир килишидан келиб чикади. Бу касаллик буйрак каналчаларида, касачаларида ёки жомида тош хосил булиши билан характерланади. Тошлар сийдик таркибига кирувчи тузлардан ташкил топади ва сийдик йулларининг юкори кисмида жойлашади.

Эпидемиологияси.

Сийдик тош касаллиги дунёдаги хамма мамлакатлар ахолиси орасида учрайдиган касаллик булиб, лекин унинг таркалиши бир хил эмас. Бу касаллик Жанубий ва Марказий Осиёда, Шимолий Африкада. Австралияда, Бразилия, Уругвай, Эквадор ва Аргентинада кенг таркалган. Бутун дунёда бу касалликнинг учраши 1-3% (Норв ва муаллифдошлар, 1987) ташкил этади. Англияда 3,8%, Германияда –5%, Испанияда 3%, Японияда –2% ташкил этади.

Урта Осиё Республикаларида хам бу касаллик кенг таркалган.

Туркменистонда 100 минг ахолига –23,6% (Н.И.Тарасов, 1978),

Киргизистонда –48% (М.Т.Тиналиев, 1983) ташкил этади.

Ўзбекистонда СТК таркалиши (Д.Л.Арустамов ва муаллифдош, 1985й)

поликлиникага мурожаат килган беморлар орасида 22,7% ташкил этади.

1992 йилдан Ўзбекистонда бу касалликнинг таркалиши Республика Урология Илмий маркази ходимлари томанидан кенг микёсида ва чукур урганилиб келинмоқда.

Коракалпогистонда СТК таркалиши текширилган ахоли орасида 5,7%, ва 11% туз кристаллари буйрак ва сийдикда аникланди. Сирдарё вилоятида

5,2%, Тошкент вилоятида 1,8% ташкил этади. Ўзбекистон шароитида ташки муҳитнинг ҳавфли омилларга иқлим, тупроқ ва ичимлик сувининг сифати, экологиянинг ёмонлашиши, асосан Орол денгизи атрофида, ва аҳолининг баъзи бир ижтимоий-маиший хусусиятлари киради.

Этиологияси ва патогенези.

Тош ҳосил булишининг формал (шакли) ва каузал (сабабли) турлари фарқ қилинади.

Тош ҳосил булишининг формал тури - шу жараёнга имкон яратувчи тош ҳосил булишининг физик-кимёвий аспектлари ва шароитлари билан тушунтирилади.

Тош ҳосил булишининг каузал (сабабли) тури - шу жараёни чакирувчи этиологик омилларига боғлиқ деб қаралади.

Адабиётларда тош ҳосил булишига имкон яратувчи ҳар хил омиллар ёзилган. Шу билан бирга, буйракда тош ҳосил булиши шу омиллардан бирортасининг таъсиридан келиб чиқиши мумкин. Булардан ташқари, беморга бирорта аниқ этиологик омил ёки бир нечта сабаб тош ҳосил булишига олиб келиши мумкин.

Тош ҳосил булишини тушунтирувчи ҳар хил назариялар мавжуд. Улардан асосийлари кристаллизацияланувчи ва матрица (тошнинг органик негизи) назарияларидир.

Кристаллизацияланувчи назария тош ҳосил булиши жараёнини сийдик органик субстанциясининг беъвосита иштирокисиз тошнинг узагини ташкил қилувчи сийдикдаги тузларнинг чуқишидан ҳосил булади деб тушунтиради. Бу назарияга биноан, тош ҳосил булиши учун сийдикдаги коллоид ва кристаллоидларнинг нисбати узғариши керак, бунинг натижасидаги қуюлтирилиш унинг чуқма ҳолатга тушишига, кейинчалик кристаллизацияланган марказ атрофида аномал кристаллар пайдо булишига олиб келади.

Буларга коллоидлар химоя ролининг пасайиши ҳам имкон яратади.

Коллоидлар химоя роли соғлом одамда сийдикдаги кристалларни эриган ҳолатда ушлаб туради.

Матрица назариясига биноан тош ҳосил булишда дастлаб оксилдан ташкил топган узак мавжуд, бунга иккиламчи туз кристаллари чиқади.

Шу парсани қайд этиш мумкинки, тош ҳосил булишининг физик-кимё жараёни анча мураккаб, лекин улар шунчаки карама-карши булмасдан, бир-бирини тулдиради.

Тош ҳосил булишида имкон яратувчи жараённинг каузал генезида қупгина ташки ва ички омиллар фарқ қилинади.

Ташки ҳавфли омиллар орасида гиподинамияга, стрессга, овқат ва ичимлик сувининг таркиби ва сифатига, қуруқ ва иссик иқлимга, меҳнат шароити ва хусусияти ва бошқаларга маълум аҳамият ажратилади.

Ички омилларга тааллуқлари - сийдик инфекциясига аҳамият берилади, витаминлар ва электролитлар балансининг бузилиши, гормон (гиперпаратиреоидизм) ва моддалар алмашинуви бузилиши, сийдик пассажиининг бузилиши ва бошқалар.

Кейинги йилларда минерал олмашинуви ҳолатига катта аҳамият берилмоқда. Бундан ташқари, беморда минерал алмашинуви бузилишининг хусусияти, қоидага биноан ундан олинган тошнинг минерал таркибига тугри келиши аниқланган.

Ҳозирги пайтда тош ҳосил булишининг қуйидаги хиллари фарқ қилинади ва бунинг асосида буморларни дифференцияланган даволаш принципи ва рецидив тошлар ҳосил булишининг профилактикаси ишлаб чиқилган. Буйрак тошлари бўлган беморларнинг энг купини оксалатли тошлар ташкил этади. Бунда тошлар шовил кислотасининг кальций тузлари - вевеллит (кальций оксалат моногидрати) ва вевделит (кальций оксалат дигидрат)дан ташкил топган.

Оксалат тошлари 49-54% СТК бўлган беморларда қузатилади (И.С.Колпаков, 1965; Tshipeta ва муаллифдош, 1983).

Оксалатли тош ҳосил булишининг патогенезида шовил кислотаси алмашинувининг бузилишига асосий аҳамият берилмоқда (Rose, 1985)

Бирламчи ва иккиламчи гипероксалатурия фарқ қилинади. Бирламчи-тугма, иккиламчи - ҳар хил сабаблардан келиб чиқади (юқори дозадаги аскарбин кислотасини қабул қилиш, антифриз билан захарланиш подагра, панкреатит, холецистит, ичак фаолиятининг бузилиши ва бошқалар). Купинча гипероксалатурия экзоген алиментар хусусиятга эга. Оксалат қуйдаги маҳсулотларда: ровоч, исмалок, чой, қахва, шоколад ва бошқаларда купрок бўлади.

Оксалатли тош ҳосил булишининг формал генезида кальцийга ҳам муҳим аҳамият берилади. Баъзи бир муаллифларнинг фикрига қараганда бунда гипероксалатурияга қараганда гиперкальциурия муҳим аҳамиятга эга. Бу жараёнда сийдикнинг РН муҳити маълум аҳамиятга эга. Knispel ва муаллифдош (1988) фикрига қараганда оксалат тузларининг кристалл ҳолатга ўтиш ҳавфи сийдикнинг РН муҳити 4,55-5,3 бўлганда юзага келади. Сийдикнинг РН муҳити 6,0 ва ундан юқори бўлганда оксалат тузиининг кристалл ҳолатга ўтиши бирданига секинлашади.

Фосфат тошлари.

Фосфат тошларининг ҳосил булишида фосфор-кальций алмашинувининг бузилиши асосий роль ўйнайди, булар калконсимон—олди беzi ва Д-гуруҳ витамини фаолияти билан бошқарилади. Кальций ва фосфор организмга овқат маҳсулотлари билан қиради ва асосан суяк туқимасида фосфор-кальций бирикмалари - апатитлар қуринишида тупланади.

Фосфат тошларининг минерал таркиби-гидроксилапатит, брушит, витлокит, ваплерит, ньюберитдан иборат бўлади.

Бундай тошларнинг пайдо булишида сийдик билан кальцийнинг экскрециясига катта аҳамият берилади. Кальций алмашинувини бошқаришда (ичаклардан сурилиши, буйрак каналчаларида реабсорбцияси ва суяк туқимасида сурилиши) паратгормон, кальцитонин ва витамин Д3 билан амалга оширилади. Бу жараёнлар бошқарилишининг бузилиши гиперкальциемияга, гиперкальциурияга олиб келади. Булар билан тугридан-тугри ноорганик фосфор алмашинуви ҳам боғлиқ, гиперфосфатурия

кўринишида намоён булиб, унинг узи фосфат тошларининг пайдо булишида асосий шароитлардан бирини яратади. Бундай тошлар пайдо булишининг каузал генезида гиперпаратиреоидизм, организмга кальцийнинг куп кириши ва фосфатлар-етишмаслиги, гипо- ёки гипервитаминоз Д, буйрак каналчалари ацедози (Лайтвуд-Батлер-Олбрайт синдроми), саркаидоз, гипокинезия (узоқ иммобилизация), сутли овқат ва бошқалар ахамиятга эга. Апатитлар кристаллари пайдо булиши учун сийдикининг оптимал РН мухити – 6,6-7,8, брушитда –5,6-6,6 (Dösch, 1987).

Фосфат тошларининг пайдо булиши намунаси 2-нчи расмда кўрсатилган.

Цистин тошлари.

Цистин тошлари СТК бўлган беморларнинг 0,4-3%-да аникланади (Brundig P. ва муаллифдош, 1981). Цистин тошини ҳосил булиши патогенезининг асосида йўғон нчак шиллиқ қавати ва буйрак каналчалари эпителиясида цистин ва бошқа аминокислоталар (лизин, аргинин ва орнитин) транспортининг генетик камчилиги ташкил этиб, каналчалар филтрланган ва ишлаб чиқилган цистинни реабсорбция қилиш кабилитсизлигидан иборат бўлади (Bottone E. ва муаллифдошлар, 1973), бу гиперцистинурия билан кузатилади. Сийдик билан меъёрада 10 дан 100 ммоль/л цистин ажратилади.

Гиперцистинурияда цистин ажралиши 200-600дан 1400-4200 ммоль/л гача этади (Wickhat J, 1979).

Инфекцияланган тошлар.

Бундай тошлар пайдо бўлишида юқори сийдик йўллари инфекциясига маълум ахамият берилади. Пиелонефрит бир томондан тош ҳосил бўлишига имконият яратади, бошқа томондан - СТК-нинг клиник кечиши асоратланади.

Инфекция туфайли ҳосил булган тошларнинг патогенезидаги муаммолар охириги 10 йилларда кўп томондан экспериментларда (Wichel ва муаллифдош, 1987) ва клиник текширишлар билан хал килинган. Буйракда инфекция туфайли тошлар ҳосил бўлишида уреаза ферменти ишлаб чиқарувчи бактерияларнинг ишончли роли тасдиқланган. Уреаза ферменти таъсирида сийдикдаги мочевина аммиакга ва карбонат ангидридга парчаланади. Бундан кейиниги гидролизда аммиак аммонийга айланади, у эса сийдикни ишқорлантиради. Бундан ташқари аммоний уротелияни қопловчи мукополисахаридларнинг ҳимоя қаватини шикастлантиради, бу ўз навбатида бактерияларнинг бемалол буйрак жоми ва касачалари деворига киришига имконият яратади (Klippel, 1984; Sigel ва муаллифдошлар, 1986). Бу жараённинг ўзи мукополисахаридлар ва мукопротеинларнинг кўпайишига олиб келади, бу тошнинг матричасини ташкил этади.

Шундай қилиб, сийдикнинг ишқорланиши ундаги аммоний ва карбонатнинг кўпайишига струвитларнинг (ёки карбонат апатитнинг - инфекция туфайли ҳосил бўлган тошларининг асосий минералларини ташкил қилувчи) кристалланишига имконият яратади.

Бу уларнинг минерал таркиби ва тошларинг марказий қисмидан ўсиб чиққан бактериялар текширилганда тасдиқланган, бу эса бундай тош ҳосил бўлишининг хили бирламчи - инфекцияланган генезлигини тасдиқловчи

абсолют белгиси хисобланади.

Беморлардан олинган сийдик тошларининг таркибини ўрганиш натижаси кўрсатдики, мономинерал тошлар билан бирга полиминерал ёки аралаш тошлар ҳосил бўлади. Бундай тошлар ҳар хил сифатли ва сонли 2-3 дан ва ундан кўп минералларни ўз ичига олади.

Аралаш тошларнинг формал ва каузал генези мономинералларга қараганда анча мураккаб ва уларнинг қўшилмасига мувофиқ бўлади.

Адабиётлар ва бизнинг 1130 беморни текшириш ва деволаш натижаларига асосланиб клиник кузатувлар, тошларнинг минерал таркибини ва тош ҳосил бўлиши патогенезининг хусусиятини эътиборга олувчи СТК–нинг классификацияси (таснифини) қуйидаги тартибда тақдим этилади.

Сийдик-тош касаллигининг тош ҳосил бўлиши ҳилига ва улар сонининг узаро муносабати боғлиқлигига қараб классификацияланади.

Шундай қилиб, ҳар бир беморда тош ҳосил бўлишининг у ёки бу ҳилини аниқлаб, уни даволашга, кейинчалик рецидив тошлар профилактикасига дифференциал ёндашишга имконият яратилади.

Клиник симптомлари.

СТК клиникаси жихатидан ўрта симптомлар билан намайён бўлади: оғриқ - «бўйрак санчиги », сийдикда қон (гематурия) ва тошларнинг чиқиши (калькурия).

Булардан ташқари яна кузатилиши мумкин: пиурия, олигурия ва анурия. Бу симптомлар ҳамма дарсликларда, монография ва қўлланмаларда ёзилган ва буларга тўхталиш мақсадга мувофиқ эмас. Шунинг билан бирга инфекциянинг (бирламчи ёки иккиламчи инфекцияланиш) борлиги врачнинг эътиборини жалб қилиши керак. Қўп йиллик, кузатувлар курсатдики, антибиотикларнинг кенг қўламда ишлатилиши бактерияларнинг патогенлиги ва морфологиясини анча даражада ўзгартирди. Бу кўпроқ касалхона ичидаги инфекцияга тааллуқли. Агар 60-йилларда кўпроқ ичак таёкчаси аниқланган бўлса, кейинги ўн йилларда протей, хазирги пайтда эса – кўк йиринг таёкчасидир, бу билан қўлашиш жуда ҳам оғир. Инфекция туфайли ҳосил бўлган тошлар клиникаси жихатидан жуда оғир кечади ва бундан беморларни даволаш ўзоқ муддатли ва моддий харж қилишни талаб қилади. Бундай беморларда қайтадан тош ҳосил бўлиш жуда ҳам юқори даражасида ошади ва реабилитацияси ўзоқ муддатга қўзилади, ногиронлик ҳавфи ошади.

Ташхислаш.

СТК ташхислаш беморнинг шикоятлари ва анамнезига асосланиб қўйилади, биринчи галда бўйрак санчигининг ҳуружига, тошларнинг сийдик билан чиқиб туришига ва айниқса бўйрак санчигидан кейин бўладиган гематурияга диққат жалб қилинади.

Охириги йилларда СТК бўлган беморларни текшириш усулларига ёндошишда баъзи бир инвазив текширишлар: хромоцистоскопия, сийдик найини катетерлаш, ретроград уретеропиелография ва бошқалардан воз кечиш каби муҳим ўзгаришлар рўй берди.

Ҳозир бўйраклар, ва сийдик йулларини ультратовуш сканерлаш (УТС)га кўпроқ аҳамият берилмоқда бу эса баъзи бир рентгенологик текширишлар

олдида узининг хавфсизлиги ва юкори маълумот бериш кучи билан албатта устинлиги бор.

Экскретор урография бутунлайига ўз ўрнини ekskретор уретелескопияга бушатиб берди, у фақатгина буйракнинг морфологик ва функционал ўзгаришларини аниқламасдан, юкори сийдик йулларининг урадинамикаси холатини аниқлашга имкон берди.

Бу иккала текшириш усуллари ишлатиб юкори аниқлик билан касалликни ташхислаш ва даволаш тактикасини аниқлашга имконият яратилди.

Касалликни ташхисида минерал алмашинувини урганишга ва бактериологик текширувларга, тош олингандан кейин эса унинг минерал таркибига катта урин ажратилади.

Бошка (эски) текшириш усуллари халигача ўз ахамиятини йўқотмаган, лекин улар жуда зарур бўлгандагина ишлатилади.

СТКнинг (айниқса буйрак санчиғи булганда) дифференциал ташхиси қорин бўшлиғидаги ўткир касалликлари (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, ошқозон ва 12 бормоқли ичакнинг тешилган яра касаллиги, ичакнинг ўткир ўтмай қолиши, ўткир панкреатит, бачадондан ташқарида хомиладорлик ва бошқалар) билан ўтказилиши керак.

Даволаш.

СТК булган беморларни даволаш усуллари хар хил. Уларни танлаш купинча тошнинг ўлчамига ва жойлашишига, буйракдаги ва юкори сийдик йулларидаги функционал ва анатомик ўзгаришларга, уродинамика холатига, инфекциянинг борлигига, тошнинг таркибига ва бошка хусусиятларига унинг натижаларига ундай ёки бундай кучли таъсир курсатувчиларга боғлиқ бўлади.

Хозирги вақтда СТК булган беморларни даволаш бир канча тадбирларни уз ичига олади, иккита кушилувчидан ташкил топган - бир томондан беморни тошдан халос қилиш, иккинчиси унинг патогенезига таъсир қилиш, рецидив тош хосил булишининг олдини олиш максадида уни коррекция қилиш.

Хозирги кунда буйрак ва сийдик найидаги тошларни олиш учун очик усулдаги операциялар (пиелолитотомия, нефролитотомия, буйрак резекцияси, уретеролитотомия) билан бир каторда эндоскопик операциялар (нефро-ва уретеролитоэкстракция, литотрипсия) ҳам ишлаб чиқилган ва кулланилади. Урологиянинг энг катта илмий-техникавий ютиги тошларни ташки тулкин ёрдамида майдалаш (дистанцияли литотрипсия) булиб, Н.А.Лопаткиннинг (1989) фикри буйича СТК булган беморларни даволашда кескин бурилиш руй берди.

Кейинги йиллардаги чоп қилинган очик турдаги операцияларга тааллуқли маълумотларда, СТК буйича бажариладиган бутун операцияларнинг 2-3% улар зиммасига тугри келади, катта кораллсимон ва куп тошлари булган беморлар билан бирга (Brien ва муаллифдош, 1989).

Консерватив даволаш усуллари, беморни тошдан халос қилишга қаратилган, яъни литолитик таъсири ёки уни спонтан чиқариш йўллари ўз ахамиятини йўқотмаган.

Лекин буйрак ва сийдик найидаги тошларни олишда янги технологияларнинг

кенг кулланилиши сабабли, клиницистлар консерватив даволашга камрок муурожаат килмокда.

Шунинг билан бир вақтда консерватив даволаш тадбирлари операциядан кейинги даврда рецидив тошлар ҳосил булишини олдини олиш нуктаи назаридан катта аҳамиятга эга булмокда. Бу анчагина мураккаб вазифа, чунки уни мувоффақиятли ҳал қилиш учун тош ҳосил булишига олиб келувчи, (уни ҳамма вақт ҳам аниқлаб булмайд) ҳам ташки, ҳам ички хавфли омилларни, керакли тузатишлар қилиш керак.

Жарроҳ очик турдаги операцияни бажара туриб, буйракдаги шохланган кораллсимон ёки куплаб тошларни олиб ташлашда, айниқса жом буйрак ичида жойлашганда катта қийинчиликка дуч келади. Шу сабабли Fabricius (1989) таъкидлайдики, буйракдаги очик операцияни бажариш учун тажрибали жарроҳ, махсус асбоблар ва буйрак паренхимасини минимал шикастлантирадиган, авайлайдиган техника зарур.

Бундай вазиятда энг қулайи тошга парциал синусичи қириш, зарур булганда нефротомия қилиш керак. Тошлар ва/ёки унинг булакчалари тўла олинганлигини назорат қилиш учун операция-ичи контакт рентгенография игналар-маркерлар билан ва УТТ, яна нефроскопия ишлатилади. Операция пайтида тошнинг қилиши эса, уни фойдаси қамлиги ёки фойдасиз эканлигини билдиради.

Эндоскопик операциялар буйрак ва сийдик найининг юқори қисмидаги тошларни тери орқали қиришдан (тери орқали нефролитотрипсия ёки экстракция ва антеград уретеролитотрипсия ёки литотрипсия) фойдаланиб олишга имкон беради. Сийдик найининг пастки қисмидаги тошлар трансуретрал контакт эндоскопик уретеролитотрипсия ёки уретеролитоэкстракция йули билан олинади. Эндоскопик операцияларнинг ананавий очик операциялардан устунлиги унинг кам инвазивлиги, тери ва юмшок туқима кам шикастланиши, яра йирингланишининг ва сийдик найи оқмасининг йўқлигидир. Зарурият булганда (рецидив тошлар) такрорий эндоскопик операциялар қийинчилик туғдирмайди. Ҳам тери орқали ва ҳам трансуретрал эндоскопик операцияларни қилиш учун бир талай махсус асбоблар, махсус жихозланган операция хонаси ва ўргатилган тиббий ходим керак.

Охириги йилларда буйрак ва сийдик найидаги тошларни терини кесмасдан олиш, ташки тулкин ёрдамда майдалаш усули ишлаб чиқилган (дистанцион литотрипсия). Бунда қисқа узунликдаги электрогидравлик разрядлар билан ҳосил қилинган ва фазовий фокусда муайян ҳолда йиғиладиган ташки тулкин ишлатилади.

Агар бундай фокусда буйракдаги тош жойлашган булса, унда тулкин зарбаси таъсирида тош майда булакчаларга булинади, улар буйракдан сийдик билан табиий йул орқали ажралиб чиқади.

Дистанцион литотрипсия усули бутун дунёдаги мамлакатларда кенг қўлланилмокда.

Доимий равишда аппаратларни такомиллаштириш дистанцион литотрипсияни ишлатиш курсатмасини кенгайтиришга (тошлар улчамини

катталаштириш, юкори сийдик йуллариининг хамма кисмида жойлашган тошларни майдалаш) имкон берди.

Дистанцион литотрипсияни ишлатиш учун зарурий шароит бу буйракнинг етарли даражадаги яхши функцияси ва юкори сийдик йуллариининг ўтказиш кабилиятидир.

Дистанцион литотрипсиянинг юкори самарадорлигига уни амбулатория шароитидаги беморларга ишлатилишидан куп микдордаги дориларни кон ва кон урнини босувчи суюқликларни ишлатишга зарурият йўқлигидан эришилади.

Хозирги вақтда хаммага маълум, бемордаги тошни олгани билан, уни касалликдан халос қилмайди. Бундан кейинги вазифа рецидив тошлари пайдо булишининг олдини олишга йуналтирилган (метафилактика) даволаш тадбирларидир. Хар бир беморга тош хосил бўлишининг патогенетик хусусиятларига асосланиб, ички ва ташқи хавфли омилларни хисобга олиб метафилактика тадбирлари алохида танланиши керак.

Тажриба курсатдики, беморларни кузатиш ва уларни профилактик даволаш 5 йилдан кам бўлмаган диспансер кузатувларида амалга оширилиши керак.

Даврийлиги ва назорат текширувининг хажми касалликнинг огирлигига ва хусусиятига боғлиқ.

Ўрта Осиё региони учун ва хусусан Ўзбекистон территорияси учун биринчи галда иссиқ ва курук иклимнинг таъсири ва юкори инсоляциядир. Хаммага маълум, бундай омилларнинг таъсири организмни сувсизлантиришга олигурия ва сийдик осмолярлигининг ошишига, кристаллизация жараёнининг ошишига олиб келади. Булардан келиб чикиб, асосий даволаш-профилактика тадбирларидан биттаси сийдикнинг юкори оптимал дилюциясига кристалланишига туккинлик килишга қаратилган булиши керак.

Махсус текширувлар билан аниқланган, агар сийдикнинг зичлиги 1,015 г/см паст булса, кристалланиш жараёни руй бермайди. Бундай диапазондаги зичлик сийдикнинг суткалик микдори 1500 мл дан кам булмаганда амалга ошади (Vahlensieck, 1985). Беморларни узок муддат кузатганда шунарсанг исбот килиндики, керакли метафилактик самарага, йилнинг фаслига қарамасдан суткалик сийдик микдори 1800-2000 мл булганда эришиш мумкин.

Уролитиаз патогенезида хаммага маълум овқатланишнинг ахамияти. Шунинг билан бирга буйириладиган пархез бемор учун маъкул буладиган ва у уйда хам ва ишда хам керакли тузатишни амалга оширишига ишонч хосил килиш керак. Турли-туман пархезларни тавсия килиш керак. Лекин уролитиазнинг турига қараб беморларга шундай махсулотларни хаддан ташқари куп истемол килишини таъкиклаш керакки, уларнинг метаболизми натижасида куп микдорда литоген моддалар ажралиб чикса беморда тош хосил булиши тури аниқланиб хавфли омиллардан иборат булса. Клетчаткани етарли даражада истемол килиш муҳимдир (йирик тортилган ун нони, мевалар, сабзавотлар), булар ичак фаолиятини яхшилади ва сийдик билан кальцийнинг чиқишини камайтиради. Шулар бир қаторда хайвон оксилани истемол килишини камайтириш керак, уларни куп истемол килиш сийдикни

pHни пасайтиради, кальций сийдик кислотаси ва оксалатлар чикишини тезлаштиради ва тош ҳосил булиши хавфини оширади.

Беморларга бир кунда 100 г дан куп булмаган қайнатилган гушт ёки балиқ тавсия қилинади, оксалатли ва сийдик кислотали тош булган беморларга қайнатилган шурва ва яна куп микдорда ёғ истемол қилиш тақиқланади.

Охирги йилларда сийдик тошлари ҳосил булишининг тезлиги углеводлар истемол қилишга туғридан-туғри узаро боғлиқлиги туғрисида маълумотлар пайдо бўлди, буни глюкозаиндуцияланган гиперкальцийурия билан боғлайдилар. Махсус текширувлар курсатдики, бунда сийдикда магний ва оксалатлар экскрецияси ошади. 100г глюкоза истемол қилинганда сийдикнинг pH курсаткичи пасаяди. Шунинг учун уролитиаз беморлар рационидан углеводлар чегараланган булиши керак.

Натрий хлор истемол қилиш ҳам (5-6 г бир суткада) чегараланган булиши керак, чунки сийдикдаги кальций ва натрий узаро микдори мусбат қарелляцияга эга.

Литогенезда хавфли омиллардан биттаси стресс бўлиб ҳисобланади, сийдик кислотали ва баъзи бир аралаш хилли уролитиаз стрессга боғлиқ касалликлардир. Буни шунинг билан боғлаш мумкинки, стресс-индуцияланган вазопрессиннинг ишлаб чиқилиши гипертоник сийдик ҳосил булишини тезлаштиради, адрено-картикотроп гармонининг (АКТГ) ишлаб чиқилиши қон зардобиди кальцийнинг ошишига ва гиперкальцийурияга олиб келади. Бундан ташқари, бунда оксалат, сийдик кислотасининг экскрецияси ошади, сийдикнинг pH пасаяди, сийдик билан магний ва цитратнинг экскрецияси ошади. Шунинг учун уролитиаз булган беморларни стресс тасиридан чиқариш керак.

Сийдик тош касаллигининг метафилактикасида тошлар ҳосил булишининг хиллига қараб сийдик pHни коррекция қилиш асосийлардан биридир.

Рецидив тошларининг профилактикасида умумий ва селектив тадбирлар утқизишни назарда тутади.

Хамма консерватив даволаш-профилактика тадбирларини утқизишни операция қилгангача, текшириш натижаларига асосланиб бошлаш зарур, уларни коррекция қилиш олинган тошлар тарқибини текшириш натижалари олингандан кейин утқизилади, кейинчалик врач узининг тавсияларида беморни динамик кузатувлари натижаларига амал қилади.

Нефрэктомия булган беморларга таалиқлиси, улар метафилактика дастурини тулик бажариши керак, чунки тошлар билан зарарланган бўйракни олиб ташлаш, организмни қандайдиган бини тош ҳосил булишининг сабаблари ва омилларидан озод қилмайди, улар қолган ягона бўйракда давом этиши мумкин.

Уролитиазнинг хилига боғлиқ бўлмайдиган умумий тадбирлар уз ичига қуйидагиларни олади:

1. Ҳаракатчан турмуш тарзи (сайр қилиш, эрталабки гимнастика, енгил жисмоний иш, боғда, қизда ва бошқалар).
2. Уртача овқатниш, имконият даражада ортиқча семизликдан қутилиш.
3. Совқатишни олдини олиш.

4. Ичаклар фаолиятини тартибга солиш, бунда сурги дориларини кулламаслик керак.

5. Инфекция учогини йукотиш (миндалина, тишлар ва бошқалар).

6. Организмни суюклик йукотишига йул куймаслик, айникса саунада узок булишилик натижасида, кучли куёш ванналарида, назоратсиз сийдик хайдовчи дориларни ишлатиш ва бошқа дегидратация чакирувчилар. Уролитиаз билан беморлар консерватив даволашнинг умумий принципларига киритилган тадбирлардан ташқари селектив дифференциал даволашлар ҳам олиши керак.

Оксалатли уролитиаз билан беморларни даволаш специфик бузилишлар ва гипероксалатурияни коррекция қилишга асосланган. Бундай беморларга организмга чекланган микдорда кальций ва оксалат тушишини таъминлайдиган пархиз истемол қилинадиган суюклик микдорини ошириш буйирилади. Куйида оксалатли уролитиаз беморларга буйириладиган ва тақиқланган асосий махсулотлар ва суюликлар келтирилган.

Оксалатли уролитиаз беморларга буйириладиган махсулотлар ва суюкликлар:

1. Гушт (ёгсиз мол гушти), товук, балик қайнатилган ҳолда 100-150 г кун ора.
2. Хайвон ва усимлик ёғи.
3. Тухум (каттик пиширилган)
4. Сут махсулотлари (кефир, простокваша, смената, йогурт)
5. Нон (ок, кора), нон-булка махсулотлари.
6. Макорон махсулотлари.
7. Крупалар (нухат, мош, ёсмик, ловия)
8. Сабзавотлар (карам, кук нухат, шалгом, бодиринг, редиска)
9. Мевалар (урик, беҳи, нок, шафтоли, олма) узум.
10. Тарвуз, қовун
11. Сув (қайнатилган), аччик булмаган чой (кора, кук)
12. Соқлар (нок, узум, қовок, сабзи, олма ва бошқалар)
13. Минерал сувлар (Занги-ота, Тошкент, Нафтусия), Смирнов, Славянов)
14. Сийдик хайдовчи утлар дамламаси.

Оксалатли нефролитиаз беморларнинг чекланган микдорда истемол қиладиган таркибида қуп микдорда оксалат ёки кальций булган махсулотлари ва суюкликлар.

1. Гушт махсулотлари (дудланган, сосиска, сарделька)
2. Сут ва сут махсулотлар (творог, пишлок, қаймоқ, бринза)
3. Шоколад ва шоколадли конфетлар.
4. Сабзавотлар (лавлаги, картошка) шовил, исмалок, равоч)
5. Мевалар (олхури, анжир)
6. Мевалар (земяника, крыжовник)
7. Чой (кора, кук)
8. Кахва, какао
9. Минерал сув (Жермук, Саирма)

Оксалатли уролитиаз булган беморларга кора смородинадан бошқа (чунки у сийдикни оксидлайди) ҳамма мева соқларини чекланмаган микдорда ичиш

рухсат берилади.

Текширувлар курсатдики Тошкент вилоятида жойлашган Занги-ота минерал сувининг юкори самарадорлиги, у нафақат сийдик билан оксалатнинг экскрециясининг камайтриш таъсирига эга.

Ўзбекистонда яшовчи аҳолининг асосий ичимлиги бўлиб чой хисобланади. Шунинг учун бир қаторда чой таркибида кўп миқдорда оксалатлар мавжуд ва организмга суткалик оксалатни тушишни камайтриш учун чойни истемол қилиш чегараланган бўлиши керак.

Оксалатли уротеози бўлган беморларга тавсия этиладиган дорилар:

1. Оксалатни экскрециясининг нормаллаштрувчилар.

Витамин В1 (тиамин хлорид) таб. 0,002г, 1таб. 3 махал.

Витамин В6 (пиридоксин) таб. 0,01г, 1таб. 3 махал.

2. Окситланган магний кукуни, куйдирилган магнезий 0,5г, 0,5-1,0 3 махал овқатдан кейин.

3. Гипотиазид (таб) 0,025г, 1 таб. 2 махал 7 кун давомида, сунг 3 кун танаффуз ва яна давом этдирилади.

4. Алла пуренол (таб)миқдори индивудиял,100млг 2 махал ичилади узоқ муддатда.

5. Алмагель 1-2 чой қошиқда 4 махал овқатдан олдин 30-40 кун давомида ичилади.

II. Сийдикнинг PH(6,4-6,8) корекция қилиш.

Могурлит, блеморен, селуран, салимок уралит-у гидрокарбанат натрий (миқдори индивудеал аниқланади)

III. Ялиғланишга қарши, сийдик хайдовчи ва спазналитик дорилар.

Цистинол, фитолизин, ўт дамламалари (сули барги, маккажўхори попуғи, кашнич, наматак, эвкалипт барги брусник, қораарча, қизилмилилонзи, буйрак чойи).

IV. Иккиламчи инфекция қўшилганда-бактериалогик текширув натижаларга асосланиб антибактериал дорилар қабул қилинади.

Фасфатли уролитиазнинг метафилактикаси.

Фосфатли уролитиазни консерватив даволашда ва метафилактикасида минераллар алмашиувини хусусиятлари эътиборга олинади, бунда элементлар маълум бир аҳамиятга эга.

Фосфатли уролитназ беморларга тавсия этиладиган махсулотлар ва ичимликлар:

1. Ёамма турдаги гўшт ва гўшт махсулотлари.

2. Товуқ, балиқ, хайвон ва ўсимлик мойи, оқ ва қора нон, нон махсулотлари, макарон махсулотлари.

3. Сабзавотлар (карам, қовоқ, бодринг, томатлар).

4. Мевалар, тарвуз, қовун.

5. Мевалар (брусника, смародина, земляника ва бошқалар).

6. дайнатилган сув.

Аччиқ бўлмаган қора, кўк чой (сутсиз).

7. Соклар (мевалар).

Минерал сувлар (Тошкент, Нафтуся, Смирнов, Словянов.).

Сийдик хайдовчи дамламалар.

Таркибида кўп миқдорда фосфор ёки калций бўлган, фосфатли уролитиази бўлган беморлар чекланган миқдорда қабул қилиши керак бўлган маҳсулотлар ва ичимликлар:

Сут ва сут маҳсулотлари.

Тухум (товуқ)

Балиқ консервалари.

Сабзавотлар (кўк нўхат, картошка, рангли каром, ва пиез).

Кўкатлар (кашнич, укроп)

муритилган кўзиқорин.

Аччиқ қора кўк чой.

пахва, какао.

Минерал сувлар (Жермук, Санирме)

Дортилар билан даволаш қўйидаги дориларни ўз ичигаолади.

I.Фосфор экскрециясини нормаллаштирувчи Аллмагел,1-2 ч.қош. 4 мартда овқаттдан олдин.

II. Сийдик РН ли 30-40 кун корекция қилиш (6,2-6,4)

Амалий Метнонин, Бензай кислота, клюква морси, обленика соки, олма уксуси).

III. Ялиғланишга қарши, сийдик хайдовчи ва сназмалик дорилар.

Ависон,марелин, олиметин,цистенал,финтазин,сийдик хайдовчи дамламалар.

IV.Инфекция қўшилганда-бактериалогик текширувлар натижаларга асосланиб антибактериал дорилар.

Сийдик кислотали уралитиаз метофилактикаси сийдик кислотали урамитиазли консерватив даволаш ва метофилактикаси нури алманишуви бузилишининг, суткалик сийдик миқдори ва сийдик РН корекция қилишга, қаратилган бўлиши керак.

Авваломбор бундай беморларга пархез буйирилади.

Сийдик кислотали урамитиоз беморларга тавсия қилинадиган маҳсулотлар ва ичимликлар.

Сут ва сут маҳсулотлари (творог, пишлок, кефир,қатик ва бошқалар).

Тухум, гўшт (еғсиз) ҳафтада 2-3 мартда.

’симлик еғи.

Оқ, қора нон, нон маҳсулотлари сабзавотлар (картошка,

Сабзи, қовоқ, ошқавоқ)

Мевалар (цитрусли ,узум) еғғок.

Крупалар (қора бўғдойли, арпали, бўғдойли) гуруч.

Тарвуз қовун.

майнатилган сув.

қора кўк чой.

Соклар (олма, узум, сабзи)

Минерал сувлар (Тошкент, Баржам, Жермук,Есентуки-4)

Сийдик хайдовчи дамламалар.

Сийдик кислотали урамитиоз беморлар чекланга микдорда истемол қилиши керак бўлган махсулотлар ва ичимликлар.

Гўшт ва унинг махсулотлари (жигар, буйрак, тил, мия,ўпка), сосиска ,сарделка, димланган.

Парранда (товуқ, ғоз, ўрдақ,) балиқ(судак, сельд, треска) балиқ консервалари (шпрот ва бошқа)

Дуккакли (нўхат, фасол, есмик)

мўзиқорин, гулкарот, шинкат аччиқ чой , қахва какао.

Спиртли ичимликлар (вино, шампан виноси ва балиқ).

Сийдик кислотали урамитиозни метофилактикасида қўйидаги дорилар ишлатилади.

II.Сийдик PH (0,4-6,8) корекция қилиш.

1). Магурлит,ПН блморен, селкран, салимок, уралит-у микдорихар бир беморга алохида аникланади.

2). Гидрокарбанат натрий.

3). Длакарб.

III. Ялигланишга карши, сийдик хайдовчи, ва спазмалитик дорилар.

Ависон, марелин, олиметин,цистенон,фитолезиин, сийдик хайдовчи дорилар.

IV. Иккиламчи инфккция, кушилганда- бак текширув наттижаларига асосланиб антибактериал дорилар.

Цистинли урамитиоз метофилактикаси.

Цистинли урамитиоз бкморларни коесерватив даволаш дорилар билан даволашни (пенициламин,) юкори диурезга эришиши ва сийдикни ишкорлантиришни уз ичига олади.

Пеницилламен сийдикда цистин экскрециясини анча камайтиради. Худди шу даволашнинг алатернативи цистин црияси булган беморларга катта микдорда (8-12 суткада) аскарбин кислота буйирилади.

Сийдикни ишкорлантиришга (ПН 7,5- 8,0) эса цитрат дориларини буйириш билан эришилади.

Сийдикнинг суткалик микдорига (2,5-3л) сийдик хайдовчи дамламалар ва бошкалар билан эришилади.

Пархезда тварог, унинг махсулотлари, балиқ ва бошка консервалари чекланади.

Инфекциялиф урамитиоз метофилактикаси.

Инфекцияли урамитиоз беморларни консерватив даволашнинг асосий принциплари куйидагилардан иборат:

1. Сийдикни кислоталаш.
2. Фосфор экскрециясини камайтириш.
3. Сийдик йуллари инфекциясини даволаш.
4. Махсус пархез.

Инфекцияли урамитиоз беморларга тавсия килинадиган махсулотлар ва суюкликлар.

Гушт ва гушт махсулотлари.

Парранда, балик.

Сариег, Усимлик еги.

Сут махсулотлари (кефир, катик, сметана)

Нон ва нон махсулотлари.

Макарон махсулотлари.

Крупалар (корабугдойли, сули, арпа, бугдой)

Сабзавотлар (карам, бодринг, томатлар, ковок)

Мевалар (кора смародина)

Тарвуз ковун,

Кайнатилган сув,

Аччик булмаган чой (кора, кук)

Соклар (кора смародинали, облипихали)

Минкрал сувлар (Занги ота, Тошкент, Нафтусия Славян, Смирнов.)

Сийдик хайдовчи дамламалар.

Инфекцияли урамитиоз беморларнинг чекланган микдорда кабул килиши керак булган махсулотлар ва ичимликлар.

Сут ва сут махсулотлари.

Тухум, балик, консервалари.

Сабзавотлар (кук нухат, гул каром)

Кузикорин куритилган.

Кукатлар(кашнич ,укроп)

Цитруслар (лимон, апельсин, мандарин)

Аччик, шур овкатлар

Соклар (цитрусли)

Минерал сувлар (Жемчук, Баржом, Есунтуки-4, Санирма).

Спиртли ичимликлар.

Инфекцияли урамитиоз беморларни дорилар билан даволаш куйидагиларни уз ичига олади.

1. Инфекцияни йукатиш.

1). Узок муддатли антибактериал дориларни бак текширувлар натижаларига асосланиб буйирилади.

(ковокдош, буйрак паренимаси, жондош снадик,тош).

II. Сийдикни ишкори реакция булганда корекция килиш.

Амалий хлорид, метнонин.

III. Уреазни ингибицияланадиган.

Ацетогидроксалиновая кислота.

IV. Сийдик билан неорганик фосфор экскрциясини камайтириш.

Амиагелв

V. Ялигланишга карши, сийдик хайдовчи ва сназмалитик дориилар.

Цисттелол, уралисин, фитолазин, сийдик хайдовчи дамламалар.

Аралаш хилли урамитирази булган беморларни консерватив даволашда узлок муддатли метофилактика дастурини режалаштириш, хлордаги метоблизи

бузилиши белгиларни, олинган тошларнинг таркиби ва шуларга асосланиб тош ҳосил булиши вариантларини аниқлашга асосланган. Булар эса бундай дастурни амалга оширишда дифференциал эндошишга имкон беради. Сийдик тош касаллигининг дифференциал метофилактикасининг комплекс усули беморларни операция қилингандан кейин 5 йил давомида фасл диспансерлаш йули билан амалга оширилади. Босқич текширувларининг, хажми тош ҳосил булиши нотогенизининг хусусиятларига, олинган тошнинг минерал таркибига ва даволаш- профилактика тадбирларининг самарадорлигига боғлиқ. Буларнинг ҳаммаси қайтадан тош ҳосил булишини 2-3 маротаба камайтиради, беморларнинг реабилитациясини анча даражага қисқартиради ва умуман касалликнинг прогнозини яхшилади.

Адабиётлар.

- Абдуллаев, М.И. Лечение хронического простатита у больных аденомой предстательной железы / М.И. Абдуллаев, А.И. Омаров // Диагностика и лечение аденомы предстательной железы : пленум Всероссийского научного общества урологов. – Курск, 1993. – С. 5-6.
- Азикури, О.И. Пути оптимизации лечения больных пиелонефритом : автореф. дис. ... док. мед. наук / О.И. Азикури. – Киев, 1988. – 37 с.
- Александров, В.П. ТУР в комплексном лечении хронического простатита / В.П. Александров, И.Ф. Новиков и др. // Пленум Всероссийского общества урологов : тезисы докладов. – Пермь, 1994. – С. 13-14.
- Алиев, Г.И. Динамика некоторых показателей свертывающей системы крови при оперативных вмешательствах на органах мочеполового тракта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.И. Алиев. – Баку, 1972. – 19 с.
- Арбулиев, М.Г. Некоторые проблемы лечения больных аденомой предстательной железы / М.Г. Арбулиев, А.М. Омаров, Д.П. Гаджиев // Урология и нефрология. – 1993. - № 6. – С. 30-33.
- Асфандиярова, Н.С. Система иммунитета у лиц пожилого и старческого возраста / Н.С. Асфандиярова, В.В. Шатров, Л.В. Гончаренко, Н.Г. Колчева // Клиническая геронтология. – 1996. - № 4. – С. 25-28.