

616.0
Ш 480

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ШОДМОНОВА З.Р., БОБОКУЛОВ Н.А.



ЎТКИР СИЙДИК ТУТИЛИШИ

*Тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари, магистратура
резидентлари, клиник ординаторлар ва врач-урологлар
учун ўқув-услубий қўлланма*

Самарқанд 2015

81010
Ш 78

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOĞLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYET INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

ЎзР ССВ Фан ва ўқув юртлири
бош бошқармаси бошлиғи
Ў.С. Исмаилов

2015 й « 28 » сентябрь
№ 9 баённома



«КЕЛИШИЛДИ»

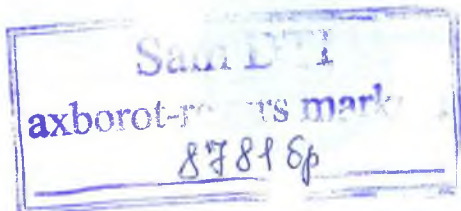
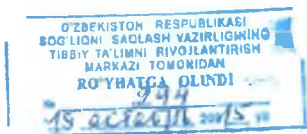
ЎзР ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори

М.Х. Алимова
2015 й « 28 » сентябрь
№ 9 баённома



ЎТКИР СИЙДИК ТУТИЛИШИ

*Тиббиёт олий ўқув юртлирининг талабалари, магистратура
резидентлари, клиник ординаторлар ва врач-урологлар
учун ўқув-услубий қўлланма*



Самарқанд 2015

Тузувчи: Шодмонова З.Р. - СамМИ урология курсининг мудир,
тиббиёт фанлари номзоди

Бобокулов Н.А. - СамМИ урология курси ассистенти, ўқув
ишлари буйича маъсул

Такризчилар:

Мирхамидов Ж.Х. – т.ф.н., доцент (Тошкент тиббиёт
академияси)

Ахмеджанов И.А. – т.ф.д., профессор (Самарқанд давлат
тиббиёт институти)

Аллазов С.А. – т.ф.д., профессор (Самарқанд давлат
тиббиёт институти)

Ўқув-услубий қўлланма Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг Марказий
илмий-услубий кенгашида муҳокама қилинган.

«28» август 2015 й. Баённома № 1.

Ўқув-услубий қўлланма Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг Илмий
Кенгашида тасдиқланган.

«2» сентябрь 2015 й. Баённома № 1.



Давлатов С.С.

АННОТАЦИЯ

Ўткир сийдик тутилиши – сийишнинг бузилиши (дизурия)нинг энг кўп учрайдиган турларидан бири бўлиб, бунда кишида тўсатдан, сийишга кучли хошиш бўлган холда мустақил сийолмаслик вужудга келади. Ўткир сийдик тутилишига бошқа (бош мия, асаб тизими, ўсмалар, рухий касаллик) аъзоларнинг касалликлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Аммо бундай холатларда беморлар кўпинча, аввало уролог врачларга мурожат қилишади.

Ўткир сийдик тутилиши урологик касалликларнинг қарийиб 10-15%ида учрайди. 70 ёшдан ошган эркаклар ўртасида бу кўрсаткич 30-40%ни ташкил қилади (1,3,7). «Ўткир сийдик тутилиши» мавзусидаги мазкур ўқув-қўлланмада ушбу симптомнинг келтириб чиқариши мумкин бўлган урологик ва бошқа сабаблар тўғрисида, уларни аниклаш, бартараф қилиш усуллари, беморларга кўрсатиладиган шошилич (биринчи) ёрдам хақида тўлиқ маълумотлар келтирилган. Беморларнинг ёшига, жинсига кўра катетеризация қилиш, троакар цистостомия, перкутан цистостомия, эпицистостомия операцияларига кўрсатмалар ва бажариш техникаси батафсил ёритилган.

Қўлланманинг охирида мавзу юзасидан берилган назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар ва расми тест саволларини ечиш орқали олинган натижалар ўқувчининг ушбу мавзунини қай даражада ўзлаштирганлигини баҳолашга имкон беради.

«Ўткир сийдик тутилиши» мавзусидаги ушбу ўқув-услубий қўлланма медицина олий ўқув юр்தларининг талабалари, магистратура резидентлари, клиник ординаторлар ва врач-урологлар учун мулжалланган.

ЎТКИР СИЙДИК ТУТИЛИШИ

КИРИШ

Сийдик ажратиш тизими ва жинсий система органларининг кўпгина касалликлари ўзига хос белгилар билан ўтадики, бу урологик касалликларнинг умумий кечишига ўзига хос тус беради. Шулардан бири бу сийишнинг

бузилиши, яъни **дизурия** хисобланади. Беморларда дизуриянинг хилма-хил кўринишлари (поллакиурия, странгурия, ишурия, олигакиурия ва х.к.) кузатилиши мумкин. Аммо урология амалиётида шундай холатлар мавжудки, бунда бевосита зудлик билан врач аралашувига эҳтиёж сезилади. Ана шундай шошилч холатлардан бири сийдикнинг ўткир тутилишидир.

Машғулотнинг мақсади: Урологик касалликларда сийишнинг бузилиши сабаблари, унинг турлари, ривожланиш механизми, диагностика ва даволашдаги аҳамияти ҳамда касалликларни ўзаро фарқлашдаги ролини ўргатиш.

Машғулотнинг услубий режаси

1.	Эрталабки клиник қонференцияда катнашиш, курс мудирининг клиникадаги беморларни умумий кўриқдан ўтказишида иштирок этиш ва урология бўлимининг амалдаги иш фаолияти ҳақида маълумотга эга бўлиш	25 дақиқа
2.	Сийдик ажратиш тизими ва эркаклар таносил аъзоларининг функционал анатомияси, нормал сийиш жараёни тўғрисида талабалар билимининг мукамаллик даражасини оғзаки савол-жавоб усулида баҳолаш	20 дақиқа
3.	Танаффус	5 дақиқа
4.	Бўлимдаги беморлар микрокурацияси. Врач ва бемор ўртасидаги муомала маданияти (деонтология қоидаларига риоя қилган ҳолда). Беморларни кўриқдан ўтказиш, улар билан суҳбатда шикоятларини ўрганиш.	30 дақиқа
5.	Танаффус	5 дақиқа
6.	Дизурия, унинг турлари ҳақида маълумотга эга бўлиш, келиб чиқиш сабабларини, ривожланиш механизми, давомийлиги, ҳарактерига кўра қайси касалликка хослигини аниқлашни ўрганиш. Ўткир сийдик тутилишида биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари.	45 дақиқа
7.	Танаффус	10 дақиқа
8.	Диагностика ва даволаш манипуляцияларида ҳамда операцияларда қатнашиш, жароҳат боғламларини алмаштириш, амалий кўникмаларни ўрганиш	45 дақиқа
9.	Катта танаффус	40 дақиқа

10.	Мавзу буйича талабаларнинг билимини тест, амалий кўникма, ҳолатий масалалар ечиш асосида баҳолаш. (moodle.sammi.uz)	45 дақиқа
11.	Танаффус	5 дақиқа
12.	Беморларга диагностика мақсадида ўтказилган кўшимча текшириш усуллари (касаллик тарихи, цистоскопия, рентгено радиологик, УТТ, КТ, МРТ, урофлоуметрия текширишлар) натижаларини ўқитувчи раҳбарлигида муҳокама қилиш ва ўрганиш	45 дақиқа
13.	Танаффус	10 дақиқа
14.	«Троакар, перкутан цистостомия» тўғрисидаги фильмни кўриш. Машғулот давомида пайдо бўлган саволларга жавоб бериш, moodle.sammi.uz асосида назорат тестлари ёрдамида талабаларнинг ўзлаштириш натижаларини объектив баҳолаш ва машғулотга яқун яшаш. Уйга вазифа топшириш ва янги мавзунини қисқача муҳокама қилиш	30 дақиқа

Ўтиш жойи: РШТЎИМСФ нинг урология бўлими, беморлар палатаси, муолажа, боғлов хонаси, операция хонаси, уролог хонаси, УТТ хонаси, КТ хонаси, қабул бўлимида уролог хонаси.

Амалда қўлланилиши: Урологик касалликларда сийишнинг бузилишига олиб келувчи омилларни пухта ўрганиш. Ўткир сийдик тутилишида биринчи ёрдам кўрсатиш, касалликнинг диагностикасида ва унинг асоратларининг олдини олишда, барвақт аниқланган симптомларнинг аҳамиятини тўғри тушунириш.

Талабаларнинг машғулотдан ташқари тайёрланиш учун саволлар:

1. Нормал сийиш жараёни қандай бўлиши лозим?
2. Урологик касалликларда сийишнинг бузилишининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизми.
3. Урологик касалликларда аниқланадиган дизуриянинг турлари ва уларнинг диагностикадаги аҳамияти.
4. Ўткир сийдик тутилишида УАШ нинг тактикаси?
5. Ўткир сийдик тутилишида даволаш усуллари?
6. Катетерларнинг турлари?

7. Катетеризацияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар?
8. Ўткир сийдик тутилишида инструментал даволаш усуллари?
9. Эпицистостомия нима, кўрсатма ва қарши кўрсатмалар?

Талабанинг бажарадиган мустақил ишлари:

1. Талабалар урологик касалликларда учрайдиган сийшининг бузилишига олиб келадиган *симптомларни* ўз вақтида аниқлашга ўрганиши, беморлардан анамнез йиғиш, касалликнинг этиопатогенези ва клиник кечишини аниқлаш мақсадида объектив текшириш ўтказиши лозим.

2. Талабалар сўраб-суриштириш йўли билан беморларда кузатиладиган сийдик ажралишининг бузилишининг (*дизурия*) турларини аниқлаши лозим.

3. Талабалар беморларда сийиш жараёнини кўз билан кўриб (босими, давомийлиги ҳаракати, ва ҳок.) аниқлаши керак.

4. Талабалар лаборатория, ультратовуш ва рентген-радиологик текширувларни ўтказишда бевосита иштирок этиши, олинган натижалар асосида ўткир сийдик тутилишига олиб келган сабабларни баҳолай билиши лозим.

5. Урологик касалликларда аниқланган ўткир сийдик тутилиши бўлган беморларни кам инвазив, инструментал усуллар билан даволашда иштирок этиши.

6. Ўткир сийдик тутилиши бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволашни кузатиш.

Талаба бажара олиши лозим бўлган амалий кўникмалар:

1. Урологик касалликларда учрайдиган симптомларнинг сабабларини аниқлай олиши (анамнез йиғиш, шикоятларини ўрганиш).

2. Ўткир сийдик тутилишида беморларнинг шикоятларини аниқлаш, кўриқдан ўтказиш, буйрақларини, қовуқни, уретра ва простата безини пайпаслаш, Пастернацкий белгисини аниқлай олиш.

3. Сийшининг бузилишининг ҳарактерига қараб патологик жараён локализациясини тахминан аниқлаш.

4. Ўткир сийдик тутилишида биринчи тиббий ёрдам кўрсата билиш.

5. Умумий қон ва сийдик таҳлилини натижаларини баҳолай билиш.
6. Сонограмма ва умумий урографияни ўқиб, таҳлил қила билиш.
7. Юмшоқ ёки металл катетер ёрдамида қовуқни катетеризация қила олиш.

Машғулотнинг жиҳозланиши:

1. Moodle.sammi.uz
2. Жадваллар.
3. Слайдлар.
4. Видеофильмлар.
5. Беморлар.
6. Рентгенограммалар.
7. Сонограммалар.
8. Компьютер томография натижалари.

ЎТКИР СИЙДИК ТУТИЛИШИ

Сийдик тутилиши (ишурия) ўткир ва сурункали бўлади. Сийдикнинг ўткир тутилиши тўсатдан бошланади ва қовуқ тўлиб туради, сийишга қистов бўлишига қарамасдан сийдик чиқмайди, қориннинг пастки қисмида оғрик пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда сийдикни ўткир тутилиши сийишга истак бўлмаганда ҳам бўлиши мумкин. Кўпинча бундай тутилиш нерв–рефлектор бўлиб, ҳар хил операциялардан кейин, бемор тўшақда чалқанча ётганида, кучли ҳаяжонланиш ҳисси пайдо бўлганда кузатилади. Бундай ҳолда сийдик тутилиб қолишини ануриядан (қовуқда сийдик йўқлиги) ажратиш керак, бунда ҳам сийишга истак бўлмайди.

Этиология. Ўткир сийдик тутилишига олиб келувчи сабабларнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади: механик, функционал ёки нейроген бузилишлар оқибатида ҳамда баъзи дори препаратларини узоқ вақт давомида қўллаш (4,9,10).

Механик сабаблар:

- Простата безининг хавфсиз гиперплазияси;
- Простата безининг раки;

- Ўткир простатит;
 - Уретрининг торайиши;
 - Қовуқ буйинчасининг склерози;
 - Қовуқдаги ёт жисм;
 - Уретрадаги ёт жисм
 - Қовуқ ўсмалари;
 - Сийдик каналининг ўсмалари;
 - Бачадоннинг пастга тушиши;
 - Қовуқ ва уретрининг тошлари.
- **Нейроген сабаблар:**
 - Орқа миyanинг шикастланишлари;
 - Умурткалараро диск чурралари;
 - Тарқоқланган склероз;
 - Бош миyanинг ўсмалари;
 - Орқа миyanинг ўсмалари;
 - Шок холатларида;
 - Бош миyanинг контузияси;
 - Инсульт ва бошқалар.
- **Қовуқнинг реффлектор функционал бузилишлари:**
 - Оғрик;
 - Атроф мухитнинг ўта совуқ бўлиши (жуда паст температура);
 - Туғри ичакда, аёлларда жинсий аъзоларида ёки оралиқ сохасида ўтказилган операциялар пайтида қовуқнинг иннервациясининг бузилиши (қисман денервацияланганда);
 - Чаноқ ва оралиқ сохасининг травмаларида;
 - Оёқларнинг оғир шикастланишларида;
 - Кучли эмоционал холатларда;
 - Алкоголдан мастлик холатларида;
 - Кучли қўрқув;
 - Истерия ва бошқа холатларда.

• Қуйидаги баъзи дори препаратларини қабул қилинганда:

- наркотик анальгетиклар;
- адреномиметиклар;
- бензодиазепинлар;
- антихолинергик препаратлар;
- трициклик антидепрессантлар;
- антигистамин препаратлар ва бошқалар.

Патогенези. Ўткир сийдик тутилишинг патогенезида асосан механик ва динамик факторлар муҳим рол уйнайди. Кекса ёшдаги эркакларда мунтазам равишда сийдикнинг чиқишига тўсқинлик қилувчи қовуқ ичи обструкциялари (инфравезикал обструкция)га жавобан (механик фактор) қовуқ девори мушакларининг *m. detrusor vesicae* ҳам тонуси ошади. Натижада қовуқнинг нерв бошқарилуви бузилиб детрузорнинг гипертрофияланишига олиб келади. Қовуқ деворининг гистоморфологик структураси аста-секин ўзгариб, мушак элементлари бириктирувчи тўқима билан алмашинади. Қовуқ деворида трабукуляр ўзгаришлар содир бўлади ва қовуқнинг сигими (хажми) катталашади. Кейинчалик жараён давом этиши натижасида эса детрузор хужайраларида гипотония (динамик фактор) юзага келади ва касалликнинг декомпенсация босқичи ривожланади. Бунақа ҳолатларда ҳар қанақа таъсирловчи факторлар (ўта совуқ қотиш, алкоголь истеъмол қилиш, ўта аччиқ овқатлар тановули, узоқ ўтириб қолиш, ич қотиши ва х.к.) кичик чаноқ бўшлиғида веноз қон димланишига олиб келади. Шу сабабли қовуқ буйинчаси веналарининг кенгайиши кузатилади, простата безида шиш пайдо бўлади ва уретранинг простата қисмида деформацияланиш (механик компонент) ҳамда босилиш сабабли, детрузордаги патологик ўзгаришлар фонида *ўткир сийдик тутилиши* ривожланади.

Диагностикаси. Ўткир сийдик тутилиши, одатда, сийдик оқимиға сурункали тўсиқ борлиғи натижасида пайдо бўлади. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси (аденомаси) ва раки, уретра торайиши, сийдик чиқариш

каналнинг ичидаги ёки қовуқ бўйинчасидаги тош ва ўсмалар унинг энг кўп сабаблари ҳисобланади. Қовуқни катетерлаш сийиш жараёни бўлмаганда ташхислаш (сийдик ўткир тутилишини ануриядан ажратишга имкон беради) ва даволаш учун катта аҳамиятга эга. Сийдик пассажиани инфравезикал соҳада бузувчи ҳар-хил обструкциялар (қовуқ бўйинчаси склерози, уретра қопқоғи (клапан) ва торайиши, қовуқ ва сийдик чиқариш канали тоши, катта ўлчамдаги уретероцеле) болаларда сийдикнинг қисман тутилиб қолишига сабаб бўлади.

Қовуқ бўйинчаси соҳасида ёки сийдик чиқариш каналида ёки детрузорнинг гипотониясида сийдик оқимида қисман тўсиқ бўлганда сийдикнинг бир қисми қовуқда қолса (қолдиқ сийдик), *сийдикнинг сурункали тутилиши* пайдо бўлади. Детрузорнинг кучсизланишига қараб қолдиқ сийдик ортиб боради. Сийдикнинг сурункали тутилиши простата безининг хавфсиз гиперплазияси (аденомаси) ва раки, қовуқ бўйинчаси склерози, уретранинг торайиши ва бошқаларда кузатилади. Агар меъёردа сийиб бўлгандан кейин қовуқда бор-йўғи 15–20 мл сийдик қолса, сийдикнинг сурункали тутилишида эса унинг сони 100–200 мл гача (баъзан 1 литргача ва кўпроқ) бўлади.

Қолдиқ сийдик миқдорининг кўпайиши ва қовуқнинг борган сари чўзилиб бориши нафақат детрузорни балки сфинктернинг ҳам нимфалажини келтириб чиқаради. Бундай ҳолларда бемор бемалол сия олмайди ёки сийишга қисташ бўлганда фақат оз миқдорда сийдик ажралади. Шунинг билан бир вақтда қовуқдан ноихтиёр равишда, доимо, сийдик томчилаб чиқиб туради. Шундай қилиб, беморда сийдик тутилиб қолиши билан бирга сийдик тутаолмаслик ҳам кузатилади. Бундай ҳолат *парадоксал шунрия* деб аталади. Бу простата беши хавфсиз гиперплазияси (аденома) нинг III босқичида, орқа миянинг шикастланиши ва бошқа касалликларида кузатилади.

Қовуқ соҳасидаги оғриқ сийдик тутилиши билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Сийдикнинг сурункали тутилишида қориннинг пастиди оғирлик сезгиси пайдо бўлади. Сийдикнинг ўткир тутилишида, оғриқ жуда қаттиқ, чидаб бўлмайдиган даражада бўлади.



Расм. 1. Ўткир сийдик тугилишида қовуқнинг қорин олдинги деворининг кўриниши

Парадоксал ишурия

Сийдик тўлик тугилиши (парадоксал ишурия) даги сийдик тугтолмаслик ташхиси нисбатан осон, чунки дизуриянинг бу тури секин ривожланади ва субъектив ҳамда объектив симптомларнинг кўплиги билан бошқа дизуриялардан фарқ қилади.

Парадоксал ишурияда беморлар сийдикни ихтиёрсиз равишда томчилаб туришидан, қов устидаги оғриқдан, оғиз қуриши ва чанқашдан шикоят қиладилар.

Анамнестик маълумотлардан беморларда ҳар хил турдаги инфравезикал обструкция ёки нейроген генезли детрузор етишмовчилик борлиги қайд этилади.

Беморнинг ташқи кўринишини, қов соҳаси ва жинсий аъзолар кўриқдан ўтказилганда кўпинча сурункали буйрақлар етишмочилиги (СБЕ) учун характерли белгилар билан бир қаторда, қориннинг олдинги девори киндик атрофигача шишиб кетганлиги ва доимий равишда уретрадан сийдик томчилаб оқиб туриши аниқланади. Беморлардан эса сийдик хиди келиб туриши сезилади.

Пальпация пайтида ҳаддан зиёд тўлиб кетган қовуқ аниқ пайпасланиши, унинг юқори чегараси баъзан ханжарсимон ўсимтагача етиб бориши қайд этилади (4,5,6).

Перкуссияда тўлган қовуқдан бўғик овоз эшитилади. УТТ пайтида қовуқни сийдик билан тўлиб турганлиги ва парадоксал ишурияга сабаб тош, простата гиперплазияси, ўсма ёки простатитлар аниқланади.

Баъзида, кекса ёшдаги кишиларда, спазмолитиклар инъекция қилингандан сўнг ҳам, айниқса кўпинча аввал мавжуд бўлган урологик касалликлар фониди (м: простата безининг аденомасида) ўткир сийдик тугилиши кузатилиб туради.

Шундай қилиб умумий амалиёт шифокори (УАШ) ҚВП шароитида сийдик тутолмасликни баъзи турларига ташхис қўйиш учун маълум имкониятга эга бўлади. Барча беморлар ихтисослашган стационарга йўлланадилар ва у ерда текширишлар охиригача етказилади. УАШ дан сийдик тутолмаслик ва сийдик ушлаб туролмасликни дифференциал диагностикаси талаб қилинади, чунки иккинчи турдаги дизурия нафақат урологик касалликларда учраб, у бошқа касалликларда: сил, ўсмалар ва бошқаларда ҳам учраб туради. Шунинг учун сийдик тутолмаслик билан хасталанган беморлар касалликни нозологик шаклига қараб дислокация қилиш жойини аниқланади.

Сийдик тугилишига олиб келадиган касалликлар

Фимоз – чекка кертмакнинг торайиши бўлиб, олат бошчасини уни ёпиб турувчи тери қопламидан очилишига халақит беради (расм 2).



Расм. 2. Фимоз пайтида сийдишни бузилиши

Фимозда кўпинча баланопостит келиб чиқади. Чекка кертмак тешигининг кескин равишда яққол торайишида сийдик тутилиши ва уретерогидронефроз пайдо бўлиши мумкин. Фимоз жинсий олатда ўсма ривожланишига мойиллик омили бўлиб хисобланади.

Ҳотин – қизларда баъзан уретероцеленинг қовуқдан сийдик чиқариш канали орқали ташқарига чиқиши кузатилади, бу сийдикнинг ўткир ёки сурункали тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай касалликда баъзан пайдо бўлувчи парадоксал ишурия (сийдик тутилиши билан унинг ноихтиёрий чиқишининг қўшилиб келиши) энурез деб нотўғри баҳоланади. Узоқ вақт ташхисланмаган уретероцеле юқори сийдик йўллариининг кенгайиши, пиелонефрит, уретерит, цистит ривожланиши, тош ҳосил бўлишининг сабаби бўлиши мумкин.

Ўғил болаларда ўткир циститнинг клиник кўриниши тез–тез ва оғриқли сийиш пайдо бўлиши билан ҳарактерланади, қизларда бу антибактериал терапия фонида 2–3 сутка давомида тезда йўқолади. Ўғил болаларда сийдик яллиғланган қовуқ бўйинчаси орқали ўтганда санчикли оғриқ бўлиши сабабли баъзан ўткир сийдик тутилиши кузатилади. Ўткир циститда жараёнга қовуқ бўйинчаси жалб қилиниши сабабли, оғриқ ораликка, орқа чиқарув йўлига ва жинсий олат бошчасига узатилади. Айниқса 7–12 ёшдаги болаларда сийишга императив истак бўлганлиги сабабли кўпинча сийдикни сохта тутолмаслик пайдо бўлади (болалар хожатхонагача югуриб боришга улгурмайди ва сийдикни ҳақиқий тутолмаслик тўғрисида тасъурот туғилади). Ўткир циститда қовуқнинг юмшаган ва яллиғланиб қонаб турган шиллиқ қаватидан у қисқарганда қон ажралиши сабабли гематурия терминал бўлади. Терминал гематурия айниқса қовуқ бўйинчаси ва қовуқ учбурчаги кўпроқ зарарланганда пайдо бўлади.

Ўткир цистит бўлган ўғил болаларда ўткир сийдик тутилишини қовуқ ва сийдик чиқариш каналидаги тош билан дифференциация қилиш мақсадга мувофиқдир. Анамнез маълумотлари, ультратовуш ва рентгенологик текширишлар кўп ҳолларда тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

Паренхиматоз простатит учун йирингли яллиғланиш жараёнининг яққол клиник кўриниши хосдир. Гавда харорати юқори (39–40 °С гача), қалтираш, умумий дармонсизлик, чанқаш, сийганда ва дефекацияда интенсив оғриқ, қийналиб сийиш, баъзи беморларда эса простата безининг шиши ва сийдик чиқариш каналининг қисилиши билан боғлиқ ўткир сийдик тугилиши рўй беради (3,8,10).

Простата бези суюқлигида лейкоцитлар сони кўп бўлиб, лецитин доначаларининг сони эса камаяди. Простата безини бармоқ билан ректал текширганда унинг катталашганлиги, таранглашганлиги, контурларининг ноаниқлиги, кескин оғриқлилиги аён бўлади.

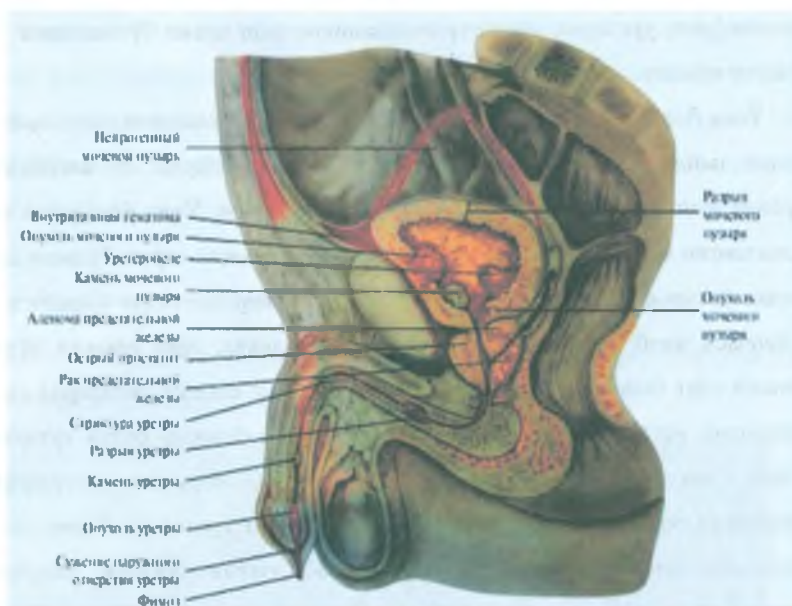


Рис. 3. *Ўткир сийдик тугилишига олиб келадиган асосий урологик касалликлар*

Агар простата безининг абсцесси ҳосил бўлса, унда флюктуация жойи аниқланади. Простата бези абсцесси учун ораликда (кейин эса тўғри ичакда) пульсация қилувчи кучли (интенсив) оғриқ, сийганда ва дефекацияда кескин оғриқ, унинг батамом тўхтаб қолишигача қийналиб сийиш, абсцесс сийдик

чиқариш каналига ёрилгандан кейин эса сийдикнинг бирдан лойқаланиши айна бир вақтда гавда хароратининг меъёрга келиши кузатилади. Простата беги абсцесси оғир септик касаллик каби кечади ва агар ўз вақтида оператив даволаш ўтказилмаса, унда бактериемик (эндотоксик) шок, уросепсис пайдо бўлиши мумкин.

Простата аденомасининг тез-тез бўладиган асорати сийдикнинг ўткир (тўлик) тугилиши бўлиб, бу касалликнинг ҳар қандай босқичида кузатилиши мумкин. Битта ҳолатда – бу обструктив жараённинг кульминацияси детрузорнинг қисқарувчанлик қобилиятининг декомпенсацияси билан биргаликда қўшилишидан, бошқа ҳолатда сийишнинг бузилиши симптомлари ўртача ифодаланганлиги фонида сийдикнинг ўткир тугилиши тўсатдан ривожланади, баъзан эса касалликни клиник намоён бўлишининг биринчи симптоми бўлади.



а.

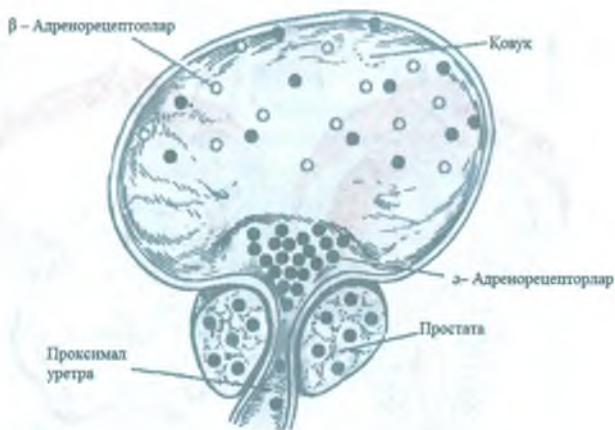
б.

Расм. 4. а – нормал простата беги; б – простата беги аденомаси

Сийдикнинг ўткир тугилишига олиб келадиган омилларга парҳезнинг бузилиши, спиртли ичимликлар ёки зиравор махсулотларни кўп сонда истеъмол қилиш, совқотиш, қабзият, қовуқни ўз вақтида бўшатмаслик, стресс ҳолат, баъзи бир дориларни (антихолинергик дорилар, антидепрессантлар,

диуретиклар, кальций ионлари антагонистлар ва б.) қабул қилиш бўлиши мумкин.

Простата бези хавфсиз гиперплазияси (аденома) бўлган беморларда сийдикнинг ўткир тугилиши ривожланишида симпатик нерв тизимининг фаоллашишига сабаб бўладиган нейродинамик омиллар муҳим роль ўйнайди (11,14,15). Қовуқ девори айниқса қовуқ учбурчаги соҳасининг чўзилиши ҳаддан ташқари, симпатик нерв охирларини стимуляция қилади ва α -адренорецепторларни (расм 5) фаоллаштиради, бу қовуқ бўйинчаси, простата бези ва сийдик чиқариш каналининг простата қисмидаги мушак элементларининг тонуси кучайиши натижасида уретрадаги қаршиликни ошишига олиб келади. Уретра ичидаги қаршиликнинг зўрайиши ва уретранинг простата қисмини гиперплазияланган тўқима билан механик қисилиши сийдик оқимиغا яққол тўсиқ бўлади.



Расм 5. Қовуқ ва простата безидаги адренорецепторлар

Сийдикни ўткир тугилишининг дастлабки босқичида қовуқнинг ички босими детрузорнинг қисқарувчанлик фаоллиги кучайиши ҳисобига ошади. Кейинги босқичларида қовуқ деворининг ҳаддан ташқари чўзилиши ва унинг қисқарувчанлик қобилиятининг сусайиши натижасида қовуқнинг ички босими пасаяди, бу сийдикнинг ўткир тугилишини бартараф қилишни шубҳали қилиб қўяди.

Простата беzi хавфсиз гиперплазияси симптомларининг зўрайиши ҳам простата беzi ичи инфарктлари пайдо бўлишига олиб келади, улар кўпинча жаррохлик йўли билан даволанган беморлардан олинган гистологик намуналарда топилади. Анамнезида сийдикнинг ўткир тутилиши бўлган беморларнинг 85% ни морфологик текширганда простата безининг инфаркти аниқланади, шу билан бир вақтда сийдик тутилиши бўлмаган беморларда бундай ўзгариш фақат 3% да кузатилади.

Ҳозирги вақтда клиник амалиётда простата безининг аденомаси бўлган беморларни даволашда селектив $\alpha 1$ -адреноблокаторлар: празозин, альфузозин, доксазозин, теразозин ва селектив $\alpha 1$ А-адреноблокатор тамсулозин муваффақият билан қўлланилмоқда. α -адреноблокаторлар вазофаол (празозин, доксазозин, теразозин) ва вазофаол бўлмаган (альфузозин, тамсулозин) турларга бўлинади. Аниқланганки, уларнинг ҳаммаси солиштириб бўладиган клиник таъсир кўрсатади: клиник симптомларни ўртача 50–60 % га камайтиради, сийдик оқимининг максимал тезлигини 1,5–3,5 мл/с (30–47 %) га оширади, қолдиқ сийдик миқдори тахминан 50 % га камаяди. Адреноблокаторлар тўплаш ва бўшатиш симптомларига таъсир кўрсатади.

Улар кундузги ва тунги поллакиурия яққол бўлганда, сийишга императив истак бўлганда, озгина ёки ўртача динамик обструкция пайдо бўлганда беморларда айниқса яхши самара беради. Кўрсатилган дори моддалари билан даволаганда простата безининг ҳажми ва бу беzi специфик антигенининг даражаси ишончли ўзгаргани қайд қилинмаган. Дориларни узоқ муддат қабул қилганда ўткир сийдик тутилишининг пайдо бўлиши камайганлиги аниқланган.

Буйрак шикастланишининг энг ҳарактерли белгиси **гематурия** бўлади, унинг хусусияти ва давомийлиги буйрак шикастланишининг даражасига ва жойига боғлиқ. Гематурия кечки (иккиламчи) бўлиши мумкин, бунга, одатда, тромбнинг йирингли эриши сабаб бўлади. Одатда, гематурия шикаст етгандан кейин 4–5 кун давом этади, алоҳида ҳолларда буйрак шикастланишининг огирлигига қараб, йўлдош яллиғланиш жараёни бўлганда, бу касалликнинг кечишини асоратлаши мумкин, ҳамда қоннинг ивиш ҳолатига қараб у 2–3

хафтагача ва ундан кўп вақт давом этиши мумкин.

Болаларда кучли гематурия кўпинча ковок тампонадасига сабаб бўлади, бунда сийишга кескин оғриқли қисташ, қисман ёки тўлиқ сийдик тутилиши кузатилади.

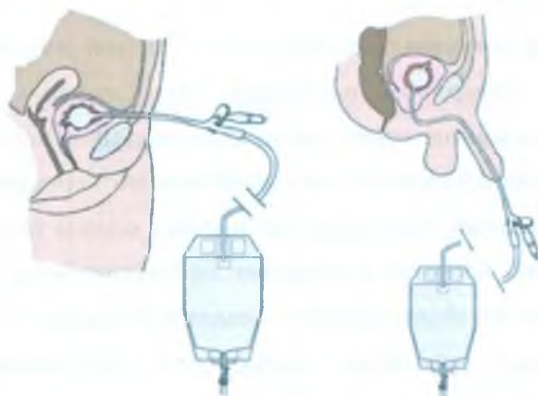
Уретра шикастланганда симптомлари ва клиник кечиши шикастланишнинг механизмига, унинг ҳажмига ва ҳарактерига боғлиқ бўлади. Уретра шикастланишининг энг кўп ва характерли симптомлари уретроррагия, сийдикнинг тутилиши ва ораликда гематома (урогематома) ҳосил бўлиши ҳисобланади.

Уретроррагия шикастланишининг симптоми сифатида шикастлангандан кейин ёки ўша заҳоти сийишга биринчи уринишда пайдо бўлади. Шуниси характерлики, уретранинг ташки тешигидан қон сийиш акти бўлмаганда ажралади (уретроррагия). Бу симптом энг кўп сийдик чиқариш каналининг олдинги қисми ёрилганда кузатилади. Сийдик чиқариш каналининг орқа қисми шикастланганда сийишга уриниш бўлганда қон кетиши инициал (дастлабки) гематурия шаклида намоён бўлиши мумкин. Кўпинча бундай уриниш факат озгина сийдиксиз қон ажралишига олиб келади. Сийдик чиқариш каналидан қон келмаслигининг сийдик тутилиши билан бирга қўшилиб келишига уретра тўлиқ ёрилганда учларининг силжиши, унинг қон ивиндиси билан бекилиб, қолиши, гематома билан босилиши сабаб бўлади. Сийдикнинг ўткир тутилишигача сийишнинг бузилиши биринчи навбатда уретранинг ёрилиш ҳарактерига боғлиқ. Сийдик тутилиши тўлиқ ва қисман, камдан–кам ҳолларда вақти–вақти билан рўй бериши мумкин, бунда сийишга уриниш озгина сийдик ажралиши билан тугалланади. Агар уретранинг ўтказувчанлиги сақланган бўлса, сийдикнинг ўткир тутилишигача бўлган сийишнинг бузилиши унинг ичига ўтмаган ёрилишларида кузатилиши мумкин. Сийишга уринишда уретрада ва ораликда оғриқ кескин кучаяди, бунинг натижасида бемор сийишни рефлексор равишда тўхтатади.

Сийдик чиқариш канали отилган жароҳатининг асосий белгиси уретроррагия ва сийишнинг бузилиши бўлади. Агар уретранинг осилиб турган

(тана) қисми алоҳида юзаки шикастланган бўлса, асосий симптоми уретрани ўраб турган туқималардан, уретранинг ташки тешигидан ва сийган вақтда ярадан қон кетиши, баъзан эса сийдик тутилиши бўлади. Уретранинг оралик қисми жароҳатланганда бунга ёрғоқ ва оралик гематомаси (урогематома) қўшилади.

Уретранинг оғир комбинацияланган шикастланишида энг аввал шок ва қон йўқотиш сабабли ярадорнинг оғир ҳолати олдинга чиқади.



Расм. 6. Эпицистостома ва уретрал катетерлар

Сийдик чиқариш каналидаги ёт жисмлар кўп ҳолларда эркакларда учрайди.

Сийдик чиқариш каналига ёт жисмнинг тушиши кўпинча оғриқ билан кузатилади. Кейинчалик шиллиқ қаватнинг доимий шикастланиши сабабли инфекция қўшилганда йирингли ёки қонли ажралма пайдо бўлади. Шиш кузатилади, бу бирламчи сабаби билан бирга ўткир сийдик тугилиши ривожланишигача сийишнинг яққол бузилишига олиб келувчи қўшимча механик омил бўлади.

Қовуқ ўсмалари пайдо бўлишининг кимёвий назарияси энг кўп тарқалди. Биринчи канцероген моддалардан бири ароматик аминлар топилган. Кейинчалик аниқланишича, ароматик аминлар (В–нафтиламин, бензидин)нинг ўзи эмас, балки уларнинг охириги метаболитлари – ортаминофеноллар типидagi модда канцероген таъсир кўрсатар экан ва у қовуқда ўсмалар ҳосил бўлишига олиб келади. Ароматик аминларнинг дериватларга жуда ўхшаш бўлган баъзи бир эндоген метаболитлар (скатол, индол ва бошқалар.) канцероген хусусиятга эга эканлиги кейинчалик маълум бўлди. Кўрсатилган модда соғлом одамларнинг сийдигида доимо бўлади.

Кимёвий канцероген модда қовуққа тушиб, унинг шиллиқ қаватига кўпроқ уриноген йўл билан таъсир қилиши аниқланган. Тасодифий эмаски, ўсма кўпинча қовуқда пайдо бўлади, у ерда сийдикнинг шиллиқ қаватга тегиб ўтиши жом ва сийдик найидагига қараганда кўпроқ бўлади. Шу сабабли қовуқда сийдикнинг тугилиши, айниқса урологик касалликлари бўлган, инфравезикал обструкция билан кузатиладиган кекса ёшдаги эркакларда муҳим патогенетик омил ҳисобланади. Хавфли гуруҳга баъзи бир саноат тармоқлари: босмаҳона, металл асбоблар қуядиган, алюмин эритувчи, лок-бўёқ ишлаб чиқарадиган корхона, газ хўжалиги ва смола хўжалиги ишчиларини киритиш керак. Бошқа муҳим хавфли омил чекиш бўлади, бу қовуқ ракидан ўлишга кўпроқ олиб келади. Лекин кўп омилли таҳлил кўрсатдики, чекишнинг таъсири ўсма жараёнининг босқичи ва мультифокаллигига бошқа омилларга қараганда бирмунча камроқ бўлади. Ионлаштирувчи нурланиш, баъзи бир дори

препаратлари (фосфамид, анальгетик аралашмалар ва б.) ҳам қовуқ ўсмалари пайдо бўлишининг хавфли омили бўлиши мумкин.

Ўткир сийдик тутилишининг дифференциал диагностикаси

Табл. 1. Ўткир сийдик тутилиши билан кечадиган касалликларнинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Сийдик тутилишининг характери	Асосий белгилари
---------	-------------------------------	------------------

Сийдикнинг тутилишига олиб келувчи органик тўсиқлар

Қовуқ - уретра сегменти соҳасидаги туғма нуксонлар	Аввал қисман, сурункали, кейин тулиқ, эхтимол ўткир сийдик тутилиши	Сийишга қийналиш, ингичка сийиш. Инструментал ёки радионуклид текширишларда қовуқ- уретер сегментида тўсиқ ҳамда қолдик сийдик аниқланади.
Сийдик канали ташқи тешигининг имперфорацияси	Тулиқ	Боланинг туғилганидан сўнг 24 соат давомида сиймаслиги
Сийдик канали ташқи тешигининг торайиши	Сурункали прогрессирловчи	Сушт, ингичка сийиш, сийиш пайтида қийналиш
Фимоз	Сурункали прогрессирловчи	Сийиш пайтида препуциал халтанинг шишиши, ингичка сийиш
Олатнинг ёт жисм билан қисилиши	Ўткир	Анамнезидаги маълумотлар ва кўрик пайтида ташхис қўйилади.
Сийдик каналининг шикастланиши	Ўткир	Уретранинг чаноқ суякларининг синиши билан бирга ёки алоҳида шикастланиши. Уретроррагия, баъзан сийдикнинг томчилаб чиқиб туриши, тери ости гематомалари.

		Уретрограммада сийдик каналининг шикастланишини аниқланиши
Сийдик каналининг торайиши (уретра стриктураси)	Аввал қисман, сурункали, кейин тўлик, эхтимол парадоксал ишурия билан	Сийдик каналининг шикастланиши, гонорея анамнезида. Уретрограммада 24аш ёки бир нечта тораймалар аниқланиши
Сийдик каналининг тоши	Ўткир	Анамнезида буйрак санчиғи. Сийиш пайтида сийдикнинг бирдан тўхтаб қолиши. Инструментал ёки рентгенологик текширишлар ёрдамида диагнони аниқлаш.
Сийдик каналида ёт жисм	Ўткир	Анамнез маълумотлари, кўрик, пальпация, инструментал ва рентгенологик текширишлар ёрдамида ёт жисмни аниқлаш,
Сийдик каналининг ўсмаси	Аввал қисман, сурункали, кейин тўлик, эхтимол ўткир сийдик тугилиши	Баъзан уретрография. Уретроскопия вақтида аниқланади.
Сийдик каналининг ўсма ёки инфилтрат билан босилиши.	Сурункали прогрессирловчи, эхтимол ўткир сийдик тугилиши хуружлари билан.	Бармоқ билан ректал ва вагинал текширишлар асосида.
Простата безининг абсцесси	Ўткир сийдик тугилиши, дизурия.	Ректал текшириш натижалари.
Простата безининг хавфсиз гиперплазияси	Сурункали прогрессирловчи, эхтимол ўткир сийдик тугилиши хуружлари билан, баъзида парадоксал ишурия	Ёши 50дан ошган, бармоқ билан ректал текширувда простата бези катталашган, бир хил эластик консистенцияли, чеккалари аниқ, бир текис.

Простата безининг раки	Сурункали прогрессирловчи, эхтимол ўткир сийдик тутилиши хуружлари билан.	Ёши 50дан ошган, бармоқ билан ректал текширувда простата беzi катталашган, ҳар хил катталиқдаги тугун (лар) қаттиқ консистенцияли ёки тоғайсимон, чеккалари ноаниқ, нотекис.
Ковуқ буйинчаси ёки простата безининг склерози	Сурункали прогрессирловчи, эхтимол ўткир сийдик тутилиши хуружлари билан, баъзида парадоксал ишурия	Кўпинча кекса ёшлиларда, баъзан ҳар қандай ёшда ҳам учраши мумкин. Бармоқ билан ректал текшириш (кичкина, қаттиқлашган без) эндоскопия ва цистография натижалари.

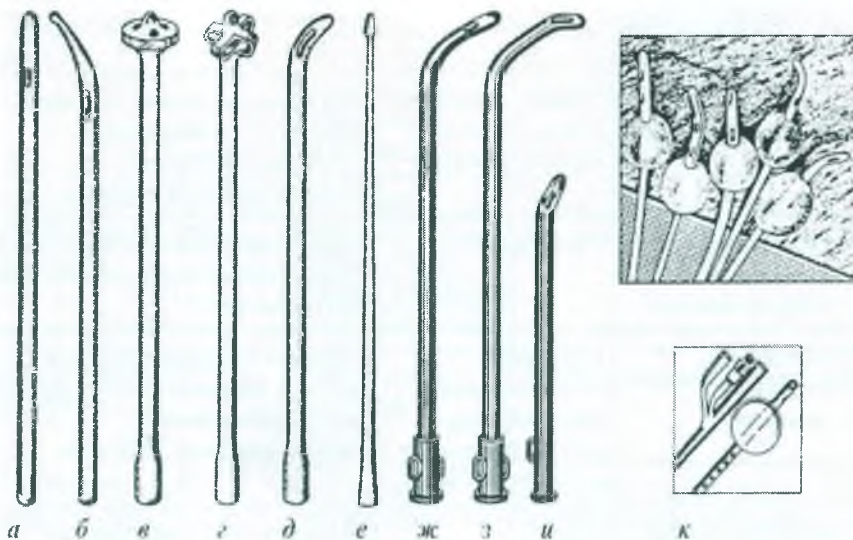
Нейроген бузилишлар

Бош миянинг зарарланишлари (кон қўйилишлар, тромбоз ва б.)	Ўткир	Бош мия зарарланиши оқибатида неврологик симптомлар кузатилади
Орқа миянинг шикастланишлари	Ўткир, кейинчалик тўлиқ сурункали сийдик тутилиши	Анамнездан травма олганлиги. Органик ўзгаришларнинг йўқлиги, параплегия, дефекациянинг бузилиши
Орқа миянинг бошқа хил зарарланишлари	Сурункали	Айни касалликка хос белгилар (ўсма, туберкулезли спондилитда қисилиши ва б.)
Ковуқнинг бирламчи атонияси	Сурункали прогрессирловчи, эхтимол ўткир сийдик тутилиши хуружлари билан.	Сийишга тўсқинлик қилувчи органик ўзгаришлар ёки марказий нерв системасининг касалликларининг йўқлиги.
Рефлектор сийдик тутилиши	Ўткир	Бевосита травмадан сўнг ёки оператив амалиётдан сўнг кузатилади.

Қовукни катетеризация қилиш

Врач урологлар томонидан энг кўп бажариладиган амалиётлардан бири бу қовукни катетеризация қилиш хисобланади. Уретра орқали қовукка катетерни ўрнатиш тиббиётда энг осон амалиётлардан бўлиши билан бир қаторда, ижрочидан (айниқса эркакларда катетеризация қилиш) шу соҳанинг анатомиясини яхши билишни талаб қилади. Шу билан биргаликда ушбу муолажани бажаришдан олдин шифокор (ёки ҳамшира) албатта мукаммал амалий кўникмага эга бўлиши лозим. Акс холда беморларда огрик пайдо бўлишига, сийдик йўллариغا инфекция тушиши, уретранинг шикастланиши ва уретрадан ўринсиз қон кетиши каби асоратлар келиб чиқишига олиб келиши мумкин.

Хозирги вақтда катетерларнинг бир неча хил турлари ва моделлари мавжуд бўлиб, улар юмшоқ, ўрта қаттиқликдаги ва қаттиқ (яъни) металл катетерларга бўлинади (расм 7).

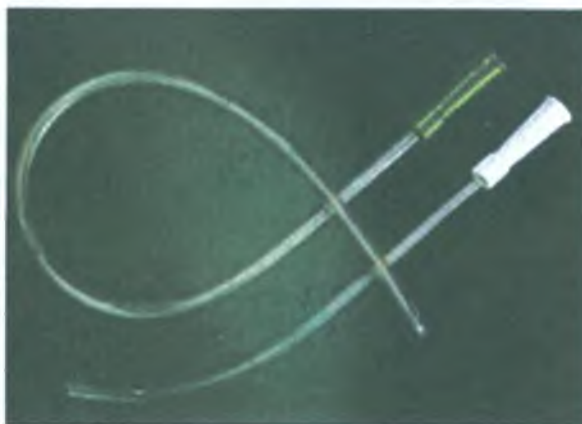


Расм 7. Қовукни найлаш учун ишлатиладиган катетерлар:

а – Нелатон; б – Тимман; в – Пеццер; г – Малеко; д – Мерсье; е – Гюйон (инстилятор); ж, з – эркаклар металл катетери; и – аёллар металл катетери; к – Фолей катетерлари

Шулардан урология амалиётида кўпроқ қуйидаги катетерлар қўлланилади (Nelaton ёки Foley катетерлари). Агарда қовуқ бўшлиғидан қон кетаётганда ёки уни узоқ вақт давомида ювишга эҳтиёж бўлганда 3 каналли Foley катетерлари ишлатилади. Бундай катетерлар қовуққа уретра орқали киритилади. Уретра шикастланишларида, яллигланишларида ёки сийдик каналида стриктуралар мавжуд бўлганда эса қовуқдаги сийдикни чиқариш учун махсус (қов усти) катетерлардан фойдаланилади. Булар – Пеццер найи, Малеко ёки Foley катетерлари ҳисобланади. Қовуқ бўшлиғига ушбу катетерларни қов устидан пункция қилиш (троакар перкутан) ёки оператив (эпицистостомия) усул билан ўрнатилади.

Nelaton катетери кўринишидан оддий, тўғри узун найча бўлиб ингичкалашиб борган учи томонида 2 та тешикчаси бор ва охирида, яъни қарама-қарши томонида эса сийдик тўпловчи халтачага улаш учун махсус мосламаси мавжуд (расм. 8). Бундай катетерлар амалиётда асосан қовуқни бир марталик ёки қайта катетеризация қилиш мақсадида қўлланилади.



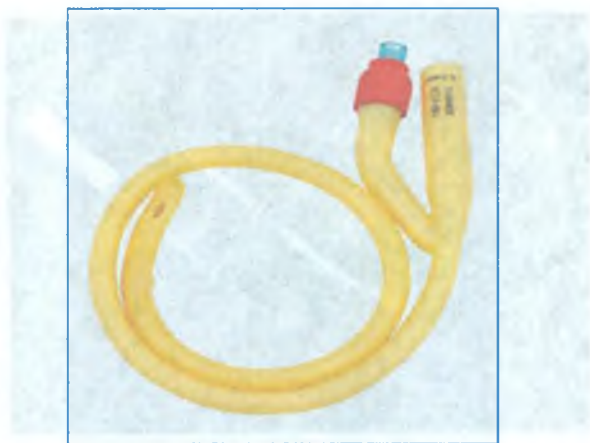
Расм. 8. *Nelaton катетери*

Foley катетери. Фолей катетерининг бир неча хил шакли ва турлари тафовут қилинади. Ушбу катетернинг асоси ҳам айнаи Nelaton катетеридан олинган бўлиб, латексли резинадан ёки силикондан тайёрланади. Унинг учи томонида Nelaton катетеридан фарқли махсус шишириладиган баллончаси бор,

охирида эса шу баллончага суюқлик ёки хаво юбориш учун махсус қўшимча мослама мавжуд. Ушбу мослама билан баллончани катетернинг ички деворидан ўтказилган ингичка найча бирлаштириб туради. Баллончани тўлдириш учун (тах) лозим бўлган суюқликнинг миқдори катетернинг охирида кўрсатилган бўлади (млда) (расм 9).

Катетер охиридаги махсус мосламанинг (наконечник) ичида клапан бўлиб, у баллончага юборилган суюқликни ёки хавони ўз-ўзидан орқага қайтиб чиқишига йўл қўймайди.

Фoley катетерини урология амалиётида Nelaton катетеридан фаркли равишда, асосан ковуқ бўшлиғини узокрок муддатга найлаш мақсадида қўлланилади. Масалан: беморлар ўзи мустақил сия олмаганда (касалликлар сабабли), оғир беморларга интензив даволаш муолажалари ўтказилаётганда диурезнинг миқдорини мунтазам кузатиш зарур бўлганида ёки операциядан кейинги даврдаги кузатувларда Foley катетерининг ишлатилиши мақсад мувофиқ хисобланади.



Расм 9. Foley катетери

Фoley катетерининг 3-каналли шакллари бошқача қилиб «гемостатик катетер»лар деб ҳам юритилади. Бундай махсус Foley катетерининг деворидан яна қўшимча найча ўрнатилган бўлиб, у баллондан дистал томонга очилади

(расм 10). Шу канал орқали қовуқ бўшлиғига суюқлик мунтазам юборилиб, қон лахталари пайдо бўлишини олдини олиш мақсадида, ювиб турилади (масалан илик физиологик эритма, антисептик суюқлик).

Қов усти катетерларнинг ташқи кўриниши, умуман олганда, Nelaton ёки Foley катетерларидан деярли ухшаш ҳисобланади.



Расм 10. 3-каналли Foley катетери. а – умумий кўриниши; б – каналлар жойлашишининг схемаси

Асосий фарқи – учи томонида овалсимон (Пещер катетери) ёки крестсимон (Малеко катетери) шаклда кенгайган бўлиб, катетерни қовуққа киритиш усулидадир. Қов усти катетери тери орқали қов суягини юқорисидан қовуққа ўтказилади (расм 6, 11). Ушбу муолажани ультратовуш назоратида амалга оширилади. Пункцияни бажариш вақтида ичак қовузлогни шикастлаб қўймаслик мақсадида, қовуқ бўшлиғига илик антисептик эритма юборилади. Қориннинг пастки соҳаси дўмпайиб чиқиб, қовуқ контурларини аниқлангандан сўнггина, маҳаллий оғриқсизлантириш остида муолажа «тери орқали цистостомия операцияси» бажарилади. Қовуқда катетерни узоқ муддатга қолдиришга мажбур бўлган ҳолатларда (масалан: параплегияда) қовуқни тери орқали қов устидан дренажлаш муолажаси ўтказиш жуда яхши самара беради. Муолажа ичакларга травма етказмаслик учун ультратовуш назоратида сийдик пуфаги аниқ белгиланиб бажарилади. Nelaton ва Foley катетерларининг учлари ҳар хил шаклда бўлиши мумкин. Бундай шаклдаги катетерларни сийдик канали (уретра)нинг айниқса простата қисмида тўсилиш бўлганда (мос

катетер танланиб) қовуқ бұшлиғини дренажлашда қўллаш мақсадга мувофиқдир.



Расм 11. Эпизиостомия. Қов усти катетери териға фиксация қилинган

ЎТКИР СЙДИК ТУТИЛИШИДА МУТАХАССИС – ВРАЧНИНГ ҲАРАКАТЛАРИ

Ўтқир сийдик тугилишининг сабабларини аниқлаш (УЗИ ва рентгенологик текширувлар ёрдамида).

- Қовуқни катетеризация қилиш - бир вақтнинг ўзида ҳам диагностика, ҳам даволаш мақсадида бажариладиган муолажа ҳисобланади. Одатда беморлар бирданига енгил тортади, чиқаётган сийдикнинг ҳарактерига кўра диагнозига аниқлик киритиш мумкин бўлади.

- Адекват антибактериал, дезинтоксикацион ва яллиғланишга қарши даво муолажалари ўтказилади. Агар лозим бўлса шокга қарши ва гемостатик комплекс даво муолажалари бажарилади.

- Ўтқир сийдик тугилишига олиб келган сабабларни бартараф қилиш. Эҳтимол зудлик билан операция ўтказиш, масалан, қовуқ ёрилганда, уретра травмаларида.

Ўткир сийдик тутилишида зудлик билан қовуқдаги сийдикни чиқариб ташлаш лозим.

Қовуқдан сийдикни эвакуация қилиш қуйидаги 3 хил йўл билан амалга оширилади:

- 1) қовуқни катетеризация қилиш;
- 2) қов усти сийдик оқмасини шакллантириш, (цистостомия),
- 3) қов устидан қовуқни капилляр пункция қилиш.

Эркакларда ва аёлларда қовуқни катетеризация қилишга кўрсатма:

- Қовуқда сийдикнинг тўпланиб қолиши, яъни мустақил сийишнинг умуман имкони йўқлиги.

- Қовуқдаги қолдик сийдик миқдорини аниқлаш учун (яхшиси буни каминвазив усуллар ёрдамида амалга ошириш мақсадга мувофиқдир масалан, УТТ).

- Оғир беморлар парваришида сийдик тутолмаслик сабабли (масалан, ётоқ жаралар бўлганда, оралик сохаси терисининг мацерациясида).

- Массив гематурияда, тўпланиб қолган қон лахталари ҳисобига қовуқ тампонадаси содир бўлганида (3-каналли Фолей катетеридан фойдаланиш лозим).

Қандай ўлчамдаги ва қайси типдаги катетердан фойдаланиш керак?

- Одатда эркак ёки аёл кишига катетер қўйишда диаметри 18 French (баъзида – 16 Fr) бўлган катетерлардан фойдаланилади. Амалиётда ингичка катетерлар сийдик йўллари кам таъсирлайди деган тушунча нотўғри ҳисобланади. Чунки ингичка катетерлар эгилувчан бўлади, уретранинг шиллик қаватига тиралиб қолиб қовуқ бўшлиғига ўтказишга қилинган самарасиз уринишлар унинг деворини шикастланишига олиб келади.

- Қоидага кўра, қовуқдаги миқдори 500 млдан ошмаган ўткир сийдик тутилишларини бартараф этиш учун Nelaton катетеридан фойдаланилади. Агарда қовуқда 500 мл дан кўп миқдорда сийдик тутилган бўлса, унда яхшиси, Foley катетери қўлланилади. Бундан ташқари, қовуқда катетерни бирмунча

узокроқ муддатда ушлаб туришга эҳтиёж бўлганида ҳам яхшиси Фолей катетеридан фойдаланиш лозимдир.

• Амалиётда кўпчилик ҳолатларда тўғри катетерлардан фойдаланган маъкул. Учи қайрилган катетерлар эса айрим ҳолларда, яъни уретранинг простата қисмидан осонроқ ўтказиш мақсадида қўлланилади. Бундай катетерлардан фойдаланиш учун врачнинг етарли малакаси бўлиши лозим, акс ҳолда катетерни қовуққа ўтказиш учун нотўғри ҳаракат қилинганда уретранинг шикастлаб қўйиш эҳтимоли бор. Учи қайрилган катетерларни нотўғри қўллаш оқибатида уретрорагия юзага келиши ва шикастланишлардан сўнг эса уретра структуралари каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Эркакларда қовуқни катетеризация қилиш техникаси: Бемор чалқанчасига ётган ҳолатда:

1. Агарда беморга циркумцизия қилинмаган бўлса ёки фимоз аломатлари бўлмаса, олат кертмаги ортга сурилади.

2. Кўрсаткич ва бош бармоқлар ёрдамида олатнинг бошчаси тож эгати соҳасидан ушланиб, тортилади ва уретранинг биринчи букилмаси (эгрилиги) тўғриланади.

3. Уретрадан ўтказилаётган катетернинг (мойлаб) ҳаракатини яхшилаш мақсадида бир неча миллилитр (анестезияловчи) гель шприцга олиниб уретра ташки тешигига юборилади.

4. Катетерни қовуққа юборишдан аввал унинг учига махсус сийдик йиғадиган халтача уланади. Катетерни эҳтиётлик билан то енгил тўсиққа дуч келгунга қадар юборилади, бу уретранинг иккинчи эгилмаси ҳисобланади.

5. Олатни тортиб пастга йўналтириш билан бир вақтда катетерни юборишни давом эттирилади. Катетерни уретранинг простата қисмидан ўтказиш вақтида озроқ юқорига кўтарилади.

6. Катетер қовуққа тушганида уни чуқурроқ (то охиригача) киритиш лозим, бу катетеризациянинг асосий шартларидан саналади: кўпчилик ҳолатларда Фолея катетерини қовуққа ўрнатишда унинг баллончасини уретранинг простата қисмида шишириб қўйишади, бу нотўғридир. Қовуққа катетер тушганида ундан

сийдик ажралиб чиқа бошлайди, шунга карамасдан уни яна чуқурроқ киритиш лозимдир.

7. Фолей катетери ковуқка чуқур киритилгандан сўнг унинг баллончаси сув ёрдамида (факат физиологик эритма эмас) тўлдирилади. Одатда баллонга 10-15 мл суюқлик юборилади. Сўнгра катетерни аста-секинлик билан орқага тортилади, то ковуқнинг буйинчаси соҳасига келгунича, коидага кўра катетердан сийдик оқими яхшиланади. Агарда катетердан сийдик дархол чиқмаса бу ковуқ атонияси борлигидан далолат беради, бунда қориннинг пастига кўл билан енгил босиб ёрдам берилади.

Эркакларни катетеризация қилишда муаммо келтириб чиқарадиган сабаблар:

Фимоз:

- Олат кертмагининг тешиги етарли даражада кенгайганида: уни кўйиб юбормасдан катетерни ковуқка йўналтириш лозим.

- Олат кертмагининг тешиги жуда тор бўлганида: аввал уни қисқич ёрдамида кенгайтириб олиб кичикроқ ўлчамдаги катетердан фойдаланиш керак ва аста-секин ковуқка йўналтириш лозим.

Катетерни бирданига қайқсимон чуқурчадан ўтказиш имкони бўлмаганида:

- Уретрал буж ёрдамида бироз кенгайтириб кичикроқ размерли катетердан фойдаланинг.

Катетерни уретранинг простата қисмидан ўтказиш имкони бўлмаганда:

- Каттарок диаметрли катетердан фойдаланинг. Бу ҳолат сизга тушунарсиз бўлиши мумкин, аммо худди шундай. Доимо эсингизда тутинг уретранинг простата қисми тор бўлмайди, аксинча уни ўраб турган простата бези билан босилади. Шу сабабли ҳам каттарок размердаги катетер простата бези бўлақларини итариб, қаршилиқни енгади ва уретрадан осон ўтади.

- Силиконли катетерлардан фойдаланинг, улар латексли катетерларга нисбатан қаттиқроқ бўлади.

- Учи эгик Foley катетеридан фойдаланинг. Бунинг учун сиз етарли даражада малакага эга бўлишингиз лозим (акс ҳолда уретра жароҳатланиши

мумкин).

• Катетерни ковуққа йўналтириш пайтида ўтказгичлардан фойдаланинг, у катетерни қаттиқлигини ошириш билан бир қаторда бошқаришга ёрдамлашади

Н.В. Ёдингизда тутинг, қаттиқ ўтказгичлардан фойдаланиш хавфли ҳисобланади, шунинг учун бундай катетерлардан амалиётда тажрибали уролог врачлари қўллагани мақсадга мувофиқдир.

Катетерни қовуқ буйинчасидан ўтказиш имкони бўлмаса:

• Кичикроқ ўлчамдаги катетердан фойдаланинг.

• Қаттиқ ўтказгичлардан фойдаланинг (аввал юқоридагиларни диққат билан ўқинг).

Н.В. Қовуқда узоқ вақт давомида катетер сақланганда ёпиқ системадан фойдаланишни ёдда тутинг. Бунда махсус сийдик тўпловчи халтачадан қўллашни ва уни кунда 1 марта алмаштиришни унутманг (расм 12).



Расм. 12. Сийдик йиғиш учун махсус халтача

Уретрал катетерни ўтказишга кучли обструкция ҳисобига имкон бўлмаса, ёки уретрал катетер турган пайтида даволаб бўлмайдиган простатит ҳолатларида, ҳамда ковуқдаги катетер узоқ вақт давомида туриши керак бўлган ҳолатларда тери орқали ковуқни пункцион катетеризацияси ўтказилади (расмлар 13, 14).



Рис. 13. Қовуқни пункцион катетеризация қилиш учун инструментларнинг стандарт тўплами



Рис. 14. Қовуқни тери орқали пункцион катетеризацияси

ЎҚУВ ТОПШИРИҚЛАРИ

Ҳолатий масалалар

1. 28 ёшдаги бемор сув хавзасида чумилганидан сўнг ўткир сийдик тутилиши, тана ҳароратининг 38-39 градусга кўтарилиши, қовуқ усти ва оралик сохаларида оғриқ кузатилмоқда. Олдин сурункали простатитдан даво олган.

- Тахминий ташхис
- Ташхисни исботлаш учун қайси физикал текширувлар амалга ошириш лозим?
- Қайси инструментал текшириш усуллари қўллаш лозим?
- Биринчи тез тиббий ёрдам.
- Даволаш?

2. 30 ёшли беморда сийиш акти вақтида сийдик тутилган ва бу ҳолатдан кейин сийиш кузатилмаган.

- Сизнинг ташхисингиз?
- Қандай текширув ўтказиш лозим?
- Даволаш тактикаси?

3. Бемор А., 70 ёшда, врач хузурига 1 сутка давомида сийдик ажралмаётганлиги туфайли мурожаат қилиб келди. Физикал текширувларда қуйидаги диагноз қўйилди: Простата безининг хавфсиз гиперплазияси. Ўткир сийдик тутилиши.

- Қандай қўшимча объектив текширувлар ўтказиш керак?
- Қандай биринчи ёрдам кўрсатиш лозим?
- Кейинги терапевтик даво тадбирларини аниқлаб беринг?

4. Бемор И., 39 ёшда, гинекологик операциядан (кесар кесиш) кейинги 3 кун давомида сийдик ажаралмаяпти, икки томонлама бел соҳасида симилловчи оғриқ, оғиз қуриши ва умумий ҳолсизлик кузатилмоқда.

- Тахминий ташхис?

- Қайси касаллик билан қиёсий ташхислаш лозим?
- Қон биохимик таҳлилида кузатилиши мумкин бўлган ўзгаришлар?
- Қандай инструментал текширувларни амалга ошириш керак?
- Беморни даволаш тактикаси?

5. Бемор 70 ёшда, простата беzi гиперплазияси фонида ўткир сийдик тутилиши юзага келди. Поликлиникага мурожаат қилганда қовуқни металл катетер билан катетеризация қилишга ҳаракат қилинди, аммо катетер қовуққа ўтмади ва уретроррагия пайдо бўлди. Сийишга хоҳиш янада кучайди.

- Даволаш тadbирда қандай хатоликка йул қўйилди?
- Қандай асорат юзага келган?
- Бундай ҳолатда нима қилиш керак?
- Қандай даво муолажаси ўтказиш лозим?

РАСМЛИ ТЕСТЛАР

1. Куйидаги расмда ўткир сийдик тутилиши бўлганда беморларда аниқланадиган қандай объектив симптом ифодаланган?



- A) Оралиқ сохада оғрик;
- B) Қовуқнинг катталашуви;
- C) Воскресенский симптоми;
- D) Аэроколия симптоми.

2. Куйидаги расмда қайси катетер билан манипуляция ўтказилмоқда?



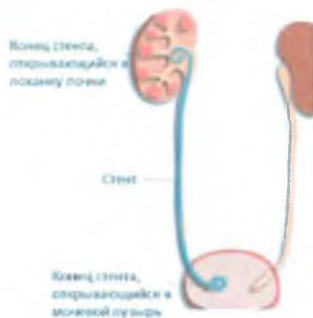
- A) Нелатон катетери;
- B) Металл катетер;
- C) Фолей катетери;
- D) Адемер катетери.

3. Куйидаги расмда қайси катетер ёрдамида қовуқ бўшатилмоқда?



- A) Нелатон катетери;
- B) Металл катетер;
- C) Фолея катетери;
- D) Адемер катетери.

4. Қайси мақсадда сийдик йўлини стентлаш ўтказилади?



- A) Сийдик пассажини тиклаш учун;
- B) Диагностика мақсадида;
- C) Профилактика мақсадида;
- D) Тошларни майдалаш мақсадида.

5. Ўткир сийдик тутилишига олиб келувчи қайси сабаб расмда кўрсатилган?



- A) Сийдик пуфаги жарохати;
- B) Сийдик пуфаги экстрофияси;

- C) Сийдик пуфаги атрофияси;
- D) Простата беги гиперплазияси.

Расмли тестларнинг жавоблари

- 1-B.
- 2-B.
- 3-C.
- 4-A.
- 5-D.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас - руководство по урологии в 3 томах. Т.1; 65.
2. Голигорский С.Д. Очерки урологической семиотики и диагностики. Кишинев, 1969.
3. Лопаткин Н.А. Урология. М. 2007.
4. Лопаткин Н.А., Даренков А.Ф., Горюнов В.Г. “Урология” Москва, Медицина 1995.
5. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы. М., 1999. 153.
6. Окилов Ф. А. Бегалиев У.Э. Мухтаров Ш. Т. Мирхамидов Ж. Х. Худойбердиев Х. Б. “Урология” Тошкент-2011.
7. Пасечников С.П. Урология. Винница. «Нова Книга». 2015.
8. Пушкарь Д.Ю. Урология. М. 2013.
9. Степанов В.Н., Кадыров З.А. “Атлас лапароскопических операций в урологии” Издательство “Миклош” М. 2001.
10. Ханно Ф. М., Малкович С.Б., Вейн А. Дж. Руководство по клинической урологии. Пер. с англ. М.: Медицинское информационное агентство, 2006; 274–294.
11. Barry M.J. et al. The natural history of patients with benign prostatic hyperplasia as diagnosed by North American urologists. J. Urol. 1997. Vol. 157. P. 10-15.
12. Brawer MK, Chetner MP, et al. Screening for prostate carcinoma: with prostate-specific antigen. J. Urol. 1992; 147:841.
13. Stamley T.A., Kabalin J.N., McNeal J.E. et al. Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of prostate. II. Radical prostatectomy treats patients. J. Urol. 1989; 141:1076-83.
14. www.moodle.sammi.uz
15. www.wikipedia.ru

МУНДАРИЖА

Кириш.....	5
Машғулотнинг услубий режаси.....	6
Ўткир сийдик тутилиши.....	9
Ўткир сийдик тутилишининг этиологияси.....	9
Ўткир сийдик тутилишининг патогенези.....	11
Ўткир сийдик тутилишининг диагностикаси.....	11
Парадоксал ишурия.....	13
Сийдик тутилишига олиб келадиган касалликлар.....	14
Ўткир сийдик тутилишининг дифференциал диагностикаси.....	23
Қовуқни катетеризация қилиш	26
Ўткир сийдик тутилишида мутахассис – врачнинг харакатлари.....	30
Эркакларда ва аёлларда қовуқни катетеризация қилишга кўрсатма.....	31
Қандай ўлчамдаги ва қайси типдаги катетердан фойдаланиш керак?.....	31
Эркакларда қовуқни катетеризация қилиш техникаси.....	32
Эркакларни катетеризация қилишда муаммо келтириб чиқарадиган сабаблар.....	33
Ўқув топшириқлари. Холатий масалалар.....	36
Расмли тестлар.....	38
Адабиётлар.....	41
Мундарижа.....	42

Теришга берилди 2.11.2015 г. Чоп этишга рухсат этилди 5.11.2015 г.
Формат 42x60 1/16. Қогоз офсет. Босма офсет.
Нашр ҳисоб л. 2,625. Адади 50 нусха. Буюртма № 270.

Самарқанд Давлат тиббиёт институти босмахонасида чоп этилди
Самарқанд ш., А. Темур кўч., 18