

616.6
Ш 780

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИҒИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ШОДМОНОВА З.Р.



УРОСЕМИОТИКА - УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР СИМПТОМЛАРИ

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

Самарқанд 2015

616.0
Ш 780

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQLI NI SAQLASH VAZIRLIGI

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўз Р ССВ/Дан ва ўқув юртлари
бош бошқармаси бошлиғи
У.С. Исмаилов

2015 й «10»

№ 9 баённома



«КЕЛИШИЛДИ»

Ўз Р ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори

М.Х.Алимова

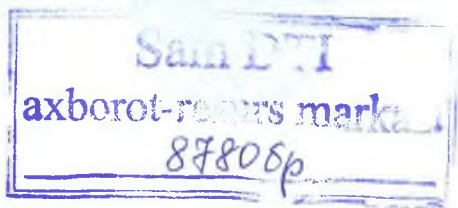
2015 й «10»

№ 9 баённома



УРОСЕМИОТИКА - УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР СИМПТОМЛАРИ

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



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

Тақризчилар:

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

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

Аллазов С.А. - т.ф.д., профессор (Самарканд давлат тиббиёт институти)

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

«28» август 2015 й. Баённома № 1..

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

«2» сентябрь 2015 й. Баённома № 1..

Илмий Кенгаш котиби



Давлатов С.С.

АННОТАЦИЯ

Урология сўзи грек тилидан олинган бўлиб «*оброн*» - сийдик, «*логос*» - таълимот, фан деган маънони билдиради. Урология фани тиббиётда хирургик йўналишдаги соҳа ҳисобланади ва нефрологиядан тубдан фаркланади. Шу сабабли ҳам, урология фани буйрақлар, сийдик ажратиш тизими ва эркақлар таносил аъзолари касалликларининг хирургик патологиясини ўрғанадиган фан саналади. Унинг бир неча йўналишлари мавжуд: умумий урология, онкоуроология, фтизиоуроология, андрология, ургинекология ва х.к.

Урология фанининг қайси бир йўналиши бўлмасин, уни мукамал эгаллаш учун аввало урологик касалликларда учрайдиган симптомларнинг йиғиндиси жамланган, урология фанининг алифбоси ҳисобланган – уросемиотика бўлимини ўрганиш талаб қилинади.

Ўқув – услубий қўлланмада урологик касалликларда учрайдиган клиник белгилар 5 гуруҳга жамланган. Ҳар бир симптом ҳақида тушунча, уларнинг келиб чиқишининг сабаблари, ривожланиш механизми тўғрисида батафсил ёритилган. Айрим симптомларга суратлар ёрдамида аниқлик киритилган. Урологик касалликларнинг дифференциал диагностикасида симптомларнинг тутган ўрни ҳақида алоҳида маълумотлар берилган. Замонавий текшириш усуллари ёрдамида симптомларнинг сабаблари, уларни фарқлаш тўғрисида аниқлик киритилган.

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

«Уросемиотика – урологик касалликлар симптомлари» мавзусидаги ўқув-услубий қўлланма тиббиёт олий ўқув юр்தларининг талабалари, магистратура резидентлари, клиник ординаторлар ва ёш мутахассислар учун мулжалланган.

УРОСЕМИОТИКА - УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР СИМПТОМЛАРИ КИРИШ

Урология (юнонча *урос* - сийдик ва *logos* - таълимот демакдир) сийдик-таносил органлари, яъни буйрақлар, юқори сийдик йўллари, ковуқ, сийдик чиқариш канали, эркақлар жинсий органлари касалликларининг, шунингдек, ретроперитонеал бўшлиқдаги ва чанок клетчаткасидаги патологик

процессларнинг этиологияси, патогенези, диагностика, давоси ва профилактикасини ўрганадиган фандир. Сўнги йилларда урологияга нефрологиянинг айрим бўлимлари, чунончи, сурункали пиелонефрит, нефроген гипертония, буйрак етишмовчиликлари ҳам қўшилди.

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

Машғулотнинг мақсади: Талабаларга урология фани, унинг тарихи ҳақида қисқача маълумот бериш. Урологик касалликларда учрайдиган клиник симптомлар (белгилар), уларнинг келиб чиқиш сабаблари, ривожланиш механизми, диагностика ва даволашдаги аҳамияти ҳамда касалликларни ўзаро фарқлашдаги ролини ўргатиш.

Машғулотнинг услубий режаси

1.	Эрталабки клиник конференцияда катнашиш, курс мудирининг клиникадаги беморларни умумий кўриқдан ўтказишида иштирок этиш ва урология бўлимининг амалдаги иш фаолияти ҳақида маълумотга эга бўлиш	25 дақиқа
2.	Буйрақлар, сийдик ажратиш тизими ва эркақлар таносил аъзоларининг функционал анатомияси 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.	Мавзу буйича, ҳар хил урологик беморларда учрайдиган симптомлар ҳақида маълумотга эга бўлиш, уларнинг келиб чиқиш сабаблари, ривожланиш механизми, давомийлиги, характериға кўра қайси касалликка хослигини аниқлашни ўрганиш.	45 дақиқа
7.	Танаффус	10 дақиқа
8.	Диагностика ва даволаш манипуляцияларида ҳамда операцияларда катнашиш, жароҳат	45 дақиқа

	боғламларини алмаштириш, амалий кўникмаларни ўрганиш	
9.	Катта танаффус	40 дақиқа
10.	Мавзу бўйича талабаларнинг билимини тест, амалий кўникма, ҳолатий масалалар ечиш асосида баҳолаш. (moodle.sammi.uz)	45 дақиқа
11.	Танаффус	5 дақиқа
12.	Беморларга диагностика мақсадида ўтказилган қўшимча 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.	Талабалар билимини OSCE ёки интерактив усулларни қўллаб баҳолаш. 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: РШТЁИМСФ нинг урология бўлими, беморлар палатаси, муолажа, боғлов хонаси, операция хонаси, уролекс хонаси, УТТ хонаси, КТ хонаси, қабул бўлимида уролог хонаси.

Амалда қўлланилиши: Шифокорларнинг иш жараёнида аниқланган клиник белгиларга асосланиб урологик касалликларда ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш, биринчи ёрдам кўрсатиш, касалликнинг профилактикаси ва метафилактикасида барвақт аниқланган симптомларнинг аҳамиятини тўғри тушунириш.

Талабаларнинг машғулотдан ташқари тайёрланиш учун саволлар:

1. Уросемиотика-урологик касалликларда учрайдиган симптомлар ҳақида тушунча.
2. Урологик касалликлар симптомларининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизми.
3. Урологик касалликлар симптомларининг диагностикадаги аҳамияти.

4. Урологик касалликлар симптомларининг классификацияланиши.
5. Урологик касалликларда симптоматик даволаш усуллари.
6. Урологик касалликлар симптомларининг касалликлар асоратларини олдини олишдаги роли.
7. Урологик касалликлар симптомларининг касалликлар профилактикасидаги роли.

Талабанинг бажарадиган мустақил ишлари:

1. Талабалар урологик касалликларда учрайдиган *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 беморлар сийдигини кўз билан кўриб (ранги, тиниқлиги, тузлар аралашганлиги, ва х.к.), ундаги *сифат ва миқдорий ўзгаришларни* аниқлаши, сийдик йўлларида ўз-ўзидан чиққан, ёки операция йўли билан олинган тошларнинг ташқи кўриниши ва қонсистенциясига қараб тарқибини тахминан аниқлаши керак.
4. Талабалар лаборатория, ультратовуш ва рентген-радиологик текширувларни ўтказишда бевосита иштирок этиши, олинган натижаларни баҳолай билиши лозим.
5. Урологик касалликлар симптомлари аниқланган беморларни кам инвазив, инструментал усуллар билан даволашда иштирок этиши.
6. Урологик касалликлар симптомларини беморларда жаррохлик усулида даволашни кўзатиш.

Талаба бажара олиши лозим бўлган амалий кўникмалар:

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

2. Урологик касалликлар билан оғриган беморларнинг шикоятларини аниқлаш, кўриқдан ўтказиш, буйрақларини, ковокни, уретра ва простата безини пайпаслаш, Пастернацкий белгисини аниқлай олиш.
3. Оғриқ синдроми харақтерига қараб патологик жараён локализациясини (М: сийдик-тош касаллигида тошнинг жойлашган ўрнини, пиурия ёки гематурия манбасини) тахминан аниқлаш.
4. Буйрақ санчигида 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 ковокни 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.

УРОСЕМИОТИКА

Урологик касалликларнинг умумий симптоматологияси қуйидаги асосий белгилардан иборат:

- 1) ўзига хос локализация ва иррадиацияга эга бўлган *оғриқ*;
- 2) сийишнинг ўзгариши (бузилиши) - *дизурия*;
- 3) сийдик миқдори ва сифатининг ўзгариши;
- 4) сийдик чиқариш канали (уретра) дан *патологик суюқлик ажралиши ва сперманинг ўзгариши*,
- 5) буйрақлар, ковок ва таносил аъзолари соҳасида *кўз билан кўрганда аниқланадиган ўзгаришлар*.

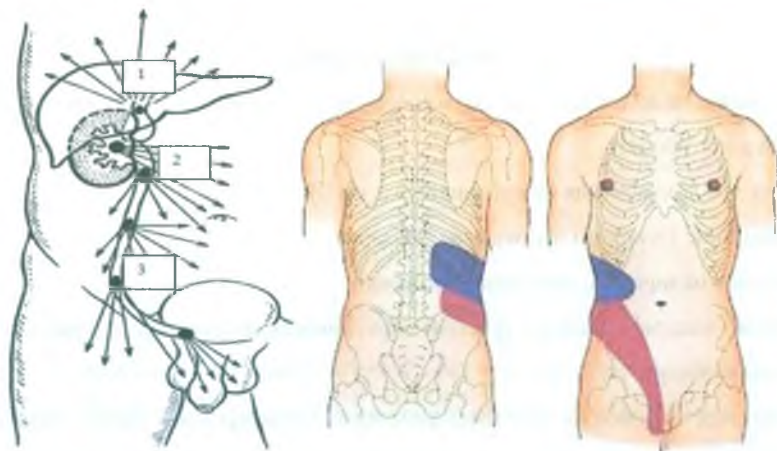
Бу симптомлар турли вариацияда ва бирга қўшилиб намоён бўлиши

мумкин; уларнинг ҳар бири касалликнинг клиник кўринишида кўзга ташланадиган пешқадам симптом бўлиши мумкин. Бироқ айтиб ўтилган 5 та гуруҳ симптомлари доимо бўлавермайди; баъзан касалликда битта ёки иккита-учтаси намоён бўлиши мумкин.

Амалиёт нуктаи назаридан сийдик системаси юқори ва қуйи сийдик йўлларига ажратилади. Юқори сийдик йўлларига - буйрак косача-жом системаси ва уретер (сийдик найи), қуйи сийдик йўлларига эса қовуқ ва уретра киради.

ОҒРИҚ СИНДРОМИ

Урологик касалликларда бўладиган **оғриқлар** ўткир ёки симиллайдиган, муваққат ёки доимий, хуружсимон бўлиши мумкин. Оғриқ тинч турган вақтда ёки ҳаракат қилганда пайдо бўлиб, ўзига хос йўналишда тарқалади. Оғриқнинг бошланиши ва тарқалишига кўра урологик касалликларда кузатиладиган оғриқларни бошқа аъзоларнинг касалликларидан фарқланади. Бел ва қовурга равоғи соҳасидаги оғриқ буйраклар патологиясига, қовдаги оғриқ қовуқ касалликларига, оралик ва орқа чиқарув тешигидаги оғриқ эса простата бези ва уруғ пуфакчалари касалликларига хосдир.



Расм 1. Буйрак санчигида оғриқ иррадиацияси

Бироқ сийдик ва жинсий система органлари орасида асаб алоқалари кўп бўлганлиги туфайли бир жойдаги оғрик, бошқа жойга ҳам тарқалиши мумкин (расм 1).

Ўткир оғрик кўпинча **буйрак санчиги** натижасида вужудга келади. **Буйрак санчиги** («почечная колика») грекча «colone» сўзидан келиб чиққан. Бу сўзнинг айна маъноси «ичак» демакдир. Бу термин медицина амалиётига Гиппократ даврида киритилган. **Буйрак санчиги** патогенезида уретер, буйрак жоми ёки косачалари мускулатурасининг қаттиқ сегментар спазми роль ўйнайди, бу ходиса эса сийдик йўллارининг тўсатдан вужудга келадиган обтурацияси (бекилиб қолиши) натижасидир. Юқори сийдик йўлларининг бирор қисмида монелик вужудга келса, уни енгиш учун ўша соха жуда қаттиқ қисқаради, шу туфайли буйрак жоми ичидаги босим жуда ортиб кетади. Бу эса ўз навбатида буйрак артерия томирларининг рефлектор спазмига сабаб бўлади. Натижада буйракда веноз қонлар димланиб қолади, бунинг оқибати ўларок буйрак ичидаги босим жуда кўтарилиб кетади ва ишемия сабабли буйрак интерстициал тўқимаси шишиб, буйракнинг фиброз капсуласи таранглашади.

Буйрак санчигига кўпинча тошлар, тузларнинг тўпланиб қолиши, нефроптозда уретернинг букилиб қолиши, уретерга қон лахтаси, шилимшик, йиринг тикилиб қолиши ва бошқалар сабаб бўлади. Баъзан беморни чуқур текширилганда ҳам сийдик йўлларида буйрак санчигига сабаб бўладиган органик ўзгаришларни топиб бўлмайди, бироқ бунда бошқа органларда ўзгаришлар борлиги аниқланади (масалан, меъда ёки ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги, жигар ва ўт йўллари касалликлари, аёллар жинсий органларидаги яллиғланиш процесслари ва бошқалар). Бундай касалликлар заминида вужудга келадиган **буйрак санчиги рефлектор равишда пайдо бўлган функционал санчиқ** деб қаралади. Буйракда санчиқнинг пайдо бўлишига кўпинча тошлар ва сийдик тузларининг тўпланиб қолиши сабаб бўлади.

Санчиқнинг бошқа сабаблари ўртасида аллергик компонент каттагина ўрин тутаяди; агар **сийдик чўкмасида кўп миқдорда эозинофиллар топилса**,

санчик аллергия туфайли вужудга келган дейиш мумкин.

Буйрак санчиги бирданига белда қаттиқ оғриқ туриши билан бошланади. Санчик пайтида бемор бесаранжом, ўта безовта бўлади, ўзини қуйгани жой тополмайди. Турли холатларда ётиб-туриб кўради, лекин ором ололмайди. Белдаги оғриқнинг чов сохасига, сонга ва жинсий органларга тарқалиши, яъни иррадиацияси *буйрак санчигига* жуда хосдир (расм 1). Баъзан санчик вақтида бемор тез-тез сияди, бу белги уретерда, унинг қовуқ олди (юкставезикал) ёки қовуқ ичи (интрамурал) сохасида патологик процесс борлигини кўрсатади.



Расм 2. Буйрак санчигида бемор қўлини ана шундай қуйиб туради.

Буйрак санчиги вақтида бемор кўпинча рефлектор равишда қусади, баъзан қон босими кўтарилиб кетади. Пульс тезлашмайди, бу – буйрак санчигини қорин бўшлиғи органларининг бир қанча ўткир касалликларидан фарқ қилишда жуда муҳим дифференциал диагностик симптом ҳисобланади.

Баъзан буйрак санчиги ичак парези, метеоризм (қабзият) билан бирга давом этади. Қоринни пальпация қилганда уретерда жуда оғрийдиган зонани топиш мумкин, ана шу жой юқори сийдик йўллари обтурациясига сабаб бўлган сохага тўғри келади.

Буйрак санчиги билан кечадиган буйрак ва юқори сийдик йўллари касалликларидан ташқари, белда доимий ёки вақти-вақти билан вужудга келадиган симиллаб турадиган оғриқ билан ўтадиган бир буйрак ва буйрак жомларининг, буйрак атрофидаги клетчатканинг яллиғланиш касалликлари, гидронефроз, нефролитиаз ва бошқалар киради.

Агар иккинчи буйрак ишламаса ёки олиб ташланган бўлса симиллаб турадиган оғриқ соғлом буйрак сохасида бўлиши мумкин. Буйракнинг викар

катталашishi ёки гипертрофияси унинг конга тулиб туриши ва фиброз капсуласининг таранглашиши ана шундай оғриққа сабаб бўлади.

Бел сохасидаги оғриқнинг ковулга равоғи ости ва эпигастрал сохалари бўйлаб тарқалиши буйрак жоми ва уретер юқори қисмининг касалликларида кузатилади. Бунда бемор ўз оғриғини кўрсатиш учун қўлини шундай қўядики, унинг катта бармоғи XII ковулғанинги пастидаги бел сохасида, қолган бармоқлари эса қориннинг олдинги – ён деворида туради (расм 2).

Қовуқ сохасидаги оғриқ асосан шу аъзонинг маҳаллий ўзгаришларидан вужудга келиши ёки рефлектор равишда пайдо бўлиши мумкин. Қовуқ шиллик пардасининг каттагина қисми ҳеч нарсага сезмайди, лекин яллиғланиш процесси қовуқни мускул қаватида ҳам ўтса, бунда оғриқ пайдо бўлади ва беморни жуда қийнаб қўяди. Қовуқдаги Лъето учбурчаги сохаси ўта сезгирдир, қўпгина яллиғланиш процесслари ва ўсмалар шу ерда вужудга келади. Қовуқ яллиғланганда пайдо бўладиган симилловчи оғриқ қов сохасида, унинг юқорисида ёки чаноқ ичкарасида сезилади ва сияётганда кучаяди. Бундай оғриққа тош, ёт жисм ва бошқалар ҳам сабаб бўлиши мумкин. **Оғриқнинг тарқалиши** – иррадиацияси жуда ҳарактерли. Эркаларда **оғриқ** закар (жинсий олат) га, аёлларда эса клитор ва қов сохасига тарқалади. Қовуқ сохасидаги **оғриқ сийиш вақтида ўзгарса**, патологик процесс қаерда эканлигини белгилаш бирмунча осонлашади. Масалан, **оғриқнинг сийиш охирида кучайиши** қовуқ бўйни яллиғланишига хосдир. Простата беши ва уруғ пуфакчалари касалликларида қўпинча қовуқ сохаси бураб, симиллаб оғрийд.

Касалликни аниқлаш учун оғриқ турини ва локализациясини билиш кифоя қилмайди, **оғриқнинг ҳаракат ва жисмоний меҳнатга боғлиқ** эканлигини билиш керак. Масалан, буйрак, уретер ёки қовуқда тош бўлганида кескин ҳаракат қилиш ва нотекис ерда транспортда юриш оғриқни кучайтиради. Бунда **оғриқ буйрак санчиги даражасига ҳам етиши** мумкин.

Аёллар жинсий системасини касалликларида ҳам қўпинча қовуқ сохасида оғриқ туради. Ана шундай оғриқдан шикоят қилган баъзи аёлларни цистоскопия қилганда ва сийдик текширилганда жинсий органлари ва қовуқда

Ўзгариш топилмайди. Бу ҳолат **цисталгия** деб юритилади. Цисталгия нейрoэндокрин ўзгаришлар ва қовуқ, айниқса унинг бўйин соҳаси нерв аппаратининг функционал ўзгаришлари натижасида вужудга келади.

Простата беzi касалликларида бўладиган **oғриқлар** ундаги патологик процесснинг турига боғлиқдир. Простата беzi ва уруғ пуфақчаларининг сурункали касалликларида беморлар оралиқ соҳасида, ташқи жинсий органлар, орқа чиқарув тешиги соҳасида **вақти-вақти билан пайдо бўладиган симилловчи oғриқлардан** шикоят қиладилар. Безнинг ўткир яллиғланишида, айниқса без абсцессида **oғриқ** жуда кучайиб кетади. Простата беzi ва уруғ пуфақчалари касалликларида кўпинча орқа тешиқ соҳаси бирор нарса эзаётгандек туюлади ва ич келганда (дефекацияда) oғриқ пайдо бўлади. Нихоят, простата беzi касалликларида **oғриқ думгаза, бел ва сон соҳаларига тарқалиши** ёки шу ерларда бўлиши мумкин. Баъзи беморларда бундан бошқа шикоят бўлмайди. Простата безининг раки чаноқ суяқларига ёки умуртқага метастаз берганида анна шундай oғриқлар вужудга келади, без соҳасининг ўзида эса бемор ҳеч қандай oғриқ сезмайди.

Сийдик чиқариш каналидаги oғриқ одатда ундаги яллиғланиш просцеси билан боғлиқ: oғриқ фақат энди сия бошлаганда ёки сийиш давомида бўлиши мумкин. oғриқ унча кучли бўлмайди, жизиллаётгандек сезилади. Oғриқ асосан сийиш охирида пайдо бўлса, касаллик қовуқ бўйни соҳасига ёки уретранинг простата қисмига тарқалганлигини кўрсатади.

Уретрадаги oғриқ сийишга мутлақо боғланмаган ҳолда доимий бўлиши мумкин бундай oғриқ куперит, колликулит ва бошқа касалликлари натижасида вужудга келади. Сийдик чиқариш канали ўсмасида ҳам уретра ёки оралиқда ана шундай oғриқ бўлиши мумкин. Орқа уретра касалликларида бемор оралиғида ҳамда орқа тешиқ атрофида oғриқ сезади. Уретранинг олдинги қисми касалликларида эса oғриқ ташқи тешиқ атрофида ёки олат бошчасида сезилади.

Мояк ва мояк ортигининг ўткир яллиғланиши анча **кучли oғриқ** билан кечади. Бу органларнинг сурункали яллиғланишида oғриқ камдан-кам кузатилади: одатда мояк ёки мояк ортиғи пальпация қилингандагина бемор

оғриқ сезади. Сурункали эпидидимит ва орхитда ёрғоқ (мойяқ халтаси) соҳасида қандайдир оғирлик сезилади.

Думғаза соҳасида оғриғи бор беморларнинг тахминан $\frac{1}{4}$ қисмида турли урологик касалликлар бўлади. Думғаза соҳасидаги оғриқ фақат чанок органлари касалликлари туфайли пайдо бўлмай, буйрак ва юқори сийдик йўллари касалликларида ҳам бўлиши мумкин.

Айрим урологик касалликларда *оғриқ тананинг иккинчи ярмида сезилади*, масалан, юқори сийдик йўлларида тош пайдо бўлганда оғриқ тананинг қарама-қарши, яъни соғлом томонида сезилиши мумкин. Бу фақат оғриқ сезилаётган томоннигина эмас балки барча сийдик системасини рентгенография қилишни тақозо этади.

СИЙИШНИНГ БУЗИЛИШИ – ДИЗУРИЯ

Катта ёшдаги соғлом одам бир сутка давомида ўрта ҳисобда 1500 мл сийдик ажратади. Истеъмол қилинган суюқликнинг тахминан 75 %и сийдик билан чиқиб кетади. Қолган қисми ўпкалар орқали чиқарилаётган ҳаво, тери орқали терлаш йўли билан ва ичаклар орқали нажас билан чиқарилади. Катта ёшдаги одам бир сутка давомида 5-6 марта сияди ва тунда диурезнинг $\frac{1}{3}$ қисми ажралади.

Нормада физиологик эҳтиёж ҳисобланмиш сийиш жараёни киши онгига бўйсунган ҳолда бажарилиши, эркин, оғриқсиз бўлиши, босим билан, маълум вақт давомида (20-40 секундгача), маълум масофага (эркакларда парабола ҳосил қилиб) отилиб тушиши лозим ва энг асосийси киши сийгандан сўнг хўзурланиши, яъни қониқиш хисси пайдо бўлиши керак. Нормал сийиш жараёнида анна шу параметрларнинг ўзгаришига сийишнинг бузилиши яъни *дизурия* дейилади. Урологик касалликлар кўпинча дизурия билан кечади.

Урологик касалликларда одамнинг тез-тез сийиб туриши ёки анча вақт оралатиб сийиши, сийдик отилишининг ўзгариб қолиши мумкин.

Тез-тез сийиш *поллакиурия* дейилади бу белги қуйи сийдик йўллари касалликларига хос (патогномоник) дир. Баъзан бу белги юқори сийдик

йўллари касалликларида ҳам намоён бўлади; бундай поллакиурия асосида рефлектор механизм ётади. Масалан, уретернинг куйи сегментларида тош бўлса поллакиурия кузатилади.

Сийишнинг тезлашиши зурайиб кетса (айниқса қовуқ касалликларида), бемор бир соатда 10 ва ундан ортик марта сияди. Поллакиурия *императив* (мажбурий) кистов билан кечса, бемор сийдигини тутолмай қолади (масалан, ўткир циститда, қовуқ ўсмаси ва бошқа касалликларда).

Сийдик миқдори сутканинг қайси вақтларида қандай эканлигига ҳам эътибор бермоқ лозим. Кундузги поллакиурия, асосан, қовугида тош пайдо бўлган беморларга хос. Бунда бемор қанча актив ҳаракат қилса поллакиурия шунча кучаяди. Тунги поллакиурия простата безининг хавфсиз гиперплазияси учун хосдир. Тунги поллакиурия касалликнинг дастлабки аломатларидан бири ҳисобланади. Поллакиурия айрим касалликларда (масалан, туберкулёзда, қовуқ ўсмасида) ҳам кундузи ҳам кечаси содир бўлади. Поллакиурия простата ва орқа уретра касалликларида ҳам учрайди, чунки бунда қовуқ бўйни ҳам яллиғланади. Поллакиурия айрим дори дармонларни масалан, уротропинни истеъмол қилганда ҳам вужудга келади.

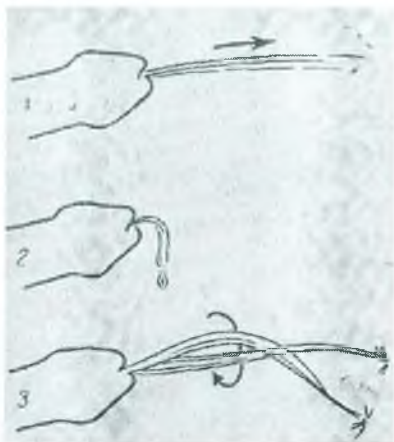
Поллакиурияга қарама-қарши ўларок, баъзи касалликларда сийиш миқдори жуда камайиб кетади. Бундай ҳол орқа мия касаллиги ёки шикастланиш натижасида қовуқ иннервацияси бузилишининг оқибати бўлиши мумкин.

Поллакиурияда кўпинча сийиш оғриқ билан кечади. Қовуқ, простата бези ва орқа уретранинг кўпгина хроник ва ўткир касалликларида ана шундай бўлади. *Оғриқ: а) сийдиги қистаганида б) сийиш вақтида в) сийиш охирида бўладиган г) сийишга алоқаси бўлмаган оғриққа ажратилади.*

Отилиб тушаётган сийдикнинг бирданига тўхтаб қолиши қовуқ тош касаллигида ва қовуқ папиломатозидида кузатилади. Беморлар тана ҳолатини ўзгартириб, масалан, ўтириб, ёнбошлаб ёки тизза тирсақларига тиралиб туриб қовугини сийдикдан бўшатиши мумкин. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси билан оғриган беморларнинг баъзилари оралиқни бармоқлари билан эзиб туриб сийишни бироз осонлаштирадилар. Қовуқ дивретикули

бўлган беморлар дивертикул соҳасини мушти билан босиб қовукни бўшатадилар.

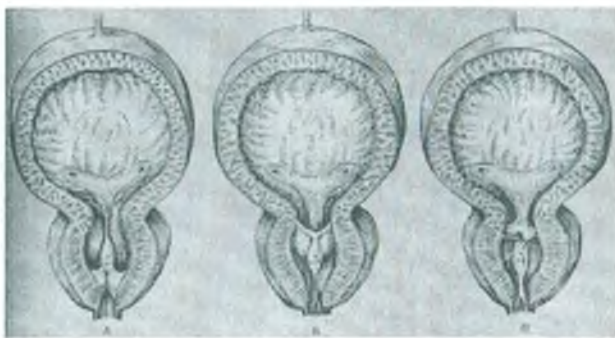
Уретернинг тоши қовуқ олди соҳасида ёки интрамурал қисмида бўлса, кўпинча беморда қучли дизурия – сийишга сохта чакириклар (тенезмы) кузатилади.



Расм 3. Сийганда сийдикнинг турлича отилиши. 1 - нормал отилиши; 2 - простата бези аденомасида сийдикнинг отилиши; 3 - уретра стриктурасида сийдикнинг отилиши.

Бир қатор урологик касалликларда сийиш қийинлашади – *странгурия*, уретра стриктурасида сийдик отилиши ингичкалашиб кетади, стриктура анча ривожланган бўлса, томчилаб тушади. Простата безининг хавфсиз гиперплазиясида сийдик сербар йўғон бўлиб тушади, бироқ унинг отилиши босими суст бўлади. Сийдик ёй ҳосил қилиб тушмасдан бевосита оёқ остига тушади, сийиш муддати эса чўзилиб кетади (расм 3). Бундай ҳол қовуқ иннервацияси бузилганда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ерда сийишнинг қийинлашуви билан боғлиқ изтиробларни ҳам айтиб ўтмоқ лозим. Бемор сийишдан олдин узок вақт уретрадан биринчи сийдик томчилари келишини қийналиб қутади. Бундай изтиробга сабаб фақат механик факторлар бўлмай, қовуқ иннервациясининг бузилиши ҳамдир.

Қийинлашиб сийиш билан кечадиган касалликларда *сийдикнинг сурункали тутилиши* юзага келади. Буни «қолдик сийдик» симптоми деб ҳам аталади. Бунда бемор сийиб туришига қарамай қовуғида маълум миқдорда сийдик қолади, бора-бора эса қолдик сийдик ортиб боради. Бунга сабаб қовуқ детрузори тонусининг пасайиши, кейинчалик эса парезга учрашидир. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси ва раки, асаб касалликлари, жумладан, орқа мия касалликларида ана шундай бўлади. Процесс авж олиб борган сари детрузор парези билан бирга сфинктер ҳам парезга учрайди. Бунда бемор мустақил сия олмаган ҳолда тўлиб кетган қовуғидан сийдик томчилаб тушиб туради. *Парадоксал ишурия* деб ана шунга айтилади. Парадоксал ишурия простата безининг хавфсиз гиперплазиясининг охириги стадиясида, орқа мия касалликларида, шикастларида ва шунингдек айрим касалликларида учрайди.



Расм. 4. Уретра туғма клапанлари.

А. I тип – *кочасимон шаклидаги клапанлар* (қўпинча 2та) уруғ думбоқчасини пастида жойлашган бўлиб, шаклида (энг кўп учрайдиган клапанлар);

Б. II тип – *воронкасимон шаклидаги* (қўпинча кўп сонли), уруғ думбоқчасидан қовуқ бўйинчасигача кетадиган клапанлар;

В. III тип – *қўндаланг диафрагма шаклидаги, уруғ думбоқчасини юқорида ёки пастида жойлашган клапанлар.*

Сийдикнинг сурункали тутилишидан ташқари ўткир (тўсатдан) тутилиши ҳам тафовут қилинади. *Сийдикнинг ўткир тутилиши ануриядан* тамоман фарқ қилади. Анурияда қовуқда сийдик бўлмайди ва беморнинг мутлақо сийғиси

кистамайди, сийдик ўткир тўтилганида эса ковок сийдикка тўлиб кетади ва беморнинг сийгиси тез-тез кистайди, бироқ ўзича сия олмайди.

Простата безининг хавфсиз гиперплазиясида, яъни унинг аденомасыда, уретра стриктурасыда ва туғма клапанларида (расм 4), ковокда тош бўлганида, орка мия касалликларида ва бошқаларида сийдик тўсатдан (ўткир) тутилиб қолиши мумкин. Бунинг сабаби сийдик чиқишини кийинлаштирадиган механик факторлар (уретранинг деформацияси ва эзилиб қолиши) гина бўлиб қолмай, балки ковок мускулатураси нерв регуляциясининг бузилиши ҳамдир.

Турли операциялардан кейин бемор турли вақт горизонтал ҳолатда тушакда ётганида ва кучли эмоционал ҳолатлардан кейин ҳам нерв-рефлектор равишда сийдик тўсатдан тутилиши мумкин.

Никтурия – тунда ковокни бўшатиш учун уйғониш зарурлиги тушунилади. Простата безининг хавфсиз гиперплазиясида, гиперактив ковокда, интерстициал циститда кузатилади.

Ноктурия – тунги диурез микдори кундузгисидан кўп бўлганлиги сабабли тунда сийишга кўп чиқиш тушунилади, ковокнинг физиологик сиғими сақланган ҳолда (тунги полиурия ҳисобига). Қандли диабетда, бирламчи полидипсияда, гиперкальциемияда, баъзи дори препаратларини қабул қилганда ва х.к.

Сийгиси кистамай сийдик ихтиёрсиз чиқиб турса, буни **сийдик ушлолмаслик (тутолмаслик)** дейилади. Бунга ковок сфинктерининг нисбий ёки абсолют етишмовчилиги сабаб бўлади. Бундай етишмовчилик органик ёки функционал ўзгаришлар натижасида вужудга келади. Сийдик ушлолмаслигининг икки хили: чин ва сохта хили тафовут қилинади.

Ҳеч қандай кистов бўлмаган ҳолда сийдик ўзлуксиз томчилаб ташқарига чиқиб турса, буни сийдикни чин ушлолмаслиги дейилади. Бунда ковок тамомила бўш бўлади ва у билан парадоксал ишурия фаркланади. Чин сийдик тутолмаслиги ковок-қин фистулаларида, ковок экстрофиясида, тотал гипо- ва эписпадияда сфинктер параличи билан кечадиган ковок иннервацияси бузилишларида, бош ва орка мия касалликларида учрайди. Сийдикнинг сохта

ушлолмаслиги сийиш нормал бўлиши билан бирга ўзлуксиз тутолмаслиги кузатилади. Бундай ҳолат уретер- кин фистуласида ёки уретер қуйилиш жойининг (кўпинча кўшимча уретернинг) эктопиясида бўлади. Уретернинг эктопик тешиги кинга, кин дахлизига ёки уретрага очилиши мумкин.

Сийдикни тутиб туролмаслик (неудержание мочи) асосан ёши ўтиб қолган аёлларда кўпроқ кузатилади. Бунда нормал сийиш билан бир қаторда жисмоний иш вақтида, йўталганда, акса урганда қулганда сийдикни тутолмаслик мумкин. Бунга сабаб чанок туби мускуллари, ковок ва уретра сфинктерларининг сусайиб кетиши ва тонусининг бузилишидир. Қин олдинги деворининг пастга тушиб қолиши (цистотеле, уретроцеле) бачадоннинг чикиб қолиши ва шу кабилар мускуллар тонусини сусайтириб юборади. Сийдик тутиб туролмаслик аёлларда климакс даврида ҳам бўлади. Бу эндокрин, гормонал дисфункциялар натижасида, ковок детрузори ва сфинктери тонусининг сусайиб кетишидан бўлади. Сийдик тутиб туролмасликнинг **ургент, стресси ва аралаш** турлари тафовут қилинади.

Тунги сийгоқлик - enuresis nocturna. Марказий нерв системаси олий бўлимлари функциясининг секин аста ривожланиши билан бола 2-3 ёшга кирганда кундузи ҳам, кечаси ҳам (тегишли тарбияга кўра) ўз ихтиёри билан сия оладиган бўлади. Бирок баъзи болалар невроз натижасида психик факторлар таъсирида ёки марказий невр системасига ёмон таъсир кўрсатган инфекциялар касалликлар оқибатида, ё бўлмаса, бошқа сабабларга кўра кечаси сийиб қўяди. Бундай ҳол кўпинча 16 ёшгача давом этади. И.П. Павлов таълимотига мувофиқ тунги сийгоқлик патогенезида уйқу тормозланишининг диссоциацияси асосий рол ўйнайди. Бош мия пўстлоғида тормозланиш кучли бўлгани ҳолда (унинг соқчи пунктларининг функцияси бузилиши билан) пўстлок ости марказлари етарли даражада тормозланмайди, натижада тўлиб кетган ковокдан келаётган таъсирот болани уйғота олмайди ва у автоматик равишда сийиб қўяверади.

Онсоурия – кун оралатиб сийиш, бу ҳолат кўпроқ юрак-қон томирлари касалликларида, жигар касалликларида келиб чиқади.

СИЙДИКДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Сийдикнинг сифатий ўзгаришлари

Бир хил урологик касалликларда сийдик ўзгарса, колганларида ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди.

Бир сутка давомида соғлом одам сийдик билан 60 г га яқин қаттиқ моддалар чиқариб туради. Булардан 35 грами органик ва 25 грами эса аноорганик тузлардир. Бу тузлар сийдикда эриган ҳолда бўлади ва унинг маълум солиштирама оғирлигини белгилайди. *Сийдикнинг солиштирама оғирлиги* сутканинг турли соатларида ўрта ҳисобда 1010 дан 1025 гача бўлади.

Сийдикнинг солиштирама оғирлиги юқори (*гиперстенурия*) ёки паст (*гипостенурия*) бўлиши мумкин. Бундан ташқари у ўзгариши ёки қанча суюқлик истеъмол қилишига қарамай сутка давомида мутлақо ўзгармаслиги мумкин (*изостенурия*).

Буйрак касалликларида одатда гиперстенурия бўлмайди. У кўпинча қандли диабетда, гиперпаратиреозда, оғир металллар тузлари билан заҳарланганда кузатилади. Буйрак касалликларида эса кўпинча сийдикнинг солиштирама оғирлиги пасайиб кетади (*гипостенурия*). Бунга сабаб буйрақлар концентрацион қобилиятининг бузилишидир. Изостенурия, айниқса гипостенурия билан бир вақтда бўлса (*изогипостенурия*) буйрақларнинг сурункали етишмовчилигидан дарак берадиган жуда муҳим диагностик белги деб қаралади.

Сийдик ранги. Сийдикнинг солиштирама оғирлиги юқори бўлса, ранги тўқ сарик бўлади.

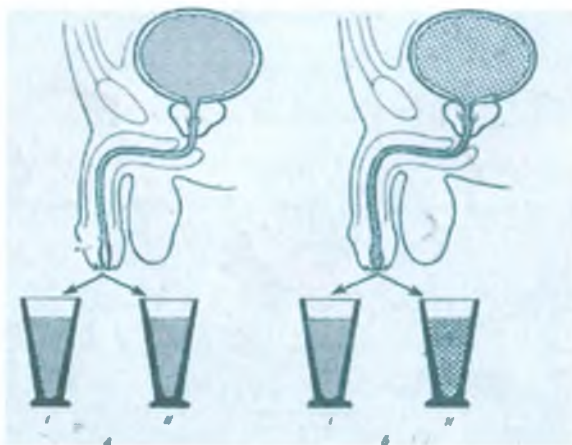
Одатда сийдик *тиниқ* бўлади. Беморнинг сийдиги лойқаланса, врач унга эътибор билан қарамоғи лозим ва бунинг сабабини аниқлаши керак. Сийдикда тузлар, бактериялар, шиллик, қон, йиринг бўлса унинг ранги хира тортади. Тузлар соғлом одам сийдиги билан ҳам чиқиб туради. Бу овқат хилига боғлиқ. Сийдик хиралашшининг сабаби тузларга боғлиқлигини ва туз хилини аниқлаш учун бир қанча пробалар қилиб кўрилади. Масалан, сийдик қиздирилганда

хиралигининг йуколиши сийдикда *уратлар* борлигини кўрсатади (*уратурия*). Сийдикка сирка кислота қўшиб киздирилганда унинг хиралиги йўколса ва шу билан бирга газ пайдо бўлса, бу сийдикда *карбонатлар* борлигини (*карбонатурия*) кўрсатади. Сирка кислота қўшиб киздирганда сийдикнинг хиралиги газ пайдо бўлмасдан йўколса, сийдикда *фосфатлар* бўлади (*фосфатурия*). Хлорид кислота қўшиб киздирганда сийдикнинг хиралиги йўколса, унда *оксалатлар* борлиги (*оксалатурия*) маълум бўлади. Агар кислоталар қўшиб киздирганда сийдик тиниқ бўлавермаса, хира тортиб турса, сабаби микроскопда текшириб аниқланади.

Сийдикда йиринг бўлиши *пиурия* буйраклардаги сийдик йўлларидаги ва эркалар жинсий органларидаги турли яллиғланиш процессларининг натижасидир. Яллиғланиш процесси анчагина ўтиб кетган холларда баъзан сийдикда йиринг борлигини, унинг характерли чўкмасини оддий кўз билан кўриб ҳам аниқлаш мумкин, кўпинча эса, сийдикда йиринг борлиги чўкмасини микроскопда текшириш билан аниқланилади. Сийдикда лейкоцитларнинг аниқланиши (*лейкоцитурия*) яллиғланиш процессидан далолат беради. Яллиғланиш процесси локализациясини тахминан бўлсада белгилаш учун бир канча синамалар таклиф қилинган. Улардан энг кўп тарқалгани икки ёки уч стаканли синамасидир (расм 5).

Бунда касал иккита (ёки учта) стаканга сияди; биринчисига озрок (50-60 мл), иккинчисига колган ҳамма қисмини сияди. Агар сийдикнинг биринчи стакандагиси хира бўлса бу яллиғланиш процесси уретрада эканлигини кўрсатади; борди-ю сийдикнинг факат иккинчи стакандагиси хира бўлса, бу простата бези ва уруғ пуфакчалари касалланганлигидан далолат беради. Сийдикнинг иккала стакандагиси ҳам хира бўлса (тотал пиурия), яллиғланиш процесси буйракда ёки қовуқда деб тахмин қилинади.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, сийдик-таносил аъзоларидаги ҳар қандай йирингли яллиғланиш процессида *пиурия* бўлавермайди. Масалан, буйракдаги ёки простата безидаги яллиғланиш процесси ёпик бўлса (сийдик йўллари билан туташмаса) *пиурия* бўлмайди.



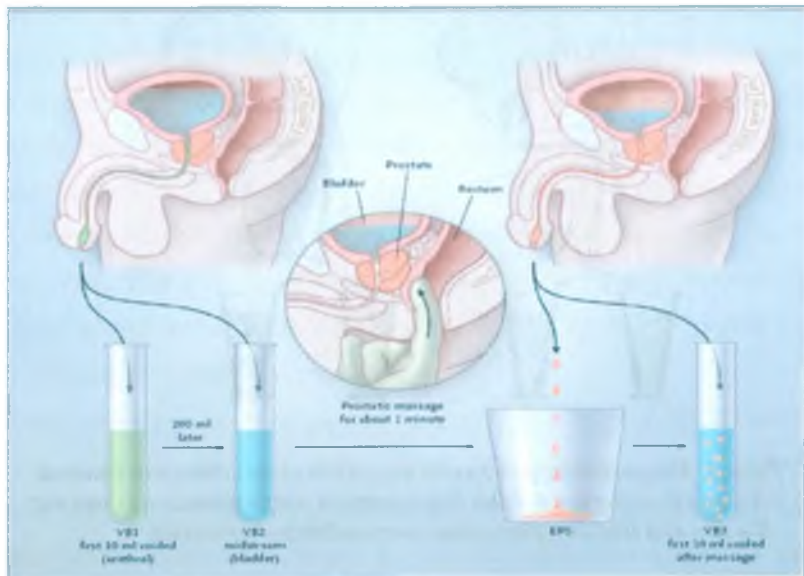
Расм 5. Макрогематурия ҳамда пиурияда икки стаканли синама.
А – қон ёки йиринг буйрак ёки қовуқдан ажралаётганда синама;
Б – қон ёки йиринг уртерадан ажралаётганда синама.

Мейерс-Стамей синамаси.

4 стаканли синама:

- Биринчиси - уретрал порция (VB1) - 10мл
- Сўнг 200 мл сийиб ташланади ва иккинчиси - қовуқ порцияси олинади (VB2) - 10мл.
- Кейин простата беzi массаж қилиниб, простата беzi суюқлиги олинади (EPS).
- Текширув охирида массаждан кейинги сийдик олинади (VB 3) - 10мл

Пиурия ҳарактерига ва унинг интенсивлигига қараб яллиғланиш процесси даражасини белгилаш мумкин. Масалан, пионефрозда сийдикда йиринг жуда кўп бўлади ва битта шу белгининг ўзи билан касалликни тўғри аниқлаш мумкин. Сийдик реакцияси ишқорий бўлса, сийдик йўлларида яллиғланиш процесси анча чуқур ўзгаришларга олиб келганида сийдик чўкмасини микроскопда текшириб лейкоцитларни топиб бўлмайди, чунки ишқорий муҳитда шакли элементлар парчаланиб кетади.



Расм 6. Мейерс-Стамей синамаси (4 стаканли синама)

Пиурия айрим касалликларда, масалан, пиелонефритда, буйрак туберкулёзида бирдан-бир белги бўлиши мумкин. Пиурия ҳеч қандай огриксиз давом этса, врач доимо ана шу касалликлар бор деб гумон қилмоғи лозим. Сурункали равишда пиурия кузатилган ҳар бир беморни врач чуқур текшириши ва пиурия сабабини аниқлаши шарт. Буйрак, қовуқ ёки жинсий безлар туберкулёзида касаллик мутлақо билинмай сурункали цистит сифатида давом этади. Узоқ вақт яширин (латент) давом этадиган пиурия бўлади.

Пиурия бўлган тақдирда яллиғланишни келтириб чиқарган микроорганизмни аниқлаш жуда муҳимдир. Чунки микроб аниқлангандагина касалликни рационал равишда этиопатогенетик даволаш мумкин. Сийдикда бактерияларнинг бўлиши **бактериурия** деб аталади. Бир қанча микроблар буйрак филтри орқали ўтиб сийдик йўллариغا тушади. Бу одатда организмда йирингли процесслар бўлганида, септик ва инфекциясиз касалликларда кузатилади.

Сурункали пиурия болаларда топилганида унинг сабаби сийдик йўллари аномалиялари (уретранинг клапанли тузилмаси, мегауретер, гидронефроз, уретероцеле) бўлишини унутмаслик керак. Шу билан бирга қовуқда тош бўлганида, қовуқ сфинктерининг гипертониясида ҳам сурункали пиурия бўлади. Кўпинча сурункали пиелонефрит сурункали пиурия сифатида давом этади.

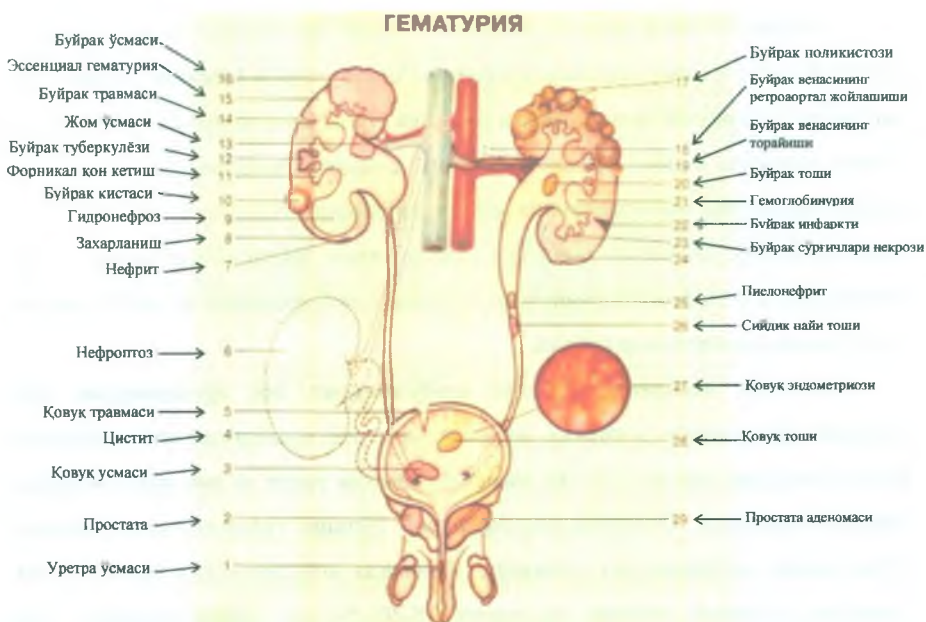
Пиурия бўлгани холда сийдикни оддий мухитларга экиб кўрилса, кўпинча унинг стерил эканлиги кўрилади. Ана шундай «*Асептик пиурия*» да даставвал туберкулёз ҳақида уйлаш лозим ва унинг микробини махсус усуллар билан кидириш керак. Бундай усулларга сийдик чўкмасини Циль-Нильсен усули билан бўяб бактериоскопия қилиш, сийдикни тухум-картошка мухитига Левенштейн усули билан экиш ёки қон мухитига Прейс-Школьников усули билан экиш, бемор сийдигини денгиз чучкачасига инъекция қилиб биологик усул билан текширишлар киради.

Сийдикда оксилнинг бўлиши *альбуминурия* ёки *протеинурия* деб аталади. Буйракнинг хирургик касалликлари деб аталадиган касалликларда оксил миқдори одатда 1 % дан ошмайди. Одатда сохта ва чин альбуминурия тафовут қилинади. Сийдикда қон ва йиринг бўлиши туфайли оксил топилса, бунини ёлғон альбуминурия дейилади. Сийдикда қон жуда кўп бўлса, оксил миқдори кўпайиб кетиши ва хатто 18-20 % га етиши мумкин. Чин альбуминурия буйраклардаги яллигланиш ва дегенератив процессларга боғлиқ бўлиб, буйрак коптокчалари мембраналарининг шикастланиши туфайли юзага келади.

Сийдикда цилиндрларнинг бўлиши *цилиндрурия* деб аталади. Урологик касалликларда *гиалин цилиндрлардан* бошқаси жуда камдан-кам учрайди.

Сийдикда қон бўлиши *гематурия* деб юритилади. *Микроскопик гематурия* жуда кўп урологик касалликларда учрайди. Шунинг учун ҳам диагностик қиммати *макрогематурия*дек эмас. Макрогематурияни уретроррагиядан фарқ қилмоқ лозим. Сийдик каналидан қон ажралиб чиқишига уретроррагия дейилади, у сийдишга боғлиқ бўлмайди. Уретроррагия уретранинг

шикастланиши ва айрим касалликлариди бўлади. Макрогематурия жуда муҳим ва аҳамиятли симптомлардан биридир. Макрогематурия кўпроқ буйрак ва сийдик йўллари ўсмаларида учрайди. Макрогематурияда қон тўхтатувчи дори-дармонларни беришдан аввал унинг қаердан келаётганлигини (расм 7) ва сабабини аниқлаш лозим.



Расм 7. Гематурия сабаблари

Юқориди таърифланган икки стакан пробаси (расм 5 га қаралсин), баъзан макрогематурия манбаи локализациясини аниқлашга ёрдам беради. Агар қон сийдикнинг биринчи қисмида бўлса (бошланғич, *инициал гематурия*), патологик процесс уретрада эканлигини кўрсатади. Бордию, қон фақат иккинчи стаканда бўлса (*терминал гематурия*), патологик процесс қовуқда ва кўпроқ унинг бўйин қисмида эканлигидан дарак беради. Шу билан бирга қон иккала стаканда ҳам бўлиши мумкин (*тотал гематурия*). Бунда гематуриянинг манбаи буйракда ва юқори сийдик йўлларида ёки қовуқда бўлади. Бундай

холларда цистоскопия қилмасдан қон оқаётган жойни, яъни манбани белгилаб бўлмайди. Сийдикда қон лахталари бўлса, гематурияни топик жихатдан белгилаш мумкин, масалан, қон лахталари шаклсиз бўлса, қон оқаётган жой қовуқда бўлади. Бироқ қон юқори сийдик йўлларида ҳам келаётган ҳам бўлиши мумкин. Сийдикдаги қон лахталари чувалчангсимон бўлса, қонаган жой буйракда ва юқори сийдик йўлларида деб айтиш мумкин. Чунки чувалчангсимон қон лахталари сийдик найининг шаклини такрорлайди. Топик диагноз қўйиш учун гематурияда оғриқнинг локализацияси ҳам муайян роль ўйнайди. Одатда оғриқ касал буйрак томонда бўлади. Буйрак ва юқори сийдик йўлларидаги ўсмаларида оғриқ гематуриядан кейин пайдо бўлади, нефролитиазда эса аксинча, оғриқ аввал пайдо бўлади, сўнг гематурия юзага келади.

Тотал гематурия бир қанча урологик касалликларда кузатилади, лекин кўпроқ ўсмаларда, буйрак туберкулёзининг бошланғич формаларида, буйрак сўргичлари некрозида, травмаларда, нефролитиазда, пиелонефритда бўлади. Макрогематурия кўпинча сийдик-таносил системаси органларидаги ўсма касалликлари белгиси эканлиги назарда тутиб врач ундай беморни зудлик билан эндоскопик текширувдан ўтказмоғи лозим (гематурия бўлган вақтда цистоскопия қилинса, қон қаердан оқаётганлиги дарҳол аниқланади), бордию, бундай қилишнинг имкони бўлмаса, беморни дарҳол касалхонага жойлаштириш керак.

Гематурия мустақил касаллик эмас, балки бир қанча оғир касалликларнинг белгиси холос. Бинобарин гематурияни «даволаш» керак эмас, унинг асли сабабини аниқлаб, ана шундан кейингина этиопатогенетик даво тадбирларини кўрмоқ лозим.

Аёлларда менструация бошланишидан олдин қовуғидан шиллик равишда қон оқса, бу қовуқ эндометриозидан дарак беради.

Қоннинг айрим касалликларида, заҳарланганда қаттиқ куйгандан кейин, мос келмайдиган қон қуйилганда **гемоглинурия** пайдо бўлади. Гемоглинуриядан сийдик қип-қизил тусга кирса ҳам тиниқлигини сақлаб

колади. Таркибида қон пигментлари бўлган бундай сийдикни микроскопда текширилса, эритроцитлар мутлақо бўлмаслиги ёки бита-иккита топилиши мумкин. Диагнозни белгилашда қондаги ва сийдикдаги эркин гемоглобини ва метгемоглобинни спектроскопик усул билан аниқлаш хал қилувчи роль ўйнайди.

Миоглобинурия оёқ-қўлларнинг ёки тана йирик мускулларининг травматик эзилиши ёки мажакланишида кузатилади. Бундай оғир ҳолатни мажакланиш ёки эзилиш синдроми (Crush syndrom) деб аталади. Бунда буйрақларда жуда оғир ўзгаришлар руй беради. Мажакланган мускуллардан ўз таркиби жихатидан гемоглобинга яқин бўлган миоглобин қонга тушади ва кейин кўп миқдорда буйрақларга келади. Миоглобин молекуласи гемоглобинникига қараганда 3 марта кичикдир. Шунга кўра миоглобин тез орада қондан буйрақлар орқали чиқиб кетади ва уни сийдикда осонгина топиш мумкин. Буйрақлар токсик зарарланганида ва қон қуюқлашиб қолганида бу пигмент сийдик кислотаси билан бирга сийдик каналчалари тешиқларида тўпланиб қолади ва шу йул билан буйрақнинг ўтқир етишмовчилигини янада кучайтиради. Миоглобинурияда сийдик кизил-қўнғир рангга киради, микроскопда текширилганда жигар ранг қўнғир рангли пигменти борлиги аниқланади.

Пневматурия - сийдик билан ҳаво ёки газнинг чиқишидир. Ҳаво ёки газ сийишнинг охирида ўзига хос овоз билан чиқади ва пуфак ёки кўпикка ухшаб уретранинг ташқи тешигида билинади. Пневматурияга қўйидагилар: 1) цистоскопия ёки уретерлар катетеризацияси вақтида ҳавонинг сийдик йўлларига кириб қолиши ё бўлмаса цистография, пневмопиелография мақсадларида газ (кислород, карбонат кислота) киритилиши; 2) сийдик йўлларида ташқарига очилган фистула бўлганида ҳавонинг спонтан равишда кириб қолиши; 3) ичак-сийдик йўллари фистулалари ёки қовуқ –қин фистулаларида ичакдаги газнинг сийдик йўлларига кириб қолиши; 4) бактерияларнинг сийдик йўлларида ва айниқса диабетда газ ҳосил қилиши сабаб бўлади.

Липурия – сийдикда турли ёғ моддаларнинг бўлишидир. Липурия найсимон суякларнинг кўпчилиги синганида, диабетда, баъзан эса ёғлик овқатни кўп истеъмол қилганда буйрак капиллярларига ёғ эмболлари кириб қолиши натижасида юз беради, одатда буни сийдик юзасида ёғ парчалари кўриниб туришидан аниқланади.

Хилурия – сийдикда лимфанинг бўлиши бунда сийдикнинг кўриниши сутга ухшайди йирик лимфа томирлари билан сийдик йўллари ораси қўшилиб кетгудай бўлса, хилурия юзага келади. Сийдик йўллари лимфа томирларининг шикастланиши яллиғланиш процесслари, кўкрак лимфа йўлини эзиб қўювчи травма ва ўсмалар натижасидир. Бунда кўкрак лимфа йўлининг тармоқлари бевосита буйрак жомига очилиб қолиши мумкин. Бундан ташқари, *хилурия* турли паразитлар, масалан, филария (*Filaria bancrofti*) нинг сийдик йўллариغا кириб қолиши натижасида ҳам содир бўлади.

Гидатурия (эхинококкурия) да эхинококкнинг қиз ёки невара майда пуфакчалари бўлади. Бу майда пуфакчалар буйракдаги гидатидоз пуфакнинг ёрилиши натижасида буйрак жомига тушиб қолади. Майда пуфакчалардан ташқари, сийдикда ёрилган катта пуфакчаларнинг пўстлоқлари ҳам худди эзиб ташланган узум донасига ўхшаб кўринади. Ана шундай вақтларда сийдик чўкмасини микроскоп остида текширилса, паразит илмоқлари топилади. Юқорида айтиб ўтилган пўстлоқларни микроскопда кўрилганда гидатидоз эхинококка хос тузилишга эга эканлиги маълум бўлади.

Сийдикнинг миқдорий ўзгаришлари

Урологик касалликларда сийдик фақат сифат томонидан ўзгармасдан миқдор жиҳатидан ҳам ўзгаради. Иқлими иссиқ ва қуруқ бўлган жойларда суюқлик кўп истеъмол қилинишига қарамай сийдик миқдори камайиб кетади. Чунки бунда истеъмол қилинган суюқликнинг анчагина қисми тер безлари орқали чиқиб кетади.

Истеъмол қилинган суюқликка нисбатан сийдикнинг миқдори камайиб ёки кўпайиб кетса, бу ҳолатда организмда касаллик борлигини кўрсатади, бироқ бундай ҳолат доимо буйрак касалликларига боғлиқ бўлавермайди. Масалан,

организмда шиш бўлганида истискода (асцит), ич кетганида тез-тез қусганда, кўп қон юқотганда, шок ва бошқаларда сийдик миқдори камайиб кетади. Организмдаги шиш, асцит йўқола борса, сийдик миқдори кўпаяди. Қанд касаллиги ёки қандсиз диабетда бемор кўп сияди. Сийдик миқдорининг кўпайиши *полиурия* деб аталади.

Полиурия суюқликни кўп истеъмол қилинганда соғлом одамларда ҳам бўлиши мумкин. Лекин кўпинча сийдик миқдорининг ортиб кетиши касалликдан дарак беради.

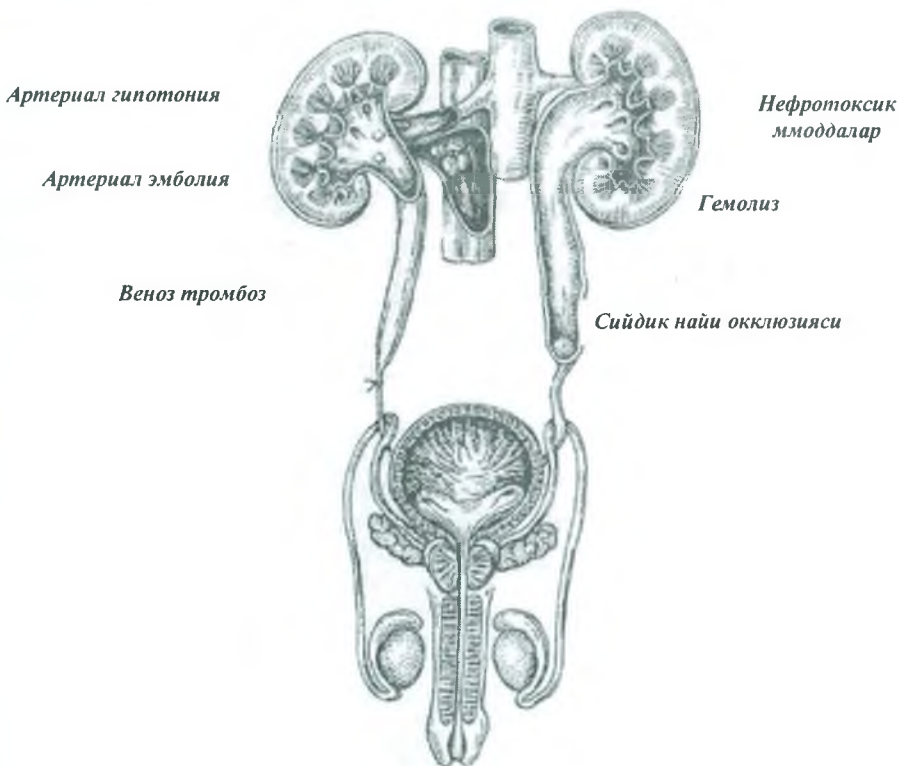
Полиурияда сийдик миқдори кўп бўлишидан ташқари сийдикнинг солиштирма оғирлиги жуда пасайиб кетади (1,000-1,015). Қандли диабет касаллигида эса сийдик миқдори кўп бўлиши билан бир қаторда солиштирма оғирлиги юқори бўлади (1,030 атрофида ва ундан юқори). Урологик касалликлари бор беморларда полиуриянинг бўлиши буйраклар қонцентрацион функциясининг сусайиб кетганлигини кўрсатади. Сурункали пиелонефритда, простата аденомасида, буйраклар поликистозида ана шундай бўлади. Баъзан турли диагностик ва даво процедураларидан кейин, масалан, қовуқ ёки уретерни катетеризация қилгач рефлектор равишда *полиурия* бўлиши мумкин.

Олигурия – сийдик миқдорининг анча камайиб кетиши. Олигоурия суюқликни кам истеъмол қилганда физиологик ходиса ҳам бўлиши мумкин. Бунда сийдикнинг солиштирма оғирлиги жуда юқори бўлади. Амалда бир сутка давомида бир киши 100 мл дан 600 мл гача сийса, буни олигурия дейилади. Олигурия урологик касалликлардан ташқари бошқа касалликларда ҳам бўлади. Масалан, касаллик ич кетиш, тез-тез қусиш, қон кетиши, иситма билан давом этса, олигурия бўлиши мумкин. Олигурия юракнинг баъзи касалликларида ва ўтқир нефритда ҳам кузатилади. Сабабларига кўра преренал, ренал ва постренал олигурия тафовут қилинади.

Олигурияда буйракнинг филтрацион, реабсорбцион ва секретор функциялари бузилади. Бунда сийдик сувга ухшайди, унинг солиштирма оғирлиги жуда паст бўлади.

Буйрақлар сийдик ажратмаса ёки сийдик буйрақлардан ковокка тушмаса, бундай оғир ҳолатни *анурия* деб аталади. Айтиб ўтилган иккала ҳолатда ковок бутунлай бўш бўлади. Келиб чиқиш механизмларига қараб ануриянинг қуйидаги 3 та тури фарқ қилинади: а) *преренал анурия*, б) *ренал анурия*, в) *постренал анурия* (расм 8).

Ануриянинг дастлабки 2 тури *секретор анурия* деб ҳам аталади. Чунки буйрақлар сийдик ажратмайди; учинчи турини эса *эксcretор анурия* дейилади: буйрақлар сийдик ажратади, лекин у ковокка тушмайди.



Расм 8. Ануриянинг асосий сабаблари

Преренал анурия буйрақларнинг қон билан таъминланиши кескин бузилганлиги натижасида пайдо бўлади. Қўп қон йўқотиш, шок, оғир умумий травма, ўткир интоксикация оқибатида қоллапс вужудга келади, бу эса ўз навбатида буйрақларнинг қон билан таъминланишини бузади.

Буйракларнинг ўткир етишмовчилиги билан давом этадиган ва сийдик хосил бўлишини тўхтатиб қўядиган касалликлар *ренал анурияга* сабаб бўлади. Буларга ўткир гломерулонефрит, ўткир пиелонефрит, эклампсия, буйраклар эмболияси ва инфаркти, сулема, углерод тетрахлорид ва бошқалар билан захарланиш натижасида вужудга келадиган ўткир некротик тубуляр нефроз (сулемалик буйрак деб шунга айтилади), криминал аборт (гиперкалиемия, анаэроб инфекция), мажакланиш синдроми, гепаторенал синдром, миоглобинемия ва гемоглобинемия (мос келмайдиган кон қўйиш) натижасида буйракларнинг зарарланиши киради. Буйрак аплазияси асосида ёки туғма ягона буйракни олиб ташлаш натижасида вужудга келадиган ва камдан-кам учрайдиган анурия ҳам секретор анурия ҳисобланади.

Постренал анурия бошқача қилиб айтганда экскретор анурия деб аталади. Бу юкори сийдик йўлларида сийдикнинг юришига тускинлик қилувчи механик факторлар (буйрак жомлари ёки уретерларда икки томонлама тош бўлиши, уретерларга туз ёки кон лахталари тикилиб қолиши, сийдик йўлларининг ўсмалари билан эзилиши, гинекологик операциялар вақтида уретерларни билмасдан бойлаб қўйиш ва хоказо) оқибатида юз беради. Уретерларни катетеризация қилгач ёки эндовезикал манипуляциялардан кейин ҳам баъзида экскретор анурия юзага келиши мумкин. Бундай анурия юкори сийдик йўлларининг спазми ёки уретерларнинг сегментар шиши натижасида содир бўлади.

УРЕТРАДАН ПАТОЛОГИК АЖРАЛМАЛАР ВА СПЕРМАДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Жинсий система органлари касалликларига тўғри диагноз қўйишда сийдик каналининг патологик чикиндиликларини текшириш ва спермадаги ўзгаришларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Уретрадан патологик ажралмалар

Уретранинг яллиғланиш касалликлари (уретрит) да сийдик чикариш каналидан йирингли чикинди ажралиб туради. Унда турли касалликларнинг

микроблари – кўзгатувчилари (гонококклар, носпецифик флоралар, трихомонадалар ва бошқалар) бўлади. Гонорея ва трихомонада уретритларида бўладиган уретра чиқиндиларининг характери ўзга хил бўлади.

Сперматорея – эрекциясиз, оргазмсиз ва ўзига хос эякуляцион тўлқинсиз уруғнинг йўқотилиши. Сперматореянинг поллюциядан фарқи ана шунда. Орқамия травмасининг асорати ва оғир миелитда ўзлуксиз сперматорея кузатилади. Сперматорея кўпинча вақти-вақти билан, ич кетганда дефекация вақтида ва баъзан сийиш вақтида содир бўлади. Айни вақтда қорин мускуллари қаттиқ қисқариши билан тўғри ичак ва уруғ пуфакчалари қисқаради. Сийдикда сперматозоидларнинг кўп миқдорда бўлиши везикулит оқибати ҳисобланади (**сперматурия**).

Простаторея – сийиш вақтида (кўпинча охирида) ёки дефекация вақтида уретрадан простата безининг ўзгармаган ёки ўзгарган секретининг сперматозоидсиз чиқиб туриши. Чиқиндини микроскопда текшириб простатореяни аниқлаш мумкин. Простаторея доимо ҳам касаллик аломати бўлавермайди. Масалан, дефекация вақтида простата эзилиб секретни механик равишда чиқиши мумкин. Бошқа бир вақтда эса простата чиқарув найларининг парези (простата атонияси) оқибатида вужудга келади. Массаж қилиш йўли билан простата секретини олиб текширилса, нормал шаклий элементлар билан бирга лейкоцитларни, микробларни топиш мумкин. Жинсий неврастенияда кўпинча простаторея бўлади.

Спермадаги ўзгаришлар

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) нинг 5- қўлланмасида кўрсатилишича эякулятни текшириш қуйидаги тартибда амалга оширилади:

Эякулятни текшириш №

Беморнинг исми, шарифи, отасининг исми _____
Ёши _____
Сақланиш муддати (N 72 соат) _____
Эякулятнинг физик кимёвий хусусияти: _____
Ҳажми (N 2-5мл) _____

Ранги (N кулранг-сут рангида) _____
 Консистенцияси (N ёпишкок) _____
 Хиди (специфик хидга эга) _____
 Суюлиши (разжижение) (N то 60 минутгача) _____
 рН (7,2-7,8) _____
 Чўзилувчанлиги (вязкость) (N то 2 смгача) _____

Даволовчи врач:
 Лаборант:

ЖССТнинг тавсияларига кўра эякулятнинг норматив кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Натижа	Норма ЖССТ 1999 й.	Норма ЖССТ 2010 й.
1 мл эякулят таркибидаги сперматозоидларнинг миқдори		20-200млн/мл	15млн/мл
Эякулятдаги сперматозоидларнинг умумий миқдори			40млн/мл
Микроскопик текширув натижалари			
Сперматозоидларнинг агглютинацияланиши		йўқ	кузатилади
Сперматозоидларнинг агрегацияланиши		йўқ	йўқ
лейкоцитлар		1млн/мл	1млн/мл
эритроцитлар		йўқ	йўқ
Эпителиал хужайралар		1-2та	1-2та
Сперматогенезнинг етилмаган хужайралари		2-4та/ хар 100та сперматозоиддан	2-4та/ хар 100та сперматозоиддан
Кинезисограмма (сперматозоидлар ҳаракати)			
А (тўғри чизикли тез ҳаракатланиш)		25%	х
В (тўғри чизикли суст ҳаракатланиш)		25%	
А + В (хаммаси тўғри чизикли ҳаракатланиши)		50%	32%
С (тартибсиз ҳаракатланиш)		2%	х
Д (ҳаракатсиз сперматозоидлар)		50%	х
Сперматозоидларнинг			

морфологик текшириш натижалари ЖССТ меъёрлари буйича (1999/2010йиллар)			
Нормал шаклдаги сперматозоидлар		30%	4%
Патологик шаклдаги сперматозоидлар		70%	
Сперматозоид бошчаси нуксони (дефекти)			
Сперматозоид бошчаси ва ўрта қисми нуксони (дефекти)			
Сперматозоид думи нуксони (дефекти)			
Имунологик текширув натижалари			
Sperm MarTest IgG		*50%	*50%
Sperm MarTest IgA		*50%	*50%

**Sperm MarTest: 10% - норма; 10-40% - эҳтимол инфекция мавжуд; 50% дан ортиқ - иммунологик беуштлиқ эҳтимоли бор.*

Сперматограмма хулосаси қуйидагича белгиланиши ва берилиши лозим:

Азооспермия (концентрация: =0,0 млн/мл, ҳажми >0,0 мл).

Олигозооспермия (концентрация: <20,0 (15) млн/мл).

Полизооспермия (концентрация: >120,0 млн/мл).

Астенозооспермия (ҳаракатчанлиги <25% категория А; <50% (32%)

категория А+В.

Некрозооспермия (ҳаракатчанлиги =0%).

Тертозооспермия (морфологик тури <30% (14%).

Аспермия (ҳажми=0,0мл).

Олигоспермия (ҳажми <2,0мл).

Ушбу меъёрлар ЖССТ 4- қўлланмаси асосида берилган, кавс ичида эса калин шриффт билан ЖССТнинг 5-қўлланмаси маълумотлари келтирилган.

Асперматизм (аспермия). Бунда жинсий кўзғалиш ва эрекция нормал бўлиб, организмда уруғнинг ишланиши бузилмаса ҳам жинсий алоқа вақтида

уруғ отилиб чикмайди. Бинобарин, асперматизм пуштсизликка сабаб бўлади. Асперматизмнинг механик ва нерв-психик хиллари тафовут қилинади. Механик асперматизмда уруғ йўлларида тўсик бўлиши туфайли уруғ ташқарига чикмайди (простатада, орқа уретрада, уруғ думбогида яллиғланиш ва чандик склеротик процесслар бўлганида; уруғ найларининг девиациясида, бундай уруғ қовуқка тушиб қолади). Асперматизмнинг нерв-психик турида эякуляция ҳам, оргазм ҳам бўлмайди. Эякуляция функцияда иштирок этувчи марказий ва периферик нерв системасида функционал ва органик ўзгаришлар содир бўлса, нерв-психик асперматизм вужудга келади.

Олигозооспермия (олигоспермия) – эякулятда сперматозоидлар миқдорининг етарли бўлмаслиги: 1 мл эякулятда 50 млн. ва ундан кам бўлиши. 1 мл эякулятда сперматозоидлар 20 млн. дан кам бўлса аёл хомиладор бўлмайди. Олигозооспермия кўпинча ривожланиш нуқсонлари (крипторхизм, мойяларнинг гипоплазияси ва хоказо) оқибатида, оғир инфекцион касалликлар, никотин, алкоголь интоксикацияси, ухлатувчи ва бошқа дорилар билан захарланиш, шунингдек, жинсий органларнинг травматик шикастлари ва яллиғланиш касалликлари натижасида юзага келади.

Эякулятни лабораторияда текшириш, мойяни биопсия қилиш, сийдикда гонадотропинни аниқлаш билан олигозооспермия диагнози қўйилади.

Азооспермия – эякулятда сперматозоидларнинг бўлмаслиги. Чин ва сохта азооспермия тафовут қилинади. Мойяларда сперматозоидлар ишланмаса, бунини сохта азооспермия дейилади. Сохта ёки обструктив азооспермия деб уруғ йўлларидаги тўсик туфайли сперматозоидларнинг ташқарига чиқмаслигига айтилади. Азооспермиянинг асосий хилдан ташқари яна идиопатик хили ҳам бор. Бу ривожланишнинг туғма нуқсонларида, чунончи, уруғ йўли қуйилиш жойи облитерациясида ёки иккала томон уруғ йўлларининг бир қисми туғилишдан бўлмаганида кузатилади.

Чин азооспермия мойялар яхши ривожланмаганлиги, икки томонлама крипторхизм, мойяларнинг механик шикастланиши, гидроцеле, варикоцеле оқибати ва шунингдек мойяларнинг специфик ва носпецифик яллиғланиш

процесслари натижасида сперматоген эпителийнинг атрофияси ва дегенератив ўзгариши оқибати бўлиши мумкин. Азооспермия гиповитаминозда, диабетда, рентген нурлари таъсирида ҳам бўлади. Обструктив азооспермия чин азооспермияга қараганда кўп учрайди ва асосан турли сабаблар билан юзага келган икки томонлама эпидидимитнинг оқибатидир. Бунда мойк ортиғида ва уруғ найларида турли чандиқлар пайдо бўлади ва у ердаги хилпилловчи эпителий нобуд бўлади. Азооспермияни микроскопда эякулятни текшириш билан аниқланилади.

Некроспермияда эякулятда сперматозоидлар етарли миқдорда бўлса ҳам улар ҳаракатсиз ва яшашга қобилятсиз бўлади. Бироқ сперматозоидларнинг ҳаракатсиз бўлиши уларнинг нобуд бўлганлигидан дарак бермайди. Махсус эритмаларга солиб ёки бир оз қиздирилгандан кейин ҳам сперматозоидлар ҳаракатланмаса, некроспермия деб диагноз қўйиш мумкин. Сарик ёки хаво ранг эозин билан махсус буялса, тирик сперматозоидлар ўзига рангни юқтирмагани холда, ўлик сперматозоидлар ўша рангларга бўялиб қолади. Одатда сперматозоидларнинг етилиш процесси мойк ортиқларида тугалланади. Ана шу мойк ортиғида патологик ўзгаришлар, шунингдек, простата бези ва уруғ пуфакчаларидаги яллиғланиш процесслари натижасида некроспермия вужудга келади. Эякулятни текшириш билан диагноз қўйилади.

Гемоспермия – спермада қоннинг бўлиши. Одатда чин ва сохта гемоспермия тафовут қилинади. Чин гемоспермияда қон уруғларга мойкларда, уруғ чиқарувчи йўлларда, простата безида ёки уруғ пуфакчаларида аралашиб қолади. Сохта гемоспермияда қон уруғга уретрада аралашади, шунга кўра эякулятда қип-қизил қон кўриниб туради. Мойк ортиқлари, простата бези, уруғ пуфакчаларининг ўткир ва ярим ўткир яллиғланиш процесслари кўпинча чин гемоспермияга сабаб бўлади. Бунда эякулят зангланган кўринишни олади. Гемоспермия простата бези ракиннинг ёки простата аденомасидаги қонгестив (димланиш) ҳолатнинг дастлабки белгиларидан бири бўлиши ҳам мумкин.

КЎРИК ПАЙТИДА АНИҚЛАНАДИГАН ВА ТАШХИСЛАНАДИГАН УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР

Паранефрит - бел соҳаси терисининг кизариши, таранглашуви, шиш, асимметрия аниқланади.

Қовуқ соҳасидаги ҳажмий хосила - ўткир сийдик тутилишида, қовуқ ўсмалари, травмаларида кузатилади.

Қовуқ экстрофияси - қовуқнинг олдинги девори нуқсони. Кўрик пайтида қориннинг пастки соҳасида олдинги девори бўлмасдан ўрнига қовуқ орқа девори, сийдик найларининг ташқи тешиклари ва улардан сийдик чиқиб туриши аниқланади (расм 9).



Расм. 9. Қовуқ экстрофияси

Урахус - эмбрионал ривожланиш даврида сийдик йўлининг битмай қолиши сабабли “қовуқ-киндик оқмаси” пайдо бўлади. Амалиётда бу “намланадиган киндик” шаклида намоён бўлиб, сийдик хиди анқиб туради.

Крипторхизм - эмбрионал ривожланиш даврида битта ёки иккала мойкнинг ёрғоқга тушмай қолиши (чов ва абдоминал тури мавжуд), бир ёки икки томонлама бўлади.

Анорхизим - туғма икала мойкнинг бўлмаслиги. Крипторхизимдан фарқи УТТда қорин бўшлиғида, чов канали соҳасида мойк аниқланмайди ва гормонал ўзгариш ҳисобига иккиламчи жинсий белгилар етарли ривожланмайди.

Моноорхизм - туғма бита мойкнинг бўлмаслиги (халқ орасида бу ҳолатни "як мояк" дейилади).

Полиорхизим - ёрғоқда иккитадан ортиқ мойкнинг бўлиши.

Гипоганадизим - андроген дефицит ҳолат ҳисобланади. Эмбрионал, ўсмирлик ва етуклик ёшида ўзгаришига кўра клиник белгилари ҳар хил бўлади: бўйи калта, жуссаси кичик, жинсий ривожланишдан орқада қолиш, эрекция бузилиши, гинекомастия, танада тукланишни бузилиши (соқол, мўйлов чиқмаслиги), мойкларнинг кичкина бўлиши (< 5мл) ва х.к.

Мояклар гипоплазияси - мойк ривожланишининг ва функциясининг бузилиши.

Мояклар аплазияси - ёрғоқда мойклар йўқлиги.

Микрофаллос (mikropenis) - жинсий олатнинг туғма кичик бўлиши (< 9 см). Тестостерон гормонининг фетал (туғма) етишмаслиги оқибатида келиб чиқади.

Эниспадия - уретра олдинги девори нуқсони бўлиб уретранинг ташқи тешиги ҳолатнинг дорсал юзасига очилади.

Гипоспадия - уретра орқа девори нуқсони бўлиб, бунда уретранинг ташқи тешиги (меатус) ҳолатнинг вентрал юзасига очилади.



Расм 10. Гипоспадия шакллари

Меатуснинг очилиш жойига кўра гипоспадиянинг олат бошчаси шакли, кертмак (венечная) шакли, олат танаси шакли, ёрғоқ ва оралиқ шакли фарқланади (расм 10).

Варикоцеле - мойяк ички веналарининг варикоз кенгайиши (II-III-даражаси яққол кўзга ташланиб туради).

Гидроцеле - мойякни ўраб турган қаватлар орасига суюқлик йиғилиши.

Пиоцеле - мойяк қаватлари орасига йиғилган суюқликнинг инфекция тушиши оқибатида йиринглаши.

Ёрғоқнинг қизариши, шиш - ўткир орхит, орхоэпидидимитда кузатилади.

Олат бошининг қизариши, шиш - постит, балонопостит аниқланади.

Фимоз - чекка кертмакнинг торайиб қолиши.

Парафимоз - чекка кертмак чўзилиб, закар бошчаси, унинг халқасидан ташқарига чиқиб қолиб, қайта ўз жойига кирмай қолади.

Олатни кийшайиши - жинсий олатдаги бирор бир каверноз таначанинг оқчил пардаси йиртилганда уша сохага қон тўпланиб гематома ҳисобига олат қарама қарши томонга кийшаяди. Каверноз таначаларнинг биронтаси ривожланмаслиги сабабли туғма ҳам бўлади.

МАВЗУГА ОИД ҲОЛАТИЙ МАСАЛАЛАР

№ 1

Бемор тез-тез, кўп миқдорда сийишдан шикоят қилади.

1. Бу симптом нима деб аталади?
2. Қайси касалликларда учрайди?
3. Даволаш тактикаси?

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тулиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Полиурия деб аталади, физиологик ва патологик турлари бор	2	1	0
2	Қандли ва қандсиз диабет, гломерулонефрит, УБЕ, СБЕ.	1,5	0,75	0
3	Этиопатогенетик даволаш чоралари ўтказилади	1,5	0,75	0

№ 2

Беморда тўсатдан ўткир сийдик тутилиши пайдо бўлган, тенезм билан.

1. Қайси текшириш усулларини қўллаш зарур?
2. Беморга ташхис қўйишда ёшининг аҳамияти борми?
3. Даволаш чоралари?

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тулиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Буйраклар, қовуқ, простата безини-УТТ; «peg-rectum» кўриш, обзор урография текширувларини ўтказиш лозим	2	1	0
2	Ёшининг аҳамияти бор	1,5	0,75	0
3	Қовуқ катетеризация қилинади, антибактериал терапия, спазмолитиклар қўлланилади; лозим бўлса оператив даво	1,5	0,75	0

№ 3

Беморнинг сийдиги ундаги лейкоцит ва бактериялар ҳисобига тиниқлигини йўқотган.

1. Яллиғланиш ўчоғи қаерда жойлашганлигини аниқлаш учун қайси энг оддий ва ҳамма вақт қўллаш мумкин бўлган текшириш усулларини ўтказиш керак?
2. Ушбу ҳолат қайси касалликларда кузатилади?
3. Даволаш тактикаси?

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Сийдикнинг ўрта порцияси умумий таҳлили, 2 ёки 3 стаканли синама	2	1	0
2	Сийдик йўллари инфекциясида, СТК, буйрак ва қовуқ ўсмаларида ва бошқа урологик касалликларда	1,5	0,75	0
3	Антибактериал терапия (антибиотикограммага асосан), дезинтоксикацион терапия	1,5	0,75	0

№4

Бемор буйрак соҳасидаги санчиқли оғриқ хуржидан ва сийдигида қон борлигидан шикоят қилади. Қайси бир белгининг аввал пайдо бўлганлигининг аҳамияти бор.

1. Аввал оғриқ пайдо бўлиши қайси касалликларга хос?
2. Аввал гематурия пайдо бўлиши қайси касалликларга хос?
3. Гематурияда УАШ нинг тактикаси?

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Агар оғриқ аввал пайдо бўлса: СТК, ўткир пиелонефрит, буйраклар ва сийдик ажратиш аъзоларининг шикастланишлари	2	1	0
2	Агар аввал гематурия бўлса:	1,5	0,75	0

	бўйрақлар ва сийдик аъзоларининг ўсма касалликлари			
3	Гематурия ўчоғини аниқлаш: 3 стаканлик синама, УТТ, обзор урография	1,5	0,75	0

№5

Бемор суткалик сийдигининг микдори жуда камлигидан ёки умуман йўқлигидан шикоят қилади. Қовуқда сийдик йўқ.

1. Бу симptomлар қандай аталади?
2. Қандай турлари тафовут қилинади?
3. Даволаш тактикаси?

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тулиқ жавоб	Нотулиқ жавоб	Жавоб йўқ
1	Олигоанурия ёки анурия деб аталади.	2	1	0
2	Преренал, ренал, постренал турлари тафовут қилинади.	1,5	0,75	0
3	Этиопатогенетик даво чоралари қўлланилади.	1,5	0,75	0

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Буйрак ўсмаларининг маҳаллий белгилари.

- a. Гематурия, буйрак соҳасидаги оғрик, катталашган буйракнинг пайпасланиши, ҳамда варикоцеле.
- b. Гематурия, варикоцеле, қон босимининг кўтарилиши.
- c. Буйракнинг пайпасланиши, баллотацияси, буйрак санчиги.
- d. Метастазларнинг аниқланиши, «оғриқсиз» гематурия.
- e. Буйрак ўсмалари маҳаллий белгисиз кечади.

2. Ўтқир буйрак етишмовчилиги (УБЕ) таърифи:

- a. УБЕ-буйрак қопқокчаларининг зарарланиши билан кечадиган касаллик бўлиб, бунда буйраклар функцияси бузилиши, қон босимининг ошиши, протеинурия ва юрак етишмовчилиги кузатилади
- b. УБЕ-экзоген ёки эндоген омиллар таъсирида иккала буйраклар секретер ва экскретор функциясининг тўсатдан бузилиши натижасида келиб чиқади.
- c. УБЕ-буйрак артерияларининг стенози туфайли келиб чиқадиган касаллик.
- d. УБЕ-гипергликемия, яъни қонда шакар миқдорининг ошиб кетиши сабабли келиб чиқадиган касаллик
- e. УБЕ-ўпка артерияларининг тромбоз болияси натижасида пайдо бўладиган касалликдир

3. Сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) таърифи:

- a. СБЕ-оғир патологик ҳолат бўлиб, асосан буйракнинг организм ички мухитини (гомеостаз) сақлаб туриш ролининг пасайиб кетиши ёки бутунлай бузилиши билан характерланади
- b. СБЕ-буйраклардаги ўсмалар сабабли ривожланади.
- c. СБЕ-буйрак эритремия сабабли келиб чиқадиган касаллик.
- d. СБЕ-буйрак веналарининг иккиланганлиги сабабли пайдо бўладиган касаллик.

е. СБЕ-оғир патологик ҳолат бўлиб, асосан буйракнинг сурункали касалликлари оқибатида буйрак коптокчалари ва каналчалари функциясининг прогрессив ёки бутунлай бузилиши натижасида, организм ички муҳитини (гомеостаз) сақлаб туриш ролининг пасайиб кетиши.

4. Буйрак санчиги сабаблари.

а. Юқори сийдик йўлларининг тўсатдан тош билан йиринг ёки кон лахтаси билан бекилиб қолиши, уретернинг ташқаридан босилиши (ўсма ёки гематома билан) ва бошқа сабаблар.

б. Сийдик найи шиллик қаватининг тош билан зарарланиши.

с. Буйраклардаги яллиғланиш жараёнлари, қовуқ тошлари.

д. Буйрак жоми шиллик қаватининг тош билан зарарланиши, простата безининг хавфсиз гиперплазияси.

е. Тўғри жавоб йўқ.

5. «Пастки сийдик йўллари симптомлари» тушунчасининг маъноси нима?

а. «Пастки сийдик йўллари симптомлари» деганда ирритатив ва обструктив симптомларнинг комбинацияси тушунилади.

б. «Пастки сийдик йўллари симптомлари» деганда сийдикни тутиб туролмаслик ёки сийишнинг бузилишига тушунилади.

с. «Пастки сийдик йўллари симптомлари» деганда қовуқнинг тўла бўшамаслиги тушунилади.

д. «Пастки сийдик йўллари симптомлари» деганда сийдик оқимининг пасайиши ёки қийналиб сийиш тушунилади.

е. Барча жавоблар тўғри

6. Сийдикни тутиб тура олмаслик симптомининг қандай сабабларини биласиз?

а. Детрузорнинг ностабиллиги.

б. Инфравезикал обструкциялар

- c. Детрузорнинг гиперактивлиги
- d. Тунги сийғоқлик.
- e. Сийдик оқмаларининг мавжудлиги.

7. Простата симптомлари - IPSS халқаро жадвалини қўллашнинг аҳамияти?

a. Пастки сийдик йўллари симптомларининг бор ёки йўқлиги, уларнинг ривожланганлик даражаси, беморнинг ҳаёт сифатини аниқлаш учун қўлланилади.

b. Пастки сийдик йўллари симптомларининг ривожланганлик даражасини аниқлаш учун қўлланилади

c. Беморнинг ҳаёт сифатининг бузилиш даражасини аниқлаш учун қўлланилади.

d. Пастки сийдик йўллари симптомларининг бор ёки йўқлигини аниқлаш учун қўлланилади.

e. Сийиш симптомларининг бор ёки йўқлигини аниқлаш учун қўлланилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Голигорский С.Д. "Очерки урологической семиотики и диагностики". Кишинев, 1969.
2. Едино́й Ю.Г. Неоперативное лечение мочекаменной болезни. Урология. Вып. 5. – Киев: Здоров'я. 1971; 45.
3. Жила В.В., Кушнирук Ю. И. Местный фибринолиз почек. Киев: Наукова Думка. 1986; 206.
4. Крикун А.С. Почечнокаменная болезнь. Киев, Наукова Думка 2008; 576.
5. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Том 2. М.: 1998.
6. Лопаткин Н.А. Урология. Учебник для ВУЗов М.: Гэотар-мед. 2007.
7. Национальное руководство по урологии. Под ред. академика РАМН Н.А. Лопаткина. М. 2009; 1000.
8. Пушкарь Д.Ю. Урология. Москва. «Геотар-Медиа» 2013; 384.
9. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей. – М.: Медицина. 1987; 255.
10. Рустамов У. М., Шодмонов А.К. Оценка компенсаторных возможностей микроциркуляторного русла почек при полной обструкции мочеточника. Журнал теоретической и клинической медицины. 2001; 4: 27-30.
11. Тиктинский О. Л. Уролитиаз. Л.: Медицина. 1980; 192.
12. Bick C., Brien G. Medikamentöse Metaphylaxe der Urolithiasis. Z. arztl. Fortbild. 1986. Bd. 80; 14: 581-585
13. Mazeman E. Biserte J., Foissac M. C. et al. Lithiase urinaire de l'enfant. Ann. Urol. 1982. V.16; 2: 69-78.
14. Schneider H. J. Urolithiasis: Therapy, Prevention. – Berlin – Heidelberg – New York – Tokyo: Springer Verlag. 1986; 355.
15. Viville Ch. Lithiase coralliforme et nephrotomie en bivalve chez l'enfant. Ann. Urol. 1982. V.16; 6: 337-340.

МУНДАРИЖА

Уросемиотика - урологик касалликлар симптомлари. Кириш.....	5
Машгулотнинг услубий режаси.....	6
Уросемиотика	9
Оғрик синдроми.....	10
Сийишнинг бузилиши – дизурия	15
Сийдикдаги ўзгаришлар. Сийдикнинг сифатий ўзгаришлари	21
Сийдикнинг микдорий ўзгаришлари.....	29
Уретрадан патологик ажралмалар ва спермадаги ўзгаришлар.....	32
Уретрадан патологик ажралмалар	32
Спермадаги ўзгаришлар.....	33
Кўрик пайтида аниқланадиган ва ташхисланадиган урологик касалликлар.....	38
Мавзуга оид ҳолатий масалалар.....	41
Тест саволлари.....	44
Адабиётлар.....	47
Мундарижа.....	48

Теришга берилди 2.11.2015 г. Чоп этишга рухсат этилди 5.11.2015 г.
Формат 42x60 1/16. Қоғоз офсет. Босма офсет.
Нашр ҳисоб л. 3. Адади 50 нусха. Буюртма № 270.

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