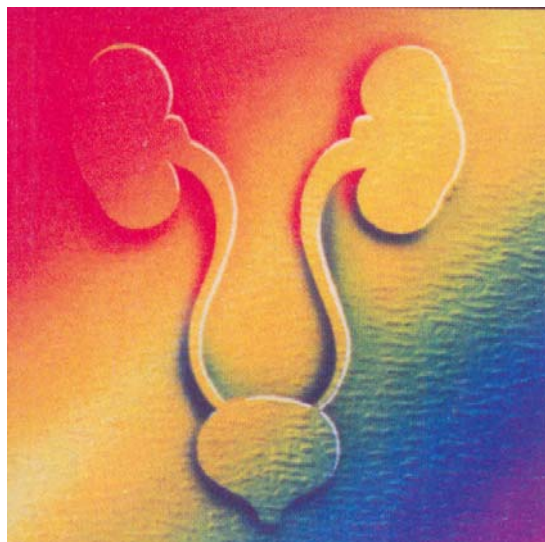


АЛЛАЗОВ С.А.

УРОЛОГИЯДАН МАЪРУЗАЛАР МАТНЛАРИ

Даволаш ва тиббий педагогика
факультетларининг
IV курс талабалари учун



Самарканд
2006 й.

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УРОЛОГИЯ КУРСИ

УРОЛОГИЯДАН МАЪРУЗАЛАР МАТНЛАРИ

Даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг
IV курс талабалари учун

Проф. С.А.АЛЛАЗОВ

Самарканд
2006–2007 ўқув йили

1-маъруза

Азиз талабалар, бугунги маърузамизни кундалик ҳаётда аёлларда жуда кўп учрайдиган цистит ва худди шунингдек эркакларда жуда кўп учрайдиган простатитларга бағишламоқчимиз.

Урология фанидан сиз муътабар талабаларимизга ўқиладиган маърузаларимизни айнан шу икки касалликдан бошлашимизнинг яна бир боиси, улар билан Сиз – бўлажак умумий амалиёт шифокорлари амалиётингизда жуда кўп тўқнаш келасиз, ва ҳар сафар текшириш ва даволашнинг асосий қисмини ўзингиз фаолият курсатаётган шаҳар ёки қишлоқ врачлик пунктида амалга оширишингизга тўғри келади.

Цистит

Цистит – қовуқ деворидаги инфекция-яллиғланиш жараёни бўлиб, бу жараён асосан унинг шиллиқ қаватига тарқалади.

Бу касаллик кўп тарқалган бўлиб, айниқса аёллар орасида муҳим муаммо бўлиб ҳисобланади. Аёлларнинг 20–29% ўз ҳаётларида циститни бошидан ўтказган бўлади, 10% и эса сурункали такрорланувчи циститлар билан оғриб юради.

АҚШ да йилига 3 млн. атрофида аёллар врачларга дизурия туфайли мурожаат қиладилар.

Цистит қиз болаларда, ўғилларга нисбатан 3 марта кўпроқ учрайди, ва у кўпинча 4 ёшдан 12 ёшгача пайтда кузатилади.

Этнологияси. Урокультурани текширган пайтда циститнинг сабаби кўпинча грамм-маҳфий микроорганизмлар оиласига мансуб ичак таёкчалар топилади. Асоратланмаган сийдак инфекцияси пайтида кўзгатувчиларнинг 80% ини

ичак таёкчалари штаммлари ташкил қилади. Бошқа хил кўзгатувчилар - Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus – кўпроқ госпитал инфекция тарикасида яъни беморларга инструментал текширилган ёки кўп муддат антибиотиклар қўлланилган тақдирда кузатилади. Қатор ҳолларда циститларга анаэроб микроорганизмлар, хламидий, уреоплазмалар сабаб бўлади. Хламидий инфекцияси аёлларда 33-42% топилади, қиз болаларда албатта анча камроқ, 6,6% кузатилиши мумкин.

Патогенези. Микроорганизмлар қовуққа ҳар хил йўллар билан етиб келиши мумкин:

1) кўтарилувчан йўл – сийдик чиқариш канали ва оногенитал соҳасидан, шунинг учун бу йўл уретрал йўл деб ҳам айтилади;

2) тушувчан йўл – буйрак ва юқори сийдик йўлларида;

3) лимфоген механизм – тос соҳасидаги қовуқ атрофидаги аъзолардан;

4) тўғридан-тўғри йўл (per continuitatem) – қовуқ ёнидаги инфекция учоғидан унинг девори орқали шиллиқ қаватига ва бўшлиғига етиб келиши. Шунинг таъкидлаш керакки, аёлларда кўтарилувчан йўл билан циститлар энг кўп ҳолларда рўй беради.

Бунда аёлларда уретранинг анатомик тузулиши (қискалиги, уропатоген микроорганизмлар жуда кўп бўлган анал тешигига яқинлиги) уларда циститларнинг эркакларга нисбатан анча кўп учрашининг асооий омили деб ҳисобланади. Аёлларда уретранинг ички ярми, яъни кўндаланг қўнғир сфинктердан иборат проксимал қисми одатда стерил ҳолда бўлади, лекин дистал қисми 80% ҳолларда ораликдаги (интритус) микроорганизмларига ўхшаш микроблар билан эгалланган бўлади.

Тажрибаларда шу нарса исбот қилинганки, цистит юзага келиши учун қовуққа микроорганизмларнинг киритилиши яъни тушиши ҳали камлик қилади. Бунинг учун яна 2 та

омил ҳам мавжуд бўлиши керак:

1) бактерияларнинг ядгезия хусусияти;

2) пастки сийдик йўлларида уродинамиканинг бузилиши. Бактерияларнинг қовуқ уротелиясига ёпишиш ва шундан сўнг уларнинг шиллик қаватда кўпайишининг айниқса аҳамияти катта. Бактерияларнинг адгезия хусусиятини таъминлайдиган тузилмаси (структураси) адгезин дейилади ва улар ҳужайранинг юзасида жойлашган бўлади. Улар фимбрия деб аталадиган полисахаридлардан таркиб топган иплардан иборат бўлиб, уларни электрон микроскоплар, остида фарқлаш мумкин. Фимбриялар махсус молекуляр тузулишига эга бўлиб, ҳар қайсиси аниқ бир рецепторларгагина ёпиша олади ва шунга қараб, ҳар бир бактерия макроорганизмнинг тўғри келганига эмас, балки ўзига хос, махсус тўқималарига ёки ҳужайраларигагина ёпишиши (тармашиши) мумкин бўлади,

Шу билан бирга, шуни ҳам эътиборда тутиш керакки, соғлом ҳолда қовуқнинг шиллик қаватидаги эпителий усти шиллик қавати контрадгезив омил ҳисобланади. Шундай қилиб, интроитуснинг антиадгезив ва бактериид хусусиятлари аёлларда патоген микрофлоранинг кўпайишига йўл қўймайди.

Бу антиадгезив ва бактерицид хусусиятлар қатор омиллар билан белгиланади, жумладан:

1) кин ширасида УдА антителоснинг мавжудлиги;

2) кинда рН нинг пастлиги (бу – кинда гликогеннинг сут кислотасигача ферментация бўлиши билан боғлиқдир).

3) киндаги сапрофит флоранинг патоген микроорганизмга қарши таъсири.

Бу бирламчи химоя омиллари менопауза пайтида кин шиллик қавати атрофияси туфайли ёки ҳар касалликлар, масалан қандли диабетда, уларда модда алмашинуви сусайиб, барьер хусусиятини бажара олмай қолган ҳолларда ўз кучини йўкотади.

Қовуқнинг кўтарилувчан (ретроград) йўл билан инфекцияланишининг аниқ механизмлари мавжуд. Булардан энг асосийси органик ва функционал инфравезикал обструкция туфайли пастки сийдик йўлларида уродинамиканинг бузулишидир. Органик инфравезикал обструкция кўпинча туғма ёки кейинчалик юзага келган уретра ташқи тешигининг стенози туфайли юзага келади. Функционал инфравезикал обструкция эса сфинктернинг гипертонияси туфайли 25% ҳолларда кузатилади (детрузор – сфинктер диссенергияси). Албатта органик ва функционал инфревезикал обструкциялар бир вақтда ҳам кузатилади.

Бунда аёлларнинг сийиши аномал шаклда кечади: уретрада босим ошгач, сийдик бузилиши ламинар эмас, турбулент шаклида рўй бериб, уретра ичида айланма оқим (завихрения) юзага келади. Ана шу айланма оқим билан уретранинг дистал қисмида одатда мавжуд микроорганизмлар проксимал қисмида оқизиб олиб борилади ва бундай беморларда уретра везикал рефлюкс мавжудлиги натижасида уретрадан микроблар қовуқ бўшлиғига кириб кетади.

Инфекциянинг қовуққа киришига ҳар хил инструментал текширувлар (қовуқни катетеризация қилиш, эндоскопия) сабаб булиши мумкин. Бир хил аёлларда уретранинг ташқи тешиги киннинг анча ичкарасида жойлашган бўлиб, жинсий алоқа пайтида киндаги ва жинсий олатдаги инфекция уретрага ва ундан қовуққа йўналтирилиши мумкин. Цистит юзага келишини таъминловчи патогенетик омиллар асосан қуйидагилардир:

1) патоген микрофлоранинг қовуққа тушиши;

2) қовуқ деворида, кичик тосда қон айланишининг бузилиши;

3) қовуқнинг эвакуация фаолиятининг бузилиши;

4) организмнинг инфекцияга ҳимоя – қаршилиги қувватининг сусайиши;

5) қовуқ деворига химиявий моддалар ва сийдик билан

ажраладиган заҳарларнинг таъсири, радиацион терапия таъсири.

Ҳар ҳолда, қовуққа бактерияларнинг кириб келиши билан цистит ҳа деганда юзага келавермайди. Қовуқнинг девори ўтувчан уротелий билан қопланган бўлиб, у юқори сийдик йўлларида фарқли улароқ уч қаватдан иборат бўлиб, сийдик найчаси икки қават, буйрак бўшлиғи эса бир қават эпителий билан қопланган бўлади. Шунинг учун буйрак бўшлиғига тушган бактериялар дарҳол пиелит чақириши мумкин. Лекин қовуқда бу микроорганизмлар цистит чақиришга улгурмасдан энг юзаки қават билан ажралиб, қовуқдан чиқиб кетиши мумкин (переходной эпителий). Бундан ташқари клиник ва экспериментал текширишлар натижасида аниқланишича, қовуқ деворидаги уротелий полисахарид субстанция ишлаб чиқаради, у ҳимоя қаватини ташкил қилади.

Бу қават ишлаб чиқарадиган мукополисахарид субстанции антиадгезив факторга эга бўлиб, бу модда микроорганизмларни қоплаб олади ва сийдик билан элиминация қилинишига олиб келади.

Классификацияси

I. Стадияси (босқичи) бўйича:

- 1) ўткир,
- 2) сурункали.

II. Кечиши бўйича:

- 1) бирламчи;
- 2) иккиламчи.

III. Этиологияси ва патогенези бўйича:

- 1) инфекцион;
- 2) химиявий;
- 3) пострадиацион;
- 4) алларгик ва ҳоказо.

IV. Локализацияси ва тарқалиш даражаси бўйича:

- 1) ўчоқли;

- 2) диффуз;
- 3) бўйинча шакли;
- 4) тригонит.

V. Марфологик ўзгаришларга қараб:

- 1) катарал;
- 2) геморрагик;
- 3) ярали;
- 4) гангреноз;
- 5) интерстициал ва башқалар.

Агар ҳар қандай циститнинг ўзидан-ўзи юзага келмаслигини ва ҳар қандай циститнинг юзага келишига қандайдир бирламчи омил сабаб бўлишини ҳисобга оладиган бўлсак, циститларни "бирламчи" ва "иккиламчи" шаклларга бўлиш унча мақсадга мувофиқ эмасдек туюлади. Бу касалликнинг этиологияси ва патогенези ҳақида бизнинг билимларимиз чуқурлашгани сари, диагностика усуллари такомиллашиб бориши туфайли, "бирламчи" циститларнинг сабабларини топишимиз мумкин бўлади-ю ва улар ҳам "иккиламчи" циститлар қаторига кириб бораверади.

Патологик анатомияси. Яллиғланишнинг турли шакллари шиллиқ қаватнинг юзаки ўчоқли ўзгаришидан тортиб қовуқ деворининг ҳамма қаватлари ўзгаришигача кузатилиши мумкин. Ўткир катарал циститда қовуқнинг шиллиқ қавати шишиб, гиперемияга учрайди, унда лейкоцитлар инфильтрати кузатилади, лекин эпителиал қават сақланиб қолади. Яллиғланишнинг чуқурлашиши шиллиқ ости қаватининг зарарланишига ва қалинлашишига ҳамда эпителий қаватининг ажралиб кетишига олиб келади. Оғир йирингли яллиғланиш жараёнида қовуқ шиллиқ қаватининг айрим жойларида яралар пайдо бўлиб, уларнинг юзаси фибрин билан қопланиши ва бу жараён мушак қаватини ҳам эгаллай боради.

Маълумки, қовуқнинг деворида эмбриологик келиб чиқиши бўйича бир-биридан фарқ қилувчи зоналар бор.

Сурункали циститлар пайтида шу зоналар ҳар хил даражада зарарланади.

Дейлик, қовуқ учбурчаги соҳасидаги эпителийда кўпинча уротелийнинг гиперплазияси, ясси хўжайралар метаплазияси, Фон Браун эпителиал ўчоқлари шаклланади. Бу ўчоқлар уротелийнинг локал "профилизацияси" натижасида солид ўчоқли йиғинмалар пайдо бўлиб, уларнинг суб-эпителиал қўшувчи тўқималарнинг ичига инвагинацияси юзага келади.

Интерстициал цистит пайтида якка ҳолдаги яралар пайдо бўлиб, уларнинг туби фибрин билан қопланган бўлади. Хусусий пластинкада эса кучли яллиғланиш инфильтратлари пайдо бўлиб, улар лимфоцитлар, лейкоцитлар билан аралашган плазма хўжайралари ва семиз хўжайралардан ташкил топади. Биоптатнинг 1 мм² да 26 та семиз хўжайралар топилиши интерстициал циститнинг патогенетик белгиси ҳисобланади, бунда биоптатда албатта мушак қавати ҳам топилиши керак. Сурункали циститнинг кам учрайдиган шаклларига эозинофил, полипоид ва микотик циститлар киради. Эозинофил циститда хусусий пластинка ва мушак қаватидаги яллиғланиш инфильтрация йўли билан эозинофиллар бўлиши орқали характерланади. Полипоид циститда шиллиқ қаватда полипсимон дўмбоқлар эпителий билан қопланган хусусий пластик қаватнинг кўтарилиши натижасида юзага келади. Микотик цистит замбуруғлар туфайли пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Ўткир цистит сабаб бўладиган ҳодисалар (шамоллаш, инструментал текширишлар, жинсий алоқа ва ҲАК.) дан кейин сийишнинг тезлашиб, оғриқ билан кечиши (дизурия), қовуқ ва оралиқ соҳасидаги оғриқ, сийишнинг охирида қон ажралиши билан бошланади.

Терминал гематурия кўпинча бўйинча цистити пайтида

Лъето учбурчаги ёки унинг бўйинчаси қисмида яллиғланиши натижасида қисқарганда қон ажралиши туфайли юзага келади. Бунда беморлар ҳар 15-20 минутда сийишга мажбур бўладилар. Сийдик лойқа бўлиши, унга кўп миқдорда бактерия, лейкоцитлар, десквомацияга учраган эпителий ва эритроцитлар аралашгани билан боғлиқ бўлади. Ўткир цистит пайтида одатда бирдан ҳарорат кўтарилмайди, чунки қовуқда резорбция, яъни инфекцияларга сийдикнинг ажралиши рўй бермайди, Бадан ҳароратининг баъзан кўтарилиши ва қалтироқ тутиши қовуқ – сийдик- найи рефлюкси туфайли кўтарилувчан пиелонефрит (рефлюкс-пиелонефрит) бошланганидан дарак беради.

Сурункали цистит жуда ранг-баранг клиник манзарага - қориннинг пастки қисмидаги арзимас дискомфортдан тортиб, қовуқ соҳасидаги кучли оғриқ, доимий кундузги ва кечасидаги поллакиурия, сийишга императив чакирувларгача эга бўлиши мумкин. Сурункали цистит кечиши бўйича икки хил вариантда бўлиши мумкин. Биринчи вариантда касаллик тўлқинсимон кечади: клиник белгилар кескинлашиб, дизурия кучайиш босқичи, ҳамма белгилари йўқолиб, лаборатория белгилари (йўқолиб) ҳам топилмайдиган ремисия даври билан алмашиб туради. Икинчи вариантда эса: клиник манзараси бир хил ўзгаришсиз давом этиб, қовуқ деворида актив сурункали яллиғланиш жараёни бир хил давом этаверади.

Беморлар интерстициал, пострадиацион ва химиявий циститлар пайтида айниқса кучли оғриқ ва доимий дизурияни сезадилар.

"Интератициал цистит" атамасини 1887 йили қовуқнинг барча қаватлари яллиғланган ҳолатлар учун биринчи бор таклиф қилган эди. Бу касаллик мустақил нозологик бирлик бўлиб, кўпинча аёлларда учрайди. Унинг этиологияси ва патогенезида кўп ноаниқликлар мавжуд. Беморлар дои-

мий кучли оғрик ва дизурияни сезиб юради ва сийиш суткасига 100-150 мартагача етиб боради. 10% беморларда касаллик туфайли қовуқ бужмая бориб, микроцист юзага келади. Бу касаллик аутоиммун табиатга эга бўлса керак.

Қовуқдаги энг юзаки қават асосли мукополисахаридлар муциннинг етишмаслигини патогенетик омил деб тахмин қилинади. Пострадиацион ёки химиявий циститлар пайтида ҳам дизурия жуда кучли бўлиб, сийдик билан баъзан некротик тўқималар ажрала бошлайди, кучли қонаш натижасида қовуқ тампонадаси кузатилиши мумкин.

Диагностикаси. Ўткир цистит диагностикаси унча қийин эмас, юқорида келтирилган белгилар (оғрик, дизурия, пиурия, терминал гематурия) диагноз қўйишга асос бўлади.

Диагноз лабораторик текширишлар билан (ўрта порциядан сийдикда кўп миқдорда лейкоцитлар топиш) тасдиқланади. Цистоскопия қилишнинг иложи бўлмайди (қовуқни тўлдириб бўлмайди). Худди шундай ультрасонография ҳам номинформатив, чунки қовуқнинг тўлиши қийин бўлади. Бу текшириш юқори синдик йўлларидаги ўзгаришларни топиш учун қўлланилади (буйрак тошлари, пиелонефрит ва ҳақ.) ёки аёлларда ички жинсий аъзоларининг ҳолати текширилади.

Сурункали циститнинг диагностикаси анча қийин бўлиб, бунда қуйидаги усулларни қўллашга тўғри келади:

- анамнездан гигиена ва сексуал одатларни таҳлил қилиниши;
- лабораторик текширишларни;
- сийдик-тоносил аъзоларни гинекологик столда қўриш;
- инструментал текширишлар (уретрани олиवासимон буж билан калибровка қилиш).
- уродинамик текширишлар;
- ультрасонография;
- цистоскопия, мультифокал биопсия.

Ҳозирги даврларда ҳам сурункали цистит билан цистальгияни бир биридан фарқ қилиш анча қийинчиликлар туғдиради.

Бу касалликни биринчи марта 1875 йилда келтиради, цитология атамасини эса 1928 йилда таклиф қилган.

Бундай касалликнинг ҳамма белгилари бактериал циститни эслатади; оғрикнинг кучайиши менструация, жинсий алоқа ёки руҳий ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади. Аммо инфекциянинг бунда аҳамияти бўлмайди, рентген ва инструмент текширишларда ўзгаришлар топилмайди.

Бу касаллик қандайдир функционал невроз сифатида кечади. Баъзилар эстроген етишмовчилиги билан боғлашади. Лекин шуниси борки, цистальгия тарикасида қатор касалликлар кечиши мумкин; детрузор- сфинктер диссенергияси, уретра кучсизлиги, парауретрал фиброз, хламидиоз.

Даволаш. Циститларни деволашда асосий эътиборни - пастки сийдик йўлларида санация қилишга қаратиш керак.

Антибактериал даволаш: бисептол - 480, грамури, не-виграмон, фурагин, ципрофлоксацин, рокситромицин, азитромцин. Аёлларда вагинал свечалар (масалан палин билан), колпит пайтида локал антимикроб даволаш.

Уретранинг органик ўзгаришларида оператив даволаш қўлланилади: ички уретратомия, қовуқ бўйинчасининг трансуретрал резекцияси; уретра тешигининг кин эктопияси пайтида - уретра дистал қисмининг транспозицияси; маҳаллий даволашга - қовуқ инстилляциялари қиради.

Интерстициал циститларни даволаш айниқса қийинчиликлар туғдиради. бунда медикаментоз терапия, инстилляциялар, фонофорез, қовуқни гидро бужлаш, лазеротерапия, оператив даволашда (қовуқ денервацияси) локал морфологик хусусиятларни ҳисобга олиш яхши натижаларга олиб келади.

Простатит

Простата беги унга гематоген ёки лимфоген йўллар билан инфекция кириб келиши, шунингдек, кўшни органлардан яллиғланиш процесслари (уретрит, цистит, эпидидимит) ўтиши натижасида яллиғланади. Простатанинг носпецифик яллиғланишига куйидаги микроблар сабаб бўлади: стафилококк, ичак таёкчаси, стрептококк ва содда жониварлардан трихомонада. Простата веноз чигали соҳасида қон димланиб қолиши натижасида вужудга келган гиперемиа ҳам простатит пайдо бўлишига сабаб бўлади (ич қотиши, геморрой, мастурбация, жинсий бузқлик, пархезнинг бузилиши, совуқ ўтиб қолиши, алкогольни суистеъмол қилиш ва бешқалар).

Патологик анатомияси. Катарал, фолликуляр, паренхиматоз, ва йирингладиган простатит тафовут қилинади.

Катарал формасида без бўлакчаларининг чиқарув наларигина яллиғланади. Маълумки, бу найлар уретранинг простата қисмига очилади.

Простатанинг фолликуляр формасида безнинг айрим бўлакчалари зарарланади. Яллиғланиш шиши фолликулярдан йирингнинг чиқиб кетишини қийинлаштиради, натижада майда абсцесслар пайдо бўлади ва простатанинг айрим қисмлари катталашиб кетади.

Паренхиматоз простатитда простата безининг барча бўлакчалари диффуз равишда йирингли яллиғланади, бунда процесс бўлакчалар орасидаги клетчаткага ва парaproстатик клетчаткага ҳам тарқалади.

Ўткир простатитнинг йирингладиган (абсцессланувчи) формаси паренхиматоз простатит ривожланишининг кейинги стадиясидир, бунда фолликулалар йиринглаб, ириб кетиб битта катта абсцессни ҳосил қилади.

Клиник манзараси. Касалликнинг кечишига қараб ўткир ва сунункали простатит тафовут қилинади.

Ўткир простатит клиникаси простата бегидаги

яллиғланиш процесси характериға боғлиқдир. Катарал простатитда касаллик симптомлари унча биринарли бўлмайди. Бунда уретра жизиллаб туради, бемор тез-тез (айниқса кечаси) сияди ҳамда сийиш охирида оғриқ сезади.

Фалликуляр простатитда одатда иситма чиқади, оралиқдаги оғриқ кучаяди ва зақарға ҳамда оралиққа тарқалади. Дефекацияда оғриқ зўураяди. Бемор тез-тез ва оғриқ билан сияди.

Паренхиматоз простатитда температура кўтарилиши билан бирға кучли титроқлар бўлади, касал ҳолдан тояди, иштахаси бўлмайди, Оралиқда ва қов устида доимий ва анча кучли, баъзан лўқиллайдиган оғриқ бўлади. Сийишға ва дефекацияға қийналади ва бунда оғриқ зўураяди. Баъзан сийдик тутилиб қолади.

Простата абсцессида бу симптомларнинг ҳаммаси кучайиб кетади. Одатда сийдик албатт тутилиб қолади ва беморға сепсис ҳолати юзаға келиши мумкин. Простата йирги уретраға, қовуққа, тўғри ичакқа ва қамдан-қам қорин бўшлиғиға тешилиб очилиши мумкин.

Сунункали простатит ўткир простатитнинг оқибати бўлиши ёки мустақил кассалик сифатида ривожланиши мумкин. Сунункали простатитнинг бактериал шакллари билан бирға асептик простатитлар ҳам бўлади. Бундай простатитлар простата бегидаги димланиб қолиш (конгестия) оқибатида (сексуал бузқликлар, фолликулалар атонияси) вужудға келади.

Сунункали простатитда продуктив яллиғланиш белгилари ривожланади, бунда қўшувчи тўқима ўсиб кетади ҳамда чандиқлар ва шиллиқ-йирингға тўлган бўшлиқлар (пуфаклар) пайдо бўлади.

Сунункали простатит турғун ва узоқ вақт давом этади. Бемор лохас бўлишини айтади, бел-думғўза соҳасида симилловчи оғриқ бўлади, жинсий фаолият бузилади, уйқусизликка йўлиқади, боши оғрийди, меҳнат қобилияти

пасайиб кетади. Эрталаблари уретрадан шиллик чикиб туради, баъзан простаторея кузатилади, яъни дефекация вақтида простата безининг секретини чиқади, бу секрет чиқарувчи найчалар мускулатураси тонусининг сусайиб кетганлиги натижасидир. Бемор тез–тез ва айниқса кечаси кўп сияди, уретрада ва ораликда кичишиш сезади.

Диагностикаси. Ўткир простатитни аниқлаш қийин эмас. Уни анамнезга асосланиб (дизурия, уретрадан шиллик ва йирингнинг чикиб туриши, ораликда оғриқ бўлиши), простатани тўғри ичак орқали бармоқ билан кўриб, сийдик чўкмасини ва простата бези секретини текшириб аниқлаш мумкин. Безни тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда унинг кепчиганлиги (пастозность), оғриши ва контурларининг текис эмаслиги маълум бўлади. Ўткир простатитда пальпацияни жуда охисталик билан бажариш керак; простатани массаж қилиш мумкин эмас. 3 стаканли проба ўтказилганида биринчи ва учинчи порцияларда лейкоцитлар бўлади. Охирги порцияда пиурия кўпроқ бўлади, чунки сийиб бўлиш охирида оралик мускулларининг қисқариши простата чиқарув найларига йирингнинг уретрага чиқишига сабаб бўлади.

Сунункали простатитда пальпация қилиб, простата безидаги ҳақиқий ахволни доимо ҳам тўлиқ билим бўлавермайди. Масалан, сунункали простатитнинг катарал ва фолликуляр формаларида простата безида ҳеч қандай ўзгариш топилмаслиги мумкин. Шунга қўра простата секретини массаж қилиш йўли билан текшириш муҳим аҳамият касб этади. Секретни микроскопда текширганда лейкоцитлар миқдорининг кўплиги, лецитин доналари миқдори эса қамлиги маълум бўлади. Бактериологик анализ қилиб касалликка сабаб бўлган микроорганизм тури белгиланади.

Давоси. Ўткир простатитда бемор кўрпа–тўшак қилиб ётиши даркор. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар бую-

рилади, уларни қанча муддат ишлатиш касалликнинг кечишига ва давонинг самарадорлигига боғлиқ. Шунингдек, оғриқ қолдирувчи ва антиспастик дорилар ҳам қўлланилади: беладонна ёри морфиндан шамлар қўйилади, 2% ли новокаин, антипирин ва пирамидон эритмаси 38–40°C гача қиздириб микроклизма қилинади. Иссиқ процедура (мойчечак қайнатмаси билан микроклизма, иссиқ ванналар) буюрилади. Простатитнинг ўткир стадиясида буж қиритиш, қовуқни катетеризация қилиш ва простатани массаж қилиш мутлақо мумкин эмас.

Простатада абсцесс юзга келса, уни албатта, операция қилиб даволаш лозим. Абсцессни оралик томондан кесиб очилади ёки ректумдан билиниб турса тўғри ичак орқали кесиб дренаж қилинади.

Сунункали простатитни даволаш кўпинча қийин бўлади. Даво тадбирлари простатадаги қон айланишини яхшилашга, ва без фолликулаларида тўхтаб қолган секрет эвакуациясини яхшилаш ҳамда инфекцияни йўқотишга қаратилади. Шу мақсадларда простата массаж қилинади, иссиқ процедуралар (микроклизма, утириладиган иссиқ ванналар), простата диатермияси, ректал балчик тампонлари ва бошқалар буюрилади. Дори моддалардан антибиотиклар флоранинг турига ва унинг айрим дориларга сезгирлигига қараб тайинланади. Шунингдек химиявий препаратлар (сульфаниламидлар, нитрофуранлар) ҳам берилади.

Бемор маълум режимни ушламоғи лозим. Унга енгил физкультура машқлари, сайр қилиш, совуқ сув балан артиб чиниктириш маслаҳат берилади. Пархез енгил хазм бўладиган таомлар истеъмол қилишдан иборатдир; спиртли ичимликлар ичиш ва кечқурун суюқлик истеъмол қилиш ман этилади. Ичининг ўз вақтида келиб туришига қатта аҳамият бермоқ лозим. Бундан ташқари қувватни оширадиган даво тадбирлари аутогемотерапия, витамино-

терапия ўтказилади.

Ўткир простатит пайтида ўз вақтида, айниқса патогенетик даво тадбирлари кўрсатилса, кўпинча тузалиб кетади. Берди-ю йирингли простатит ҳосил бўлса, абсцесс операция йўли билан дренажланмаса, сепсис ривожланиши ва йиринг атрофдаги органларга очилиши мумкин.

2-маъруза. **СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ.** **ПИЕЛОНЕФРИТ**

"Ҳам патогенези, ҳам клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятларига биноан буйракларнинг йирингли яллиғланишлари алоҳида гуруҳга ажратилиши лозим".

С.П.Фёдоров, 1923 йил.

Сийдик йўллари инфекцияси, Европа урологлари ассоциацияси таъбири бўйича, бактерияларнинг уротелийга кириб боришига нисбатан яллиғланиш реакциясидан иборат бўлиб, одатда пиурия ва бактериурия билан юзага келади.

Уларнинг бари асоратланмаган ва асоратланган шакллари бўлинади. Сийдик йўлларининг асоратланмаган инфекцияси пайтида сийдик йўлларининг структураси ва фаолиятида ўзгаришлар юзага келмаган бўлади. Сийдик йўлларининг асоратланган инфекцияси пайтида сийдик йўллари структураси ва фаолиятида шундай ўзгаришлар юзага келган бўладики, улар инфекциянинг янада кучайишига ва даволаш натижасининг сусайишига сабаб бўлиши мумкин.

Урология амалиётида сийдик йўлларининг ўткир инфекциялари алоҳида аҳамият касб этади. Шу нуқтаи назардан келиб чиқиб, биз куйида биринчи навбатда буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари устида тўхталамиз.

Терминологияси, классификацияси, учраши. Буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари деганда ушбу аъзоларнинг ҳар хил қисмларига инфекциянинг маҳаллий таъсири натижасида келиб чиққан яллиғланиш жараёни тушунилади. Бу инфекция омили буйракларнинг жом-косачалар системасига (ўткир пиелит) ва уларнинг тўқимасига (ўткир йирингли нефрит) таъсир қилиши мумкин. Шу маҳаллий инфекция омили туфайли бизлар кўриб чиқмоқчи бўлган касаллик хиллари бутун баданнинг бошқа соҳаларидан инфекциянинг иккала буйракка ҳам умумий таъсири натижасида юзага келадиган яллиғланиш жараёни - ўткир гломерулонефритдан фарқ қилади.

Буйраклардаги "урологик" яллиғланишларни "терапевтик" яллиғланишлардан тафовут қилиш ва бунда бутун бадандаги эмас, балки маҳаллий (аъзодаги) инфекцияни тушуниш мақсадида биз "буйракларнинг инфекцион-яллиғланиш касалликлари" терминини ишлатамиз.

Бу касалликлар кўп йиллардан буён маълум бўлиб, тасдиқлашларича (F.Kincaid Saith, 1979) Gullielmo (1210-1280 йиллар) томонидан "duries in rembus" деб аталган. Анча олдин, яъни 1012-1028 йилларда, Абу Али ибн Сино томонидан ёзилган "Тиб қонунлари" китобида аса бу касалликлар аниқроқ қилиб, "буйракларнинг йиринглаши" сифатида келтирилади.

"Ўткир пиелонефрит" атамаси (термини) буйракдаги яллиғланиш жараёнининг барча шаклларини қамрай ололмаслигини, унга асосланиб касалликнинг келиб чиқиш механизминини ва даволаш йўлларини ишлаб чиқиш қийинлигини ҳисобга олиб, унинг ўрнига "буйракларнинг

ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари" тушунчасини ишлатамиз. Бу билан касалликнинг ҳамма хиллари камраб олинади, айрим топик формалари (шакллари)га объектив равишда ажратилади ва ўша ҳар бир формаси учун даволашнинг алоҳида усуллари ишлаб чиқиш мумкин бўлади.

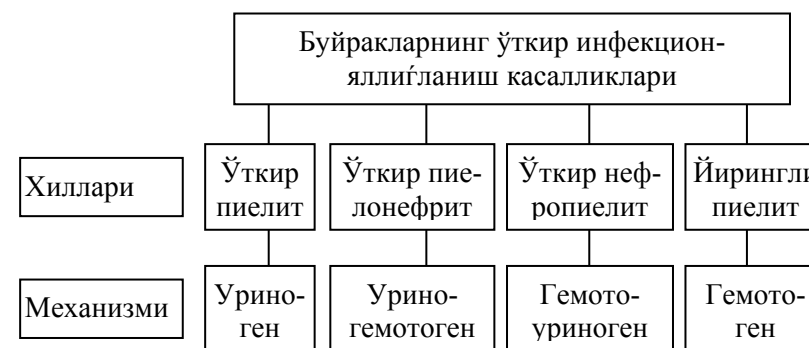
Фикримизча, буйраklarнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари буйича энг патогенетик асосланган классификация С.П.Федоров (1923) томонидан таклиф қилинган. Бу классификацияга кўра касалликнинг уретеропиелит, пиелоуретерит, пиелонефрит ва нефропиелит каби хиллари фарқланади. Кейинчалик кўп классификациялар таклиф қилинган бўлса ҳам (Г.Марион, 1931; А.П.Цулукидзе, 1955; Ю.А. Пытель ва бошқ., 1973; А.Я.Пытель, С.Д.Толигорский, 1977; А.В. Айвазян ва А.Н.Войно-Ясвецкий, 1935; А.М.Мухтаров ва Б.А.Нурметов, 1986 ва бошқ., А.В.Люлько ва бошқ. 1980) таъкидлашларича улариинг ҳеч қайсисини тўлиқ қабул қилинган деб бўлмайди.

Ҳозирги пайтда Мустақил Давлатлар ҳамдўстлиги микёсида Н.А. Лопаткин ва З.Г.Родоманлар (1974) томонидан ишлаб чиқилган классификация қабул қилинган. Бу классификацияга асосан буйраklarнинг ўткир йирингли-инфекцион яллиғланиш касалликларининг қуйидаги хиллари фарқ қилинади: апостематоз пиелонефрит, буйраklarнинг абсцесси ва карбункули.

Буйраklarдаги ўткир яллиғланишларнинг ҳар хил топик хилларининг юзага келиши (патогенези) уларга инфекциянинг қандай йўл билан келиб тушушига боғлиқ: пиелит учун уриноген, пиелонефритга урино-гематоген механизм, йирингли нефритга эса гематоген йўллар хос. Шу патогенетик механизмларни ҳисобга олиб Ю.Ф. Шарапов (1982), А.Л.Шабад, Ю.Ф.Шарапов (1986) буйраklarдаги ўткир инфекцион-яллиғланиш жараёнини қуйидаги учта топик

хилларга ажратади: 1.Асосан буйрак жоми зарарланган пиелонефрит ("пиелит"); 2. Асосан буйрак тўқимаси зарарланган пиелонефрит ва 3. Йирингли нефрит (буйрак жоми шикастланмаган).

Лекин, фикримизча, пиелонефрит нафақат урино-гематоген йўл билан, балки гемато-уриноген йўл билан ҳам юзага келиши мумкин. Бу ўринда пиелонефрит ҳақида эмас, балки нефропиелит ҳақида сўз юритиш керак бўлади. Шу нуқтаи назардан келиб чиқиб, биз (Шабад А.Л., Аллазов С., 1987; 1991; Аллазов С., Шабад А.Л., 1991) буйрак ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг қуйидаги топик (маҳаллий) хилларини фарқ қилишни таклиф қилдик:



1. Пиелит (ёки асосан буйрак жоми зарарланган пиелонефрит) -уриноген механизм;
2. Пиелонефрит - урино-гематоген йўл;
3. Нефропиелит - гемато-уриноген йўл билан инфекция тушиши;
4. Йирингли нефрит - гематоген механизм.

Буйраklarнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари бу 4 маҳаллий (топик) хиллари 301 беморда замонавий текшириш усуллари (иммунологик, сканнер, ультратовуш, биопсия ва ҳақ.) қўлланиш асосида тафовут қилишга

эришилди.

Ҳар хил муаллифларнинг фикрича буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг эркаклар ва аёллар орасида тарқалиш тафовути бир хил эмас. Кўпчиликнинг таъкидлашича бу касалликлар эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди (Пытель А.Я., Голигорский С.Д., 1970; Мухтаров А.М., 1970; Шабад А.Л., Бешлиоглы Д.А., 1982; Аллазов С., Шадманова З.Р., 1987) ва охирги йилларда бу кўрсаткич янада ошмоқда (Шабад А.Л., 1978; Лопаткин Н.А., Шабад А.Л., 1985). Самарқанд давлат тиббиёт институти урология клиникасининг илмий текширишлари ҳисоботлари ва С.Аллазовнинг (1992) докторлик диссертацияси материаллари асосида тузилган маълумотлар ҳам шундан дарак беради.

Бешта беш йилликлар давомида буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг эркаклар ва аёлларда учраши

Беш йилликлар	Умумий сони	Жинси			
		эркаклар		аёллар	
		умумий сони	%	умумий сони	%
1969 - 1973	196	88	44,9	108	55,1
1974- 1978	220	96	43,6	124	56,4
1979 - 1983	314	121	38,5	193	61,5
1984 - 1908	300	114	38,0	186	62,0
1989 - 1993	468	160	34,0	308	65,8
Жами	1498	579	38,6	919	61,4

Келтирилган жадвалда йилдан йилга буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари кўпайиб бо-

риши (196 дан 468 тагача) ва бу касалликлар аёлларда (61,4%) эркакларда (38,6%) нисбатан кўпроқ учраши яққол кўриниб турипти.

Буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг экологик ва минтақавий (регионал) кечиш хусусиятлари. Ҳар хил заҳарли моддалар кенг ишлатилаётган ҳозирги давримизда нафакат кимёвий негизда юзага келаётган касалликлар мавжудлигини (Дорогой А. П., 1991), балки соматик касалликларнинг кечишида экологик омилларнинг аҳамиятини ҳам эътироф этиш лозим (Пеньков В.И., 1991; Ҳайдаров К., 1993).

Ташки муҳитдаги номақбул ўзгаришлар, жумладан, пестицид ва бошқа заҳарли кимёвий моддаларнинг ҳалигача халқ хўжалигида кўп миқдорда ишлатилиши фақат гигиенист ва экологларни эмас, балки, клиницистларни ҳам безовта қилмоқда. Ю.Ш.Шадиметовнинг (1992) таъкидлашича, экологик ўзгаришлар туфайли Ўзбекистонда 15 йил давомида, яъни 1976 йилдан 1990 йилгача умумий касалланиш кўрсаткичи 10 минг кишига ошган. В.С.Карпенко ва Л.П.Павлова (1986) химия саноатида банд ишчиларнинг сийдик-таносил системасини алоҳида назорат қилиш лозимлигини таъкидлашади.

А.П.Дорогай (1991) нинг тўғри қайд қилишича, экология атамаси (эко - уй, яшаш муҳити) юз йилдан олдинроқ тақлиф қилинган бўлсада, фақат бу кунлардагина дунёқарашимизни экологизациялаштириш масаласи қўйилмоқда

Кўп вақт давомида пестицидларга алоқадор ишларда банд бўлган ишчиларнинг буйрак ва сийдик йўлларида баъзи ўзгаришлар (протеинурия, эритроцитурия ва цилиндрүрия) юзага келиши маълум (Карпенко В. С. ва бошқ., 1980). Фосфор ва хлорорганик пестицидлар буйрак хўжайраларининг некрозига ва буйрак найчаларининг шикастланишига, яъни интерстициал нефритга олиб келади.

Бу эса буйракларда яллиғланиш жараёни пайдо бўлишига шароит яратади (Ларионова Т. А., 1991; A.Liaco. H.Locse, 1981). Бундан ташқари, пестицидлар ва бошқа зарарли моддалар таъсирида буйраклардаги ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг кечиши оғирлашади, кўпинча йирингли турлари кузатилади, асоратлари кўпаяди (Джарбусинов Б.У.. 1991; Мамбеталин Е.С., 1992; Аллазов С., 1992, 1993). Бу ҳол халқ хўжалигининг пестицидлар кўп миқдорда ишлатиладиган соҳаларида ишлаб, истиқомат қиладиган аҳолида бу касалликлар бўйича чуқур текширишлар ўтказиш, антидот даволаш усуллари ишлаб чиқишни тақозо қилади.

Пестицидлар ҳар хил миқдор ва миқёсда қўлланиладиган Самарқанд минтақаси туманларида яшовчи аҳоли орасида буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликларининг тарқалишини ўрганиш мақсадида 1270 та аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилди. Шунда пестицидлар билан алоқадор одамлар орасида (7,9 - 12,5 %) бу касалликлар, алоқадор бўлмаганларга нисбатан (1,6%) анча кўп тарқалганлиги аниқланди. Эпидемиологик текширишларнинг бу натижалари 112 та қуёнларда хлорорганик (гексахлоран) ва фосфорорганик (антио) пестицидларининг сурункали таъсирига бағишланган тажрибаларда тасдиқланди.

Буйракларнинг ўткир инфекцион-яллиғланиш касалликлари билан касалхонада ётган 278 беморлар касаллик турлари бўйича тақсимланганда шу нарса маълум бўлдики, пестицидлар кўп миқдорда ишлатиладиган туманларда кўпинча касалликнинг оғир шакллари (нефропиелит - 25,6 5% ва йирингли нефрит - 9,3%) билан ва аксинча, пестицидлар ишлатилмайдиган ёки кам миқдорда ишлатиладиган туманларда) эса кўпинча касалликнинг енгил турлари (пиелит - 47,1 %, пиелонефрит - 33,3 %) билан мурожаат қилишган.

Беморларнинг ички муҳитида (қон, сийдик ва ҳар хил туқималарда) пестицидлар аниқланган ҳолларда этиопатогенетик даволаш комплексига антидотлар билан ёрдам кўрсатишни ҳам киритиш мақсадга мувофиқдир. Ўтказган тажрибаларимиз натижасида қуйидаги оптимал (муътадил) антидот даволаш ишлаб чиқилди: фосфорорганик пестицидлар билан сурункали заҳарланганда - атропин (2 мг/кг, мушак оралиғига), оксимлар (дипироксим - 5 мг/кг, мушак оралиғига), иммуностимуляция (продигиозан - 0,005 % - 0,2 мл, мушак оралиғига); хлорорганик пестицидлар билан сурункали заҳарланганда - фосфобион (5 мг/кг, мушак оралиғига), хромосфон (0,25 мг/кг, вена қон томирига), иммуностимулятор (продигиозан - 0,005% -0,2 мл, мушак оралиғига).

Келтирилган антидот даволаш схемасини экспериментал қуёнларда ўтказиш шуни кўрсатдики, ҳайвонларни ҳатто рухсат этилган миқдордан 10 баробар кўп дозада сурункали заҳарлаганда ҳам, уларда патологик ҳолат анча енгил кечади ва пестицидлар бадандан тезроқ чиқариб юборилади.

Энди буйракларнинг инфекцион-яллиғланиш касалликлари ёки сийдик йўллари инфекциялари орасида энг кўп учрайдиган пиелонефрит хусусида тўхталамиз.

Пиелонефрит - буйрак ва косача-жом системасидаги но-специфик инфекцион-яллиғланиш жараёни бўлиб, буйракларнинг структураси ва фаолиятидаги ўзгаришлар билан кечадиган касалликдир.

Специфик (сил, сўзак, заҳм ва бошқ.) инфекцион-яллиғланиш касалликларидан фарқли улароқ, пиелонефритнинг аниқ битта қўзғатувчиси бўлмасдан, уни турли хил патоген микроблар (кўпинча ичак таёкчалари, стрептококк ва бошқ.) қақариши мумкин. Микробларнинг буйракка турли яллиғланиш учоғидан (чипқон, тонзиллит, пулпит, меъда- ичак, аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва ғ.к.)

етиб келиши асосан уч хил йўл билан содир бўлади: уриноген йўл (сийдик йўллариининг ичидан, девори орқали), гематоген йўл (кон оқими билан) ва лимфоген йўл (лимфа оқими орқали).

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

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

Ўткир йирингли пиелонефритнинг шаклини, кечишини, босқичи ва якунини (окибатини) ҳисобга олган мукамал классификация А.М.Мухтаров ва Б.А.Нурметов (1986)лар томонидан ишлаб чиқилгандир.

Буйраклардаги яллиғланиш жараёнига қарши, айниқса сурункали шаклида, ўз вақтида керакли даволаш ўтказилмаса, буйрак бужмайиши ёки пионефроз юзага келадики, бу инфекцион-яллиғланиш жараёнининг бирламчи ёки иккиламчилигига боғлиқдир. Яъни бирламчи пиелонефрит сийдик йўлларида уродинамика ўзгармаганлиги туфайли буйрак бужмайиши билан яқунланса, иккиламчи пиелонефритда буйрак ва сийдик йўлларида турли касалликлар туфайли уродинамикага тўсиқлар пайдо бўлиб,

буйрак бўшлиғидан сийдик чиқиб кетиши қийинлашиши (ёки тўхташи) охир-оқибат пионефрозга олиб келади.

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

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

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

Пиелонефритнинг ташҳиси бир қараганда осондек туюлсада, лекин унинг шакллариини фарқ қилиш учун махсус урологик текширишлардан қўпчилигини қўллашга тўғри келади.

Масалан, сурункали пиелонефритнинг ташҳисига қўпчилик бошқа касалликларни, жумладан сил, гломерулонефрит ва ғ.к. тафовут қилиб, эришилади. Сийдик таҳлилида лейкоцитлар, эритроцитлар учраши мумкин; протеинурия, эритроцитурия ва цилиндринуриялар касаллик-

ка гломерулонефрит компонентлари ҳам қўшилганда юзага келади. Сийдикда бактериурияни, микробларнинг хилини аниқлаб олиш жуда аҳамиятлидир.

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

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

Сурункали пиелонефрит ташҳисига сийдикда фаол лейкоцитлар ва Штернгеймер-Мальбин ҳўжайраларини топиш, И.И. Данилин (1950) реакциясини (синамасини) қўллаш зарур бўлиб, кўп ҳолларда бу касаллик ўзининг

асоратларининг (нефросклероз ёки пионефроз) белгилари (кон босимининг ошиши, буйрак ҳажмининг каттариб кетиши ва ғ.к.) олдинги саҳнага чиқиб қолади. Сурункали пиелонефритни сурункали гломерулонефрит, буйрак амилоидози, сили ва бошқа клиник жиҳатдан ўхшаш касалликлардан ажратишда бактериологик, иммунологик ва морфологик (буйрак биопсияси) текширишлари мажмуасини ишлатиш керак бўлади.

Давоси. Яқин-яқингача пиелонефритнинг давосини схематик тарзда консерватив ёки оператив даволашга олиб бориб тақашарди. Ҳозирги даврда бу ниҳоятда кўп учрайдиган, клиник манзараси ранг-баранг бўлиб кечадиган касалликни даволаш унинг босқичи ва шаклини ҳисобга олган ҳолда дифференциал қилиб ўтказилади. Жумладан, бирламчи нообструктив пиелонефрит пайтида асосан консерватив даволаш ўтказилади. Бунда бемор кўрпа-ёстиқ қилиб ётиши, кўпроқ суюқлик истеъмол қилиши (сийдик йўллари ювилсин учун) керак. Антибиотикларни ва химиопрепаратларни қўллашда бемор сийдигида инфекциянинг уларга сезгирлигини аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Лекин, ҳар ҳолда, кўпинча пиелонефритга сабаб бўладиган ичак таёкчаси ёки стафилококк бу дориларга жуда сезгир бўлади. Жумладан, ичак таёкчаси левомицитин, мономицин, ампициллин, нитроксалин, гентамицинга, стафилококклар эса тетраолеан, карбенициллин каби дориларга сезгирдир. Охирги пайтларда пиелонефритнинг калькулез шаклларида ҳамда ҳомиладаорларда канефрон кенг қўлланилиб, яхши натижаларга эришилмоқда.

Иккиламчи ўткир пиелонефрит пайтида сийдик йўлларида бузулган (сусайган, тўхтаган) сийдик оқимини тиклашга ҳаракат қилиш керак. Агар сийдик йўлида кичикроқ тош ёки ҳомиладорлик туфайли уродинамика бузулган бўлса, сийдик найчасини катетеризация қилиш (стент) ёки ультратовуш назорати остида перкутан нефро-

стомияси қилиб, буйрак бўшлиғига ингичка найча ўрнатиш яхши натижа беради. Иккиламчи ўткир пиелонефрит каттароқ тош туфайли юзага келган ҳолларда, албатта, тезроқ операция қилиб тошни олиб ташлаш зарур.

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

Ҳомиладор аёлларда пиелонефритнинг олдини олишда ёки юзага келганини даволашда айрим тавсиялар фойдалидир: бош томонни кўтариб ётиш, вақти-вақти билан тирсак ва тиззага таяниб, бел соғасини уқалаш (массаж қилиш), соғлом томони билан ёнбошида ётиш ва ҳ.к. Шуни ҳам таъкидлаш лозимки, туғруқдан кейинги даврда бу беморлар кузатувда бўлиб туриши қарам. Негаки, уларда туғруқдан кейинги даврда пиелонефрит белгилари йўқолиб кетса-да, аммо уродинамика бузулганлиги (ҳомиладорликнинг биринчи ярмида гормонал дисбаланс туфайли, иккинчи ярмида эса - бачадон каттариб сийдик найчаларини босиб қўйганлиги туфайли юзага келадиган сийдик найчалари атонияси) натижазида буйрак ва сийдик йўлларида бошқа ҳар хил касалликлар пайдо бўлишига шароит яратилади. Охири пайтларда ҳомиладорлик пайтидаги пиелонефрит ҳатто ҳомилага ҳам салбий таъсир кўрсатиши аниқланди: ҳомиладорлик даврида буйрак яллиғланишларини бошидан кечирган аёллардан туғилган

чақалоқларда пиелонефрит нисбатан кўпроқ учраётган, ҳомиладорлик пиелонефритининг шу томонларини ҳисобга олиб, бундай беморларни ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида албатта урология бўлимида, акушер-гинеколог билан ҳамкорликда кузатиш шарт.

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

3-маъруза. СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ

Сийдик-тош касаллиги дунёнинг барча мамлакатларида учрайдиган касаллик бўлиб, у бир текис таралмаган ва кўпинча эндемик характерда учрайди.

Абхазия, Озарбайжон, Азов денгизи соҳилларида, Олтой улкасида, Арманистон, Грузия, Литва, Тожикистон, Воронеж, Владимир, Мурманск, Закарпатия, Волга, Ока, Денецк ва Ўзбекистон жумҳуриятида Хоразм, Сурхандарё вилоятида кўп учрайди. Самарқанд вилоятининг Пахтачи, Пайарик, Ургут, Жойбой ноҳияларида бу касаллик кўпроқ учрайди.

Сийдик-тош касаллиги барча уролог касалларнинг 30-40% ташкил этади. Касаллик ҳамма ёшдаги кишиларда учраши мумкин. Эркаклар аёлларга нисбатан сийдик-тош касаллиги билан камроқ оғрийдилар. Сийдик йўлларининг турли қисмларида тош бўлиши мумкин. Кўпинча тош битта буйракда, чапига нисбатан кўпроқ ўнгида пайдо бўлади. Иккала буйракда ҳам тош бўлиши 6-17% беморларда учрайди. Буйрак тоши битта ёки кўп бўлиши мумкин. Битта буйракда тош борлиги урология фанидан маълум. Тошларнинг катталиги кум ҳолидан эркак кишининг муштигача бўлиши мумкин. Тошларнинг вазни эса бир неча граммдан то 2-3 килограммгача бўлиши мумкин.

Баъзи беморларда буйрагидаги тош йиллаб туриши ва жуда секин ўсиши мумкин, бошқа беморларда эса тошнинг ҳажми жуда тез катталашиб ёнбошидан тармоқлар чиқариши мумкин. Бундай тошларни коралсимон тош деб аталади.

Этиологияси ва патогенези. Сийдик-тош касаллигининг келиб чиқиш сабаблари кўп. Шунга қарамасдан аниқ сабаблари ҳанузгача аниқланмаган.

Сийдик йўлларидаги тошлар сийдик таркибига кирувчи тузлардан иборат эканлиги аниқланган. Уларнинг химиявий таркибига кўра – урат, оксалат, оҳак тузларидан – фосфат, карбонат кальций ва магний тузларидан – карбонат ва оксил билан аралашган тузлардан – оксил ёки аралаш тошлар пайдо бўлиши мумкин.

Тошнинг таркибини унинг ташки кўринишига қараб ҳам аниқлаш мумкин. Масалан: уратлар қаттиқ, сариқ-жигарранг, юзаси силлиқ ва майда тошлардир. Оксалатлар – жуда қаттиқ, қора-кўнғир, кўпинча қоп-қора рангда, юзаси ғадир-будир ўсикли бўлади. Фосфатлар ва карбонатлар – юмшоқ, кул-ранг юзаси ғадур-будур. Энг кам учрайдиган тошлар – цистин, оксил, ксантим тошлардир.

Сийдик тошларининг қандай пайдо бўлишини таъриф-

лайдиган бир қанча назариялар мавжуд.

1. Физик-химиявий назария – тош пайдо бўлишини сийдикнинг каллоид ҳолатининг бузилиши ва тузларнинг атипик кристаллизациясига олиб келади. ва тошлар пайдо бўлади.
2. Эндокрин назария – калқонсимон беши функциясининг бузилиши натижасида организмда кальций ва фосфор ионларининг кўпайиши кузатилади. Бу кальций ва фосфор тузлари буйракнинг косачаларида узок вақт давомида йиғилиб тош ҳосил қилади.
3. Мукополисахаридлар назарияси – организмда мукополисахаридлар кўпайиши натижасида, турли микрорганизмлар таъсири туфайли мукополисахаридлар кальций, фосфор, магний ва бошқа ионлар билан қўшилиб тошлар пайдо бўлади.
4. Инфекцион назарияси – микроорганизмлар таъсири натижасида буйракларда яллиғланиш процесслари бошланади. Бу ҳолат эса оксил моддалари фибрин толаларнинг кўплаб ажралишига олиб келади. Фибрин толаларида кальций, магний, фосфор ва бошқа ионлар тўпланиб тошлар ҳосил бўлади.
5. Ятроген назария – бу назариянинг операция бўлган буйракларда, сийдик йўлларида, қовуқда, сийдик чиқариш йўлида асептик яллиғланиш кузатилади ва фибрин толалари кетгут ёки сунъий тикиш материалларига ёпишиб ўзига туз ионларини йиғади. Шу сабабли рецидив ёки қайталанувчи тошлар пайдо бўлади.

Урат тошларининг энг асосий пайдо бўлиши сабабларидан бири бу сийдикнинг рН жуда паст бўлишидир ва шу сабабли сийдикда урат тузларининг кўпайиб кетишидир.

Буйракларда қайси вақтда сийдик кислотасининг кўпайиши натижасида аммиакнинг ҳосил қилиш қобиляти пасайиб ёки йўқолиб кетса цистин тошлари пайдо бўлиши

аниқланган.

Сийдик-тош касаллигининг келиб чиқишига экзоген ва эндоген факторлар ҳам таъсир қилади. Экзоген факторларидан – овқатланиш, сув истеъмол қилиш режимининг бузилиши, А ва Д витаминларининг етишмовчилиги, ҳамда ташқи муҳит климатик шароитларни келтириш мумкин.

Эндоген факторлар – эндокрин системанинг бузилиши, яллиғланиш процесслари, ионлар алмашинувининг бузилиши ва микроорганизмларнинг таъсиридир.

Буйрак ва сийдик найи тошлари

Сийдик-тош касалликлари орасида буйрак ва сийдик найи тош касаллиги энг кўп учрайди.

Симптоматологияси ва кечиши. Сийдик-тош касаллигининг асосий симптоми оғриқдир. Бу оғриқ ўткир ёки симиллаган бўлиши мумкин. Оғриқ локализацияси тошнинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ. Тош буйракда бўлса оғриқ белда ва уретер проекцияси бўйлаб жинсий органларда беради. Уретердаги тошлар оғриғи кўпинча човға, сонга, моякларга ва закарга берилади.

Буйрак ва уретер тош касаллиги 80-90% да буйрак санчиғи сифатида кечади. Буйрак санчиғида оғриқ шунчалик қаттиқ сезиладики, бемор кўйгани ўзига жой тополмайди ва жуда безовта бўлади.

Сийдик-тош касаллигида иккинчи асосий белги дизуриядир. Бошқача қилиб айтганда – сийдик пассажиининг бузилиши. Сийдик пассажиининг бузилиши тошнинг катталигидан, формасига қаердалигига, сонига боғлиқдир. Агар тош буйрак жоида бўлса-ю, сийдик чиқишини бутунлай тутиб қолмаса сийдикнинг ҳажми ўзгармаслиги мумкин. Агар тош иккала уретерда бўлиб сийдик чиқишини бутунлай тутса - унда сийдикнинг чиқмаслиги ёки камайиши кузатилади.

Сийдик-тош касаллигида сийдикнинг фақат умумий

ҳажмига ўзгармасдан унинг физик-химик ҳолати ҳам ўзгариши мумкин. Бу ўзгаришлар: гематурия, протеинурия, пиурия, бактериурия, олигурия, поллакиурия, цистинурия, форфатурия, уратурия, оксалатурия ва бошқалардир.

Юқорида айтиб ўтилган симптомлардан ташқари беморда сийдик-тош касаллигида ёки буйрак санчиғида метеоризм, ел чиқмаслиги қалтираш, иситманинг кўтарилиши, қусиш, оғриқдан ҳушини йўқотиш каби белгилар бўлиши мумкин.

Буйрак санчиғининг энг асосий сабаблари: 1. Тошнинг уретерга тикилиб қолиши. 2. Буйрак жоида сийдик тикилиши натижасида босимнинг кўтарилиши. 3. Буйракда веноз қоннинг димланиши натижасида буйрак паренхимасида қон айланишининг бузилиши.

Гематурия макроскопик ва микроскопик ҳолатда бўлиши мумкин.

Сийдик чуқмасида эритроцитлар сони 20-30 ортиқ бўлса макрогематурия ҳисобланади. Шунинг ҳам айтиш зарурки – гематурия: инициал (бошланишда), терминал (охирида), тотал формаларда бўлади.

Гематуриянинг қайси формадаги кечишини аниқлаш учун икки стаканли проба ўтказиш зарур.

Диагностикаси. Буйрак-тош касаллигини аниқлашда анамнез муҳим роль ўйнайди. Анамнезда илгари бемор сийдик йўлларида тош чиққанлиги, ёки қаттиқ оғриқ пайдо бўлганлиги, сийдигида қон аралашгани ва бошқа белгилар аниқланади.

Текширишининг умумий усуллари, яъни кўриш, пальпация, перкуссия қилиш буйракнинг касалликларини аниқлашга имкон беради. Пальпация вақтида мушакларнинг таранглашиши, қорин деворининг таранглашиши ёки унинг йўқлиги, буйракнинг катталиги ёки, унинг ўз жойини ҳар бир бемор ҳолатида ўзгариши аниқланади.

Оғриқ беморларда икки қўллаб пальпация вақтида юк-

ставезикаль жойлашган катта тошларни аниқлаш мумкин. Аёлларда бимануал палпация натижасида урутернинг пастки қисмида ва қовуққа жойлашган катта тошларни пайпаслаш мумкин.

Сийдик-тош касаллигини аниқлашда лаборатория текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга. Масалан: қонда лейкоцитлар кўпайгани ва эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) кўтарилиши, Донилин реакцияси инфекция кўшилганлигидан дарак беради. Сийдикдаги ўзгаришлар катта аҳамиятга эгадир. Масалан: микро ва макрогематурия, пиурия, эритроцитурия, уратурия, оксалатурия, фосфатурия ва бошқалар. Агар қоннинг таркибида сийдикчил, сийдик кислота, азот тузлари кўпайиб кетганлиги аниқланса, ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги бошланишини кўрсатади.

Ҳозирги замон диагностик аппаратларидан: обзор рентгенография, экскретор урография, хромоцистоскопия, ультразвук эхолокация, компьютер томография, ядроманит резонанси ва бошқалар сийдик-тош касаллигини аниқлашда муҳим роль ўйнайди.

Ҳар бир усулнинг хусусиятларини, контраст моддаларни ва рентген текширувдан олдин керак бўлган тайёргарликни инобатга олиш зарурдир.

Дифференциал диагноз. Сийдик-тош касаллигини аниқлаш учун бошқа касалликларнинг ўхшаш симптомларини билиш керак.

Ўткир аппендицит, ўткир холецистит, меъда ва 12-бармоқ ичак ярасининг перфорацияси, илеус (ичак тутилиши, ўткир панкреатит, миокард инфарктининг абдоминал формаси, мезентериал қон томирларининг тромбози ва эмболияси.

Давоси. Буйрак ва уретер тошлари консерватив ва оператив усуллар билан даволанади.

Консерватив усуллар модда алмашинувини, кислота-

ишқор мувозанатини нормаллаштиришга, сийдик йўлларидаги инфекцияни йўқотишга ва тошни ўз-ўзидан чиқиб кетишига стимуляция қилишга қаратилади. Даволаниш комплекс равишда олиб борилиши керак.

Диетотерапия (парҳез), санатория-курорт даволарини бирга олиб бориш лозим.

Фосфатурия ёки фосфат тошлари бўлганида, сийдик кислоталигини оширадиган таомлар буюрилади. Бундай беморларга гўштли овқатлар фойда қилади, лекин бундай беморлар сут ва сабзавот таомларини истеъмол қилмасликлари керак.

Оксалатурияси бор бўлган беморлар сут, тухум, шавел, салат, шпинат, турп, лавлаги, шоколад, буйрак, мия, жигар истеъмол қилмаслиги шарт. Айниқса спиртли ичимликлар ман этилади.

Минерал сувларнинг анчаси диуретик ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Булардан Нафтусия суви, (Трускавец) Смирневская суви (Железноводск, Есентуки), Деломид нарзани (Кисловодск), Березовек минерал суви (Украина). Шуни айтиш лозимки, бирорта минерал сув пайдо бўлган тошларни эритолмайди.

Сийдик-тош касаллиги билан оғриган беморда сийдикнинг чиқиши бузилганда, буйрак етишмовчилиги, юрак-томир касалликлари бўлганда минерал сувлар билан даволаниш асло мумкин эмас.

Тошнинг катталиги 1 см гача бўлганда ҳамда буйрак жомининг ва уретранинг тонуси сақлангандагина дорилар билан даволаш мумкин. Бунда беморга кўп миқдорда суюқлик ичиш тавсия этилади. Яхшиси, баҳорда 1,5-2 литр суюқлик ичиб тошга сув «Зарбаси» берилади. Сув ичишдан 30-40 минут олдин беморга атропин 0,1%-1,0 мл, Нош-па 1 мл имъекция қилинади. Сув «Зарбаси» қабул қилингандан кейин беморга сакраш ёки зинапоялардан тез-тез юриш тавсия этилади. Кўп ҳолларда сув «Зарбаси»дан кейин бе-

мор каттиқ оғриқ сезади ва шу ҳолатда тош сийдик билан чиқади. Албатта бемор шиша банкасига сийиши зарур.

Ҳозирги вақтда тошни эритувчи дори-дармонлар ҳам мавжуд. Буларга: Уролит –У, цистенал киради. Энг янги тошни эртувчи дорилардан – магурлит, пролит қўлланилади.

Буйрак санчиғи бўлган беморларда юқорида айтилган дори-дармонлардан ташқари апазмолитиклар, наркотик моддалар, найролептик дорилар инъекцияси қилинади. Дори-дармондан ташқари грелка, илик ваннага бемор ётиши тавсия этилади. Шу дори-дармонлар агар ёрдам бермаса бу беморларнинг новокаин суяқлиги билан Лорин-Эпштейн методикаси бўйича блокада қилиш тавсия этилади. Бу блокада аёлларда бачадоннинг юмалоқ бойламига, эркакларнинг уруғ тизимчасига новокаин юбориш билан амалга оширилади.

Буйрак санчиғи давом этаверса - уретерларни катетеризация қилиш лозим. Бунда биринчидан сийдик чиқиши енгиллашади ва оғриқ тезда пасаяди, чунки катетер орқали новокаин юборилиб спазм йўқотилади, иккинчидан катетер орқали контраст моддаси юборилади ва тезда рентген қилиш натижасида аниқ диагноз қўйилади.

Буйрак санчиғи устига ўткир пиелонефрит қўшилса ёки анурия юз берса, бундай беморларни зудлик билан операция қилиш лозим.

Операциядан мақсад сийдик йўлларида тўсқинлик қилган тошни олиб ташлаб сийдик чиқиши (пассажини) тиклашдир.

Операцияни қилиш учун маълум кўрсаткичлар бўлиши лозим.

Энг кўп қўлланиладиган операциялар: пиелолитомия, нефролитотомия, пиелолитостомия, нефролитостомия, уретолитотомия, уретеролитостомия, тошни Дормиа илмоғи билан тушиши ва буйрак гидронефротик ёки пио-

нефротик трансформация бўлиб ўз функциясини тамоман йўқотган ҳолатда - нефрэктомия қилинади.

Операцияга киришишдан олдин иккинчи буйрак функцияси қониқарли эканлигига ишонч ҳосил қилмоқ зарур.

Бевосита операциядан 1 соат олдин сийдик йўлларида обзор рентгенограммасини контрол учун яна такрорлаш лозим. Чунки буйракдаги тош бу вақтда бошқа жойга қўчиши мумкин.

Икки томонлама нефролитиаз. Икки томонлама нефролитиаз буйрак тоши билан оғрийдиган беморларнинг 25 % ташкил қилади. Иккала буйракда бўладиган тошлар кўпинча бир неча ёки коралсимон бўлади.

Касаллик кўпинча пиелонефрит, нефроген гипертония, буйрак етишмовчили, анурияга олиб келади. Оператив усул билан тош олиб ташланганда, ҳам рецидивга мойиллик анча кўп бўлади ва 25-30 % ни ташкил қилади.

Икки томонлама нефролитиазга пиелонефрит қўшилган буйракларнинг функционал қобиляти кескин бузилади. Сийдикнинг солиштира оғирлиги 1010, ва ундан пастга тушиб кетади, қон плазмасида, зардобда эса азод сийдикчил, сийдик кислотаси миқдори ошиб кетади.

Иккала буйрагида тоши бор беморларнинг операция йўли билан даволаш масаласини пухта ўйлаб ҳал этиш лозим. Чунки операциядан сўнг кўп беморларда тош қайта пайдо бўлади. Шунингдек операция вақтида тўхтатиб бўлмайдиган даражада кўп қон кетиши мумкин.

Бунинг натижасида хирург нефрэктомия қилишга мажбур бўлади.

Анурия, профуз қон кетиши, ўткир йирингли пиелонефрит каби оғир ҳолатлардагина абсолют ва ҳаётий эътиёж билан операция қилиш мумкин. Шунда ҳам хирург буйракни сақлаб қолишга ҳаракат қилиши керак.

Шундан кейин ва оғир ҳолатларда пиелолитотомия ёки нефролитотомия каби органни сақловчи операцияларнинг

муайян шароитда гипотермия билан қилиш зарур.

Иккала бўйракда бирданига операция қилиш масаласи ҳанузгача мунозарали бўлиб келмоқда. Хирургларнинг кўпчилиги бир томонни операция қилиб бир икки-уч ойдан кейин иккинчи бўйракни операция қилишади. Энг асосийси иккала бўйрак тош касаллигида операция масаласи ҳар бир бўйракнинг функционал ҳолатини аниқлашдан кейингина индивидуал ҳолатда ҳал қилинади. Агар иккала бўйракдан биттасида тош кичикроқ бўлса, аввало ўша томонни операция қилиш зарур.

Иккала томонлама тоши бўлган беморларда операциядан кейин қайта тош бўлмаслигининг олдини олиш чоралари муҳим аҳамиятга эга. Тошнинг химиявий структурасига қараб тааллуқли дори-дармонлар қабул этиш тавсия этилади.

Ягона бўйрак тошлари. Тош бўйраги битта бўлаган беморларнинг 9-10% да пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда эса тошнинг ўзи чикиб кетишига умид бўлмаса бўйракнинг тоши ёки уретрадаги тошлар ягона бўйраклардан ҳам олиниб ташланаверди.

Агар тош бўйрак косачаларидан бирортасида жойлашган ва сийдик пассажиға халал бермаса операция қилинмайди. Коралсимон ва сийдикнинг чиқишини қийинлаштира унда операция қилинади. Операция техник жиҳатдан оғир бўлади. Бундай ҳолларда гипотермик ва перфузиядан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Калькулез анурия. Сийдик – тош касаллиги 2-4% ҳолларда анурияға олиб келиши мумкин. Бу оғир асорат уремиянинг қўрқинчли симптомлари билан давом этади. Анурия бўйраги битта беморлар учун айниқса хавфлидир.

Калькулез анурия уретер тош билан тикилиб қолиш натижасида вужудға келади ва обтурацион экскретор анурия ҳисобланади.

Анурия давоси даставвал бўйрак жоми ёки уретер спаз-

мини бартараф этилишиға қаратилиши лозим. Беморға иссиқ ванна, розантекс, цистенал, эматин буюрилади, суюқликни кўп эстеъмол қилиш тавсия этилади. Тери остига атропин, максиган, венаға эса физиолог эритма, глюкоза суюқлиги ва новокаин юборилади.

Экскретор анурия пайдо бўлганда, бемор учун энг асосий консерватив терапия юқорига уретерни катетеризация қилишдир. Агар уретер катетерини тошдан юқорига ўтказилса, дарҳол тизиллаб катетердан сийдик кела бошлайди ва беморнинг аҳволи тезда яхшиланиб қонидаги азот, сийдик кислотаси, креатинин ва сийдикчил камаяди. Катетерни уретерда бир неча кунгача сақлаш мумкин. Катетерда турган ҳар 3-5 соатда новокаин билан ювиб туриш зарур.

Агар тошнинг хажми катта бўлса ва анурия давом этверса, беморни зудлик билан операция қилиб тошни олиб ташлаш керак. Тош олиб ташлангандан кейин нефростома ёки пиелотома шакиллантириш зарур.

Анурия узок вақт давом этса, қондаги азот, сийдикчил, сийдик кислотаси ва креатинин миқдори ошиб кетса (200-300 мг %) бунда азотэмияға қарши курашиш даркор: ошқозон, 12-бармоқ ичакни ва йўғон ичакни 2 % сода эритмаси билан ювиш, венаға гемодез, реомакродекс, реополиглюкин, новокаин, глюкоза суюқликлари юбориш зарур.

Азотэмияға қарши курашиш 2-3 сутка ёрдам бермаса, бундай беморға гемодиализ ўтказиш шарт.

Бўйрак тош касаллиги ва ҳомиладорлик. Нефролитиаз билан касалланган ҳомиладор аёлларни даволаш сийдиктош касаллигининг даволаш принципларидан фарқ қилмайди. Агар аёлда калькулез хомик пиелонефрит бўлса, хомиладорлик касаллиқни кучайтириши ва баъзан эса хомиладорликни сақлашға ва ҳатто она ҳаётиға хавф туғдириши мумкин. Даволаш масалалари доимо акушер-

генеколог билан биргаликда олиб борилиши зарур. Агар операция қилиш лозим бўлса, бундай операцияни һомиладорликнинг биринчи ярмида ўтказиш керак, чунки иккинчи ярмида пиеленефрит, анурия қўшилиши мумкин. Агар бу ҳолатда операция қилинадиган бўлса, унда операция нефро-ёки пиелостомия билангина чегараланиши керак. Ҳомиладор аёл тукқандан кейин консерватив даволашни давом эттириш лозим ва бола 1 ёшдан ўтгандан кейин операциянинг иккинчи этапини ўтказиш мумкин.

Сйдик – тош касаллиги бор аёлларга һомиладор бўлиш ман этилмайди.

Қовуқ тошлари

Қовуқ тошлари кўпинча қовуқнинг ўзида пайдо бўлади, лекин бу тошлар юқоридан, яъни буйракдан ёки уретерлардан тушиши ҳам мумкин.

Эркакларда эса қовуқ тоши кўпроқ сийдик пассажи хроник равишда қийинлашувига сабаб булувчи касалликлар заминиди пайдо бўлади. Простата безининг аденомаси ва раки, уретра стриктураси, дивертикули, қовуқ раки, травмаси шундай касалликлардандир. Қовуқ тоши асосан балаларда ва қарияларда учрайди. Болалар уретрасининг тор ёки фимоз касаллиги бўлса улар қовуғида тош пайдо бўлади. Қовуқ тошларининг ҳажми 1 см дан то бир неча килограммгача бўлиши мумкин.

Касалликнинг асосий белгиси сийишнинг бузилишидир. Тошга инфекция қўшилиб цистит пайдо бўлса, бунга оғрик қўшилади. Ўзига хос симптомлардан бири, сияётган пайтда бирданига сийдикнинг келмай қолишидир. Беморлар қовуқ соҳаси ва ораллиғи оғришини айниқса юрганда сезади. Оғрик закар бошчасига берилиши мумкин. Қовуқ тошлари бор пайтда сийдикда микро- ёки макрогематурия, пиурия пайдо бўлади.

Қовуқ тош касаллигининг асосий диагностикаси: кате-

теризация, цистоскопиядир. Бундан ташқари – обзор рентгенографиядир. Агар бу диагностик методлар ёрдам бермаса, унда контраст цистограмманинг диагностик моҳиятини кучайтириш мақсадида қовуқга контраст моддидан ташқари Һаво ҳам юборилади. Бундай текшириш- пиовмо-цистография деб аталади.

Даволашнинг бирдан бир йўли бу тошни олиб ташлашдир. Тошни олиб ташлаш йўллари кўп. Ёнг осони кичик тошлар бўлганда цитоскоп ёрдамида тошларни майдалаб олиб ташлашдир. Катта тошлар эса операция ёрдамида олиб ташланади. Бундай операция-цистолитотомия дейилади. Қовуқ-тош касаллиги бўлган беморларга замонавий каминвазив операциялар ҳам қўлланилади. Бундай операцияларга Урат-П, Уролекс, Магнит-Резонанс аппаратлари билан тошни майдалаш методикалари киради.

Уретра (сийдик чиқариш канали) тошлари

Уретра тошлари бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи тошлар уретранинг ўзида стриктура, фистула ортида, дивертикулада камдан-кам пайдо бўлади. Кўпича юқори сийдик йўлида пайдо бўлиб, қовуққа тушади ва қовуқда катталаша бошлайди, ва сўнгра чиқариш каналига тикилиб қолади.

Бу ҳолатлар беморда бирданига сийиш пайтида қаттиқ оғрик сезади ва сийдик чиқмай қолади. Айрим ҳолларда бемор сийдигида қон пайдо бўлиши ҳам мумкин. Агар тош уретрада узок вақт тикилиб қолган бўлса, инфекция қўшилиб пиурия кузатилиши мумкин.

Бундай ҳолат кўпинча сийдик чиқариш каналининг бекилиши натижасида простатик қисмида абсцесс пайдо бўлиши натижасида пайдо бўлади. Сийдик чиқариш каналининг тошлари беморнинг иситмасини кўтариб юбориш мумкин. Болаларда иситма кўтарилиб безовталиқ пайдо бўлади. Кўпинча болалар гапираолмаслиги натижасида

врач аниқ диагноз қуяолмайди. Албатта болаларда врач ташқи жинсий органларини кураётган пайтида икки қўллаб закарни палпация қилиши шарт. Кўпинча болалар ўз қўллари билан ташқи жинсий органларини тутадилар.

Диагностиканинг энг ассий усули – обзор рентгенографиядир. Даволашнинг бирдан-бир йўли – тошни олиб ташлашдир. Тошни уретроскоп, цистоскоп ёрдамида махсус қисқичлар билан олиб ташлаш мумкин. Агар уретра тошни бу усуллар билан олиб ташлаш мумкин бўлмаса, унда операция йўли билан олиб ташланади. Бу операция – уретролитотомия дейилади. Яхшиси тошни инструментлар (металл катетерлар, бужлар) ёрдамида қовуққа йўналтириб, қовуқдан олиб ташлаш керак.

Простата бези тошлари

Простата бези тошлари без паренхимасининг бағрида пайдо бўлади. Бунда амилоид таначалари ва қуюқлашган эпителий ядро хизматини ўтайди. Ана шундй ядро атрофида кальций, фосфат тузлари тўпланади. Простата тошлари унча катта бўлмайди. (0,1-1 см), ранги сарғиш, якка ёки қўп бўлиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда тошнинг атрофи ўткирлашиб уретрани тешиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда уретра фистулеси пайдо бўлади ва албатта инфекция қўшилади.

Простата бези – тоши беморда тез-тез сийиш ҳолатини чақиради. Беморнинг иситмаси кўтарилиб оғриқ сезади, айниқса сийиш пайтида.

Простата бези – тоши ҳосил бўлганда беморнинг жинсий майли пасайиши ва гемоспермия бўлиши мумкин.

Диагностикаси: ректал текширишда кўрсатувчи бармоқ учи билан тошни сезиш ва тошларнинг шигиллашини сезиш мумкин. Обзор рентгенограммасида якка-якка ёки бир гуруҳ тошларни кўриш мумкин.

Простата бези – тошлари беморга тинчлик бермаса, бу

тошларни албатта операция йўли билан олиб ташлаш даркор. Агар бемор катта ёшда бўлса, тош билан бирданига простата бези аденомасини ҳам олиб ташлаш зарур.

Умуман, сийдик-тош касаллигига чалинган беморлар ва даволанган кишилар икки йил давомида диспансер кузатишга олинишлари зарур. Битта буйрак-тоши билан операция бўлганлар 3-5 йил давомида санатор-курорт даволаш профилактикасини ўтишлари зарур.

4-маъруза. ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ

Тасаввур. Шартли равишда тарихан простата бези хавфсиз гиперплазияси деб аталадиган бу касалликда хавфсиз ўсма уретранинг простата қисмидаги шиллик ости парауретрал безлардан пайдо бўлганлиги туфайли уни "шиллик безларнинг нодуляр гиперплазияси" деб аташ тўғрироқ бўлади.

Ҳар хил даврларда бу касаллик бўйича билимлар чуқурлашиб борган сари уни турлича аташган: простата касаллиги, дисгормонал аденоматоз постатаматия, простата аденомаси, парауретал безларнинг аденомаси ва ниҳоят ҳозирги даврда простата безининг хавфсиз гиперплазияси

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларига биноан простата безининг хавфсиз гиперплазияси, бу – ёш билан тўғридан-тўғри боғлиқ касалликдир.

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

Гарчи у ҳаётга ҳавф туғдирмаса-да, лекин унинг пастки сийдик йўллари симптомлари каби клиник кўринишлари бемор ҳаётининг сифатини пасайтиради. Пастки сийдик йўллари симптомлари эса ирритатив ва обструктив ҳолида кечади.

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

Касаллик учта босқичда кечади:

I босқич - компенсация (Гьюон классификацияси бўйича - бошланғич даври) - қовуқда қолдиқ сийдик бўлмайди, қовуқ буйинчасидаги сийдик оқимиға тўсиқ қовуқ девори гипертрофияси ҳисобига енгиледи, юқори сийдик йўллари ва буйрак фаолияти ўзгармаган бўлади.

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

III босқич - декомпенсация (парадоксал ишурия даври) - қовуқда сийдик шу даражада қўп тўпланадики, унинг девори кенгайиб атония ҳолиға келади ва қовуқ бўйинчасидаги сфинктерлар энди сийдикни ушлолмай қолади ва сийдик бемор хоҳишиға боғлиқ бўлмаган ҳолда томчилаб ажрала бошлайди, яъни қовуқ сийдикка тўлиб турган бир пайтда (сийдик тутулиши), уретрадан сийдик томчилаб ажралиб туради (сийдик тутолмаслик). Хуллас, икки бир-бириға тамомила қарама-қарши ҳолат (сийдик тутулиши ва тутолмаслик) бир вақтда кузатилгани сабабли у парадоксал ишурия дейилади. Бунда юқори сийдик йўллари ва буйрак фаолияти ҳам бузилиб, буйрак етишмовчилиги юзаға кела-

ди.

Агар эътибор берган бўлсангиз, классификация гарчи простата беи касаллиги бўйича бўлсада, лекин унда махсус аъзо ҳолати умуман ҳисобға олинмай, аввало қовуқ ва сўнгра буйрак фаолияти кўзда тутилади.

Европа урологлари ассоциацияси тавсияларида бу камчилик бартараф этиб, касаллик шакллари унинг тўғридан-тўғри структураси (тузилиши), локализацияси, қайси соҳасида ўзгариш руй берганиға қараб белгиланади.

Чунончи, простата беи хавфсиз гиперплазиясининг «ён бўлақлари», «ўрта бўлақлари» ва ретротригонал шакллари фарқ қилинади. Ён бўлақларида адеиномотоз ўзгаришлар (гиперплазия) юзаға келганда, сийиш унчалик ҳам бузилмайди ва бу шакли олдин келтирилган классификациянинг биринчи босқичиға мос келади. «Ўрта бўлақ» шаклида бу бўлақ уретранинг ички тешигини обструкция қилиб, сийдик тутулишиға сабаб бўлади ва олдинги классификациянинг иккинчи босқичиға ўхшайди. Ретротригонал шаклида аввало буйрак етишмовчилиги юзаға келади, демак у Гьюон классификациясининг учинчи босқичиға тўғри келади.

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

Касаллик давридан қатъий назар ҳар бир қари ёшдаги

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

Бундай беморларни тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш простата безининг қатор касалликларини бири-биридан фарқ қилишга ёрдам беради (саратон, абсцесс, тошлар).

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

Простата бези хавфсиз гиперплазиясининг ҳажми (4х5х6 см дан кўпроқ), оғирлиги (5-10 г дан 200 г гача), қовуқдаги қолдиқ сийдик миқдори (100 мл дан 500 - 1000 мл гача) ноинвазив ҳисобланган усул ультратовушда аниқланади.

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

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

Пастки сийдик йўлларида сийдик оқимидаги ўзгаришлар (20-18 мл/дақиқадан пасайиши) урофлоуметрик усул билан аниқланади. Юқори сийдик йўлларидаги уродинамик ўзгаришлар простата бези хавфсиз гиперпла-

зиясининг ҳар қандай босқичида нафақат инфравезикал обструкция туфайли, балки аденома тугунларининг қовуқ учбурчаги томон ўсиб бориб, сийдик найчаларининг интрамурал қисмини босиб қўйиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин (ретротригонал шакл).

Простата бези касаллиги пайтида белгиларнинг йиғинди баҳосини белгилайдиган ҳалқаро система 7 та саволдан иборат анкета бўлиб, улар сийиш ўзгаришини ва битта ҳаёт сифатини аниқлайди. Бемор 6 та жавобдан 1 тасини симптомнинг энг аниқ ва кучлилигига қараб ажратиб белгилайди. Ҳар бир саволга берилган жавоб 0 дан 5 баллгача баёҳланади. Умумий балл 0 дан 35 гача бўлиши мумкин ва бундан 0-7 бал – енгил, 8-9 балл – мўътадил, ҳамда 20-35 балл – касалликнинг оғир симптоматикаси ҳисобланади.

Давоси. Простата бези аденомасини даволашнинг умумий концепцияси қуйидагичадир: касалликнинг биринчи босқичида асосан консерватив даволаш ўтказилади. У дори дармонлардан ташқари режимга (қун тартибига) риоя қилишдан ҳам иборат бўлади: фаоллик, ўткир ва аччиқ озиқ-овқатлардан сақланиш, спиртли ичимликлардан истеъмол қилмаслик, ич қотишнинг олдини олиш, иссиқ кийиниб юриш. Агар сийиш шунга қарамай қийинлашиб ва тезлашиб бораверса, қолдиқ сийдик бўлмаган тақдирда ҳам жарроҳлик усулларида трансуретрал резекция қўлланилиши мумкин.

Бундан ташқари охирги йилларда урология марказларида замонавий кам имвазив даволаш усулларида трансуретрал электровапоризация, трансуретрал игнали абляция ҳам кенг ишлатила бошланди.

Беморлар ўткир сийдик тутулиши, парадоксал ишурия, макрогематурия, ёки уретрорагия (қаердадир қилинган катетеризация ёки бошқа инструментал текширишидан кейин) билан мурожаат қилса, уларга зудлик билан ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Ўткир сийдик тутулиши ёки па-

радоксал ишурия пайтида беморнинг сийдиги катетеризация йўли билан, ёки унинг иложи бўлмаса, қов усти соҳасида пункция қилиниб олинади. Бундай пайтда зудлик билан троакар цистостомияси ҳам бажарилиши мумкин. Кучли уретрорагия пайтида уретрага доимий катетер ўрнатиб, қон кетиши тухтатилади. Макрогематурия пайтида қон кетишини тўхтатадиган дори-дармонлар (дипинон, 2,0 мл вена қон томирига, аминакапрон кислотаси эритмаси - 150 мл вена қон томирига ва бошқ.) ишлатилади. Шу муолажалар билан бир вақтда бемор текширишлардан ҳам ўтказилиб, якуний даволанишга тайёрланади.

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

Консерватив даволаш охирги йилларда йўлга қўйила бошланди: прогесторонлар (оксипрогестерон капронат 25% - 2,0 мл мушакка ҳафтасига бир марта, депостат 10% - 2,0 мл мушакка ҳафтасига бир марта, 2 ой давомиди), гиёҳлардан олинган таденин, трионал анча яхши даволаш натижасини бера бошлади. Шу жумладан проскар аденоманинг биринчи даражасида доим қўлланилиши керак. Бунда простата беги хавфсиз гиперплазияси билан бирга шу аъзода кечаётган (простатит, аденомит) ёки атрофидаги (тўғри ичак ва ҳ.к.) аъзолардаги касалликларга қарши ҳам

чора-тадбирлар қўриш зарурдир.

Оператив даволаш (аденомэктомия) инструментал йўл билан (трансуретрал электрорезекция - ТУР) ва жарроҳлик амалиёти билан амалга оширилади. Простата беги хавфсиз гиперплазиясининг жарроҳлик йўли билан даволашнинг махсус адабиётларда келтирилган тарихан қуйидаги хиллари мавжуд: 1. Г.Фрейер (1912) усулида қовуқ орқали аденомэктомия; 2. Лидский (1923) - Мильман (1944) усулида қоворти аденомэктомияси; 3. Юнг (1913) усулида оралик аденомэктомияси; 4. Фелкер усулида ишиоректал аденомэктомия ва 5. Сапожков (1926) усулида тўғри ичак орқали аденомэктомия.

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

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

1. Маҳаллий (локал) органик асоратлар:
 - қовуқ бўйинчаси стриктураси;
 - уретра стриктураси (узун ёки қисқа);
 - қовуқ олди қовуқчаси (предпузирь) комбинацияланган;
2. Қўшалок органик асоратлар:

- қовуқ олди қовуқчаси ва уретра стриктураси;
- қовуқ бўйинчаси стриктураси - қовуқ олди қовуқ-часи - уретра стриктураси;
- қовуқ олди қовуқчаси ёнидан ўтадиган уретра билан қовуқ орасидаги сохта йўл;

3. Сохта йўл (асоратнинг асорати):

- қовуқ олди қовуқчаси билан қовуқ орасидаги сохта йўл;
- уретра қовуқ – қовуқ олди қовуқчаси - қовуқ сохта йўли.

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

Адабиётлар:

1. Урология: Учебник. (Н.А. Лопаткин, А.Г.Пугачев, О.И. Аполикин и др.) Под ред. Н.А. Лопаткина. 5-е изд. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. -520 с.
2. Урология. Учебное пособие. Под ред. С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачука. –М.: Академия, 2005. -448 с.
3. Полный справочник уролога. О.В. Ананьев, Г.И.Дядя, Т.И.Кошелева и др. М., изд-во «ЭКСМО», 2005. 736 с.
4. Резник М.И., Новик Э.К. Секреты урологии. /Пер. с англ. Изд. 2-е. М.: «Издательство БИНОМ», 2000. -352 с.
5. Стандарты в экстренной урологии. Под. ред. ахтамова Дж. А. и Аллазова С.А. Самарканд, 2005, -27 с.
6. Голдин Г.И. Циститы. Медгиз. М., 1960. -195 с.
7. Пушкаръ Д.Ю., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Давидянц А.А. Диагностика и лечение различных форм цистита у женщин. М., 2002. -39 с.
8. Елисеев Ю.Ю. и соавт. Простатит. М., 2000, -100 с.
9. Cambell's urology. Sevent Edition, vol 1,2,3. 1988.
10. Руководство по урологии. В 3-х томах. Под ред. Н.А.Лопаткина. М.: Медицина, 1998. Т.1. – 304 с., т.2 -768 с., т.3 –672 с.
11. Кузменко Л.Н. Мочекаменная болезн. Киев, 1960.
12. Погорелко И.П. Хирургические вмешательства при камнях почек и мочеточников. Т., 1960. -276 с.
13. Witehead E.D. Atlas of surgical techniques in urology. Philadelphia, 1998.

Мундарижа

1-маъруза	3
Цистит.....	3
Простатит	13
2-маъруза. СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ. ПИЕЛОНЕФРИТ	17
3-маъруза. СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ	30
Буйрак ва сийдик найи тошлари.....	33
Қовуқ тошлари	41
Уретра (сийдик чиқариш канали) тошлари	42
Простата беzi тошлари	43
4-маъруза. ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ	44
Адабиётлар:	52