

Ўзбекистон Республикаси
Солини салаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН УРОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

“КЕЛИШИЛДИ”

**Республика ихтисослаштирилган
урология илмий-амалий тиббиёт**



маркази директори

Ш.Т. Мухтаров

” “ ” 2025 йил

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

МУНДАРИЖА

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..... 5**

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШРУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ47**

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАК-
ТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ.....67**

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

Ушбу клиник протоколлар Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ), “Ўзбекистон урологлар илмий жамияти”, “Ўзбекистон болалар урологлар жамияти” ва Тошкент тиббиёт академияси урология кафедрасининг мутахассислари, Европа урологлари ассоциацияси (EAU) тавсиялари ва соҳа бўйича олимларнинг маълумотлари асосида тайёрлаган.

Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда эксперт-мутахассислар учун мавжуд бўлган энг ҳаққоний маълумотларни ифодалашини таъкидлаш керак деб ҳисоблайдилар. Клиник протоколлар ҳеч қачон алоҳида беморни даволаш тактикасини аниқлашда клиник тажрибанинг ўрнини боса олмайди, аксинча беморнинг ўзига хос хусусиятлари ва нималарни афзал кўришини ҳисобга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради.

Миллий клиник протоколлар ХКТ-10/11нинг N20-N23/GB70, GB71, GB7Z шифрли сийдик-тош касаллиги (Urolithiasis), билан касалланган беморларни даволаш, реабилитация ва профилактикаларини олиб боришда қўллама ҳисобланиб, Республикаимизнинг уролог-шифокори мавжуд бўлган барча ДПМларида қўлланилади.

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифрлари:

ХКТ-10	
Код	Номи
N20	Буйрак ва сийдик найи тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N20
N20.0.	Буйрак тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N20.0
N20.1.	Сийдик найи тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N20.1
N20.2.	Сийдик найи ва буйрак тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N20.2
N20.9.	Аниқлаштирилмаган сийдик тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N20.9
N21	Пастки сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N21
N21.0.	Қовуқ тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N21.0
N21.1.	Сийдик чиқариш канали (уретра) тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N21.1
N21.8.	Бошқа сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N21.8
N21.9.	Аниқлаштирилмаган сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N21.9
N23	Аниқлаштирилмаган буйрак санчиғи https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N23

ХКТ-11	
Код	Номи
GB70	Юқори сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#295907514
GB70.0	Буйрак тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#389168514
GB70.00	Маржонсимон буйрак тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#48643408
GB70.0Y	Бошқа буйрак тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#389168514%2Fother
GB70.0Z	Аниқлаштирилмаган буйрак тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#389168514%2F unspecified
GB70.1	Сийдик найи тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1920593940
GB70.Z	Аниқлаштирилмаган юқори сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#295907514%2F unspecified
GB71	Пастки сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1961426220
GB71.0	Қовуқ тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#197850369
GB71.1	Сийдик чиқариш канали (уретра) тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1853962389
GB71.2	Сунъин қовуқ яратиш амалиётидаги ичак сегментлари тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#88962007
GB71.Z	Аниқлаштирилмаган пастки сийдик йўллари тошлари https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1961426220%2F unspecified
GB7Z	Аниқлаштирилмаган сийдик-тош касаллиги https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1746821938%2F unspecified

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси.

Миллий клиник протокол 2024 йилда ишлаб чиқилган бўлиб, 2025 йилда қайта кўриб чиқилган. Протоколни қайта кўриб чиқиш ҳар 5 йилда ёки ташхислаш, даволаш, реабилитация ва профилактика бўйича далиллар даражаси ўзгариши кузатилганда амалга оширилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот.

Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ).

Мультидисциплинер ишчи гуруҳ аъзолари:

Мухтаров Шухрат Турсунович – Республика ихтисослашган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Акилов Фарход Атауллаевич – Тошкент тиббиёт академиясининг урология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ғайбуллаев Асилбек Асадович – «European Medical University» хусусий тиббиёт университети ректори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Кариев Саидахрор Саидасланович – Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш маркази хирургия факультети декани, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Ағзамхўжаев Саиданвар Талатович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматуллаев Акмал Абадбекович – Тошкент педиатрия тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – Республика ихтисослашган илмий-амалий онкология ва радиология маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ахмедов Рустам Носирович – Республика шошилинич тиббий ёрдам маркази урология бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори.

Рахматов Махсуд Мирзаевич – Республика ихтисослашган илмий-амалий фтизиатрия ва пульмонология маркази етакчи мутахассиси, фтизиоуролог.

Умаров Азиз Рустамович – Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг туғруқ бўлими бош шифокор ўринбосари.

Тоиров Бобур Акбарович – Республика ихтисослашган илмий-амалий дерматология ва косметология маркази дерматокосметология бўлими мудири, тиббиёт фанлари доктори.

Кариев Сарвар Собиржонович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази етакчи мутахассиси, нефролог, тиббиёт фанлари номзоди.

Субботин Марк Борисович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази реанимация ва интенсив терапия бўлими мудири.

Фозилов Абдуқодир Абдуқаҳхорович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология маркази етакчи мутахассиси, андролог-сексопатолог.

Адилхўжаев Аскар Анварович – Республика ихтисослашган илмий-амалий онкология ва радиология маркази илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори.

Иноятов Умид Нуриллаевич – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология марказининг етакчи мутахассиси, патологанатом.

Абдуфаттаев Улуғбек Авазжонович – Республика ихтисослашган илмий-амалий урология марказининг етакчи мутахассиси, ультратовуш диагностика шифокори.

Абдукаримов Боходир Хошимович – Республика ихтисослашган илмий-амалий суд-тиббий экспертиза маркази директор ўринбосари.

Тўхиров Алишер Обидович – Тошкент шаҳар Олмазор тумани марказий кўп тармоқли поликлиникаси бош шифокор ўринбосари

Ишчи гуруҳ аъзолари ва муаллифлар:

Мухтаров Шухрат Турсунович – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази директори.

Рахимов Нодир Маннонович – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари

Салимов Илҳом Жўрабаевич – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, филиаллар билан ишлаш бўйича директор ўринбосари

Носиров Фурқат Рауфович – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, илмий тадқиқот лабораторияси бўлими мудири

Рахимбоев Асқар Акрамович – PhD., Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази етакчи мутахассиси

Нуриддинов Хусниддин Зафариддин ўғли – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази етакчи мутахассиси

Такризчилар:

Мартов Алексей Георгиевич – т.ф.д., профессор, Россия Фанлар академиясининг мухбир аъзоси, А.И.Бурназян номидаги Федерал тиббиёт биология маркази, Тиббиёт ва биология университети, урология ва андрология кафедраси мудири. Д.Д.Плетнёв шифохонанинг урологик кластери бошлиғи, Россия Федерациясининг хизмат кўрсатган шифокори.

Юлдашев Файзулла Юлдашевич – т.ф.д. Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, урология курси мудири жаррохлик кафедраси илмий ходими.

Миллий клиник протокол лойиҳасининг муҳокамаси.

Миллий клиник протокол Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг 2025 йил 19-майдаги 7-сонли Илмий кенгаши йиғилишида кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

Кариев Саидахор Саидасланович, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, урология ва нефрология кафедраси доценти, т.ф.д.

Агзамходжаев Саиданвар Талатович - Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, т.ф.д.

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Қисқартмалар рўйхати

БГ	– Бирламчи гипероксалурия
БКА	– Буйрак каналчалари ацидоз
ДЛТ	– Дистанцион литотрипсия
ЕЧТ	– Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЕУ	– Экскретор урография
ИД	– Исботланганлик даражаси
КФТ	– Коптокчалар филтрацияси тезлиги
КЖС	– Косача-жом системаси
КТ	– Компютер томография
ЛКТ	– Литокинэтик терапия
МРТ	– Магнит-резонанс томография
НЯҚВ	– Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
НХ	– Нисбий хавф
РИРЖ	– Ретроград интраренал жаррохлик
РКТ	– Рандомизацияланган клиник тадқиқот
СТК	– Сийдик-тош касаллиги
СЙИ	– Сийдик йўллари инфекцияси
ТД	– Тавсиялар даражаси
ТОН	– Тери орқали нефростомия
ТУ	– Трансуретрал
ТВИ	– Тана вазни индекси
УҚА	– Умумий қон анализи
УСА	– Умумий сийдик анализи
УРС	– Уретероскопия
УТТ	– Ультратовуш текшируви
УХ	– Умумий хавф

Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протоколнинг фойдаланувчилари.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, марказнинг юридик мақомга эга бўлган филиаллари, марказнинг Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази негизидаги филиаллари, Олий таълим муассасалари негизидаги урология бўлимлари, Вилоят кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси, Туман/Шаҳар тиббиёт марказларидаги урология бўлимлари, Туман/Шаҳар кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси уролог-шифокорлари ва оилавий шифокорлари.

Мазкур нозология бўйича клиник протоколга тўғри келадиган беморлар тоифаси.

Сийдик-тош касаллиги бўлган беморлар.

Далилларга асосланган тиббиётнинг далиллари даражаси шкаласи.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно.
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган.

2. АСОСИЙ ҚИСМ

2.1. Кириш

Сийдик-тош касаллиги (Уролитиаз) дунё бўйича кэнг тарқалган касалликлардан бўлиб, тарқалганлик кўрсаткич 1-20 % ни ташкил этади. Сийдик-тош касаллиги Европа ва Шимолий Америкадаги умумий аҳолининг 5-9% да, айрим Осиё мамлакатларида эса 20%гача учрайди. Сийдик-тош касаллиги шифохоналарнинг урологик бўлимларига ётқизиш сабабларининг 30-40% ни ташкил қилади. Ҳаёт давомида СТК билан касалланиш хавфи 10% ни ташкил қилади.

Сийдик-тош касаллиги – Ўзбекистондаги худудларда учраш ҳолати турлича. Фарғона водийсида касаллик 2-3% аҳолида аниқланса, Бухоро, Хоразм вилоятлари, Қорақалпоғистон Республикасида ушбу кўрсаткич 6-8% ни ташкил қилади [1].

2.2. Умумий таъриф

Сийдик-тош касаллиги (уролитиаз) – бу турли хил сабабларга кўра келиб чиқувчи, сийдик чиқариш тизимида (буйраклар, сийдик найлари, қовуқ ёки уретра) тошлар ҳосил бўлиши билан характерланадиган моддалар алмашинуви касаллигидир.

2.3. Сийдик-тош касаллигининг таснифи.

Клиник таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича).

СТК полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Буйракларда тош ҳосил бўлишига битта, кам ҳолларда бир нечта омиллар сабаб бўлиши мумкин, лекин бунда ушбу жараёнга мойиллик туғдирувчи патогенэтик шароит бўлиши керак. Каузал генезни ўрганишда тош ҳосил бўлиши уни келтириб чиқарган этиологик омилга нисбатан кўриб чиқилади. Шу билан бирга, СТКнинг формал генези ёки патогенези, унга сабаб бўлган бир қатор омиллар учун бир хил бўлиши мумкин. Буйракларда тош ҳосил бўлишининг патогенези диатез турига, сийдик рН қийматига, у ёки бу турдаги минерал тузлар ёки сийдик кислотаси ва унинг тузлари, натрий, аммоний ва бошқа омилларнинг экскрециясига қараб фарқланади. Сийдик тошлари доимо турли хил оқсил бирикмаларининг субстанциялари бирлашган сийдик тузлари кристалларидан иборат бўлади.

Европа урологлари ассоциацияси маълумотларига кўра, тош ҳосил бўлиши эндоген ва экзоген омилларга бўлинади

Эндоген этиологик омиллар. Сийдик таркибининг ўзгариши ва нефролитиазнинг пайдо бўлишига олиб келувчи буйрак функцияларининг бузилишларини келтириб чиқарадиган сабаблар орасида, буйраклардаги туғма патологик ўзгаришлар–проксимал ва дистал каналчалар шикастланиши билан юзага келадиган ферментопатиялар (тубулопатиялар) ва сийдик йўллариининг анатомик ривожланиш нуқсонлари муҳим рол ўйнайди.

Оксалурия – энг кэнг тарқалган тубулопатия бўлиб, нефролитиаз билан касалланган беморларнинг деярли ярмида учрайди. Унинг ирсий табиати беморларнинг қариндошларида бир хил тубулопатия учраши билан тасдиқланади. Оксалат тошларининг ҳосил бўлиши сув ва озик-овқат маҳсулотларида

магнийнинг кам миқдорига, шунингдек буйраклардаги яллиғланиш жараёнининг фаоллик даражасига боғлиқлиги қайд этилган.

Фосфат тошларининг ҳосил бўлиши, одатда фосфатлар реабсорбцияси бузилиши ва кристаллар ва оксалатларнинг буйрак тўқимасида чўкиши билан боғлиқ.

Уратурия буйрак-тош касаллиги билан оғриган беморларнинг 25%ида ва кўпинча уларнинг қариндошларида, асосан эркакларда аниқланади. Уратурия – пурин нуклеидлари синтезининг бузилиши натижасидир. Сийдик кислотаси – пуринлар алмашинувнинг якуний маҳсулоти. У коптокчалар филтрацияси ва каналчалар секрецияси жараёнида ажралиб чиқади. Унинг реабсорбцияси ҳам каналчаларда рўй беради.

Цистинурия – бу тўртта аминокислотанинг буйракларда реабсорбциясининг генетик бузилиши: цистин, лизин, аргинин ва арнитин. Одатда коптокчаларида филтрланган цистиннинг 95% буйрак каналчаларида қайта сўрилади. Цистинурия билан оғриган беморларда цистин деярли қайта сўрилмайди, бу унинг қон зардобидаги концентрациясининг 50% га пасайишига олиб келади.

Экзоген этиологик омиллар. Буларга ичимлик суви, озиқ-овқат маҳсулотлари, атроф-муҳитнинг бошқа омиллари киради. Ичимлик сувининг тош ҳосил бўлишига таъсири, одатда, юқори даражадаги қаттиқлик билан боғлиқ.

Экзоген этиологик омилларга баъзи дори моддаларини ҳам киритиш керак. Аввало, бу сульфаниламидлар бўлиб, улар сийдик оқими бузилиши ҳолатида конкремент матрицасига айланиши мумкин. Баъзида тетрациклинлар сийдик тошларининг ядроси бўлиши мумкин. Антикоагулянтлар ҳам урикозурик таъсирга эга. Уларни узоқ муддат давомида қўллаш тош ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Кофеин диурезни оширсада, сийдик кислотасини чиқариш билан бирга, асосий моддалар алмашинувини кучайтирган ҳолда, сийдик кислотасининг ҳосил бўлишини оширади.

Тош ҳосил бўлиши хавф гуруҳлари. Тош ҳосил бўлиши хавф даражаси алоҳида қизиқиш уйғотади, чунки у нафақат тошларнинг қайталаниши ёки ўсиши эҳтимолини, балки дори воситалари билан даволаш зарурлигини ҳам белгилайди.

СТКнинг қайталанувчи хусусияти бўлган беморларнинг тахминан 50%да ҳаёт давомида тош ҳосил бўлиши фақат бир марта такрорланади. Кўп марта қайталаниш 10%дан кўпроқ ҳолларда қайд этилган. Тош ҳосил бўлишининг қайталаниш хавфи даражаси тошнинг кимёвий таркиби ва касалликнинг оғирлик даражаси билан белгиланади (1-жадвал).

1-жадвал.

Тош ҳосил бўлиши хавфи юқори гуруҳлар.

СТК ривожланиши билан боғлиқ касалликлар
Гиперпаратиреоз
Метаболик синдром
Буйраклар поликистоз касаллиги
Ошқозон-ичак тракти касалликлари (эюно-илеал айланма анастомоз, ичак резекцияси, Крон касаллиги, малабсорбция, сийдик деривациясидан кейин ичак гипероксалурияси) бариатрик операциялар
Саркоидоз
Орқа мия шикасти, нейроген қовук

СТКнинг ирсий сабаблари
Цистинурия (А, Б ва АБ типли)
Бирламчи гипероксалурия (БГ)
Буйрак каналчалари ацидоз (БКА) 1-типи
Ксантинурия
Муковисцидоз
Тош ҳосил бўлишига мойиллик туғдирувчи анатомик бузилишлар
Медулляр ғоваксимон буйрак (тубуляр эктазия)
Жом-сийдик найи сегменти (ЖСНС) обструкцияси
Косача дивертикули, косача кистаси
Сийдик найи стриктураси
Везико-уретерал-ренал рефлюкс
Тақасимон буйрак
Уретероцеле
Ташқи муҳит омиллари
Атроф муҳитнинг юқори ҳарорати
Қўрғошин ва кадмийнинг сурункали таъсири

Сийдик-тош касаллигининг бошқа мезонларга асосан таснифи

Тошларни қуйидаги мезонларга кўра таснифланади: ўлчами, жойлашиши, рентгенологик хусусиятлари, этиологияси, минерал таркиби ва тош ҳосил бўлиши хавфи.

Тошнинг ўлчами. Одатда, тошнинг ўлчами бир ёки иккита ўлчовни кўрсатган ҳолда, миллиметрларда белгиланади. Тошларни <5 мм, 5-10 мм, 10-20 мм ва > 20 мм ўлчамли гуруҳларга ажратиш мумкин.

Тошнинг жойлашиши. Тошларни сийдик йўлларианинг анатомик тузилмаларида жойлашган жойига қараб: Юқори, ўрта ёки пастки косачада, буйрак жоида, проксимал(юқори), ўрта ёки дистал (пастки) сийдик найида ва қовуқда. Бир томонлама ёки икки томонламага бўлинади.

Рентгенологик хусусиятлари. Тошларни қорин бўшлиғининг умумий рентгенографиясидаги тасвирига кўра таснифлаш мумкин (2-жадвал), бу уларнинг минералогик таркибига боғлиқ. Тошларни зичлиги, ички тузилиши ва таркиби бўйича таснифлаш учун контрастиз компьютер томография (КТ) қўлланилади. Ушбу маълумотлар даволаш тактикасини танлашга бевосита таъсир қилади.

2-жадвал.

Тошларнинг рентгенологик хусусиятлари

Рентген(позитив)контраст тош	Кам контраст тош	Рентгеннэгатив тош
Калций оксалатнинг дигидрати	Магний ва аммоний фосфат	Сийдик кислота
Калций оксалатнинг моногидрати	Апатит	Аммоний урат
Калций фосфат	Цистин	Ксантин 2,8-дигидроксиаденин

		Дорили тошлар
--	--	---------------

3. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ, УСЛУБЛАРИ, ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР ЁНДОШУВЛАРИ ВА ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ

3.1. Шикоят ва анамнез

Стандарт текширув тўлиқ анамнез тўплаш ва физикал текширувни ўз ичига олади. Буйрак ва сийдик найи тошлари бўлган беморларда одатда бел соҳасида турли интенсивликка эга бўлган оғриқ, пешоб рангининг ўзгариши, кўнгил айланиши, қусиш ва баъзида тана ҳароратининг кўтарилиши юзага келиши мумкин, аммо касаллик симптомларсиз ҳам кечиши мумкин.

3.2. Лаборатор текширувлар

Барча беморларда умумий сийдик анализи ёки сийдикнинг Нечипоренко усулида текшириш, умумий қон анализи, қоннинг чекланган биокимёвий текширувларини ўтказиш талаб қилинади.

3-жадвал.

Лаборатор текширувлар бўйича тавсиялар

Тавсиялар: СТК бўлган беморларда ўтказиладиган асосий лаборатор текширувлар	ТД
Сийдик	
Сийдик чўкмаси таҳлили / тест-қоғозча ёрдамида таҳлил: <ul style="list-style-type: none">• эритроцитлар• лейкоцитлар• нитрит• сийдикнинг рН қиймати (тахминий қиймати) Сийдикнинг микроскопик текшируви ва/ёки бактериал экма	Кучли
Қон	
<ul style="list-style-type: none">• сийдикчил• креатинин• сийдик кислотаси• умумий қон таҳлили	Кучли
Даволашни режалаштирилганда: коагулограмма (ФҚТВ ва ХНН)	Кучли

3.3. Сийдик тош касаллигини инструментал ташхислаш усуллари

Ултратовуш текширув. Беморларда УТТ дастлабки ташхислаш усули ҳисобланади. Унинг афзаллиги нурланишнинг мавжуд эмаслигидадир. УТТ буйраклар ўлчамлари, тошларнинг косача, жом, сийдик найи юқори ва пастки учлиги ҳамда қовуқдаги тошларни аниқлашга, шунингдек, юқори сийдик йўллари кэнгайишини ташхислашга имкон беради. Сийдик найи тошлари бўлганда УТТ сезгирлиги 45%, спецификлиги - 94%, буйрак тошлари бўлганда эса мос равишда 45% ва 88%ни ташкил этади [2]. Аммо УТТ буйраклар функцияси тўғрисидаги маълумотни бермайди.

Умумий урография. Умумий тасвир тошларни аниқлаш, уларнинг рентген контрастлигини аниқлай олади, ҳамда кейинги кузатишни осонлаштиради.

Экскретор урография. ЭУ буйраклар функцияси, косача-жом тизимининг анатомияси ва обструкция даражаси ҳақида маълумот беради. Унинг асосий камчилиги бўлиб контраст препаратни киритиш зарурати ҳисобланади. Умумий

ва контрастли урографиянинг сезгирлиги 44%, спецификлиги 77%ни ташкил этади [3].

Контрастсиз КТ. Замоनावий паст дозали КТ режимлари нурланиш таъсирини сезиларли даражада камайтириши мумкин. Контрастсиз КТ таркибида сийдик кислотаси ва ксантин бўлган, рентген-нэгатив тошларни ташхислаш имконини беради, аммо индинавир препарати туфайли ҳосил бўлган тошлар КТда кўринмайди. Бундан ташқари, контрастсиз КТ тошнинг зичлигини, ички тузилишини, «тери–тош» масофасини ва анатомик хусусиятларни – даволаш усулини танлашга таъсир қилувчи параметрларни аниқлашга имкон беради [4]. Шу билан бирга, контрастсиз КТнинг афзалликлари билан бир қаторда, унинг буйрак функцияси ва юқори сийдик йўлларианинг анатомияси ҳақида маълумот бермаслигини, шунингдек, юқори дозада нурланишга эга эканлигини ёдда тутиш керак.

Паст дозали КТни қўллаш орқали нур юкламасини камайтириш мумкин, аммо уни одатдаги клиник амалиётга тадбиқ қилиш қийин. Тана вазни индекси (ТВИ) 30дан кичик бўлган беморларда сийдик найининг 3 мм дан кичик ўлчамли тошларини ташхислашда паст дозали КТ сезгирлиги 86%ни, 3 мм дан катта тошлар учун еса 100% ни ташкил этади. Проспектив тадқиқотлар мета-таҳлиллари натижаларига кўра, СТК диагностикасида паст дозали КТнинг умумий сезгирлиги 93,1%, спецификлиги 96,6%ни ташкил этади [5].

4-жадвал

Инструментал текшириш усуллари бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Бел соҳасида ўткир оғриқ бўлган беморларда ташхисни тасдиқлаш учун УТТдан сўнг контрастсиз КТ ўтказилиши керак, чунки у ЭУга қараганда самаралироқдир.	1а
Контрастли КТ косача-жом тизимини уч ўлчовли реконструкциясини амалга оширишга, шунингдек тошнинг зичлигини ва «тери–тош» масофасини аниқлашга имкон беради.	2а
Тавсиялар	ТД
Юқори тана ҳарорати ёки битта буйраги бўлган беморларга, шунингдек шубҳали СТК ташхиси қўйилган беморларга дарҳол текшириш усули тавсия этилади	Кучли
Бел соҳасида ўткир оғриқ бўлган беморларда ташхисни тасдиқлаш учун УТТдан сўнг контрастсиз КТни ўтказиш керак	Кучли
Тошни олиб ташлаш режалаштирилганда косача-жом тизимининг анатомиясини баҳолаш учун контрастли текшириш ўтказиш керак	Кучли

3.3.1. Ҳомиладорларда сийдик тош касаллигида инструментал текшириш усуллари

Ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг нурланиши ностохастик (тератогенез) ёки стохастик (канцерогенез) таъсирга олиб келиши мумкин. Тератоген таъсир қабул қилинган дозага боғлиқ бўлиб, чэгаравий дозани талаб қилади (<50 мГр хавфсиз деб ҳисобланади) ва гестацион ёшга боғлиқ (8 ҳафтагача ва 23 ҳафтадан кейин минимал хавф). Канцерогенез (ҳатто <10 мГр доза ҳам хавф туғдиради) ва мутагенез (500-1000 мГр, бу асосий рентгенологик текширувлар дозасидан анча

юқори) хавфи дозани оширганда ортади, аммо улар учун чэгаравий дозани талаб қилмайди ва гестацион ёшга боғлиқ эмас [6].

Ҳомиладор аёлларда ташхислаш усулларининг ҳеч бири мунтазам равишда такрорланмаслиги керак. Илмий жамиятлар ва ташкилотлар УТТ, умумий урография, МРТ ва улар тавсия этилганда ташхислаш усулларининг хавфсизлиги тўғрисида келишувга эришдилар. Рентгенологик усуллар, агар уларнинг натижалари даволаш тактикасига таъсир қилса, фақат ишончли кўрсаткичлар бўлган тақдирда амалга оширилади. Одатда, 0,5 мГр дан юқори бўлган ҳомила томонидан ютилувчи дозада текширувлар ўтказишда консилиум қарори тавсия этилади.

Ҳозирги вақтда буйрак санчиғига шубҳа бўлган ҳомиладор аёлларни текширишда асосий текшириш усули УТТ ҳисобланади (агар керак бўлса, резистив индекс ўзгаришини қўллаб ва қовуқ тўлалигида трансвагинал/трансабдоминал УТТ). Аммо ҳомиладорлик пайтида физиологик кэнгайиш сийдик найи обструкцияси деб қабул қилиниши мумкин.

Иккинчи қатор усули сифатида обструкция даражасини аниқлаш ва тошни тўлиш нуқсони сифатида визуаллаштириш учун магнит-резонанс томография (МРТ) ишлатилиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида 3Т МРТ аппарати баҳоланмаганлиги сабабли, 1,5 Т аппаратларидан фойдаланиш тавсия этилади.

Ҳомиладор аёлларда сийдик-тош касаллигини ташхислашда паст дозали КТ МРТ (80%) ва УТТ (77%) билан таққослаганда ижобий прогноз қийматига (95,8%) эга.

Юқори аниқлик уретероскопия каби кераксиз аралашувларнинг энг паст кўрсаткичлари билан бирга келади. Паст дозали КТ нур юкламасининг паст дозада бўлишига қарамай, ҳозирги вақтда уни фақат охирги танлов усули сифатида бажариш тавсия этилади.

5-жадвал

Ҳомиладорларда инструментал текшириш усуллари бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Ҳомиладорлик пайтида УТТ ва МРТни қўллаш бўйича маълумотлар паст даражадаги исботланганликка эга	3б
Тавсиялар	ТД
Ҳомиладор аёлларда ташхислашнинг афзал усули – УТТ	Кучли
МРТ иккинчи қатор усули ҳисобланади	Кучли
Паст дозали КТ охирги танлов усули сифатида қаралиши керак	Кучли

3.3.2. Болалар сийдик-тош касаллигида инструментал текшириш

СТК бўлган болаларда такрорий тош ҳосил бўлиш хавфи юқори, шунинг учун уларда ушбу гуруҳ учун стандарт бўлган ташхислаш усуллари қўлланилади. Болаларда моддалар алмашинуви билан боғлиқ бўлмаган энг кэнг тарқалган патологиялар қовуқ-сийдик найи рефлюкси, ЖСНС стриктураси, нейроген қовуқ ва бошқа сийдик чиқариш бузилишлари ҳисобланади.

Болаларда СТК ташхислаш усулини танлашда бундай беморлар кўрсатмаларга риоя қилмасликлари, анестезия талаб қилишлари ва улар ионлаштирувчи нурланиш таъсирига тушишини ҳисобга олиш керак.

Ултратовуш текширув. Болаларда УТТ дастлабки ташхислаш усули ҳисобланади. Унинг афзаллиги нурланишнинг мавжуд эмаслиги ва анестезияга зарурият йўқлигидадир. Текширув давомида тўлдирилган қовуқ ва сийдик найларига туташ соҳалар, шунингдек сийдик найининг юқори қисми текширилиши керак. Аммо УТТ СТК билан касалланган болаларнинг 40% дан кўпроғида тошларни аниқламайди ва буйраклар функцияси тўғрисида маълумот бермайди.

Умумий урография. Умумий тасвир тошларни аниқлаш, уларнинг рентген контрастлигини аниқлай олади, ҳамда кейинги кузатишни осонлаштиради.

Экскретор урография. ЭУ вақтида нурланиш дозаси микцион цистоуретрография (0.33 мЗв) дозаси билан тэнглашади. Унинг асосий камчилиги бўлиб контраст препаратни киритиш зарурати ҳисобланади.

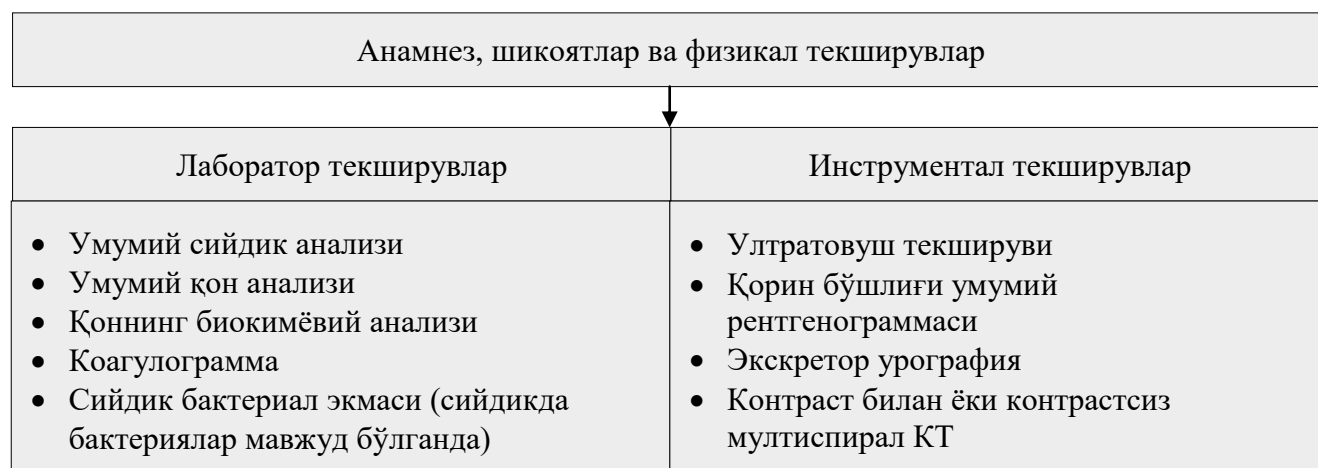
Спирал КТ. Замоनावий паст дозали КТ режимлари нурланиш таъсирини сезиларли даражада камайтириши мумкин. Спирал контрастиз КТ ёрдамида болаларда атиги тошларнинг 5%ни ташхислаб бўлмайди. Агар замонавий юқори тезликда ишлайдиган КТ асбоблари ишлатилса, седация ва анестезияга талаб жуда кам ҳолатларда учрайди.

6-жадвал

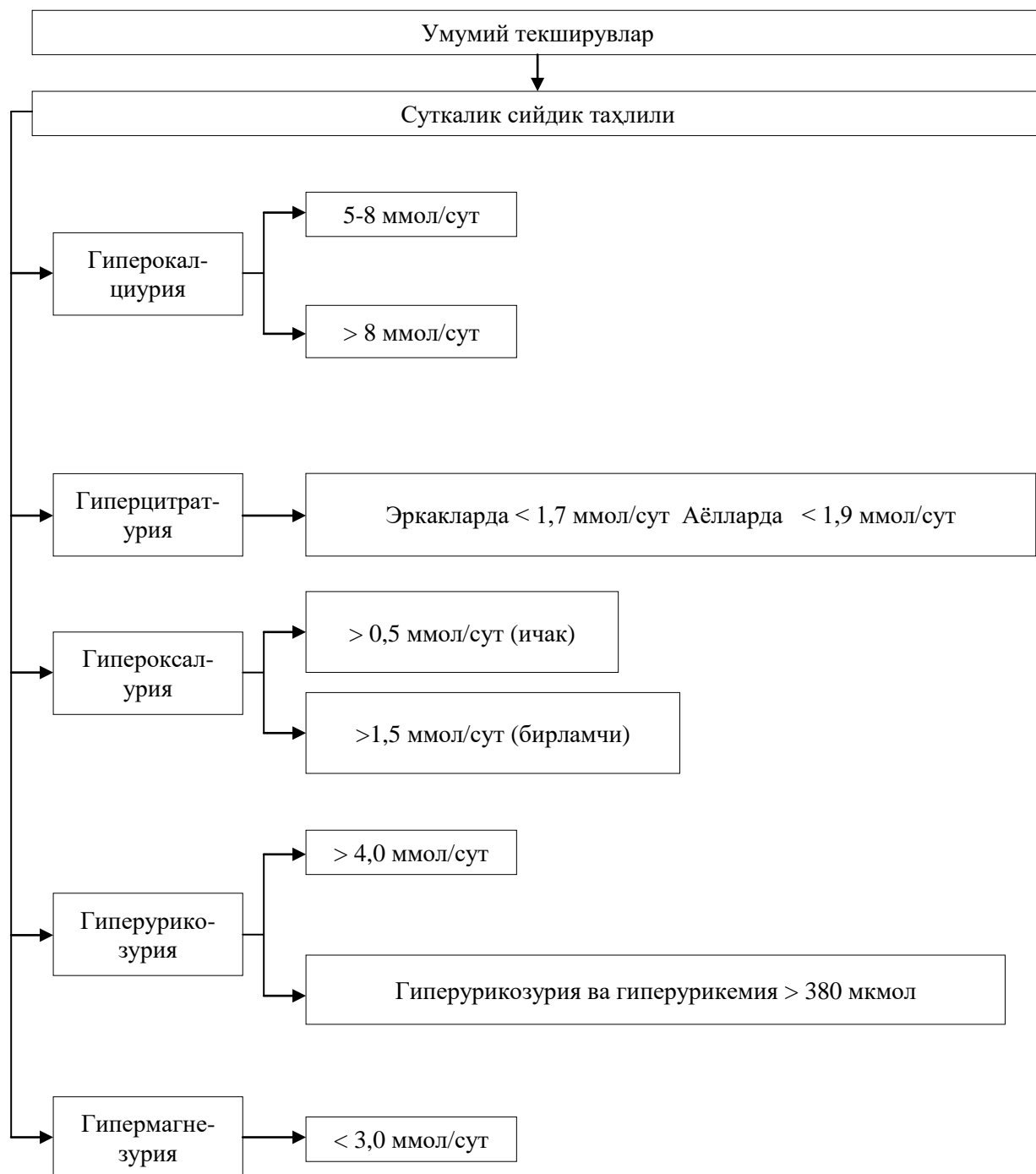
Болаларда инструментал текшириш усуллари бўйича тавсиялар

Тавсиялар	ТД
СТК билан касалланган барча болалар тош таркибини ҳисобга олган ҳолда тўлиқ метаболик текширувдан ўтишлари керак	Кучли
Тошнинг турини билиш мақсадида таҳлил учун тошларни тўплаш зарур	Кучли
Агар болаларда СТК касаллигига шубҳа бўлса, УТТ ташхислашнинг биринчи танлов усули сифатида тавсия этилади. Бу усул буйраклар, тўлатилган қовуқ ва сийдик найлари туташ соҳаларининг текширувини ўз ичига олиши керак.	Кучли
Агар УТТ зарур маълумотларни бермаса, умумий урографияни (ёки паст дозали КТ) бажариш керак.	Кучли

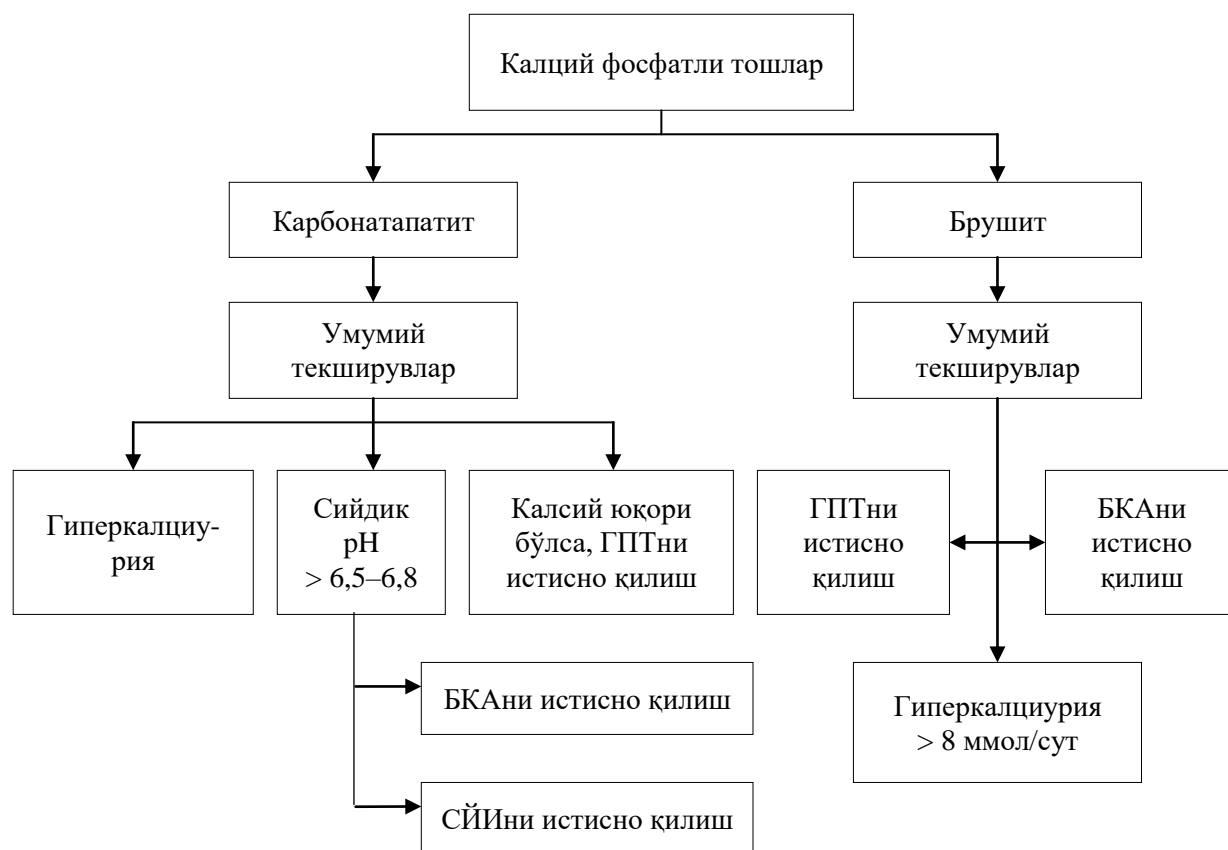
3.4. Сийдик-тош касаллигига шубҳа бўлган беморларни умумий текшириш алгоритми



3.4.1. Калций оксалат тошларнинг ташхислаш алгоритми



3.4.2. Калций фосфатли тошларнинг ташхислаш алгоритми



3.4.3. Сийдик кислотали ва аммоний урат тошларининг ташхислаш алгоритми



рНнинг юқори даражасида Калций фосфатли тошлар ҳосил бўлиши мумкин.

3.4.4. Инфекцион тошларнинг ташхислаш алгоритми



3.5. Сийдик тош касаллиги қуйидаги ҳамроҳ касалликлар билан бирга келганида, тор соҳа мутахассислар маслаҳати лозим бўлади.

- Анамнезидан подагра касаллиги билан хасталанган ёки ота томонидан қариндошлари орасида, юқоридаги касаллик билан хасталанган инсон бўлса, қон анализидида сийдик кислотаси миқдори меъёрдан юқори бўлса, ревматолог кўриги.

- Анамнезидан юрак ишемик касаллиги, хафақон касаллигилари билан даволаниб келадиган бўлса, кардиолог кўриги

- Анамнезидан қон ивиш системасида бузилишлар кузатилган бўлса гематолог кўриги.

- Анамнезидан қандли диабет касаллиги билан диспансер назоратида турадиган бўлса, сийдик йўллари инфекцияси ривожланишини олдини олиш мақсадида эндокринолог кўриги.

3.6. Буйрак санчиғи билан қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликлар.

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ўткир аппендицит	Оғриқни кутилмаганда эпигастрал соҳада бошланиб, ўнг ёнбош соҳага ўтиши.	УҚА, УСА УТТ	Ўткир аппендицит бошланишида тана хароратини кўтарилиши кузатилади. Бемор оёғини қорнига қисиб, ўнг ёнбош ҳолатда ётган бўлади. Чап ёнбоши билан ётганда оғриқ кучаяди. Қорин парда таъсирланиш симптомлари мусбат бўлади. Умумий қон таҳлилида касалликнинг биринчи соатларида ЭЧТ ва лейкоцитоз кўтарилганлиги аниқланади. УТТда буйрак косача-жом тизими кэнгаймаган бўлиб, УСАда ўзгаришлар кузатилмайди.

Ўткир холецистит	Ўнг қовурға остида тўсатдан кучли оғриқ бўлиши.	УҚА,УСА УТТ	Ўткир холецистит кўпинча ёғлиқ, кўп овқатлар, спиртли ичимликлар қабул қилгандан кейин вужудга келади. Оғриқ ўнг ўмров ости чуқурчасига (Френикус симптоми) ва ўнг куракка тарқалади. Ўнг қовурға ости бўйлаб тукуллатиш (Ортнер симптоми) кескин мусбат бўлади. Қорин парда таъсирланиш симптомлари мусбат бўлади. Касаллик тана хароратининг тобора кўтарилиб бориши, лейкоцитоз ва қон формуласини чапга силжиши аниқланади. Обструктив холециститда кўз оқи ва тери сарғайиши кузатилади УТТда буйрак косача-жом тизими кэнгаймаган бўлиб, УСАда ўзгаришлар кузатилмайди.
Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраси	Эпигастрал соҳада кучли, тўсатдан “ханжарсимон” оғриқ бўлиши.	УҚА,УСА УТТ	Терининг оқариши, қусиш одатда қон аралашмаси (қахва қуйқаси) билан бўлади. Қорин парда таъсирланиш симптомлари мусбат бўлади. Перкуссияда қориннинг юқори қисмида тимпаник товуш аниқланади. УТТда буйрак косача-жом тизими кэнгаймаган бўлиб, УСАда ўзгаришлар кузатилмайди.
Ўткир панкреатит	Эпигастрал соҳада тўсатдан пайдо бўладиган орқага, елкага, қовурға остига тарқалувчи тезликда белни ўраб оладиган оғриқ бўлиши	УҚА,УСА УТТ	Қоринда тонеал смптомлар кузатилади. Қонда ва сийдикда диастазанинг кескин кўтарилиши билан намоён бўлади. УТТда буйрак косача-жом тизими кэнгаймаган бўлиб, УСАда ўзгаришлар кузатилмайди.
Бачадондан ташқари хомилаларлик	Қориннинг пастида тўсатдан пайдо бўладиган кучли оғриқни бўлиши.	УҚА,УСА УТТ	Қориннинг пастки бўлагидаги оғриқ ҳисобига, бемор оёғини қорнига яқин келтириб мажбурий ҳолатни қабул қилади. Оғриқ думғаза-умуртқа соҳасига тарқалади. касалликнинг

			дастлабки соатларидан қорин парданинг таъсирланиш симптомлари ривожланади. Терининг оқариши, қалтираш кузатилиб, одатда булар ички қон кэтиш билан боғлиқ бўлади. УТТда буйрак косача-жом тизими кэнгаймаган бўлиб, УСАда ўзгаришлар кузатилмайди.
--	--	--	--

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ.

4.1. Сийдик-тош касаллигини номедикаментоз даволаш тактикаси.

Европа урологлари ассоциацияси маълумотларига кўра, овқатланиш тартиби барча турдаги озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилган ҳолда мувозанатлаштирилган бўлиши керак, аммо улардан ҳеч бирини суистеъмол қилмаслик керак.

Мевалар, сабзавотлар ва клетчатка истеъмол қилиш керак. Ўсимлик маҳсулотларидаги ишқорлар туфайли сийдик рН қийматини оширишга эришилади.

Ҳайвон оксиллари отиқча миқдорда истеъмол қилишдан сақланиш керак ва тана вазнига 0,8-1,0 г/кг гача миқдорда чеклаш керак.

Калций истеъмол қилишга қатъий қарши кўрсатмалар бўлмаса, калцийни истеъмол қилишни чеклаш керак емас.

Натрийнинг кунлик истеъмоли 3-5 г дан ошмаслиги керак [22].

Натрий истеъмолининг ортиши сийдик таркибига салбий таъсир қилади:

- каналчалар реабсорбциясининг пасайиши туфайли калций чиқарилишининг кўпайиши;
- бикарбонатларнинг йўқотилиши сабабли сийдикдаги цитратлар миқдори пасайиши;
- сийдик кислотаси натрий тузининг кристаллари ҳосил бўлиши хавфи ортади.

Гиперурикозурия билан боғлиқ калций оксалат тошлари ва сийдик кислотали тошлар мавжудлигида пуринларга бой озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак [22].

Сийдик-тош касаллиғи даволашда қуйидаги пархез столлар қўлланилади.

№6 пархез стол. Бу асосан урат таркибли тошлар учун берилади.

Истеъмол қилиш керак: Сут ва сут маҳсулотлари, оқ ва қора нон, вегетариан сабзавотли шўрвалар, сут ва мевали ёрмалар, барча ширин ва цитрусли мевалар (аллергия бўлмаса), сабзи, салат, бодиринг. Тухум, гўшт ёғсиз балиқ ҳафтасига 2-3 марта. Кўп миқдорда суюқлик қабул қилиш (қарши кўрсатма бўлмаса).

Чекланган: Аччиқ экстрактлар, гўштли шўрвалар ва қайнатмалар, жигар, буйрак, мия, қовурилган, дудланган гўшт, қовурилган балиқ, балиқ шўрва, чўчка ёғи, селд, сарделя дуккакли маҳсулотлар, спиртли ичимликлар.

№14 пархез стол. Бу асосан гидроксид ва калцийга бой озиқ-овқатларни чеклаш билан физиологик жихатдан тўлиқ овқатланиш.

Истеъмол қилиш керак: Ҳар ҳил турдаги нон ва ун маҳсулотлари, таркибида гўшт ва балиқ бўлган шўрвалар, булёнлар, ҳар қандай дон, яшил нўхат, қовоқ, қўзқоринлар, олма ва резаворларнинг нордон навлари.

Чекланган: Сутли, сабзавотли мевали шўрвалар, дудланган гўшт, тузланган балиқ, сутли маҳсулотлар, картошка, мева ва сабзавот шарбатлари.

4.2. Сийдик-тош касаллигини медикаментоз даволаш

4.2.1. Буйрак санчиғида оғриқ синдромини энгиллаштириш

Метамизол натрий ва парацетамол каби ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚВ) буйрак санчиғи билан оғриган беморларда оғриқни самарали равишда энгиллаштиради ва оғриқ қолдириш таъсири бўйича опиаатлардан устундир [9,27(16)]. Спазмолитикларни НЯҚВ билан бирга қўллаш оғриқ назоратини яхшиламайди, опиаатлар ва НЯҚВ бўлмаган бошқа дори воситалари бўйича адабиётларда чекланган маълумотлар мавжуд. НЯҚВдан кейин беморларга қисқа муддат ичида кейинги аналгезия камдан кам ҳолларда талаб этилади.

Мустақил равишда чиқиши мумкин бўлган сийдик найида тош бўлган беморларда НЯҚВ таблеткалари ёки шамчалари (3-10 кун давомида диклофенак натрий 100-150 мг/кун) яллиғланишни энгиллаштиради ва оғриқнинг қайталаниш хавфини камайтиради. Буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда диклофенак буйрак функциясига таъсир қилиши мумкин бўлсада, азот алмашинуви нормал ҳолатда бўлганида у салбий таъсирга эга емас.

Оғриқ синдромини энгиллаштириш кўшимча мезон сифатида баҳоланадиган тизимли шарҳ ва мета-таҳлилда муаллифлар ЛКТ сийдик найида тошлар бўлган беморларда қайталанувчи санчиқ хавфини камайтиришда самарали деган хулосага келишди [10, 11.(16)].

7-жадвал

Буйрак санчиғини даволаш бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
НЯҚВ буйрак санчиғини энгиллаштиришда юқори самарага эга.	1б
Симптоматик сийдик найлари тошларида, айрим ҳолларда биринчи қатор сифатида фаол даволаш тавсия этилади	1б
Тавсиялар	ТД
Биринчи қатор препаратлари сифатида НЯҚВ тавсия этилади, масалан метамизол натрий*** (аналгин). Алтернатив вариант сифатида парацетамол ёки юрак-қон томир хавф омилларига қараб, диклофенак*, ибупрофен** қўлланиши мумкин.	Кучли
Иккинчи қатор дори воситаларига гидроморфин, пентазоцин ёки трамадол киради	Кучсиз
Энгиллаштириб бўлмайдиган буйрак санчиғи ҳолатларида дренажлаш ёки уретероскопияни амалга ошириш тавсия этилади	Кучли

* Буйрак этишмовчилиги бўлган беморларда диклофенак натрий коптокчалар филтрацияси тезлигига (КФТ) салбий таъсир қилади.

** Буйрак санчиғини энгиллаштиргандан сўнг оғриқ профилактикаси учун тавсия этилади.

*** Тавсия этилган максимал доза 1000 мг, максимал суткалик доза 5000 мг гача дозани ташкил қилади; ҳомиладорликнинг сўнгги триместрида тайинлаш тавсия этилмайди.

4.2.2. Литокинэтик терапия

Литокинэтик терапия (ЛКТ) фақат фаол равишда тошни олиб ташлашга кўрсатмалар бўлмагандагина тайинланиши керак. Асоратлар юзага келган ҳолатда (инфекция, энгиллаштириб бўлмайдиган оғриқ ва буйрак функцияси

бузилиши) ЛКТни тўхтатиш керак. α -блокаторларнинг ноўя таъсирларга ретроград эякуляция ва артериал гипотензия киради [12].

Мета-таҳлилда α -блокаторларнинг синфий таъсири кўрсатилган [13,14(1a)]. Бунда, ушбу тадқиқотлар натижалари ва сийдик найининг дистал бўлимларидаги 5 мм дан катта ўлчамли тошлар учун баъзи бир афзалликларидан ташқари α -блокаторлар самарадорлиги йўқлиги ёки чекланганлиги кўрсатилган. Яхши режалаштирилган сезгирлик таҳлили натижаларига кўра α -блокаторлар тошларнинг жойлашувидан қатъий назар, сийдик найидаги тошларнинг мустақил тушишига ёрдам беради.

Ишчи гуруҳ сийдик найи тошлари бўлган беморларда ЛКТ консерватив усулда даволаш, самарали деган хулосага келди. У сийдик найида (дистал бўлимида) 5 мм дан катта тошлар мавжуд бўлганда энг самарали ҳисобланади [15(1a)].

8-жадвал

ЛКТ бўйича далилларнинг қисқача хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
ЛКТ консерватив усулда даволаш мумкин бўлган, сийдик найи тошлари бўлган беморларда самарали. У сийдик найида (дистал бўлимида) 5 мм дан катта тошлар мавжуд бўлганда энг самарали ҳисобланади.	1a
α -блокаторлар сийдик найида (дистал бўлимида) 5 мм дан катта тошларнинг мустақил тушиши эҳтимолини оширади.	1a
α -блокаторлар ЛКТ сифатида синфий таъсирга эга	1a
Тавсиялар	ТД
α -блокаторлар сийдик найида (дистал бўлимида) 5 мм дан катта тошлар мавжуд бўлганда ЛКТ вариантларидан бири сифатида тавсия этилади.	Кучли

4.2.2.1. Тош таркибини ҳисобга олган ҳолда, специфик медикоментоз даволаш

Калций оксалат тошлари Суяқликни истеъмол қилиш ва овқатланиш билан боғлиқ умумий профилактика чора-тадбирларига риоя қилиш тавсия этилади. Гипероксалурия сабаб бўлган тошлар учун оксалат кам бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш керак, гиперурикозурия туфайли ҳосил бўлган тошлар учун пуринларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади.

9-жадвал

Калций оксалат тошлари даволаш бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Гипероксалурияда оксалатларни истеъмол қилишни чеклаш самарали	2b
Ишқорий цитратлар ва натрий бикарбонат гипоцитратурияда тавсия этилади	1b
Аллопуринол гиперурикозурияда биринчи қатор препарати ҳисобланади	1a
Фебуксостат гиперурикозурияда иккинчи қатор препарати	1b

ҳисобланади	
Гиперурикозурияда ҳайвон оқсилларини истеъмол қилишни чеклаш керак	16
Тузни истеъмол қилишни чеклаш натрийнинг сийдик билан юқори даражадаги экскрециясида самарали	16
Тавсиялар	ТД
Тиазид+ишқорий цитратларни гиперкалциурияда қўллаш тавсия этилади	Кучли
Гипероксалурияда оксалатларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади	Кучсиз
Ишқорий ситратларни ичак гипероксалуриясида қўллаш керак	Кучсиз
Ичак гипероксалуриясида калций препаратларини қўллаш тавсия этилади	Кучсиз
Ичак гипероксалуриясида ёғ ва оксалатларни истеъмол қилишни чеклаш зарур	Кучсиз
Гипоцитратурияда ишқорий цитратлар ва натрий бикарбонатни қўллаш керак	Кучли
Гиперурикозурияда Аллопуринол қўлланилади	Кучли
Гиперурикозурияда иккинчи қатор препарати сифатида Фебуксостат берилади	Кучли
Гиперурикозурияда ҳайвон оқсилларини истеъмол қилишни чеклаш зарур	Кучли
Тузни истеъмол қилишни натрийнинг юқори даражадаги экскрециясида чеклаш	Кучли

Калций фосфат тошлари асосан икки хил минерал шаклида учрайди: карбонатапатит ва брушит. Карбонатапатитнинг кристалланиши рН >6,8 да содир бўлади ва инфекция билан боғлиқ бўлиши мумкин. Брушит сийдик рНининг паст кўрсаткичида (6,5-6,8) ва юқори миқдордаги калций (>8 ммол/кун) ва фосфатда (>35ммол/кун) кристалланади. Унинг кристалланиши СҲИ билан боғлиқ эмас. Калций фосфат тошининг ҳосил бўлишининг мумкин бўлган сабабларига ГПТ, ПКА ва СҲИ киради. Ушбу ҳолатларнинг ҳар бирида даволаш турли хил усуллар билан амалга оширилади.

Медикаментоз даволаш. Одатда, калций фосфати тошининг ҳосил бўлиши ГПТ ёки ПКА билан боғлиқ. Бирламчи ГПТ билан касалланган беморларнинг аксарияти жаррохлик йўли билан даволашни талаб қилади, ПКАда эса медикаментоз коррекция тавсия этилади. Агар бирламчи ГПТ ёки ПКА ташхиси истисно қилинса, калций фосфат тошларини медикаментоз даволаш сийдикдаги калций миқдорини тиазидлар билан самарали камайтиришдан иборат бўлади. Агар сийдикнинг рН қиймати доимий 6,2 дан баланд бўлса, L-мэтионинни сийдикни нордонлаштириш учун қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади, аммо у камдан кам қўлланилади ва тизимли ацидозга нисбатан динамик кузатувни талаб қилади. Инфекция туфайли ҳосил бўлган калций фосфат тошлари учун «инфекцион» тошлар бўйича белгиланган тавсияларга риоя қилиш керак.

10-жадвал

Калций фосфат тошларни даволаш бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Гиперкалциурияда тиазидлар самаралидир	1а
Сийдикни нордонлаштириш сийдикнинг рН қиймати юқори бўлган ҳолларда самарали	3б
Тавсиялар	ТД
Гиперкалциурияда тиазидларни қўллаш керак	Кучли
Сийдикнинг рН қиймати юқори бўлган ҳолларда сийдикни нордонлаштириш тавсия этилади	Кучсиз

Сийдик кислотали ва аммоний урат тошлари. Сийдик кислотаси ва аммоний урат тошлари бўлган барча беморлар қайталаниш хавфи юқори гуруҳга киради. Улар гиперурикозурия ёки рНнинг паст даражаси билан боғлиқ. Гиперурикозурия овқатланиш хусусиятлари, ортиқча эндоген шаклланиш (ферментлар бузилиши), миелопролифератив касалликлар, ўсманинг лизис синдроми, дори препаратлари, подагра ёки катаболик моддалар алмашинуви туфайли юзага келиши мумкин. рНнинг паст даражаси одатда аммоний экскрециясининг пасайиши (инсулин резистентлик ёки подагра), ортиқча эндоген шаклланиш (инсулин резистентлик, метаболик синдром ёки юклама туфайли лактоацидоз), овқат маҳсулотларида кислота миқдорининг ортиши (кўп миқдордаги ҳайвон оқсиллари) ёки асосларнинг сезиларли даражада йўқотилиши (диарея) билан боғлиқ.

Аммоний урат тошлари жуда кам учрайди, бу барча турдаги тошларнинг 1 фоиздан камини ташкил қилади. Улар СЙИ, малабсорбция (ичакнинг яллиғланиш касаллиги, илеостома ёки тез-тез сурги дорилардан фойдаланиш), калий етишмовчилиги, гипокалемия ва тўйиб овқатланмаслик билан боғлиқ.

Медикаментоз даволаш. Сууюқликни истеъмол қилиш ва овқатланиш билан боғлиқ умумий профилактика чора-тадбирларига риоя қилиш тавсия этилади. Гиперурикозурия туфайли ҳосил бўлган тошлар мавжудлигида пуринларни истеъмол қилишни чеклаш керак. Сийдик кислотали тошларда аллопуринол подагра билан ҳаста беморларда тошнинг кристалл панжарасини ўзгартириши мумкин, бунда у подагра бўлмаган беморларниқига ўхшаб қолади.

10-жадвал

Сийдик кислотали ва аммоний урат тошларини даволаш бўйича далиллар қисқача далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Сийдик кислотали тошлар ҳосил бўладиган беморларда сийдикни ишқорийлаштириш учун ишқорий цитратлар самарали ҳисобланади	3а
Сийдик кислотали тошлар ҳосил бўладиган, гиперурикемия билан ҳаста беморларда аллопуринол самарали таъсир кўрсатади	1б
Тавсиялар	ТД
Сийдик кислотали тошлар ҳосил бўладиган беморларга сийдикни ишқорийлаштириш учун ишқорий цитратлар тавсия этилади	Кучли
Сийдик кислотали тошлар ҳосил бўладиган, гиперурикемия билан ҳаста беморларга аллопуринол тавсия этилади	Кучли

Струвит ва инфекцион тошлар. Инфекцион тошлар мавжуд бўлган барча беморлар рецидив хавфи юқори гуруҳга киради. Струвит тошлари таҳлил учун юборилган барча тошларнинг 2 дан 15% гачасини ташкил қилади. Струвитдан ташкил топган тошлар мустақил равишда ҳосил бўлиши ёки мочевинани парчалайдиган бактериялар билан инфекцияланган тошларда ўсиши мумкин.

Медикаментоз даволаш. Суяқликни истеъмол қилиш ва овқатланиш билан боғлиқ умумий профилактика чора-тадбирларига риоя қилиш тавсия этилади. Даволашнинг ўзига хос усуллари орасида тошни жаррохлик йўли билан тўлиқ олиб ташлаш, антибиотик терапиянинг қисқа ёки узок давом этадиган курслари, сийдикни метионин [24 (36)] ёки аммоний хлорид билан оксидлаш [24 (36)] ва уреазани ингибирлаш усуллари мавжуд.

Тош бутунлай олиб ташланганидан кейин инфекциянинг эрадикациясини ўтказиш қатъий тарзда тавсия этилади.

12-жадвал

Инфекцион тошларни даволаш бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Инфекция персистенцияси хавфини камайтириш учун тошларни максимал даражада жаррохлик йўли билан олиб ташлаш керак	3б
Тош олиб ташланганидан кейин антибиотиклар курсини ўтказиш	3б
Аммоний хлоридни кунига 2-3 марта 1 г дан қабул қилиш инфекция рецидивининг олдини олиш учун сийдик рН қийматини пасайтириши мумкин	3б
Инфекциянинг рецидивини олдини олиш учун сийдикни нордонлаштириш учун аммоний хлоридга алтернатив дори воситаси сифатида метионинни кунига 1-3 марта 200-500 мг дан буюриш мумкин.	3б
Уреаза ингибиторларини, айниқса оғир инфекциялар қайд этилганида тайинлаш масаласини кўриб чиқиш керак (агар рўйхатдан ўтказилган бўлса)	1б
Тавсиялар	ТД
Жаррохлик йўли билан максимал даражада тошларни тўлиқ олиб ташлаш керак	Кучли
Персистент инфекцияда антибиотиклар курсини ўтказиш керак	Кучли
Сийдикни нордонлаштириш: аммоний хлорид кунига 1 г дан 2-3 марта	Кучсиз
Сийдикни нордонлаштириш учун алтернатив дори воситаси: метионин кунига 200-500 мг дан 1-3 марта.	Кучсиз

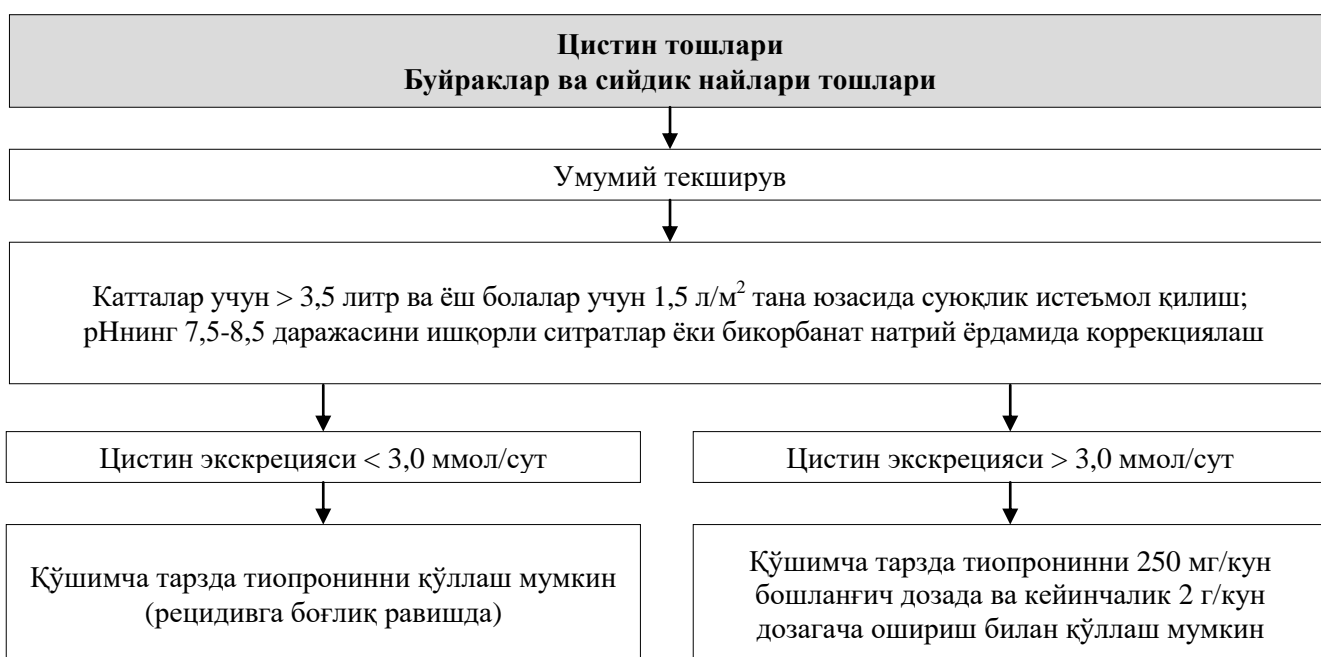
Цистин тошлари. Цистин тошлари катталардаги барча тошларнинг 1-2 фоизини, болалардаги тошларнинг 6-8 фоизини ташкил қилади. Цистин тошлари бўлган барча беморлар қайталаниш хавфи юқори гуруҳга киради.

Медикаментоз даволаш. Суяқликни истеъмол қилиш ва овқатланиш билан боғлиқ умумий профилактика чора-тадбирларига риоя қилиш тавсия этилади. Гарчи назарий жиҳатдан метионин истеъмол қилишни чеклаш сийдикдаги цистин даражасининг камайишига ёрдам бериши мумкин бўлсада, беморларнинг етарли даражада бу парҳезга риоя қилишлари эҳтимоли кам. Бундан фарқли ўлароқ натрийнинг истеъмолини чеклашга эришиш анча осон, бу сийдикдаги цистин

даражасини камайтиришда самаралироқдир. Одатда, кунига 2 г дан кўп бўлмаган миқдорда натрий қабул қилиш тавсия этилади [25]. Диурезни ошириш ниҳоятда муҳим ҳисобланади. Бир суткалик сийдик ҳажми 3 литрдан кам бўлмаслиги керак [26]. Бунинг учун кун давомида катта миқдордаги суюқликни бир маромда ичиш керак бўлади.

Цистин кристалланишининг олдини олишнинг асосий усули бу цистиннинг ерувчанлигини ошириш учун рН қийматини 7,5 дан баланд даражада ушлаб туриш ва етарли миқдорда суюқликнинг қопланишини таъминлашдир – катталар учун кунига камида 3,5 л ва болалар учун 1,5 л/м² тана юзасига.

Ҳозирги вақтда тиопронин цистин даражасини камайтириш учун энг мақбул дори ҳисобланади. Аммо, тиопрониннинг ножўя таъсирлари туфайли беморлар тез-тез, масалан, нефритик синдром ривожланса ёки даволаниш режимига ёмон риоя қилсалар, препаратни қабул қилишни тўхтатадилар.



Цистин тош(лар)ида метаболик бузилишларни коррекция қилиш. эрта тахифилаксияни ривожланиш хавфи ва ундан кейинги "қочиш" феомени (терапевтик таъсирнинг пасайиши), ҳамда рецидив хавфи тўлиқ баҳолангандан сўнг, цистиннинг >3,0 ммол/сут экскрециясида ёки бошқа профилактика чоратадбирлари таъсир кўрсатмаганда тош ҳосил бўлиши қайталанадиган ҳолатларда тиопронинни буюриш тавсия этилади.

13-жадвал

Цистин тошларини даволаш бўйича далиллар ҳулосаси ва тавсиялар.

Далилларнинг қисқача ҳулосаси	ИД
Цистин тошларини эритиш учун суюқлик истеъмолини ошириш керак, бунда диурез миқдори 3 литрдан кўпроқ бўлиши керак.	3б
рН даражасини 7,5 дан ошириш учун ишқорий ситратларини кунига 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади.	3б
Тиопронин 250-2000 мг/сут дозада 3 ммол/сут дан кўп цистин экскрециясида ёки бошқа чора-тадбирлар самарали бўлмаганда тошлар	3б

ҳосил бўлишини камайтириш учун қўлланилади.	
Тавсиялар	ТД
Сийдикни миқдорини ошириш Диурез миқдори 3 литрдан кўпроқ бўлиши учун суюқлик истеъмолини ошириш керак. Бунинг учун соатига 150 мл суюқлик ичилиши керак.	Кучли
Ишқорийлаштириш Цистин экскрециясида рН > 7,5 даражасига эришиш учун ишқорий цитратларни кунига 2-3 марта қўллаш тавсия этилади.	Кучли
Цистин билан комплекс ҳосил бўлиши. 3 ммол/сут дан кўп цистин экскрециясида ёки бошқа чора-тадбирлар самарали бўлмаганда тошлар ҳосил бўлишини камайтириш учун тиопрониндан 250-2000 мг/сут дозада қўшимча тарзда қўлланилади.	Кучли

14-жадвал

Сийдик-тош касаллигида фойдаланиладиган асосий дори воситаларнинг рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Нонаркотик аналгетиклар	<u>Метамизол натрий</u>	таблеткалар 500 мг инекция учун эритма 250 мг/мл; 500 мг/мл	16
	<u>Парацетамол</u>	таблеткалар 200 мг; 500 мг суспензия 120 мг/5 мл сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл шамчалар 50 мг; 100 мг; 125 мг; 250 мг инфузия учун эритма 10 мг/мл 200 мг/20 мл; 1000 мг/100 мл	16
Яллиғланишга қарши ностероид воситалар	<u>Диклофенак</u>	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблеткалар 75 мг; 100 мг капсулалар 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл инъекция учун ритма	16
	<u>Кетопрофен</u>	50 мг/мл; 100 мг/2 мл инъекция учун эритма 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг капсулалар 100 мг; 150 мг форте таблеткалар 100 мг ректал шамчалар	16
	<u>Ибупрофен</u>	200 мг; 400 мг; 800 мг таблеткалар	16

		200 мг; 300 мг; 400 мг капсулалар 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; 800 мг/8 мл 8 мл инфузия учун эритма 100 мг/5 мл сироп 60 мг, 125 мг шамчалар	
	<u>Декскетопро-фен</u>	25 мг таблеткалар 25 мг/2 мл; 50 мг/ 2мл инъекция учун эритма	16
	<u>Мелоксикам</u>	7,5 мг; 15 мг таблеткалар 10 мг/1,5 мл; 15 мг/1,5 мл; 5 мг/мл 3 мл инъекция учун эритма 7,5 мг; 15 мг шамчалар	16
	<u>Кеторолак</u>	7,5 мг; 10 мг таблеткалар 30 мг/мл 1 мл; 2 мл инъекция учун эритма	16
α- Адреноблокатор-лар	<u>Тамсулозин</u>	0,4 мг таблеткалар 0,4 мг капсулалар	1a
	<u>Силодозин*</u>	4 мг; ёки 8 мг таблеткалар	1a

Изох: Сийдик-тош касаллигида фойдаланиладиган дори-ларни дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал тарзда белгиланади.

15-жадвал

Сийдик тош касаллигида фойдаланиладиган қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далил-лар даражаси
Қусишга қарши воситалар	<u>Метоклопра-мид</u>	10 мг таблеткалар 0,5% 2 мл инъекция учун эритма	
	<u>Ондансетрон</u>	4 мг; 8 мг таблеткалар 2 мг/мл 2 мл; 4 мг/2 мл по 2 мл; 8 мг/4 мл инъекция учун эритма (ампула)	
Подаграга қарши воситалар	<u>Аллопуринол</u>	100 мг; 150 мг; 200 мг; 300 мг таблеткалар	1a
	<u>Фебуксостат*</u>	40;80;120мг таблеткалар	16

Изох: Сийдик-тош касаллигида фойдаланиладиган дориларни дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал тарзда белгиланади.

*Сийдик-тош касаллигига сийдик йўллари инфекцияси қўшилганда, қўлланиладиган дори-воситалари-сийдик йўллари инфекцияси бўйича клиник протоколда ёритилган**

Сийдик тош касаллигида фойдаланиладиган доривор ўсимликлар

Сийдик тош касаллигини даволашда-доривор ўсимликлардан тайёрланган ёки улардан ажратиб олинган биологик фаол моддалар сақлаган дори-воситаларидан фойдаланилади. Доривор ўсимликлардан таркиб топган дори-воситалар кукун, куруқ экстракт, дамлама, чой ва таблеткалар кўринишида бўлиб, сийдик тош касаллигини даволаш, олдини олиш ва реабилитация даврларида қўллаш мумкин.

Фитопрепаратлар таркиби-доривор ўсимликларни бир тури ёки бир неча турдаги ўсимликларнинг йиғмаларидан иборат бўлади. Йиғмалар таркибида асосан пешоб ҳайдовчи, ялиғланишга қарши, антибактериал, спазмолитик ва туз(кум)ларни чиқиб кетишини онсонлантирувчи таъсирга эга доривор ўсимликлар бўлади.

Сийдик тош касаллигини даволашда қуйидаги доривор ўсимликлардан: Буйрак чойи ўти (*Orthosiphon stamineus*), Буйрак чойи новдалари, Маккажўхори попуги, Наъматак (*Rosa*), Қирқбўғим ўти, Бўёқдор рўян (*Rubia tinctorum* L.), Грузия рўяни (*Rubia iberica* C. Koch), Тишли кела (*Ammi visnaga* L.), Қалампир ялпиз (*Mentha piperita* L.), Қуш торон (*Polygonum aviculare* L.), Петрушка илдизи, Ўрмаловчи буғдойиқ илдизпояси, Оққайин барги, Оддий арча меваси, Хушбўй шивит уруғи, Ғозпанжа ўти, Петрушка илдизи, Брусника барги, Кашнич меваси, Зира гули, Брусника барги, Қашқарбеда ўти, Сигирқуйруқ ўти, Қўшторон ўти, Бўймадорон ўти, Тиллабоши ўти (*Centaurei herba*), Любистик илдизи (*Levisticum radix*), Розмарин барглари (*Rosmarini folia*), Қарағай мойи, Канақунжут мойи, Ёввойи сабзи, Оддий қулмоқ қуббаси, Тоғрайхон ўти, Оддий Золоторник ўти, Далақирқбўғими ўти, Қуш торон (*Polygonum aviculare* L.), Мармарак мойи каби ўсимлалардан таркиб топган фитопрепаратлардан фойдаланиш мумкин [26].

Сийдик-тош касаллигида фойдаланиладиган фитопрепаратлар, беморларда касалликнинг кечиши ва улар таркибидаги ўсимликларга сезувчанликни эътиборга олган ҳолда индивидуал тарзда белгиланади.

4.4. Сийдик-тош касаллигини амбулатория шароитида (кузатув, реабилитация) олиб бориш тартиботи.

Сийдик-тош касаллиги мавжуд беморлар уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида (Ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази, Марказнинг ҳудудий филиаллари, Олий таълим ва туман/шаҳар тиббиёт марказлари негизидаги урология бўлимлари, кўп тармоқли марказий поликлиника) уролог-шифокорлари томонидан ташхис қўйилиб, литокинэтик терапия (ЛКТ) тайинлангандан сўнг, турар жойига қарашли тиббиёт муассасида (ОП, ОШП) оила шифокори) асоратланган бўлса (сийдик йўллари инфекцияси қўшилган бўлса) 10 кун, асоратланмаган бўлса 5 кун давомида амбулатор кузатувда бўлади. Бу даврда шифокор томонидан, беморнинг умумий ҳолати, уролог томонидан тавсия қилинган дори-воситалар ва тавсияларни бажарилиши

назорат қилинади. Агар беморда калкурия (тошни тушиши) кузатилмаса ёки тана хароратини кўтарилиши бўлса, беморни урология бўлими бор тиббиёт муассасасига йўналтирилади.

4.5. Сийдик-тош касаллигида амбулатор шароитда даволаш самарадорлигини баҳолаш

- Беморда клиник белгилар оғриқ ва диспептик симптомлар (кўнгил айниши, қусиш)ни йўқолиши;
- Сийдик ранги (макрогематурия кўринишида бўлган бўлса)ни тиниқлашиши;
- Сийдик анализиде микрогематурия(агар бўлган бўлса)ни йўқолиши;
- УТТда уретерогидронефроз белгилари(агар бўлган бўлса)ни ва тошни аниқланмаслиги;
- Радиологик текширувлар(умумий ва экскретор урограма, КТ)да тошни аниқланмаслиги.

5. ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

5.1. Сийдик-тош касаллиги билан хастланган беморларнинг тош(лар)дан ҳалос қилиш (ДЛТ, УРС ва ТОНЛТ жаррохлик амалиётларини ўтказиш) мақсадида режали ёрдам кўрсатиш учун кўрсатмалар:

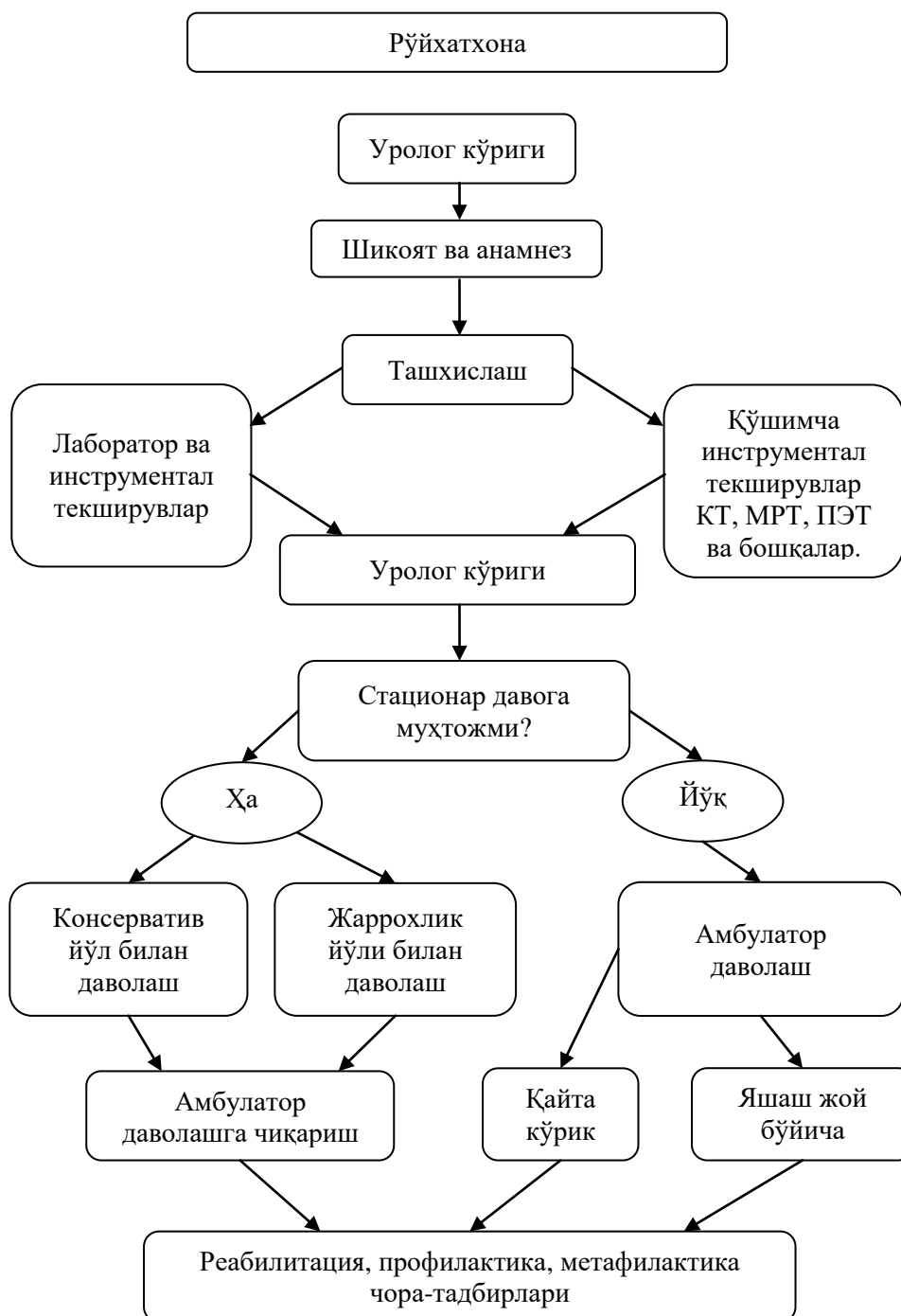
- мустақил равишда тушиш эҳтимоли паст бўлган тошлар;
- адекват медикаментоз оғриқсизлантиришга қарамай, доимий оғриқ;
- сийдик тош касаллигига сийдик йўллари инфекциясини қўшилиши;
- тош(лар)ни сийдик йўл(лар)ида обструкция чақириши ҳисобига буйрак етишмовчилиги кузатилиши;
- симптоматик тошлар (оғриқ, гематурия);
- ифодаланган обструкция (тошларни узок муддат давомида сийдик йўлларида туриб қолиши);
- динамик кузатув даврида тош(лар)нинг катталашиши;
- ўлчами >15 мм бўлган тошлар;
- ўлчами <15 мм бўлган тошлар, агар кузатув афзал тактика бўлмаса;
- ёндош касалликлар ҳисобига тошдан ҳалос қилиш лозимлиги;
- ижтимоий ҳолат (касби ёки саёҳат);
- беморнинг танлови;

5.2. Сийдик тош касаллиги билан хастланган беморларга шошинч ёрдам кўрсатиш (ДЛТ, ТОН ва сийдик найини стентлаш жаррохлик амалиётлари) учун кўрсатмалар:

- медикаментоз дори воситалари билан даволаш оғриқ синдромини енгиллаштирмаслиги;
- сийдик йўллари инфекцияси қўшилиш оқибатида тана харорати кўтарилиши;
- тош(лар)ни сийдик йўл(лар)ида обструкция чақириши ҳисобига буйрак етишмовчилиги (олигаурия, анурия) ривожланиши;

6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

6.1. Беморнинг маршрут картаси



6.2. Сийдик-тош касаллигини номедикаментоз даволаш тактикаси.

Овқатланиш тартиби барча турдаги озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилган ҳолда мувозанатлаштирилган бўлиши керак, аммо улардан ҳеч бирини суистеъмол қилмаслик керак.

Мевалар, сабзавотлар ва клетчатка истеъмол қилиш керак. Ўсимлик маҳсулотларидаги ишқорлар туфайли сийдик рН қийматини оширишга эришилади.

Ҳайвон оқсиллари отиқча миқдорда истеъмол қилишдан сақланиш керак ва тана вазнига 0,8-1,0 г/кг гача миқдорда чеклаш керак.

Калций истеъмол қилишга қатъий қарши кўрсатмалар бўлмаса, калцийни истеъмол қилишни чеклаш керак эмас.

Натрийнинг кунлик истеъмоли 3-5 г дан ошмаслиги керак [22].

Натрий истеъмолининг ортиши сийдик таркибига салбий таъсир қилади:

- каналчалар реабсорбциясининг пасайиши туфайли калций чиқарилишининг кўпайиши;
- бикарбонатларнинг йўқотилиши сабабли сийдикдаги цитратлар миқдори пасайиши;
- сийдик кислотаси натрий тузининг кристаллари ҳосил бўлиши хавфи ортади.

Гиперурикозурия билан боғлиқ калций оксалат тошлари ва сийдик кислотали тошлар мавжудлигида пуринларга бой озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак [22].

Сийдик-тош касаллигини даволашда қуйидаги пархез столлар қўлланилади.

№6 пархез стол. Бу асосан урат таркибли тошлар учун берилади.

Истеъмол қилиш керак: Сут ва сут маҳсулотлари, оқ ва қора нон, вегетариан сабазовотли шўрвалар, сут ва мевали ёрмалар, барча ширин ва ситрусли мевалар (аллергия бўлмаса), сабзи, салат, бодиринг. Тухум, гўшт ёғсиз балиқ ҳафтасига 2-3 марта. Кўп миқдорда суюқлик қабул қилиш (қарши кўрсатма бўлмаса).

Чекланган: Аччиқ экстрактлар, гўштли шўрвалар ва қайнатмалар, жигар, буйрак, мия, қовурилган, дудланган гўшт, қовурилган балиқ, балиқ шўрва, чўчка ёғи, селд, сардаля дуккакли маҳсулотлар, спиртли ичимликлар.

№14 пархез стол. Бу асосан гидроксид ва калцийга бой озиқ-овқатларни чеклаш билан физиологик жихатдан тўлиқ овқатланиш.

Истеъмол қилиш керак: Ҳар ҳил турдаги нон ва ун маҳсулотлари, таркибида гўшт ва балиқ бўлган шўрвалар, булёнлар, ҳар қандай дон, яшил нўхат, қовоқ, қўзқоринлар, олма ва резаворларнинг нордон навлари.

Чекланган: Сутли, сабзавотли мевали шўрвалар, дудланган гўшт, тузланган балиқ, сутли маҳсулотлар, картошка, мева ва сабзавот шарбатлари.

6.3. Сийдик тош касаллигини медикаментоз даволаш.

16-жадвал

Сийдик тош касаллигида фойдаланиладиган асосий дори воситаларнинг рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Наркотик аналгетиклар	<u>Морфин</u>	10 мг/мл инъекция учун эритма	1с
	<u>Трамадол</u>	50 мг/мл 2 мл инъекция учун	1с

		эритма	
Нонаркотик аналгетиклар	<u>Метамизол натрий</u>	таблеткалар 500 мг инъекция учун эритма 250 мг/мл; 500 мг/мл	16
	<u>Парацетамол</u>	таблеткалар 200 мг; 500 мг суспензия 120 мг/5 мл сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл шамчалар 50 мг; 100 мг; 125 мг; 250 мг инфузия учун эритма 10 мг/мл 200 мг/20 мл; 1000 мг/100 мл	16
Яллиғланишга қарши ностероид воситалар	<u>Диклофенак</u>	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблеткалар 75 мг; 100 мг капсулалар 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл инъекция учун эритма	16
	<u>Кетопрофен</u>	50 мг/мл; 100 мг/2 мл инъекция учун эритма 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг капсулалар 100 мг; 150 мг форте таблеткалар 100 мг ректал шамчалар	16
	<u>Ибупрофен</u>	200 мг; 400 мг; 800 мг таблеткалар 200 мг; 300 мг; 400 мг капсулалар 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; 800 мг/8 мл 8 мл инфузия учун эритма 100 мг/5 мл сироп 60 мг; 125 мг шамчалар	16
	<u>Декскетопрофен</u>	25 мг таблеткалар 25 мг/2 мл; 50 мг/ 2мл инъекция учун эритма	16
	<u>Мелоксикам</u>	7,5 мг; 15 мг таблеткалар 10 мг/1,5 мл; 15 мг/1,5 мл; 5 мг/мл 3 мл инъекция учун эритма 7,5 мг; 15 мг шамчалар	16

	<u>Кеторолак</u>	7,5 мг; 10 мг таблеткалар 30 мг/мл 1 мл; 2 мл инъекция учун эритма	16
α- Адреноблокатор лар	<u>Тамсулозин</u>	0,4 мг таблеткалар ва капсулалар	1a
	<u>Силодозин*</u>	4 мг; ёки 8 мг таблеткалар	1a

Изох: Сийдик тош касаллигида фойдаланиладиган дориларни дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал тарзда белгиланади.

17-жадвал

Сийдик тош касаллигида фойдаланиладиган қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати

Фармакотерапев- тик гуруҳ	Дори- воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далил- лар даража- си
Қусишга қарши воситалар	<u>Метоклопрамид</u>	10 мг таблеткалар 0,5% 2 мл инъекция учун эритма	
	<u>Ондансетрон</u>	4 мг; 8 мг таблеткалар 2 мг/мл 2 мл; 4 мг/2 мл по 2 мл; 8 мг/4 мл инъекция учун эритма (ампула)	
Подаграга қарши воситалар	<u>Аллопуринол</u>	100 мг; 150 мг; 200 мг; 300 мг таблеткалар	1a
	<u>Фебуксостат*</u>	40;80;120мг таблеткалар	16

Изох: Сийдик-тош касаллигида фойдаланиладиган дориларни дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал тарзда белгиланади.

Сийдик-тош касаллигига сийдик йўллари инфекцияси қўшилганда, қўлланилувчи дори-воситалари сийдик йўллари инфекцияси бўйича клиник протоколда ёритилган.

6.4. Сийдик тош касаллигида стационар даражада бажарилувчи жаррохлик аралашувлари.

6.4.1. Шошинч жаррохлик аралашувлари.

Сийдик тош касаллигига, сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) ва/ёки анурия белгилари бўлган буйрак обструкциясида қўлланилади. тош, ягона буйрак обструкцияси ёки буйракларнинг икки томонлама обструкцияси туфайли юзага келган обструктив пиелонефритда кейинги асоратларни олдини олиш учун шошинч равишда буйракни декомпрессия қилиш мақсадида:

- тери орқали нефростомия (ТОН);
- сийдик найига трансуретрал стент ўрнатиш;

Тошларни олиб ташлашга қаратилган якуний жаррохлик амалиёти, антибиотиклар билан инфекцияни бартараф етгандан сўнг амалга оширилади.

Сийдик тош касаллигида сепсис ёки анурия ривожланганда, даволаш бўйича далиллар қисқача хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
КЖСнинг декомпрессияси учун сийдик найи стенти ва нефростома бир хил самарали	1б
Тавсиялар	ТД
Тош обструкцияси фонида сепсис қайд этилган ҳолларда КЖСнинг шошилиш декомпрессиясини ТОН ёки сийдик найи стенти ёрдамида амалга ошириш тавсия этилади.	Кучли
Тошларни олиб ташлашга қаратилган якуний даволаш фақат сепсис йўқ қилингандан сўнг амалга оширилиши мумкин.	Кучли
Декомпрессиядан кейин экма учун сийдик олинishi тавсия этилади.	Кучли
Шундан сўнг антибактериал терапияни дарҳол бошлаш керак (агар керак бўлса, қўшимча равишда интенсив терапия ўтказилади).	Кучли
Экма натижалари олингандан сўнг даволаш схемасини коррекция қилиш зарур.	Кучли

6.4.2. Режали жаррохлик аралашувлари.

Сийдик тош касаллиги билан хастланган беморларнинг тош(лар)дан ҳалос қилишнинг қуйидаги жаррохлик турлари мавжуд.

6.4.2.1. Дистанцион литотрипсия.

Юқори технологияли ноинвазив муолажа тури ҳисобланиб, махсус ускунлар (С-типтаги рақамли рентген, литотриптор ва ултратовуш) тўпламида бажарилади.

Дистанцион литотрипсиянинг (ДЛТ) самарадорлиги беморнинг тана тузилишига, конкрементнинг ўлчами, локализацияси (сийдик найида, косача ёки жомда) ва тузилиши (қаттиқлиги) каби омилларга боғлиқ.

ДЛТдан кейин ЛКТ. Бир бирига зид бўлган натижаларга қарамай, кўпгина рандомизацияланган тадқиқотлар ва бир қатор мета-таҳлиллар шуни кўрсатдики, сийдик найи ёки буйрак тошлари мавжуд бўлган ҳолатларда ДЛТдан кейин ЛКТ тошларнинг тушишини тезлаштириши ва тошни тўлиқ йўқотилиши частотасини ошириши, шунингдек қўшимча оғриқ қолдирувчи воситаларга бўлган эҳтиёжни камайтириши мумкин [16-17,(16)].

ДЛТ бўйича далилларнинг қисқача хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Қувватни аста-секинлик билан ошириш буйрак шикастланишининг олдини олади	1б
Тўлқин зарбасининг оптимал частотаси - 1,0-1,5 Гц га тэнг.	1а
Тош ҳолатини эҳтиёткорлик билан операция давомида назорат қилиш майдалаш самарадорлигини оширади	2а

Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1a
Антибактериал профилактика ички стент, инфекцион тош ёки бактериурия мавжуд бўлганда тавсия этилади	1a
Тавсиялар	ТД
Контакт гелидан тўғри фойдаланишни таъминлаш керак, чунки тўлқин зарбасининг кириб бориши самараси бевосита шунга боғлиқ.	Кучли
Етарли даражадаги оғриқ қолдиришдан фойдаланинг, чунки бу оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини олдини олиш орқали майдалаш самарадорлигини оширади	Кучли
Инфекцион тош ёки бактериурия мавжуд бўлганда ДЛТдан олдин антибиотикли даволашни бошлаш керак	Кучли

6.4.2.2. Ретроград интратренал жаррохлик (РИРЖ).

Тошларни олиб ташлашнинг юқори технологияли кам инвазив (эндоскопик) жаррохлик усули ҳисобланади. Техник такомиллаштиришлар, шу жумладан кичик ўлчамли эндоскопларнинг яратилиши, фаол айланма механизм, визуализация ва инструментлар сифатининг такомиллашиши, ва бир марталик инструментларнинг пайдо бўлиши буйрак ва сийдик найи тошларида РИРЖ соҳада катта ютуқларга эришилди.

6.4.2.3. Контактли литотрипсия.

Литотрипсиянинг энг самарали усули ҳам ригид, ҳам эгилувчан УРС учун «олтин стандарт»га айланган голмийли тизим (Ҳо: ЯГ) ҳисобланади, чунки ҳар қандай тош учун ушбу усул самаралидир [18, 19, 27 (2a)]. Пневматик ва ултратовуш литотриптерлар ригид УРС учун юқори самарали ҳисобланади [20,21(2a)]. Голмий лазер (Ҳо: ЯГ) билан ўтказилган литотрипсиясидан кейин ЛКТ тошни тўлиқ йўқотилиши частотасини оширади ва буйрак санчиғи хавфини камайтиради.

20-жадвал

Ретроград ва антеград УРС, РИРЖ бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Асоратланмаган УРСдан кейин стентлаш мажбурий эмас.	1a
Олдиндан стентлаш УРС натижаларини яхшилайти (айниқса буйраклардаги тошларда)	1б
α-блокаторлар стент билан боғлиқ аломатларнинг намоён бўлиши ва санчиқларнинг ривожланиш хавфини камайтиради.	1a
Голмий лазер билан ўтказилган контактли литотрипсиясидан кейин олиб борилган ЛКТ тош фрагментларининг ўз-ўзидан тушишини тезлаштиради ва буйрак санчиғи эҳтимолини пасайтиради.	1б
эгилувчан УРСда голмийли лазер (Ҳо:ЯГ) билан ўтказилган литотрипсия энг самарали ҳисобланади.	2a
Ригид уретероскоп ёрдамида ўтказилган контактли литотрипсияда пневматик ва ултратовуш литотриптерлар юқори самарадорликка эга.	2a
Голмий лазер билан ўтказилган контактли литотрипсиясидан кейин	1б

олиб борилган ЛКТ тошни тўлиқ йўқ қилиш эҳтимолини оширади ва буйрак санчиғи эҳтимолини пасайтиради.	
Сийдик найининг проксимал тошларини тери орқали антеград олиб ташлаш ёки лапароскопик уретеролитотомия ретроград УРС учун баъзи ҳолатларда мақбул алтернатив бўлиб кўринади	1a
Тавсиялар	ТД
(эгиловчан) УРСда голмий лазер (Ҳо:ЯГ) билан литотрипсиядан фойдаланиш керак.	Кучли
Тошларни олиб ташлаш тошни фақат тўғридан-тўғри эндоскопик визуализациялаш ёрдамида амалга оширилади.	Кучли
Асоратланмаган УРСдан кейин стентлаш мажбурий эмас.	Кучли
Олдиндан стентлаш УРС натижаларини яхшилади (айниқса буйраклардаги тошларда)	Кучли
Стентга боғлиқ симптомлари бўлган беморлар учун ва голмий лазер билан контактли литотрипсиядан сўнг фрагментларнинг мустақил тушишини яхшилаш учун ЛКТ тавсия этилади.	Кучли
ДЛТ ўтказиш учун кўрсатмалар бўлмаган тақдирда ёки у самарасиз бўлган ҳолларда ва ретроград кириш имкони бўлмаган ҳолларда сийдик найидаги тошларни тери орқали антеград тарзда олиб ташлаш амалга оширилади.	Кучли
Агар тери орқали нефролитотрипсия ёки ДЛТ (хатто 2 см дан катта тошлар учун) бажаришнинг иложи бўлмаса, эгиловчан УРС ўтказилиши тавсия этилади. Аммо, бу ҳолда, қўшимча аралашувлар ва стентни ўрнатиш хавфи юқори. Мураккаб тошлар мавжуд бўлганда очик ёки лапароскопик аралашувлар муқобил вариант бўлиб ҳисобланади.	Кучли

6.4.2.4. Тери орқали нефролитотрипсия.

Тошларни олиб ташлашнинг юқори технологияли кам инвазив (эндоскопик) жаррохлик усули ҳисобланиб, “Дренажсиз ТОНЛТ (тубелесс)”, “Тўлиқ дренажсиз ТОНЛТ (тоталлй тубелесс)”, “Симултан ипсилатерал ТОНЛТ” ва бошқа турлари мавжуд.

Ҳозирги вақтда тери орқали нефролитотрипсия (ТОНЛТ) йирик буйрак тошларини даволаш стандарти бўлиб қолмоқда. Турли хил ригид ва эгиловчан нефроскоплар мавжуд ва танлов асосан жаррох томонидиган бериладиган афзалликларга асосланади. Киришнинг стандарт ўлчами 24-30 Ч. Кичик ўлчамли ғилофлар (<18 Ч) болалар учун ишлаб чиқилган, аммо уларни катталарда қўллаш тобора оммалашиб бормоқда. ТОНЛТни бажаришда, одатда, ултратовуш ёки пневматик литотриптерлар қўлланилади. Кичикроқ калибрли асбобларидан фойдаланганда лазер литотрипсияда тошнинг миграцияси хавфи пневматик литотрипсияга қараганда камроқ бўлади. Эгиловчан эндоскоплар майдалашнинг лазер толасининг букилишини талаб қилади ва голмий лазер УРСда бўлгани каби стандарт ҳисобланади.

21-жадвал

Буйрак тошларини эндоурологик усул ёрдамида олиб ташлаш бўйича далиллар хулосаси ва тавсиялар

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
УТТ ёки КТ орқали буйракни визуализациялаш режалаштирилган тери орқали кириш йўли бўйлаб жойлашган ёндош аъзолар тўғрисида маълумот беради (масалан, талоқ, жигар, йўғон ичак, плевра ва ўпка)	1a
Агар жаррохлик вақти ёки тошни тўлиқ йўқотилиши частотаси бўйича афзалликлар ҳисобга олинмаса, қоринда ва чалқанча ётиш ҳолатида ўтказиладиган ТОНЛТ бир хил самарага эга.	1a
МиниТОНЛТ кам миқдорда қон йўқотиш билан боғлиқ, аммо у кўпроқ вақт талаб этади. Шу билан бирга, тошни тўлиқ йўқотилиши ёки бошқа асоратларнинг частотасида фарқлар мавжуд эмас.	1a
Асоратланмаган ҳолатларда тўлиқ дренажсиз (тубелесс – нефростомасиз, аммо сийдик найи стенти билан), тўлиқ дренажсиз (тотал тубелесс – нефростома ва сийдик начи стентисиз) ва симултан ТОНЛТ госпитализация муддатини қисқартириш, асоратлар частотасини камайтириш имконини беради.	1a
Тавсиялар	ТД
Жаррохлик бошланишидан олдин тош ҳақидаги тўлиқ маълумотларни, КЖСнинг анатомик хусусиятларини баҳолаш ва буйрак тошига хавфсиз киришни таъминлаш учун, агар иложи бўлса, контрастли визуализация усулларида ёки ретроград текширувидан фойдаланиш.	Кучли
Мураккаб бўлмаган ҳолатларда дренажсиз (тубелесс – нефростомасиз) ёки тўлиқ дренажсиз (тотал тубелесс – нефростомасиз ва сийдик найи стентисиз) ТОНЛТ тавсия этилади.	Кучли

6.4.2.5. Очик ёки лапароскопик/робот ассистентлигида ўтказиладиган жаррохлик.

ДЛТ, ТОНЛТ, УРС ва РИРЖ бажариш имконияти мавжуд бўлмаган ҳолатларда, истисно тариқасида очик жаррохлик амалиётларидан нефролитотомия, пиелолитотомия, эпицистолитотомия ва уретеролитотомия амалиётлари ўтказиш талаб этилади.

6.5. Сийдик тош касаллигини жаррохлик амалиётидан кейинги даврда, амбулатория шароитида (кузатув, реабилитация) олиб бориш тартиботи.

Сийдик тош касаллигида тошни қандай усулда олишдан қатъий назар даволашнинг самарси беморга амбулатория шароитида кўрсатиладиган консерватив даволашнинг сифати ва ҳажмига тўла боғлиқ. Сийдик тош касалигида бажарилган жаррохлик амалиёти турига қараб, амбулатория шароитида кузатув турлича бўлади.

Дистанцион литорипиция. Бу турдаги ноинвазив жаррохлик амалиёти бажарилгандан кейин, стационар шароитида бир кун кузатувда қолдирилади. 7-10 кундан кейин тош майдаланганлик эффективлигини баҳолаш учун уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида инструментал текширувлар ўтказилади. Агар тош бўлаклар(фрагментлар)га бўлинган бўлса, 5-7 кунга ЛКТ учун уйга жавоб берилади. Амбулатория шароитида кузатув уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида амалга оширилади. Агар ДЛТ эффектив

бўлмаса ёки йирик бўлак(лар) (фрагмент(лар)) аниқланса, бемор танловига кўра қайта майдалаш ёки эндоскопик жаррохлик амалиётларидан бири бажарилади.

Ретроград интратренал жаррохлик (РИРЖ). Бу турдаги кам инвазив жаррохлик амалиёти бажарилгандан кейин, стационар шароитда 2 кундан 5 кунгача (асоратлар кузатилмаса) даво муолажалар қилинади. Амбулатория шароитида стационардан чиқрилгандан 7 кундан кейин буйрак(лар) ҳолати, сийдик йўллари инфекциясини баҳолаш учун уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида инструментал текширувлар ўтказилиб керакли тавсиялар берилади.

Тери орқали нефролитотрипция. Бу турдаги кам инвазив жаррохлик амалиёти бажарилгандан кейин, стационар шароитда 2 кундан 5 кунгача (асоратлар кузатилмаса) даво муолажалар қилинади. Амбулатория шароитида стационардан чиқрилгандан 7 кундан кейин буйрак(лар) ҳолати, сийдик йўллари инфекциясини баҳолаш учун уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида инструментал текширувлар ўтказилиб, керакли тавсиялар берилади.

Очиқ ёки лапароскопик/робот ассистентлигида ўтказиладиган жаррохлик. Бу турдаги жаррохлик амалиёти бажарилгандан кейин, стационар шароитда 2 кундан 10 кунгача (асоратлар кузатилмаса) даво муолажалар қилинади. Амбулатория шароитида стационардан чиқрилгандан сўнг 5-7 кундан кейин буйрак(лар) ҳолати, сийдик йўллари инфекциясини баҳолаш учун уролог мутахассиси мавжуд бўлган тиббиёт муассасасида инструментал текширувлар ўтказилиб, керакли тавсиялар берилади.

6.6. Сийдик-тош касаллигида стационар шароитда даволаш самарадорлигини баҳолаш

- Беморда клиник белгилар: оғриқ ва диспептик симптомлар(кўнгил айнаши, қусиш)ни йўқолиши;
- Сийдик ранги(макрогематурия кўринишида бўлган бўлса)ни тиниклашиши;
- Сийдик анализида микрогематурия(агар бўлган бўлса)ни йўқолиши;
- УТТда уретерогидронефроз белгилари(агар бўлган бўлса)ни кескин камайиши ёки йўқолиши ва клиник аҳамиятга эга бўлган тошни аниқланмаслиги;
- Радиологик текширувлар(умумий ва экскретор урограма, КТ)да клиник аҳамиятга эга бўлган тошни аниқланмаслиги.

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШРУВЛАРИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Сийдик-тош касаллигида қўлланилувчи жаррохлик амалиётлари.

Сийдик-тош касаллигида ЛКТ ёрдам бермаса ёки ЛКТадан эффе́кт бўлмайдиган қарорга келинганда қуйидаги жаррохлик амалиётлари амалга оширилади.

Сийдик-тош касаллиги асоратларсиз (стандарт ҳолатда) кечганда, тиббий аралашувларнинг халқаро таснифига (ICHI) кўра қуйидагича бўлади.

Т/р	Амалиёт номи	Халқаро тасниф (ICHI) бўйича коди https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en
<i>Дистанцион литотрипсия</i>		
1.	Буйрак тошларида дистанцион литотрипсия	NAA.GA.BJ
2.	Сийдик найи тошларида дистанцион литотрипсия	NAE.GA.BJ
3.	Қовуқ тошларида дистанцион литотрипсия	NAI.GA.BJ
<i>Трансуретрал эндоскопик жаррохлик амалиётлари</i>		
1.	Уретероскопия ва контакт литотрипсия	NAE.JE.AD
2.	Ретроград интратренал жаррохлик (РИРЖ)	NAA.JE.AD (буйрак косачалари тошларида) NAB.JE.AD (буйрак жоми тошларида)
3.	Трансуретрал цистолитотрипсия	NAI.JE.AD
4.	Трансуретрал уретролитотрипсия	NAM.JE.AD
<i>Тери орқали эндоскопик жаррохлик амалиётлари</i>		
1.	Тери орқали нефролитотрипсия – Дренажсиз тери орқали нефролитотрипсия (tubeless) – Тўлиқ дренажсиз тери орқали нефролитотрипсия (totally tubeless) – Симултан ипсилатерал тери орқали нефролитотрипсия – Симултан билатерал тери орқали нефролитотрипсия – Кўп киришли тери орқали нефролитотрипсия	NAA.JE.AE
2.	Тери орқали цистолитотрипсия	NAI.JE.AE
<i>Эндовидеохирургик жаррохлик амалиётлари</i>		
1.	Лапароскопик (ретроперитонеоскопик) уретеролитотомия	NAE.JE.AB
2.	Лапароскопик (ретроперитонеоскопик) пиелолитотомия	NAB.JE.AB
3.	Лапароскопик (ретроперитонеоскопик) нефрэктомия	NAA.JK.AB

<i>Анъанавий очик усулдаги жаррохлик амалиётлари</i>		
1.	Очик усулда цистолитотомия	NAI.JE.AA
2.	Очик усулда пиелолитотомия	NAB.JE.AA
3.	Очик усулда нефролитотомия	NAA.JE.AA
4.	Очик усулда уретеролитотомия	NAE.JE.AA
5.	Очик усулда нефрэктомия	NAA.JK.AA

EAU тавсияларига кўра сийдик тош касаллигида, тошларни жойлашуви, ўлчами, сони, зичлиги ва алабатта ҳар бир беморга индивидуал ёндошган ҳолда, қуйидаги жаррохлик амалиётлари бажарилади.

Ноинвазив жаррохлик усули: дистанцион литотрипсия.

Кам инвазив эндоурологик жаррохлик усуллари: буйрак ва сийдик тош(лар)ида уретерореноскопия (ретроград интратенал жаррохлик (РИРЖ), тери орқали нефролитотрипсия, симултан билатерал ТОНЛТ, симултан ипсилатерал ТОНЛТ, тўлиқ дренажсиз ТОНЛТ (totally tubeless), дренажсиз ТОНЛТ (tubeless), кўп киришли ТОНЛТ, трансуретрал уретролитотрипсия, трансуретрал цистолитотрипсия.

Кам инвазив лапароскопик (ретроперитонескопик) жаррохлик усуллари: пиелолитотомия, уретролитотомия, нефрэктомия.

Анъанавий жаррохлик усуллари: нефролитомия, пиелолитотомия, уретеролитомия, цистолитотомия, нефрэктомия

2. СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШ ТАРТИБИ.

2.1. Сийдик-тош касаллигида жаррохлик усулида даволашнинг мақсади.

Сийдик тош касаллигида-литокинетик терапия ёрдам бермаса, оғрик синдроми энгилиллашмаса, медикаментоз даволаш имконияти бўлмаса, сийдик йўллари инфекцияси қўшилиш оқибатида тана харорати кўтарилса ёки сийдик йўлларининг обструкциясида шошилишч декомпрессия яъни сийдик найини стентлаш, тери орқали нефростомия (ТОН) ёрдамида сийдик йўлларини дренажлаш ва тошдан халос этувчи ноинвазив ДЛТ ёки кам инвазив ҳисобланган эндоскопик жаррохлик амалиётлари бажарилиш лозим.

2.2. Сийдик-тош касаллигида бажарилувчи жаррохлик амалиётлари учун қарши кўрсатмалар.

2.2.1. Дистанцион литотрипсия учун қарши кўрсатмалар.

- Ҳомиладорлик, тўлқин зарбаси ҳомилага таъсир қилиши мумкин [4,13(4с)];
- Даволанмаган СЙИ;
- Таянч-ҳаракат тизимининг жиддий деформациялари ва тўлқин зарбасини тошга аниқ йўналтиришга имкон бермайдиган семизлик;
- Тошга яқин жойлашган артерия аневризмаси [5, 13(4с)];
- Сийдик чиқариш йўлларининг тошдан дистал қисмида анатомик обструкция.
- Антикоагулянтлар ДЛТдан олдин бекор қилиниши керак. (буйракда ва буйрак проекциясида жойлашган тош(лар) учун)
- Қон ивиши бузилиши билан кузатиладиган гематлогик касалликлар (буйракда жойлашган тош(лар) учун)

2.2.2. УРС учун қарши кўрсатмалар.

Умумий анестезия ёки даволанмаган СЙИ билан боғлиқ бўлган қарши кўрсатмалардан ташқари, УРС барча беморларга махсус чекловларсиз амалга оширилиши мумкин.

2.2.3. Тери орқали нефролитотрипсия учун қарши кўрсатмалар.

Антикоагулянт терапия қабул қиладиган беморлар операциядан олдин ҳам, кейин ҳам диққат билан кузатилиши керак. Антикоагулянтлар ТОНЛТдан олдин бекор қилиниши керак [6, 13(2б)].

Бошқа муҳим қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- даволанмаган СЙИ;
- тошга кириш учун тавсия этилган йўлда ўсма мавжудлиги;
- ёмон сифатли буйрак ўсмаси.

2.2.4. Дренажсиз ТОНЛТ (tubeless) учун қарши кўрсатмалар.

- сийдик йўлларининг назоратсиз инфекцияси;
- тери орқали операция усулида коррекция қилиш мумкин бўлмаган, обструкцияни келтириб чиқарувчи буйрак аномалиялари.

2.2.5. Симултан ипсилатерал ТОНЛТ учун қарши кўрсатмалар.

- узоқ вақт давомида сақланиб келаётган сийдик найининг катта ўлчамли тошлари.
- сийдик йўллариининг назоратсиз инфекцияси.

2.2.6. Симултан билатерал ТОНЛТга:

Антикоагулянт терапия қабул қиладиган беморлар операциядан олдин ҳам, кейин ҳам диққат билан кузатилиши керак. Антикоагулянтлар ТОНЛТдан олдин бекор қилиниши керак [6,13(2б)].

Бошқа муҳим қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- даволанмаган СЙИ;
- тошга кириш учун тавсия этилган йўлда ўсма мавжудлиги;
- ёмон сифатли буйрак ўсмаси;

2.3. Сийдик-тош касаллигида бажарилувчи жаррохлик амалиётлари учун кўрсатмалар.

2.3.1. Буйрак тош(лар)ини олиб ташлаш учун кўрсатмалар.

- тошнинг катталишиши;
- инфекция;
- симптоматик тошлар (оғрик, гематурия);
- клиник аҳамиятга эга бўлган, ўлчами > 15 мм бўлган тошлар;
- клиник аҳамиятга эга бўлган, ўлчами < 15 мм бўлган тошлар, агар кузатув афзал тактика бўлмаса;
- беморнинг танлови;
- ёндош касалликлар;
- ижтимоий ҳолат (касби ёки саёҳат);
- даволаш усули сифатида танлов.

2.3.2. Сийдик найидаги тош(лар)ни олиб ташлаш учун кўрсатмалар.

- мустақил равишда тушиш эҳтимоли паст бўлган тошлар;
- адекват оғриксизлантиришга қолдиришга қарамай, доимий оғрик;
- ифодаланган обструкция;
- буйрак функциясининг бузилиши (буйрак етишмовчилиги, икки томонлама обструкция, битта буйрак).

2.3.3. СТКигида шошилич жаррохлик амалиёти учун кўрсатмалар.

Агар сийдик тош касаллигида дори воситалари билан даволаш оғрик синдромини енгиллаштирмаса, литокинэтик терапия ёрдам бермаса, сийдик йўллари инфекцияси қўшилиш оқибатида тана харорати кўтарилса, сийдик йўллариининг обструкциясида шошилич декомпрессия яъни сийдик найини стентлаш, тери орқали нефростомия (ТОН) ёрдамида сийдик йўллариини дренажлаш ёки ДЛТ амалиётлари бажарилади.

2.4. Жаррохлик амалиётларини бажарувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар.

2.4.1. ДЛТни бажарадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар.

- Инсонни турли ёшидаги сийдик йўллари анатомиясини ва физиологиясини билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувлари тўғрисидаги умумий маълумотларни билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувларини натижаларини таҳлил қила олиш;
- касалликлар ва патологик жараёнларда аъзолар ва тизимларнинг ишлаш хусусиятларини ушбу мутахассисликка мос равишда таҳлил қилиш;
- тегишли касаллик гуруҳида фавқулудда ва ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни билиш.
- радиацион хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш
- ДЛТ усулини бажара олишни тасдиқловчи гувоҳномага эга бўлиши.

2.4.2. УРС ва ТОНЛТ бажарадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- Инсонни турли ёшидаги сийдик йўллари анатомиясини ва физиологиясини билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувлари тўғрисидаги умумий маълумотларни билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувларини натижаларини таҳлил қила олиш;
- Касалликлар ва патологик жараёнларда аъзолар ва тизимларнинг ишлаш хусусиятларини ушбу мутахассисликка мос равишда таҳлил қилиш;
- Тегишли касаллик гуруҳида фавқулудда ва ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни билиш;
- Радиацион хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш;
- УРС ва ТОНЛТ усулини бажара олишни тасдиқловчи гувоҳномага эга бўлиши.

2.4.3. Лапароскопик жаррохлик амалиётларини бажарадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- Инсонни турли ёшидаги сийдик йўллари анатомиясини ва физиологиясини билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувлари тўғрисидаги умумий маълумотларни билиш;
- УТТ, рентген ва КТ текширувларини натижаларини таҳлил қила олиш;
- Касалликлар ва патологик жараёнларда аъзолар ва тизимларнинг ишлаш хусусиятларини ушбу мутахассисликка мос равишда таҳлил қилиш;
- Тегишли касаллик гуруҳида фавқулудда ва ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни билиш;
- Анъанавий (очик турдаги, традицион) жаррохлик амалиётларини бажара олиши;

- Лапароскопик жаррохлик усулини бажара олишни тасдиқловчи гувоҳномага эга бўлиши.

2.5. Сийдик-тош касаллигида асосий (мажбурий) ва қўшимча ташхислаш тадбирлари.

2.5.1. Асосий ташхислаш тадбирлари.

Умумий сийдик анализи ёки сийдикнинг “Нечипоренко” усулида текшириш. Сийдикнинг кислотали ёки ишқорий мухити (рН) аниқлаш, эритроцитлар бор ёки йўқлиги, сийдик йўллари инфекцияси бор ёки йўқлигини баҳоловчи лейкоцитлар миқдори кўриш шифокорни кейинги тактикасини белгилаб беради.

Ультратовуш текширув. Беморларда УТТ дастлабки ташхислаш усули ҳисобланади. Унинг афзаллиги нурланишнинг мавжуд емаслигидир. УТТ буйраклар ўлчамлари, тошларнинг косача, жом, сийдик найи юқори ва пастки учлиги ҳамда қовуқдаги тошларни аниқлашга, шунингдек, юқори сийдик йўллари кенгайишини ташхислашга имкон беради. Сийдик найи тошлари бўлганда УТТ сезгирлиги 45%, спецификлиги - 94%, буйрак тошлари бўлганда еса мос равишда 45% ва 88%ни ташкил этади [7]. Аммо УТТ буйраклар функцияси тўғрисидаги маълумотни бермайди.

Умумий урография. Умумий тасвир тошларни аниқлаш, уларнинг рентген контрастлигини аниқлай олади, ҳамда кейинги кузатишни осонлаштиради.

Экскретор урография. ЕУ буйраклар функцияси, косача-жом тизимининг анатомияси ва обструкция даражаси ҳақида маълумот беради. Унинг асосий камчилиги бўлиб контраст препаратни киритиш зарурати ҳисобланади. Умумий ва контрастли урографиянинг сезгирлиги 44%, спецификлиги 77%ни ташкил этади [8].

Контрастсиз КТ. Замонавий паст дозали КТ режимлари нурланиш таъсирини сезиларли даражада камайтириши мумкин. Контрастсиз КТ таркибида сийдик кислотаси ва ксантин бўлган, рентген-нэгатив тошларни ташхислаш имконини беради, аммо индинавир препарати туфайли ҳосил бўлган тошлар КТда кўринмайди. Бундан ташқари, контрастсиз КТ тошнинг зичлигини, ички тузилишини, «тери–тош» масофасини ва анатомик хусусиятларни – даволаш усулини танлашга таъсир қилувчи параметрларни аниқлашга имкон беради [9-10]. Шу билан бирга, контрастсиз КТнинг афзалликлари билан бир қаторда, унинг буйрак функцияси ва юқори сийдик йўллари анатомияси ҳақида маълумот бермаслигини, шунингдек, юқори дозада нурланишга эга эканлигини ёдда тутиш керак. Спирал контрастсиз КТ ёрдамида атиги тошларнинг 5%ни ташхислаб бўлмайди.

2.5.2. Қўшимча (кўрсатмага биноан) диагностик тадбирлар:

- Умумий қон текшируви;
- Қоннинг биокимёвий тахлили;
- Электрокардиограмма;
- Юракнинг эхоультратовуш текшируви;
- Вирусли гепатитлар;
- Захм ва ортирилган иммун танқислиги вируси;

Қўшимча диагностик тадбирлар, шифокорларга касалликнинг қиёсий ташхислаш, асосий касалликка ҳамроҳ касалликларни босқичларини баҳолашда, беморларда шошинч ёки режали жаррохлик амалиётларни ўтказиш мақсадида, кўрсатма ёки қарши кўрсатмалар борлигини баҳолашда, оғриқсизлантириш турини танлашда, бошқа тор мутахассислар кўриги керакми ёки йўқлигини аниқлашда маълумотлар беради.

2.6. Ўзбекистон Республикаси санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена нормативларига кўра, сийдик тош касаллигини даволаш ёки муолажа ўтказилишига қўйиладиган талаблар:

- Жаррохлик ўтказиладиган хоналар, асбоб-ускуналар, тиббий ва бошқа жиҳозлар тоза сақланиши керак. Хоналарда намли тозалаш ишларини ўтказиш (полларни ювиш, мебелларни, асбоб-ускуналарни, дераза олдилари, ешикларни ва бошқаларни артиб чиқиш) ювувчи воситаларидан фойдаланган ҳолда бир суткада камида 2 марта амалга оширилиши лозим. Зарурат бўлганда, жорий тозалаш ишлари кунига бир неча марта амалга оширилади, дераза ойналари 3 ойда камида 1 марта тозаланиши керак.

- Операция блокни умумий тозалаш (кундалик жорий тозалаш ва дезинфекция ишларидан ташқари) хоналар асбоб-ускуналар, мебеллар ва бошқа жиҳозлардан бўшатишдан ҳолда ҳафтада бир марта амалга оширилиши лозим. Муассасада ювиш ва дезинфекция қилиш воситаларининг доимий зарурий уч ойлик захираси мавжуд бўлиши керак.

- Стерилликни, асептика ва антисептика режимига риоя этилишини талаб этадиган операция хоналар йиғиштирилганидан сўнг, жорий фойдаланиш жараёнида вақти-вақти билан 1 м³ хона учун лампа қуввати 1 Вт ҳисобидан стационар ёки кўчма бактерицид лампалар ёрдамида зарарсизлантириш керак.

- Жаррохлик бўлимлари йилига 1 марта косметик таъмирдан, профилактик ювиш ва зарарсизлантириш ишлари ўтказиш учун вақтинча ёпилиши керак. Жорий нуқсонларни бартараф этилиши (шифтлар ва деворларда сув оқиш ва намланишларни, захлик ва моғор изларини йўқ қилиш, ёриқлар, ковак ва ўнқир-чўнқирларни текислаш, тушиб кетган пардозлаш плиткани, пол қопламалари нуқсонларини тиклаш ва бошқалар) дарҳол амалга оширилиши лозим.

- Жаррохлик блогида наркоз аппаратуралари ва тиббий асбоб-анжомларни зарарсизлантириш учун алоҳида ажратилган ва жиҳозланган хоналар бўлиши керак.

- Жаррохлик амалиётларида қўлланиладиган тиббий технологиялар, фойдаланиладиган асбоб-ускуналар, сарфлов материаллари ва дори-восилари Ўзбекистон Республикаси ҳудудида қўлланилишига рухсат этилган бўлиши лозим.

2.7. Беморни жаррохлик амалиёти ёки муолажа учун тайёрлашга қўйиладиган талаблар ва жаррохлик амалиётларни методологияси.

Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларни тошдан ҳалос қилиш мақсадида бажариладиган муолажа ва жаррохлик амалиётлари - атаралгезия, орқа мия анестезия ёки умумий анестезия остида бажарилганлиги учун анестезиолог, лозим бўлганда бошқа тор соҳа мутахассислари кўриклари

ўтказилиб, улар томонидан қўйилган талаблар асосида бемор жаррохлик амалиётига тайёрланади.

2.7.1. Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларга ДЛТ муолажаси ўтказишда қўйиладиган талаблар:

- Сийдик тош касаллигига, сийдик йўллари инфекцияси қўшилган бўлса, аввало сийдик йўллари инфекциясини даволаш;
- Агар тош(лар) буйракда ёки буйрак проекциясида жойлашган бўлса, қон суюлтирувчи дориларни қабул қилмаган бўлишлиги;
- ДЛТдан бир кун олдин, бемор қорнини дам қиладиган овқатлар истеъмол қилмасдан, шифокор кўрсатмасига кўра қорин дам бўлишига қарши дори-воситаларни қабул қилиши;
- ДЛТ муолажаси режалаштирилган кунда, бемор шифохонага ҳеч нарса истеъмол қилмасдан келиши.

2.7.2. Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларга эндоскопик жаррохлик амалиёти ўтказишда қўйиладиган талаблар:

- Сийдик тош касаллигига, сийдик йўллари инфекцияси қўшилган бўлса, аввало сийдик йўллари инфекциясини даволаш, агар даволанмаса сийдик йўллари дренажлаш амалиётини бажариш;
- Агар тош(лар) буйракда ёки буйрак проекциясида жойлашган бўлса, қон суюлтирувчи дориларни қабул қилмаган бўлишлиги;
- Эндоскопик жаррохлик амалиёти режалаштирилган кунда, бемор ҳеч нарса истеъмол қилмаслиги.

2.7.3. Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларга лапароскопик жаррохлик амалиёти ўтказишда қўйиладиган талаблар:

- Сийдик-тош касаллигига, сийдик йўллари инфекцияси қўшилган бўлса, аввало сийдик йўллари инфекциясини даволаш, агар даволанмаса сийдик йўллари дренажлаш амалиётини бажариш;
- Қон суюлтирувчи дориларни қабул қилмаган бўлишлиги;
- Беморларда жаррохлик амалиётигача, ҳамроҳ касалликлари бўлса, кўрсатмага биноан мутахассислар томонидан буюрилган консерватив терапия қабул қилган бўлишлиги;
- Лапароскопик жаррохлик амалиёти режалаштирилган кунда, бемор ҳеч нарса истеъмол қилмаслиги.

2.7.4. Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларга анъанавий (очик турдаги, традицион) жаррохлик амалиёти ўтказишда қўйиладиган талаблар:

- Сийдик тош касаллигига, сийдик йўллари инфекцияси қўшилган бўлса, аввало сийдик йўллари инфекциясини даволаш, агар даволанмаса сийдик йўллари дренажлаш амалиётини бажариш;
- Қон суюлтирувчи дориларни қабул қилмаган бўлишлиги;

- Беморларда жаррохлик амалиётигача, ҳамроҳ касалликлари бўлса, кўрсатмага биноан мутахассислар томонидан буюрилган консерватив терапия қабул қилган бўлишлиги;
- анъанавий жаррохлик амалиёти режалаштирилган кунда, бемор ҳеч нарса истеъмол қилмаслиги.

2.8. Беморда ўтказиладиган жаррохлик амалиёти ёки муолажаларни ўтказиш методологияси.

2.8.1. Дистанцион литотрипсия.

Юқори технологияли ноинвазив муолажа тури ҳисобланиб, махсус ускунлар (С-типтаги рақамли рентген, литотриптор ва ултратовуш) тўпламида бажарилади. Тошни жойлашган жойига кўра, бемор муолажа столида тепага қараган, қоринда ва ёнбош ҳолатда ётқизиблиб тошни рентген ёки ултратовуш ёрдамида фокуси нуктага қўйилади. Тош(лар) буйракда ёки унинг проекциясида жойлашганда унинг шикастланишининг олдини олиш мақсадида ДЛТ бошида кам қувватдан фойдаланиш ва қувватни аста-секин ошириб бориш керак.

Акустик алоқани яхшилаш. Литотриптер бошчаси ва беморнинг териси ўртасида яхши акустик алоқа ўрнатилиши катта аҳамиятга эга. Контакт гелидаги нуқсонлар (ҳаво пуфакчалари) тўлқин зарбаларининг 99 фоизини қайтаради. Кўпинча УТТ учун гел акустик алоқани яхшилаш учун ишлатилади.

Муолажани ўтказилишини назорат қилиш. Даволаш натижалари муолажани бажарадиган шифокорга боғлиқ; самараси кўпроқ бўлган натижаларга энг кўп тажрибага эга урологлар эришадилар. ДЛТ самарадорлигини муолажа ўтказиш давомида назорат қилиш учун визуализациялаш усулидан фойдаланиш ёрдамида ошириш мумкин.

Оғрик қолдириш. Муолажа давомида беморнинг ҳаракатини ва нафас олиш эҳсурсиясини чеклаш учун етарли даражада оғрикни қолдириш керак.

2.8.2. Буйрак ва сийдик тош(лар)ида уретерореноскопия (ретроград интратренал жаррохлик – РИРЖ).

Техник такомиллаштиришлар, шу жумладан кичик ўлчамли эндоскопларнинг яратилиши, фаол айланма механизм, визуализация ва инструментлар сифатининг такомиллаштирилиши, ва бир марталик инструментларнинг пайдо бўлиши буйрак ва сийдик найи тошларида УРСнинг тез-тез ўтказилиши учун имконият яратиб берди. Айниқса РИРЖ соҳасида катта ютуқларга еришилди. Рақамли эндоскоплар юқори даражадаги тасвир сифати туфайли операция вақтини қисқартириш имконини беради. Бутунлигича олиб ташлаб бўлмайдиган тошлар парчаланиши керак.

Юқори сийдик йўлларига кириш. Одатда, жаррохлик амалиёти орқа мия(регионар) ёки умумий анестезия остида амалга оширилади. Сийдик найининг проксимал бўлимларида йирик тикилган тошлар бўлса, антеград УРС ўтказилиши мумкин. Эгилувчан уретероскопни киритишдан олдин визуал дилатациялаш учун ригид УРС ўтказилиши мумкин.

Сийдик найлари ғилофлари. Турли хил ўлчамдаги гидрофил қопламали сийдик найларига кириш учун мўлжалланган ғилофларни ўтказувчи сим орқали киритиш ва уларнинг учини сийдик найининг проксимал бўлимида ўрнатилади.

Ғилофлар сийдик найининг проксимал бўлими ва буйракка бир неча марта киришни таъминлайди ва УРС ўтказилишини анча осонлаштиради. Сийдик найи ғилофи тасвир сифатини яхшилаш, буйрак ичи босимини ушлаб туриш ва жаррохлик вақтини қисқартириш учун ирригацион суюқликнинг доимий оқимини таъминлайди. Ғилофни ўрнатиш сийдик найини шикастлаши мумкин, аммо олдиндан стентлаш ўтказишда хавф камаяди. Ғилофни ишлатиш жаррох афзал кўришига боғлиқ.

Тошларни олиб ташлаш. Эндоурологик жаррохликнинг мақсади тошларни бутунлай олиб талашдан иборат. «Майдалаш ва кетиш» («дуст анд го») стратегиясидан фақат йирик буйрак тошлари учун фойдаланиш керак. Тошларни эндоскопик қисқичлар ёки саватчалар ёрдамида олиб ташлаш мумкин.

Контактли литотрипсия. Литотрипсиянинг энг самарали усули ҳам ригид, ҳам эгилувчан УРС учун «олтин стандарт»га айланган голмийли тизим (Ҳо:ЯГ) ҳисобланади, чунки ҳар қандай тош учун ушбу усул самаралидир. Пневматик ва ултратовуш литотриптерлар ригид УРС учун юқори самарали ҳисобланади. Шу билан бирга, кўп ҳолларда учрайдиган муаммо тошнинг буйракка миграцияси бўлиб қолмоқда, бунинг олдини олиш учун махсус асбобларни тошга нисбатан проксималроқ тарзда ўрнатиш мумкин. Голмий лазер (Ҳо:ЯГ) билан ўтказилган литотрипсиясидан кейин ЛКТ тошни тўлиқ йўқотилиши частотасини оширади ва буйрак санчиғи хавфини камайтиради.

УРСдан олдин ва кейин стентлаш. Ҳозирда вақтда УРСдан олдин стентлаш мажбурий эмас. Олдиндан стентлаш УРС ўтказилишини осонлаштиради, тошни тўлиқ йўқотилиши частотасини оширади ва асоратлар частотасини камайтиради. Рандомизацияланган проспектив тадқиқотлар шуни кўрсатдики, асоратланмаган УРСдан кейин мажбурий стентлаш (тошни тўлиқ йўқотилиши билан) талаб қилинмайди; стентлаш аралашувнинг шикастлаш даражасини оширади [11-12 (26)]. Стент ўрнига сийдик найи катетерини қисқа вақтга (бир кун) худди шундай натижага еришиш билан ўрнатиш мумкин. Стент асоратланиш хавфи (сийдик найи шикастланиши, резидуал фрагментлар, қон кетиш, перфорация, СҲИ ва ҳомиладорлик) юқори бўлган беморларга ва барча шубҳали ҳолатларда шошилиш вазиятларнинг олдини олиш учун ўрнатилиши керак. Стентни ўрнатишнинг оптимал давомийлиги номаълум. Кўпгина урологлар уни УРСдан кейин 1-2 ҳафта давомида ўрнатишни афзал кўришади. α -блокаторлар стентлаш билан боғлиқ нохуш симптомларни камайтиради ва унга толерантликни яхшилади.

2.8.3. Тери орқали нефролитотрипсия

Ҳозирги вақтда тери орқали нефролитотрипсия (ТОНЛТ) йирик буйрак тошларини даволаш стандарти бўлиб қолмоқда. Турли хил ригид ва эгилувчан нефроскоплар мавжуд ва танлов асосан жаррох томонидиган бериладиган афзалликларга асосланади. Киришнинг стандарт ўлчами 24-30 Ч. Кичик ўлчамли ғилофлар (<18 Ч) болалар учун ишлаб чиқилган, аммо уларни катталарда қўллаш тобора оммалашиб бормоқда.

Беморнинг ҳолати. Қоринда ёки чалқанча ётиш ҳолатининг иккаласи ҳам бир хил даражада хавфсиздир. Чалқанча ётиш ҳолати бирмунча афзалликларга эга бўлсада, бу рентген аппарати ва жаррохлик столи каби беморнинг тўғри ҳолатини

таъминлаш учун тегишли жиҳозларнинг мавжудлигига боғлиқ. Бошқа томондан, чалқанча ётган ҳолатда бир вақтнинг ўзида эгилувчан уретероскоп ёрдамида косача-жом тизимига ретроград киришни амалга ошириш мумкин.

Пункция. УТТ ва рентгеноскопия назорати остида бажарилади.

Нефростомик йўлни бужлаш. Тери орқали кириш йўлини кенгайтириш металл телескопик бужлар, битта (поғонали) дилататорлар ёки балонли дилататорлар ёрдамида амалга оширилади. Гарчи тадқиқотлар нефростомик йўлни бир босқичли дилатациялаш усули бошқа усуллар сингари самарали эканлигига кўрсатган бўлсада, натижалардаги фарқлар қўлланилган техникадан кўра кўпроқ жаррохнинг тажрибаси боғлиқ.

Асбобларни танлаш. Сийдик-тош касаллиги бўйича тузилган ишчи гуруҳ буйрак тошларини кичик ўлчамли асбоблар (<22Фр, миниТОНЛТ) ёрдамида даволашда ТОНЛТ натижаларини баҳолаш учун тизимли шарҳ ўтказди. Мини ва стандарт ТОНЛТ учун тошни тўлиқ йўқотилиши кўрсаткичлари бир хил эканлиги аниқланди. МиниТОНЛТ кам ҳажмда қон йўқотиш билан боғлиқ, аммо кўпроқ вақт талаб этади. Бошқа асоратлар асбобларнинг ўлчамига боғлиқ эмас.

Контактли литотрипсия. Тошларни контактли майдалашнинг бир неча усуллари мавжуд. ТОНЛТни бажаришда, одатда, ултратовуш ёки пневматик литотриптерлар қўлланилади. Кичикроқ калибрли асбобларидан фойдаланганда лазер литотрипсияда тошнинг миграцияси хавфи пневматик литотрипсияга қараганда камроқ бўлади. Эгилувчан эндоскоплар майдалашнинг лазер толасининг букилишини талаб қилади ва голмий лазер УРСда бўлгани каби стандарт ҳисобланади.

Нефростомия ва стентлаш. Жаррохлик охирида нефростомани ўрнатиш ёки ўрнатмаслик тўғрисидаги қарор бир нечта омилларга (резидуал тошларнинг мавжудлиги, сезиларли интраоперацион қон кэтиш, уринома, сийдик найининг обструкцияси, «инфекцион» тошларда бактериуриянинг сақлаб қолиниши еҳтимоли, ягона буйрак) боғлиқ. Кичик ўлчамли нефростома ўрнатиш жаррохликдан кейинги даврда унчалик кучли бўлмаган оғриқ билан кечади. Дренажсиз ТОНЛТ (тубелесс) нефростома ўрнатмасдан амалга оширилади. Агар ҳам нефростома, ҳам сийдик найи стенти ўрнатилмаса, бундай операция тўлиқ дренажсиз ТОНЛТ (тоталлй тубелесс) деб аталади. Мураккаб бўлмаган ҳолатларда тўлиқ дренажсиз ТОНЛТни бажариш беморнинг касалхонада ётиш вақтини камайтиришга имкон беради ва ҳеч қандай камчиликларга эга эмас.

2.8.4. Кўп киришли ТОНЛТ усулини бажариш техникаси.

Агар тошга биринчи кириш орқали тошларни бутунлай олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, стандарт услуб бўйича кўшимча кириш амалга оширилади. Кўшимча кириш нефростомик дренаж ўрнатилгандан кейин, олдинги кириш бўйлаб нефроскоп тубуси орқали амалга оширилади ёки бир вақтнинг ўзида нефроскопнинг иккинчи тубуси ўрнатилади. Кўшимча кириш орқали 0,8 см гача бўлган майда тошлар эндоскопик қисқичлар ёрдамида бутунлигича олиб ташланади, каттароқ тошлар литотриптер ёрдамида дезинтеграция қилинади ва олиб ташланади. Худди шундай тарзда тошга учинчи ёки тўртинчи кириш амалга оширилиши мумкин. Буйракдан тошлар тўлиқ чиқарилгандан сўнг, қон кетиш интенсивлигига қараб, нефроскоп найчаси орқали буйракка бир ёки бир нечта

нефростомалар ўрнатилади. Бўйин қисми склерозланган ва торайган косача орқали тошга кирилган ва шу муносабат билан жаррохлик давомида бу косачанинг бўйин қисми бужланган ҳолатларда косачанинг бўйин қисмини интубациялаш косача орқали дренаж найчаси ўрнатилиши мумкин.

2.8.5. Дренажсиз ТОНЛТни (tubeless) бажариш техникаси.

Тош буйракдан чиқарилгандан сўнг буйракка нефроскоп тубуси орқали эгилувчан ўтказгич киритилади ва буйракдан нефроскоп тубуси олинади. Сийдик найи катетери орқали ювиш тизими уланади, шунингдек диурез диуретик препаратни томир ичига юбориш орқали стимуляция қилинади. Оқма канали орқали, ўтказгич атрофидан рангсиз ювиш суюқлигининг стабил чиқишида ўтказгич олиб ташланади. Сийдик найи катетери орқали чиққан сийдикнинг табиати кузатилади. Рангсиз, тиниқ сийдик ажралиб чиқишида, буйракни табиий сийдик йўли орқали дренажлаш учун катетер 24 соат қолдирилади. Ишчи канал жойлашган жойдаги терига асептик боғлам қўйилади. Қовуқни дренажлаш ва сийдик найи катетерини фиксациялаш учун қовуққа Фолей катетери ўрнатилади. Жаррохликдан бир кун ўтгач, Фолей катетери ва сийдик найи катетери олиб ташланади.

2.8.6. Тўлиқ дренажсиз ТОНЛТ (totally tubeless) бажариш техникаси.

Тошларни тўлиқ олиб ташлангандан сўнг диурезни стимуляция қилиш учун томир ичига диуретик дори-восита юборилади. Кейин буйрак бўшлиғига нефроскоп тубуси орқали хавфсизликни таъминловчи ўтказгич киритилади ва нефроскоп тубуси олиб ташланади. Шундан сўнг, паранефрал тўқималарга суюқлик оқишини назорат қилиш учун сийдик найи катетери орқали контрастли модда ретроград тарзда киритилади. Бунда, агар контраст паранефрийга тушмаса, лекин хавфсизликни таъминловчи ўтказгич атрофидан ташқарига чиқса, стерил суюқлик идишидан иборат сийдик найчаси катетерига ювиш тизими уланади, у жом ичидаги босимнинг кўпайишини олдини олиш учун буйрак сатҳидан 40 см дан ошмайдиган баландликда ўрнатилади. 2-3 дақиқа ичида ювувчи суюқликнинг қон билан бўялиш интенсивлиги кузаталади. Ўтказгич атрофидан тиниқ, оч рангли ювиш суюқлигининг стабил чиқишида кузатилганда оқма каналдан ўтказгич олиб ташланади. Кейин сийдик найи катетеридан чиқаётган сийдикнинг табиати 5-10 дақиқа давомида кузатилади. Тиниқ, оч рангли сийдик чиқиши кузатилганда катетер олиб ташланади. Шундан сўнг қовуқни кузатиб бориш учун қовуққа катетер киритилади. Фолей катетери жаррохликдан бир кун ўтгач олиб ташланади.

2.8.7. Симултан ипсилатерал ТОНЛТ бажариш техникаси.

Буйраклар ва сийдик найи қўшма тошлари бўлган беморларни даволашда симултан ипсилатерал ТОНЛТни бажаришда сийдик найида тошнинг жойлашган жойига қараб аралашув шартлари турлича бўлиши мумкин. Сийдик найидаги тош сийдик найининг пастки учдан бир қисмида жойлашганда УРС ва контакт литотрипсия бажарилади ёки у бутунлигича эндоскопик қисқич ёки Дормиа саватчаси ёрдамида олиб ташланади. Сийдик найи катетери ўрнатилади, сўнгра

буйрак тошларини буйракка тери орқали киришни амалга ошириш билан олиб ташлаш учун бемор қоринга ётқизилади. Сийдик найидаги тош сийдик найининг ўрта ёки юқори учдан бир қисмида жойлашганда у рентгенотелескопия назорати остида жом томонга сийдик найи катетери билан итариб буйракка ўтказилади. Сийдик найи катетери сийдик найи ичида қолдирилади. Тошнинг буйрак томонга силжитиши уретерореноскоп ёрдамида визуал назорат остида амалга оширилиши мумкин, бу ҳолда тош силжитилгандан кейин сийдик найи катетеризация қилинади. Шундан кейин буйрак тошларини буйракка тери орқали киришни амалга ошириш билан олиб ташлаш учун бемор қоринга ётқизилади. Сийдик найидаги тош жом-сийдик найи сегментига яқин жойлашган ва уни буйракка силжитишнинг иложи бўлмаган ҳолларда, сийдик найи катетери тош ёнига олиб келиб, у ерда қолдирилади. Шундан кейин буйрак тошларини буйракка тери орқали киришни амалга ошириш билан ва сийдик найидаги тошни антеград тарзда олиб ташлаш учун бемор қоринга ётқизилади. Сийдик найидаги тош сийдик найининг ўрта ёки юқори учдан бир қисмида жойлашган ҳолларда ва уни буйракка силжитиш мумкин бўлмаган ҳолларда УРС бажарилади. Уретерореноскоп тош ёнига олиб келинади, тош лазер ёки пневматик литотриптор ёрдамида парчаланadi, тош парчалари буйракка ўтказилади ва ўтказгич бўйлаб сийдик найи катетери ўрнатилади. Шундан кейин буйрак тошларини буйракка тери орқали киришни амалга ошириш билан олиб ташлаш учун бемор қоринга ётқизилади. Сийдик найидаги тош жом-сийдик найи сегментига яқин, сийдик найининг проксимал бўлимида жойлашган ва уни буйракка силжитишнинг иложи бўлмаган ҳолларда у антеград тарзда буйрак тошлари билан бирга олиб ташланади.

2.8.8. Симултан билатерал ТОНЛТни бажариш техникаси.

5-8 ўлчамдаги сийдик найи катетери ёрдамида иккала сийдик найининг стандарт катетеризацияси амалга оширилади. Жаррохлик аралашуви биринчи навбатда буйракда техник жиҳатдан кириш унчалик қийин бўлмаган томондан бажарилади. Жаррохлик яхши натижа билан яқунланганда қарама-қарши томонда тери орқали нефролитотрипсия амалга оширилади.

2.8.9. Тери орқали систолитотрипсияни бажариш техникаси.

Ултратовуш назорати остида сийдик пуфаги 18 ўлчамдаги игна орқали пункция қилиниб сийдик пуфаги ичига йўналтиргич киритилиб у орқали оқма 28 шр ўлчамгача бужланди ва 30 шр Амплац ўрнатилади. Цистоскопияси назоратида сийдик пуфагидаги тош ёки тошлар литотиптор ёрдамида босқичма-босқич майдаланади. Фрагментлар ушлагич (қисқич) орқали олиб ташланади. Тош фрагментлари қолмагандан сўнг, қовуқга катетер (Фолей. Пецер) ўрнатилади. катетер терига ип орқали фиксация қилинди. Асептик боғлам қўйилади

2.8.10. Трансуретрал систолитотрипсияни бажариш техникаси.

Уретра (сийдик чиқариш канали) орқали сийдик пуфагига цистоскоп киритилди. Цистоскоп тубуси орқали литотрипторлардан бири киритилиб, тошни майда бўлақларга бўлинади ва тубус орқали олиб ташланди. Назорат

цистоскопияда тош фрагментлари аниқланмагандан сўнг сийдик пуфаги уретра орқали фoley катетери ўрнатилади.

2.8.11. Трансуретрал уретролитотрипсияни бажариш техникаси.

Уретрага (сийдик чиқариш канали) цистоскоп киритилди. Цистоскоп тубуси орқали литотрипторлардан бири киритилиб, тошни майда бўлақларга бўлинади ва тубус орқали олиб ташланди. Назорат уретроскопияда тош фрагментлари аниқланмагандан сўнг сийдик пуфагига уретра орқали фoley катетери ўрнатилади.

2.8.12. Лапароскопик жаррохлик амалиётлари.

Лапароскопик уретролитотомия. Киндикдан 2 см юқоридан, қорин тўғри мушакларнинг латерал қиррасидан, 10 мм.лик троакар қорин бўшлиғига ўрнатилади. CO₂ инсуффляция йўли билан 12 ммHg босим остида пневмоперитонеум ҳосил қилинади. Ендовизуал назорат остида 5 ва 10 мм.ли троакарлар кўшимча ўрнатилади. Жаррохлик амалиёти даврида фойдаланиладиган асбоб ускуналар қорин бўшлиғига троакарлар орқали киритилади. йўғон ичакнинг чиқувчи ёки тушувчи қисми, Толдт чизиғи бўйлаб ултратовушли диссектор ёрдамида, пастга ажратилади (медиализация). Сийдик найининг тош жойлашган қисми атрофдаги тўқималар ажратилгандан сўнг, сийдик найи кесилиб, найда жойлаган тош олиб ташланади. Сийдик найига ЖЖ стент ўрнатилиб сийдик найини кесилган жойи Викрил 4/0 ипи билан тикиб қўйилади. Кўрсатмага биноан жаррохлик майдонига маҳсус най (ажралмалар чиқиши учун) қолдирилади. Гемостазни текшириш. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Лапароскопик пиелолитотомия. Киндикдан 2 см юқоридан, қорин тўғри мушакларнинг латерал қиррасидан, 10 мм.лик троакар қорин бўшлиғига ўрнатилади. CO₂ инсуффляция йўли билан 12 ммHg босим остида пневмоперитонеум ҳосил қилинади. Ендовизуал назорат остида 5 ва 10 мм.ли троакарлар кўшимча ўрнатилади. Жаррохлик амалиёти даврида фойдаланиладиган асбоб ускуналар қорин бўшлиғига троакарлар орқали киритилади. йўғон ичакнинг чиқувчи ёки тушувчи қисми, Толдт чизиғи бўйлаб ултратовушли диссектор ёрдамида, пастга ажратилади (медиализация). Буйрак жоми атрофидаги тўқималар ажратилгандан сўнг, буйрак жоми очилиб, у ерда жойлашган тошлар олиб ташланади. Кўрсатмага биноан нефростома еки стент ўрнатилиб, буйрак жоми анатомик ҳолати Викрил 4/0 ип билан тикланади. Кўрсатмага биноан жаррохлик майдонига маҳсус най (ажралмалар чиқиши учун) қолдирилади. Гемостазни текшириш. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Лапароскопик нефрэктомия. Бемор латерал букилган ҳолатда ётқизилади. Киндикдан 2-4 см латерал троакар ўрнатилади ва пневмоперитонеум яратилади. Лапароскоп назоратида қовурғаости ва ёнбош соҳаларга кўшимча троакарлар ўрнатилади. Троакарлар орқали лапароскопик асбоблар киргизилади. Толдт чизиғи бўйлаб чамбар ичак мобилизация қилинади. Тўқималар орасидан буйракнинг пастки қутби ажратилади ва бел мушаги бўйлаб буйракнинг медиал қисми очилади. Буйрак қон томирлари тўқималар орасидан ажратилади. Аввалига буйрак артериясига, сўнг буйрак венасига пластик клипсалар қўйилади ва қон

томирлар узилади. Сийдик найи ажратилади ва унга клипса қўйилади. Буйрак тўлиқлигича ажратилади ва кичик чаноқ бўшлиғига қўйилади. Ёнбош соҳада кесма орқали қорин бўшлиғи очилади. Буйрак олиб ташаланади. Кўрсатмага кўра дренаж ўрнатилади ва жароҳат қаватма қават тикилиб, асептик боғлам қўйилади.

Ретроперитонескопик нефрэктомия. Бемор латерал букилган ҳолатда ётқизилади. Бел соҳасида Лестграфт-Грюнфелт бурчагига троакар ўрнатилади ва ретроперитонеум яратилади. Эндовидеоскоп назоратида бел соҳасига қўшимча троакарлар ўрнатилади. Троакарлар орқали лапароскопик асбоблар киргизилади. Бел мушаги усти юзаси орқали Герота фасцияси очилади. Ён тўқималар орасидан буйрак қон томирлари ажратилади. Аввалига буйрак артериясига, сўнг буйрак венасига пластик клипсалар қўйилади ва қон томирлар узилади. Сийдик найи ажратилади ва унга клипса қўйилади. Буйрак тўлиқлигича ён тўқималардан ажратилади. Ёнбош соҳада кесма орқали қорин орқа бўшлиғи очилади. Буйрак олиб ташаланади. Кўрсатмага кўра дренаж ўрнатилади ва жароҳати қаватма қават тикилиб, асептик боғлам қўйилади.

2.8.13. Анъанавий (очик усулдаги) жаррохлик амалиётлари.

Очик усулда цистолитотомия. Қориннинг пастки ўрта кесмаси орқали қаватма-қават қовуқ олди бўшлиқга кирилади. Қовуқ ён атрофидаги тўқималардан ажратилгандан сўнг унинг олди деворига 2та “ушлагич” иплар қўйилди. Қовуқ олди девори “ушлагич”лар орасида очилиб ичидаги мавжуд бўлган сийдик аспирация қилинади. Қовуқ ичидаги тош ёки тошлар олиниб, Қовуқ ичи физиологик эритма билан ювилгандан сўнг олди деворига контрапертура катетер (Фоли, Пеццер) ўрнатилади ва қовуқ деворига фиксация қилинади. Қовуқ нуқсонлари иплар билан икки қават қилиб тикилиб, қовуқ герметиклиги текширилади. Контрапертура орқали қовуқ олди бўшлиғига маҳсус най (ажралмалар чиқиши учун) қолдирилади. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Очик усулда пиелолитотомия. Люмботомия кесмаси орқали қаватма-қават қорин орти бўшлиқга кирилади. Герот фасцияси очилгандан сўнг, тўқималардан сийдик найини тепа қисми ажратилиб “ушлагич”га олинади. Буйракнинг жоми ажратилиб деворига 2та “ушлагич” иплар қўйилади ва орасида кесик бажарилади. Буйрак ва косачалар тошлари маҳсус ушлагичлар билан олинади. Буйрак бўшлиғи асептик эритма билан ювилади. Буйракга нефростома ва стент (катетер) ўрнатилади. Жом дефекти сўриладиган иплар билан тикилгандан сўнг, унинг герметиклиги текширилади. Жаррохлик майдони гемостаз қилинади. Қорин орти бўшлиқига дренажлар ўрнатилади. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Очик усулда нефролитомия. Люмботомия кесмаси орқали қаватма-қават қорин орти бўшлиғига кирилади. Герот фасцияси очилгандан сўнг, тўқималардан сийдик найини тепа қисми ажратилиб “ушлагич”га олинади. Буйрак паранефрал тўқималардан ажратилиб, буйрак артерияси ажратилади ва “ушлагич”га олинади. Буйрак артериясига “Дебейки” қискичи ўрнатилгандан сўнг, ишемия остида (зарур бўлса буйракни музлатган ҳолда) буйрак паренхимаси очилади. Буйрак бўшлиғини тошлардан тозалогандан сўнг, нефростома ва стентлар ўрнатилади. Буйрак дэффекти сўриладиган иплар билан тикилади ва гемостаз текширилади.

Буйрак артериясидан “Дебейки” қисқичи олиниб яна бир бор гемостаз қилинади. Қорин орти бўшлиқига дренажлар ўрнатилади. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Очиқ усулда уретеролитомия. Тошнинг жойлашувига қараб (юқори, ўрта, пастки учлик) люмботом, параректал ёки Гибсон кесмаси орқали қорин орти бўшлиқига кирилади. Герот фасцияси очилгандан сўнг, тўқималардан сийдик найи ажратилиб 2 та “ушлагич” га олинади. Сийдик найи девори ушлагичлар орасида ва тошни устида очилгач тош махсус қисқичлар орқали олинади. Сийдик найи стентланади/катетерланади. Сийдик найи дефекти сўриладиган иплар билан 2 қават тикилади. Қорин орти бўшлиқига дренажлар ўрнатилади. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

Очиқ усулда нефрэктомия. Люмботомия кесмаси орқали қаватма-қават қорин орти бўшлиқига кирилади. Герот фасцияси очилгандан сўнг, тўқималардан сийдик найи ажратилиб “ушлагич”га олинади ва 2 қисқич орасида кесилади. Буйрак паранефрал тўқималардан ажратилиб, буйрак томирларига Фёдоров қисқичи ўрнатилади. Қисқич устидан томирлар кесилгач буйрак олиб ташланади. Буйрак томирлари тикилиб боғланади ва гемостаз текширилади. Қорин орти бўшлиқига дренажлар ўрнатилади. Жароҳат қаватма-қават ёпилиб асептик боғлам қўйилади.

2.9. Даволаш ёки муолажанинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

2.9.1. Сийдик тош касаллигида сепсис ёки анурия ривожланганда.

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
КЖСнинг декомпрессияси учун сийдик найи стенти ва нефростома бир хил самарали	16
Тавсиялар	ТД
Тош обструкцияси фонида сепсис қайд этилган ҳолларда КЖСнинг шошилиш декомпрессиясини ТОН ёки сийдик найи стенти ёрдамида амалга ошириш тавсия этилади.	Кучли
Тошларни олиб ташлашга қаратилган яқуний даволаш фақат сепсис йўқ қилингандан сўнг амалга оширилиши мумкин.	Кучли
Декомпрессиядан кейин экма учун сийдик олиниши тавсия этилади.	Кучли
Шундан сўнг антибактериал терапияни дарҳол бошлаш керак (агар керак бўлса, қўшимча равишда интенсив терапия ўтказилади).	Кучли
Экма натижалари олингандан сўнг даволаш схемасини коррекция қилиш зарур.	Кучли

2.9.2. Сийдик тош касаллигида ДЛТ амалиёти бажарилганида:

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Қувватни аста-секинлик билан ошириш буйрак шикастланишининг олдини олади	16
Клиник тажриба ДЛТнинг такрорий сеансларини ўтказиш мумкинлигини тасдиқлайди (сийдик найида тошлар мавжуд бўлганда - бир кун ичида).	4

Тўлқин зарбасининг оптимал частотаси - 1,0-1,5 Гц га тэнг.	1a
Литотриптер бошчаси ва беморнинг териси ўртасидаги акустик алоқани яхшилаш муҳим аҳамиятга эга.	2a
Тош ҳолатини еҳтиёткорлик билан операция давомида назорат қилиш майдалаш самарадорлигини оширади	2a
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1a
Антибактериал профилактика ички стент, инфекцион тош ёки бактериурия мавжуд бўлганда тавсия этилади	1a
Тавсиялар	ТД
Контакт гелидан тўғри фойдаланишни таъминлаш керак, чунки тўлқин зарбасининг кириб бориши самараси бевосита шунга боғлиқ.	Кучли
Еҳтиёткорлик билан рентгеноскопик ва/ёки ултратовуш остида майдалашни амалга ошириш керак	Кучли
Етарли даражадаги оғриқ қолдиришдан фойдаланинг, чунки бу оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини олдини олиш орқали майдалаш самарадорлигини оширади	Кучли
Инфекцион тош ёки бактериурия мавжуд бўлганда ДЛТдан олдин антибиотикли даволашни бошлаш керак	Кучли

2.9.3. Сийдик тош касаллигида ретроград ва антеград УРС, РИРЖ жаррохлик амалиётлари бажарилганида:

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Асоратланмаган УРСдан кейин стентлаш мажбурий эмас.	1a
Олдиндан стентлаш УРС натижаларини яхшилайди (айниқса буйраклардаги тошларда)	1б
α-блокаторлар стент билан боғлиқ аломатларнинг намоён бўлиши ва санчиқларнинг ривожланиш хавфини камайтиради.	1a
Голмий лазер билан ўтказилган контактли литотрипсиядан кейин олиб борилган ЛКТ тош фрагментларининг ўз-ўзидан тушишини тезлаштиради ва буйрак санчиғи эҳтимолини пасайтиради.	1б
Эгилувчан УРСда голмийли лазер (Ҳо:ЯГ) билан ўтказилган литотрипсия энг самарали ҳисобланади.	2a
Ригид уретероскоп ёрдамида ўтказилган контактли литотрипсияда пневматик ва ултратовуш литотриптерлар юқори самарадорликка эга.	2a
Голмий лазер билан ўтказилган контактли литотрипсиядан кейин олиб борилган ЛКТ тошни тўлиқ йўқ қилиш эҳтимолини оширади ва буйрак санчиғи эҳтимолини пасайтиради.	1б
Сийдик найининг проксимал тошларини тери орқали антеград олиб ташлаш ёки лапароскопик уретеролитотомия ретроград УРС учун баъзи ҳолатларда мақбул алтернатив бўлиб кўринади	1a

Тавсиялар	ТД
(Эгилувчан) УРСда голмий лазер (Ҳо:ЯГ) билан литотрипсиядан фойдаланиш керак.	Кучли
Тошларни олиб ташлаш тошни фақат тўғридан-тўғри эндоскопик визуализациялаш ёрдамида амалга оширилади.	Кучли
Асоратланмаган УРСдан кейин стентлаш мажбурий эмас.	Кучли
Олдиндан стентлаш УРС натижаларини яхшилайти (айниқса буйраклардаги тошларда)	Кучли
Стентга боғлиқ симптомлари бўлган беморлар учун ва голмий лазер билан контактли литотрипсиядан сўнг фрагментларнинг мустақил тушишини яхшилаш учун ЛКТ тавсия этилади.	Кучли
ДЛТ ўтказиш учун кўрсатмалар бўлмаган тақдирда ёки у самарасиз бўлган ҳолларда ва ретроград кириш имкони бўлмаган ҳолларда сийдик найидаги тошларни тери орқали антеград тарзда олиб ташлаш амалга оширилади.	Кучли
Агар тери орқали нефролитотрипсия ёки ДЛТ (хатто 2 см дан катта тошлар учун) бажаришнинг иложи бўлмаса, эгилувчан УРС ўтказилиши тавсия этилади. Аммо, бу ҳолда, қўшимча аралашувлар ва стентни ўрнатиш хавфи юқори. Мураккаб тошлар мавжуд бўлганда очик ёки лапароскопик аралашувлар муқобил вариант бўлиб ҳисобланади.	Кучли

2.9.4. Сийдик тош касаллигида ТОНЛТ жаррохлик амалиёти бажарилганида:

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
УТТ ёки КТ орқали буйракни визуализациялаш режалаштирилган тери орқали кириш йўли бўйлаб жойлашган ёндош аъзолар тўғрисида маълумот беради (масалан, талок, жигар, йўғон ичак, плевра ва ўпка)	1a
Агар жаррохлик вақти ёки тошни тўлиқ йўқотилиши частотаси бўйича афзалликлар ҳисобга олинмаса, қоринда ва чалқанча ётиш ҳолатида ўтказиладиган ТОНЛТ бир хил самарага эга.	1a
Мини ТОНЛТ кам миқдорда қон йўқотиш билан боғлиқ, аммо у кўпроқ вақт талаб этади. Шу билан бирга, тошни тўлиқ йўқотилиши ёки бошқа асоратларнинг частотасида фарқлар мавжуд эмас.	1a
Асоратланмаган ҳолатларда тўлиқ дренажсиз (тубелесс – нефростомасиз, аммо сийдик найи стенти билан), тўлиқ дренажсиз (тоталлй тубелесс – нефростома ва сийдик начи стентсиз) ва симултан ТОНЛТ госпитализация муддатини қисқартириш, асоратлар частотасини камайтириш имконини беради.	1a
Тавсиялар	ТД
Жаррохлик бошланишидан олдин тош ҳақидаги тўлиқ маълумотларни, КЖСнинг анатомик хусусиятларини баҳолаш ва буйрак тошига хавфсиз киришни таъминлаш учун, агар иложи бўлса, контрастли визуализация усулларида ёки ретроград	Кучли

текширувидан фойдаланинг.	
Мураккаб бўлмаган ҳолатларда дренажсиз (тубелесс нефростомасиз) ёки тўлиқ дренажлашсиз (тоталлий тубелесс нефростомасиз ва сийдик найи стентисиз) ТОНЛТ тавсия этилади.	Кучли

**“СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш.

Сийдик тош касаллиги – организмда модда алмашинуви бузулиши оқибатида буйракда тошлари ҳосил бўлиши билан намоён бўладиган касаллик. Ҳосил бўлган тошни олиб ташлаш беморни касалликдан ҳалос этмайди. Организмда минераллар алмашинуви бузулишларида мақсадли терапевтик ва профилактика чоралари кўрилмаса, тошлар ҳосил бўлиши қайталаниши мумкин. Бемор тошни қайта ҳосил бўмаслигига эришиш учун, шифокор томонидан белгилаган профилактика бўйича маслаҳатларга тўлиқ амал қилиши муҳимдир.

1.2. Профилактика ва реабилитация таърифиди;

Реабилитация (лотинчада *rehabilitatio*) – тиклаш деган маънони англатиб, тиббиётда-организмнинг бузилган функциясини ва беморлар ҳамда ногиронларнинг меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган тиббий, педагогик ва ижтимоий чора-тадбирлар мажмуидан иборат бўлади. Тиббий реабилитация касаллик туфайли функциясини йўқотган аъзо фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш ёки касалланган соҳадаги авж олаётган жараённинг иложи борича олдини олишга қаратилади. [1]

Профилактика (يونونчада *πρόφύλακτικός*) – сақловчи, олдини олувчи деган маънони англатиб, одамларнинг узоқ умр кўриши, ишлаш қобилиятини сақлаб қолиши, аҳолининг жисмоний ривожланишини яхшилашга, касалликларнинг юзага келиши ва тарқалишини олдини олиш ҳамда саломатликни ҳимоя қилишга қаратилган иқтисодий, ижтимоий, гигиеник ва тиббий чора-тадбирлар мажмуидан иборат.[1]

1.3. Профилактика турлари;

Тиббий профилактика бирламчи, иккиламчи ва учламчи бўлади.

Бирламчи тиббий профилактика – касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланишига қарши қаратилган ижтимоий, тиббий, гигиеник ва тарбиявий чоралар, организмнинг соғлом ҳолатини сақлаб қолиш, унга патологик таъсир курсатувчи омилларнинг олдини олиш.

Иккиламчи тиббий профилактика – касалликларни эрта аниқлаш, патологик жараённинг ривожланиши, унинг асоратлари ва рецидивларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

Учламчи тиббий профилактика – мавжуд касалликларни даволаш, натижаларни яхшилаш учун беморни реабилитация қилиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш, ноиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш

2. СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

2.1. Сийдик тош касаллигида ўтказилувчи профилактиканинг мақсади.

Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларда, қайта тош ҳосил бўлишини олдини олиш мақсад мувофиқдир. Самарага эришиш учун бемор томонидан шифокор маслаҳатларини тўлиқ бажаллиши талаб этилади.

2.2. Сийдик-тош касаллиги билан касалланган беморлар учун умумий профилактик тавсиялар:

- Ҳаракатчан (сайр қилиш, ерталабки машқлар, энгил жисмоний меҳнат, боғда, томорқада ишлаш) турмуш тарзи;
- Овқатланишда меъёрга риоя қилиш, ортиқча тана вазни йўқотишга ҳаракат қилиш;
- Ичак фаолиятини (сурункали ич қотиш ва сурункали ич кетиш) назорат қилиш;
- Суяқликни танадан йўқотилиши(дегидратация)га олиб келадиган ҳолатлардан (хаммом, сауна, қуёш остида узоқ вақт давомида бўлиш, диуретикларни назоратсиз қабул қилиш ва бошқалар) сақланиш;
- Йилнинг исталган даврида “кунлик сийдик”нинг миқдори камида 2 литрни (кўп суяқлик ичишга қарши кўрсатмалар бўлмаса) ташкил қилиши.
- Шифокор томонидан белгиланган назорат текширувларни ўз муддатида амалга ошириш.

2.3. Сийдик-тош касаллиги билан касалланган беморлар учун махсус (специфик) профилактик тавсиялар:

Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларда, медикаментоз даволаш натижасида тош мустақил тушганда ёки муолажа ва жаррохлик амалиётлари ёрдамида тош(лар) олинганда тошнинг минерал таркиби аниқланиб, унинг турнидан келиб чиқиб, қуйидаги махсус (специфик) профилактик чора-табирлар қўлланилади.

2.3.1. Сийдик (аччик) кислотали тошларда: [3 (4с)]

Умумий тавсиялардан ташқари бемор қуйидаги маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилиш керак:

- ёғсиз гўшт, балиқ, парранда гўштларини бир ҳафтада уч мартадан кўп эмас, қайнатма. Гўшт ва балиқни қайнатгандан сўнг турли таомлар тайёрлаш учун ишлатиш мумкин (димлаш, тоблаб пишириш, котлеталар тайёрлаш);
- сут маҳсулотлари: сут, қатик, творог, қаймоқ, пишлоқ;
- тухум: кунига биттадан кўп эмас ва ҳар қандай пиширилган ҳолатда;
- ёғлар: сариеғ, сигир ёғи, ўсимлик ёғлари;
- меъёрда, ҳар қандай таом кўринишида ёрмалар (крупа);
- нон ва ун маҳсулотлари: буғдой ва жавдар, иккинчи навли ун, буғдой кепагини қўшиш мумкин;
- сабзавотлар: етарли даражада ва ҳар қандай пиширилган ҳолатда;

- вегетерианлар учун шўрвалар (борш, сабзавотли, картошкали шўрвалар, крупалар кўшиш билан, окрошка, лавлаги шўрва, сутли шўрва, мевали шўрва)
- яхна овқатлар: янги сабзавотлар ва мевалардан салатлар, винегрет, сабзавотли, қовоқча ва бақлажон икралари;
- мевалар ва ширин овқатлар: мевалар ҳар қандай пиширилган ҳолатда, қуритилган мевалар, сут киселлари ва кремлари, мармелад, мураббо, қиём, асал.
- қайлалар: сабзавотли, қаймоқли, сутли;
- маза ва хид бериш учун овқатга солинувчи маҳсулотлар: лимон кислотаси, ванилин, долчин;
- ичимликлар: чой, аччиқ бўлмаган сутли кофе, морс, шарбатлар, наъматак, буғдой кепаги ва қуритилган мевалар қайнатмалари.

Қуйидаги маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади:

- ёш ҳайвонлар ва паррандалар гўшти ва улардан қуруқ қайнатма шўрва, жигар, буйрак, тил, мия, колбаса, гўштли дудламалар, тузли, дудланган ва ёғли балиқ, гўштли ва балиқли консервалар ва қайлалар, балиқ икраси;
- тузланган пишлок;
- мол, қўй ва пазандалик ёғи, чўчка ёғи;
- дуккаклилар: ловия, мош, нўхат;
- қават-қават ва оширма хамирдан пиширилган маҳсулотлар;
- кўзиқорин, шувоқ, исмалоқ, ровоч, гулкарром;
- шоколад, анжир, малина;
- муруч, хантал, ерқалампир;
- какао, кофе, аччиқ чой.

Ёдда тутинг! Ушбу маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилиш сийдик кислотасининг сийдик билан чиқарилишини кучайтиради, бу еса буйракда сийдик кислотали тошларнинг ҳосил бўлишига ёки ўсишига олиб келиши мумкин.

2.3.2. Калций оксалатли тошларда: [3 (4с)]

Калций оксалатли тошларда умумий тавсиялардан ташиқари қуйидаги маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилиш керак:

- меъёрда гўшт, парранда гўшти, балиқ гўшти (қунига 100 г ёки кун ора 150-200 г), қайнатилган ҳолатда бўлгани яхши, жумладан қайнатилган колбасалар (сутли, пархез), сосискалар, ҳар қандай пиширилган ҳолатда тухум, қайнатилган гўшт ва балиқдан салатлар;
- сут, қатик, кефир, творог, қаймоқ, сметана;
- ёғлар: сариеғ ва ўсимлик ёғлари;
- ёрмалар (крупa): гречиха ёрмаси, сули ёрмаси, арпа ёрмаси, буғдой ёрмаси, макарон маҳсулотлари ва улардан шўрвалар;
- нон маҳсулотлари: буғдой кепагини кўшиш билан йирик қилиб майдаланган буғдой унидан ёки жавдар унидан маҳсулотлар;
- оксалат кислотасини кам сақловчи сабзавотлар ва мевалар (бодринг, каром, нўхат, бақлажон, шолғом, қовоқ, ясмиқ, ўрик, банан);
- шўрва, қайлалар;

- сабзавотлардан яхна овқатлар, қовоқча ва баклажон икралари;
- компот, кисел, муслар;
- чой, аччиқ бўлмаган сутли кофе, морс, шарбатлар, наъматак, буғдой кепаги ва куритилган мевалар қайнатмалари.

Қуйидаги маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади:

- жигар, буйрак, тил, мия, тузланган балиқ, желатин, дуккаклилар;
- пишлоқлар чекланади, тузланган пишлоқлар рациондан чиқариб ташланади;
- шувоқ, исмалоқ, ровоч, қўзиқорин, ертут, нок, крижовник, ловия, тузланган сабзавотлар, лавлаги чекланади (касаллик зўрайишида), сабзи, пиёз, помилдори қисман чекланади;
- гўштли, қўзиқоринли ва балиқли қуруқ қайнатмалар ва қайлалар;
- тузли яхна овқатлар, дудланган маҳсулотлар, консервалар, икра, муруч, хантал, ерқалампир;
- шоколад, анжир; қорақат, черника, конфет, мураббо, қандолат маҳсулотлари;
- какао, аччиқ чой.

Ёдда тутинг! Таркибида катта миқдорда оксалат ва калций бўлган ушбу маҳсулотлар ва ичимликларни истеъмол қилиш бу компоненталарнинг сийдик билан чиқарилишини кучайтиради, бу эса буйракда калций оксалат тошлари ҳосил бўлишига ёки ўсишига олиб келиши мумкин.

2.3.3. Инфекцион (струвит, карбонатапатит, аммоний урат) тошларда: [3 (4с)]

Инфекцион тошларда умумий тавсиялардан ташқари қуйидаги тавсиялар берилади.

- Сийдик йўллари инфекцияси ривожланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирларга риоя қилиш;*
- Буйраклар, қовуқ ва оёқларнинг совиб қотишига йўл қўйманг;
- Сурункали инфекция ўчоқларини (тишлар, милклар, оториноларингологик касалликлар ва бошқалар) бартараф этиш чораларини кўриш;

*Изоҳ: Сийдик йўллари инфекцияси ривожланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар, сийдик йўллари инфекцияси бўйича клиник байённомада тўлиқ ёритилган.

2.4. Сийдик тош касаллигида номедикаментоз ва медикаментоз профилактика.

2.4.1. Сийдик тош касаллигида номедикаментоз профилактикасида.

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳридан 10 км узоқликда ер қаъридан чиқадиган табиий “Зангиота” суви 5 мм.дан кичик бўлаган тошларни ЛКТ ва рецидив тош ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида фойдаланилади. “Зангиота” суви 1.5 литрли пластик идишларда қадокланган бўлиб, беморга кунлик истеъмол миқдори бир кг вазнга 10 мл.ни ташкил этиб, 3 маҳал овқатланишдан 1 соат олдин 3 ҳафта давомида қабул қилинади 6 ойлик

танафусдан сўнг юқоридаги тавсияга биноан қайта қабул қилиши мумкин. [4.(4с)].

2.4.2. Сийдик тош касаллигида медикаментоз профилактикаси.

Сийдик (аччиқ) кислотали тош Подагра касаллиги билан боғлиқ бўлган беморда, тошдан ҳалос бўлгандан кейин қайта тош ҳосил бўлишини олиш мақсадида, ревматолог кузатувида бўлиши ва шифокор томонидан тавсия этилган дори-воситаларни (*Ревматологлар томонидан ёзилган клиник баённомада ёритилади*) мунтазам қабул қилиши лозим.

3. СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Сийдик тош касаллиги билан хасталанган беморларда, лабаротор ва инструментлар ёрдамида текширувлардан сўнг, медикаментоз даволаш натижасида тошни мустақил тушиши кузатилса, реабилитация чора-тадбирлар лозим бўлмайди. Тошлардан ҳалос этишда ноинвазив ёки кам инвазив юқори технологияли амалиётлари амалга оширилса, реабилитация даври бажарилган жаррохлик амалиётлари турига қараб, асоратлар кузатилмаса 7 кундан 1 ойгача, асоратлар кузатилганда 14 кундан 3 ойгача давом этиши мумкин. Реабилитация даврида беморлар амбулатор кузатувлда бўладилар.

3.1. Сийдик-тош касаллигида реабилитация муддатлари.

3.1.1. Буйрак якка тоши, коралсимон ва/ёки кўплаб буйрак тошлари*.[2]

- ДЛТ амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса, 15 кундан 20 кунгача, асоратланган кечса 1 ойгача;
- ТОНЛЕ ёки ТОНЛТ жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 1 ойгача, асоратланган кечса 3 ойгача;
- Лапароскопик ёки Ретроперитонескопик пиелолитотомия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 1 ойгача, асоратланган кечса 3 ойгача;
- Нефролитотомия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 1,5 ойгача, асоратланган кечса 3,5 ойгача;

3.1.2. Сийдик найи тоши ёки тошлари*.[2]

- ДЛТ амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса, 7 кундан 10 кунгача, асоратланган кечса 1 ойгача;
- ТУ уретеролитоекстракция ёки ТУ уретеролитотрипсия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 10 кунгача, асоратланган кечса 1 ойгача;
- Лапароскопик ёки Ретроперитонескопик уретеролитотомия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 15 кунгача, асоратланган кечса 1 ойгача;

3.1.3. Сийдик пуфаги тоши ёки тошлари*.[2]

- ТУ литоекстракция ёки ТУ литотрипсия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 7 кунгача, асоратланган кечса 14 кунгача;
- Систолитотомия жаррохлик амалиёти бажарилган бўлса, асоратланмаган бўлса 10 кунгача, асоратланган кечса 25 кунгача;

*Беморнинг ёши, тана вазни, ҳамроҳ касалликларни борлиги ва ҳасталикни индивидуал кечиши, реабилитация даврини ўзгаришига олиб келиши мумкин.

3.2. Реабилитация даврида беморга тавсиялар:

Ноинвазив ёки кам инвазив юқори технологияли амалиётларда жаррохлик ўтказилган соҳадаги қон-томирлар тикланиши (жаррохлик амалиётини турига қараб, ДЛТ ўтказган беморлардан ташқари) 7 кундан 30 кунгача вақтни талаб

этиши мумкин. Шу давр ичида бемор қуйидаги тавсилар шифокорлар томонидан берилади:

- Узоқ ва давомий пиёда юрмаслик, автотранспортни бошқармаслик, жисмоний машқлар бажармаслик.
- 3-5 кг дан ортиқ юк кўтармаслик;
- Кундалик ич келишини тартибга солиш, қабзиятга мойил бўлмаслик (овқатланиш рационига туршак, олхўри, сут махсулотларини киритиш лозим). Кун давомида ич келиши кузатилмаса – сурги дори воситаларини қабул қилиш:
- Артериал гипертензия кузатилган (касалланган) беморлар ҳолатни коррекция қилиш учун кардиолог ёки терапевт томонидан тавсия қилинган дори-воситаларини узлуксиз қабул қилишлари;
- Иссиқ муолажалар (ванна, ҳаммом, сауна ва бошқалар) қабул қилмаслик;

ҒОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

“Сийдик-тош касаллиги” нозологиясининг ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протоколи учун

1. Акилов Ф.А., Маматкулов Б.М., Худайбергенов У.А., Нуралиев Т.Ю., Худойбердиев Х.Б., Рахимов М.К. Распространенность урологических заболеваний в регионе Приарала. Экспериментальная и клиническая урология. 2012 г. №2, С 13-17.
2. Smith-Bindman, R., et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. *N Engl J Med*, 2014. 371: 1100.
3. Heidenreich, A., et al. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. *Eur Urol*, 2002. 41: 351.
4. Kim, S.C., et al. Cystine calculi: correlation of CT-visible structure, CT number, and stone morphology with fragmentation by shock wave lithotripsy. *Urol Res*, 2007. 35: 319.
5. Xiang, H., et al. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of low-dose computed tomography of the kidneys, ureters and bladder for urolithiasis. *J Med Imaging Radiat Oncol*, 2017. 61: 582.
6. Somani, B.K., et al. Review on diagnosis and management of urolithiasis in pregnancy: an ESUT practical guide for urologists. *World J Urol*, 2017. 35: 1637.
7. Pathan, S.A., et al. A Systematic Review and Meta-analysis Comparing the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Opioids, and Paracetamol in the Treatment of Acute Renal Colic. *Eur Urol*, 2018. 73: 583.
8. Afshar, K., et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and non-opioids for acute renal colic. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015: CD006027.
9. Hollingsworth, J.M., et al. Alpha blockers for treatment of ureteric stones: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2016. 355: i6112.
10. Seitz, C., et al. Medical therapy to facilitate the passage of stones: what is the evidence? *Eur Urol*, 2009. 56: 455.
11. Yilmaz, E., et al. The comparison and efficacy of 3 different alpha1-adrenergic blockers for distal ureteral stones. *J Urol*, 2005. 173: 2010.
12. Liu, X.J., et al. Role of silodosin as medical expulsive therapy in ureteral calculi: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Urolithiasis*, 2017.
13. Turk, C., et al. Medical Expulsive Therapy for Ureterolithiasis: The EAU Recommendations in 2016. *Eur Urol*, 2016.
14. Chen, K., et al. Efficacy and Safety of Tamsulosin Combined with Extracorporeal Shockwave Lithotripsy for Urolithiasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Endourol*, 2015. 29: 1166.
15. De Nunzio, C., et al. Tamsulosin or Silodosin Adjuvant Treatment Is Ineffective in Improving Shockwave Lithotripsy Outcome: A Short-Term Follow-Up Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Endourol*, 2016. 30: 817.
16. Leijte, J.A., et al. Holmium laser lithotripsy for ureteral calculi: predictive factors for complications and success. *J Endourol*, 2008. 22: 257.
17. Pierre, S., et al. Holmium laser for stone management. *World J Urol*, 2007. 25: 235.

18. Garg, S., et al. Ureteroscopic laser lithotripsy versus ballistic lithotripsy for treatment of ureteric stones: a prospective comparative study. *Urol Int*, 2009. 82: 341.
19. Binbay, M., et al. Evaluation of pneumatic versus holmium: YAG laser lithotripsy for impacted ureteral stones. *Int Urol Nephrol*, 2011. 43: 989.
20. Hesse, A.T., et al. *Urinary Stones, Diagnosis, Treatment and Prevention of Recurrence*. 3rd edition. 2009, Basel.
21. Coe, F.L. Hyperuricosuric calcium oxalate nephrolithiasis. *Adv Exp Med Biol*, 1980. 128: 439.
22. Wall, I., et al. Long-term acidification of urine in patients treated for infected renal stones. *Urol Int*, 1990. 45: 336.
23. Ng, C.S., et al. Contemporary management of cystinuria. *J Endourol*, 1999. 13: 647.
24. Biyani, C.S., et al. Cystinuria—diagnosis and management. *EAU-EBU Update Series* 2006. 4: 175.
25. A.Skolarikos, A. Neisius, A. Petrik и др. Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов по мочекаменной болезни. 2022 год. 114 стр.
26. Z.Sanoyev, P.Turdiev. N.Raximova. *Fitoterapiya* 2023 y.197-223 betlar.

**“Сийдик-тош касаллиги” нозологиясининг тиббий аралашрувлари бўйича
миллий клиник протоколи учун**

1. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. *J Nephrol*. 2000. Vol.13, Suppl.3. P.45-50.
2. Tiselius HG. Epidemiology and medical management of stone disease. *BJU Int*. 2003. Vol.91, N8. P.758-767.
3. Akilov F.A., Mamatkulov B.M., Xudaybergenov U.A., ugli Nuraliev T.YU., Xudoyberdiev X.B., Raximov M.K. Rasprostranennost urologicheskix zabolevanii v regione Priaralya. *Ekperimentalnaya i klinicheskaya urologiya*. 2012 g. №2, S 13-17.
4. Ohmori, K., et al. Effects of shock waves on the mouse fetus. *J Urol*, 1994. 151: 255.
5. Carey, S.W., et al. Extracorporeal shock wave lithotripsy for patients with calcified ipsilateral renal arterial or abdominal aortic aneurysms. *J Urol*, 1992. 148: 18.
6. Tikkinen, K.A.O., et al., EAU Guidelines on urolithiasis in Urological Surgery, in *EAU Guidelines*, Edn. published as the 32nd EAU Annual Meeting, London, EAU Guidelines Office, Editor. 2017, European Association of Urology Guidelines Office: Arnhem, The Netherlands.
7. Smith-Bindman, R., et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. *N Engl J Med*, 2014. 371: 1100.
8. Heidenreich, A., et al. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. *Eur Urol*, 2002. 41: 351.
9. Kim, S.C., et al. Cystine calculi: correlation of CT-visible structure, CT number, and stone morphology with fragmentation by shock wave lithotripsy. *Urol Res*, 2007.35: 319.
10. Zarse, C.A., et al. CT visible internal stone structure, but not Hounsfield unit value, of calcium oxalate monohydrate (COM) calculi predicts lithotripsy fragility in vitro. *Urol Res*, 2007. 35: 201.

11. Song, T., et al. Meta-analysis of postoperatively stenting or not in patients underwent ureteroscopic lithotripsy. Urol Res, 2012. 40: 67.
12. Seklehner, S., et al. A cost analysis of stenting in uncomplicated semirigid ureteroscopic stone removal. Int Urol Nephrol, 2017. 49: 753.
13. A.Skolarikos, A. Neisius, A. Petrik и др. Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов по мочекаменной болезни. 2022 год. 114 стр.

“Сийдик-тош касаллиги” нозологиясининг профилактика ва реабилитацияси бўйича миллий клиник протоколи учун

1. Ўзбекистон миллий энциклопедияси, биринчи жилд 2000йил.
2. ССВ томонидан 30.11.2021 йилда тасдиқланган “Урологик касалликларни диагностикаси ва даволаш бўйича” стандартлар.
3. Д.м.н. профессор. Д.Л. Арустамов, д.м.н. Б.В. Тарасенко “Патогенетическое обоснование дифференцированного лечения больных нефролитиазом и метафилактики рецидивов камнеобразования” Ташкент 1991г. С. 246-247, 256, 271-272.
4. Акилов Ф.А., Худайбергенов У.А., Абдукаримов О.О. “Минеральная вода “Зангиота” в лечение и профилактике мочекаменная болезни”: Методические рекомендации Ташкент 2023г. ст 28-29.