

## **BIRLAMCHI O‘TKIR PIYELONEFRIT KLINIKASI, TASHXISLASH VA DAVOLASH**

**Buronov Shamsiddin Ikromjon o'gli**

*Toshkent Tibbiyot Akademiyasi*

*4-bosqich talabasi 1-Davolash ishi*

*Tel: +998 (20) 010-24-02*

*Toshkent sh. Shayxontoxur tumani*

### **Annotatsiya**

*Ushbu maqolada Piyelonefrit kasalligi klinikasi, tashxislash davolash va profilaktikasi haqida so‘z boradi. Asosan birlamchi piyelonefrit klinikasi bu kasallikning o‘ziga xos xususiyatlari tarqalishi kasallik kelib chiqishiga sabab bo‘luvchi omillar kasallikni diagnostikasida nimalarga muhim e‘tibor qaratish lozimligi, davolashda qanday preparatlardan foydalanish va ularning afzalliklari qo‘llanilishi va u dorilarni qo‘llashga ko‘rsatmalar, qo‘llanilgan dori preparatlari ta‘sir qilmagan holatda qanday davo muolajalari qo‘llash kerakligi haqida ma‘lumotlar keltirilgan. Ilgari buyrak va siydik yo‘llari kasalligi bilan og‘rimagan bo‘lsa, bu shartli ravishda birlamchi piyelonefrit deb ataladi, lekin ko‘p hollarda birlamchi piyelonefritdan avval qisqa muddatli, odatdagi tekshirish usullari bilan aniqlanmaydigan urodinamikani buzilishlari bo‘ladi.*

### **Kalit so‘zlar**

*Piyelonefrit, bakteriya, buyrak, infeksiya, siydik, antibiotik, leykotsituriya, bakteriuriya, xromotsistoskopiya*

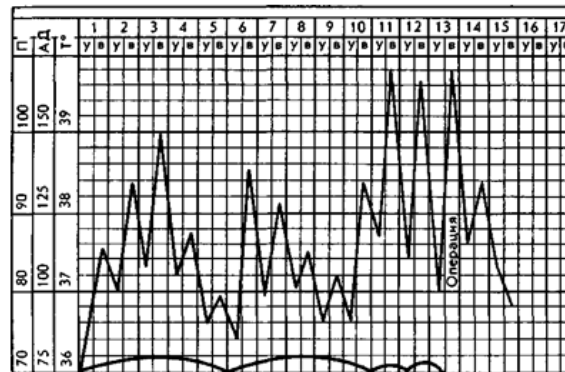
### **PATOLOGIK ANATOMIYASI**

O‘tkir serozli piyelonefritda buyrak kattalashib, tanglashadi, buyrak oldi yog‘ pardasi esa shishgan bo‘ladi. Buyrakning miya qatlami oraliq to‘qimalarida ko‘p yallig‘lanish infiltratlarini asosan qon-tomirlar bo‘ylab joylashgan mikroskop ostida ko‘rinadi. O‘tkir serozli piyelonefritning yallig‘lanish infiltratlaridan yiringlisiga o‘tishida, yiringchalar paydo bo‘lib, ko‘p mayda absesslar faqat miya qatlamida bo‘lmay, buyrakning po‘stloq moddasida ham hosil bo‘ladi – apostematoz piyelonefrit rivojlanadi.

Buyrak po‘stlog‘idan piramidalarning tirsaklarigacha yallig‘lanish infiltratlari kulrang-sargish yo‘lga o‘xshab tarqaladi, ba‘zida esa tirsaklarni nekrozi va ularning zo‘rlik bilan tortib olinganligi kuzatiladi. Mikroskop orqali tekshirganda leykotsitar infiltratsiya, buyrakning oraliq to‘qimalarida hamda buyrak naychalarining ichida topiladi. Buyrakning po‘stlog‘ida mayda yiringchalarning qo‘shilishida yoki katta tomirlarni septik embol bilan to‘silganida buyrak karbunkuli rivojlanib, uning yuzasidan bo‘rtib chiqib, miya qatlamining ichigacha tarqaladi. Yallig‘langan joylarning bitishida ular fibroz to‘qimalarga aylanib, buyrak yuzasida tortilgan chandiqlarning hosil bo‘lishiga olib keladi.

Alomati va klinik ko‘rishi.

Uchta alomat birlamchi o‘tkir piyelonefritga xos bo‘ladi: tanadagi yuqori harorat, buyrak sohasidagi og‘riq, siydikdagi yallig‘lanish jarayoniga xos bo‘lgan o‘zgarishlar (leykotsituriya, bakteriuriya). Odatda kasallik loxaslik, bezgak titrog‘i, tana haroratining 39-400S ko‘tarilishi, yallig‘lanish jarayoni bilan zararlangan buyrak sohasida og‘riqning paydo bo‘lishi bilan boshlanadi (ya‘ni bel sohasida, qovurg‘a tagida). Og‘riqlar jadal bo‘lishi mumkin, lekin doimo simillagan bo‘lib, sanchiq og‘riqlarga xos bo‘lmaydi. Bemorlar bosh og‘rig‘iga, umumiy kuchsizlikka, chanqoqqa, ishtahaning yo‘qlig‘iga, ba‘zida ko‘ngil aynishi, qusish, qorinning dam bo‘lishiga va ichning qotishidan shikoyat qiladilar. Til quruq va oppoq bo‘ladi. Tomir urishi tez-tez bo‘ladi.



O'tkir piyelonefrit                      Apostematoz piyelonefrit

1-jadval. O'tkir piyelonefritda isitma egri chizig'i.

Kechqurunlar tana harorati 39-400Sga ko‘tarilib, ertalab 37-380S ga pasayadi. Pasternatskiy alomati musbat bo‘ladi. Qoidaga binoan siyish buzilmaydi, bundan boshqa hollarda, qachonki o‘tkir piyelonefrit o‘tkir sistitning asorati bo‘lib yoki qovuqning yallig‘lanishiga olib kelsa, siyishning buzilishi mumkin. Ko‘p terni ajralganligi sababli siydikning miqdori kamayadi.

Bolalarda, ayniqsa, yosh bolalarda ko‘pincha o‘tkir piyelonefrit tananing yuqori harorati, qusish, notinchlik, meningeal alomatlari bilan ko‘rinadi. Xuddi shunday klinik ko‘rinish yosh bolalarda ba‘zi boshqa infeksiyon-yallig‘lanish kasalliklarida ham kuzatiladi. Shuning uchun ularda, ayniqsa, o‘tkir piyelonefritni aniqlash ancha murakkab bo‘ladi.

Tashxisi. Birlamchi o‘tkir piyelonefritning boshlanish davrida, qachonki leykotsituriya bo‘lmagan vaqtda, kasallikning klinik ko‘rinishi ko‘pincha xolesistit, appenditsit, gripp, ich termala va boshqa yuqumli kasalliklar deb xato izohlanadi. Shu sababli birlamchi o‘tkir piyelonefritni aniqlash muhim va mas‘uliyatli masala bo‘lib hisoblanadi.

Anamnezda tananing yiringli (furunkul, gaymorit, pulpit, mastit va boshqalar) joylarining borligiga, hamda bo‘lib o‘tgan yuqumli kasalliklarga (gripp, angina, pnevmoniya, xolesistit, enterokolit va boshqalar) e‘tibor beriladi. Birlamchi o‘tkir piyelonefritga xos alomatlar bo‘lgan hollarda (yallig‘lanish jarayonini ko‘rsatadigan tana haroratining ko‘tarilishi, bel sohasida og‘riqlar va siydikning o‘zgarishi) kasallikni aniqlash qiyin bo‘lmaydi. O‘tkir piyelonefritning tashxisida ko‘p ahamiyatga ega bo‘lgan tekshirish tahlil usullaridan birinchi navbatda bakteriuriya va leykotsituriyalar, hamda ularning darajalarini aniqlaydigan siydikdagi faol leykotsit va Shtergeymer-Malbin xujuayralari bo‘lib hisoblanadi.

Siydikni bakteriologik tekshirishda faqat mikroblarning xilini aniqlash maqsad bo‘lmay, uning sonini aniqlashdan iborat bo‘lib, ya‘ni 1ml siydikdagi mikroorganizmlarning soni hisoblanadi. Hozirgi vaqtda shu narsa aniqlandiki, sog‘lom kishilarning siydikdagidan ko‘pincha mikroorganizmlarni aniqlash mumkin, shular qatorida shartli- patogenlilar ham bo‘ladi (ichak tayoqchasi va protey), chunki ayol va erkaklarning siydik chiqarish kanalining distal bo‘limida doimo mikroorganizmlar yashaydi. Agar sog‘lom kishilarning yangi chiqargan 1 ml siydigida qoidaga binoan 20 -103 gacha mikroorganizmlar topilsa, buyrak yoki siydik yo‘llarida infeksiyon yallig‘lanish jarayoni paydo bo‘lganda, bakteriuriya sezilarli darajada - 105 ko‘payib, 1 ml sidikda esa undan ham ko‘proq mikroorganizmlar topiladi.

Shuni ta‘kidlash joizki, avval singib ketgan bakteriologik tekshirishlar uchun siydikni ayollardan albatta qovuqni kateterizatsiya qilib olish kerak degan fikr noto‘g‘ri, chunki kateterni uretra orqali o‘tkazgan vaqtda, qovuqni infeksiyalanishi mumkin. Shu sababli tekshirish uchun tashqi siydik a‘zolari antiseptik suyuqligi (1:5000 furatsilin eritmasi, 2% borat kislota va boshqalar) shimdirilgan paxta soqqacha orqali diqqat bilan tozalanib, siyayotgan vaqtda siydikning o‘rta qismi olinadi. Ajralib chiqqan siydik xona haroratida saqlansa 1 soatdan, agar muzxonada saqlansa (+40C) 4 soatdan kech qoldirmay siydik ekilishi kerak.

O‘tkir gematogen piyelonefrit tashxisida bakteriuriya darajasini aniqlash muhim o‘rinni egallaydi, chunki bu alomat kasallikning birinchi kunlarida leykotsituriyadan ancha avval paydo bo‘ladi, ba‘zi hollarda bu yagona kasallikka xos belgilardan biri bo‘lib hisoblanishi mumkin. Lekotsituriya kasallikning boshlanishidan faqat 3-4 kecha-kunduz va undan ko‘proq o‘tgandan keyin rivojlanishi mumkin. Buni va piyelonefritning keng tarqalganligi sababli shifokor hamma noaniq o‘tkir kasalliklarda, tana harorati yuqori darajaga ko‘tarilganda, o‘tkir piyelonefritning borligi haqida o‘ylab, odatda qilingan siydik tahlili bilan birga bakteriuriya darajasini ham aniqlashi kerak. Bu tekshirish har xil soddalashtirilgan usullarini qo‘llash bilan bajarilib, qattiq oziq-ovqat muhitiga (agar) siydikni ekish, TTX ning (trifenil tetrazoliyxlord) kimyoviy moddalar bilan o‘zaro ta‘sir etishida, tezlikda bo‘yalishiga qarab va undan afzalroq FK-4 va MFA -2 fazovokonstrast usuli bilan mikroskop orqali siydikning cho‘kmasidagi bakteriuriya darajasiga baho berishi mumkin.

Bakteriuriyani bakteriologik va bakterioskopik usullar bilan birga aniqlash muhim ahamiyatga ega. Ba‘zi birlamchi o‘tkir piyelonefritli bemorlar antibakterial dorilarni 12-24 soat olgandan keyin siydigi ekilsa, mikroorganizmlarning o‘shishi bo‘lmaydi, lekin siydikning cho‘kmasida 105 va undan ko‘proq bakteriyalarni aniqlash imkoni bo‘ladi. Leykotsituriya piyelonefritning muhim belgilaridan bo‘lib, u qoidaga binoan ancha ko‘proq bo‘lib, (mikroskopning bir ko‘rinishida 3-40 leykotsitlardan ko‘proq) hamma bemorlarda faol leykotsitlar aniqlanib, Shterngeymer-Malbin hujayralari ularning yarmidan ko‘progini tashkil qiladi. Ko‘pchilik bemorlarda proteinuriya kuzatilib, lekin siydikda oqsilning miqdori 1g/l dan oshmaydi. Ba‘zida biroz silindruriya bo‘lib, u koptok asbobida yallig‘lanishni ko‘rsatadi. Oq qonning ifodasi leykotsitozga o‘xshab, chap tomonga siljishi va SOE ko‘tarilishi bilan o‘zgarishi ko‘rinadi.

Xromotsistoskopiya birlamchi va ikkilamchi o‘tkir piyelonefritning farqlovchi tashxis usuli bo‘lib hisoblanadi. Indigokarminni odatdagidek bo‘lib ajralib chiqishi, buyrakda

birlamchi yallig‘lanish borligini aytishga imkon beradi. Lekin ekskretor urografiya yordamida bu tashxisni ishonch bilan qo‘yish mumkin, chunki bu buyrakning odatdagi yoki zararlangan buyrakning ish faoliyatini biroz pasayganligini va siydikning oqishi uchun to‘siqni ko‘rsatadi. Tekshirishni siydik yo‘llarining umumiy rentgenografiyasi bilan boshlash kerak.

Farqlovchi tashxisi. O‘tkir piyelonefritni ko‘pincha umumiy yuqumli kasalliklar (sepsis, gripp va boshqalar) hamda o‘tkir appenditsit va o‘tkir xolesistitlar bilan farqlay olish kerak. Kasallikning birinchi kunlarida qachonki unga xos klinik belgilari ko‘rinmasa, farqlash tashxisida qiyinchiliklar paydo bo‘ladi. Ko‘pincha o‘tkir piyelonefrit kasalligining birinchi kunlariga xos belgilardan biri, leykotsituriyasi bo‘lmagan bakteriuriya bo‘lib hisoblanadi.

Agar buyrakda yallig‘lanish jarayoni chegaralangan bo‘lib, qilinayotgan antibakterial davolash ta’sirida asta-sekin pasayib borsa, kasallikning klinik belgilari tobora noaniq bo‘lib, umumiy yuqumli kasalliklar bilan farqlash tashxisi ancha kech bo‘lganligi sababli qiyinchilik paydo qiladi. Bu hollarda, biroz bo‘lgan leykotsituriya va siydikda faol leykotsitlarning bo‘lishi, piyelonefritning hisobiga ekanligini unutmash kerak.

Ko‘richakning chuvalchangsimon o‘simtasi chanoqqa joylashgan vaqtida siyish tez-tez bo‘lib, o‘tkir piyelonefritni o‘tkir appenditsitdan farqlab olish zarur bo‘ladi.

Lekin asta-sekin chov va yonbosh sohasiga og‘riqlarning kuchayishi va qorin pardasining ta’sirlanish belgilari, o‘tkir appenditsitning borligining guvohi bo‘ladi. Bundan tashqari, to‘g‘ri ichak orqali paypaslaganda keskin ravishda bo‘lgan og‘riq aniqlanadi. Ko‘richakning chuvalchangsimon o‘simtasi retrotsekal joylashgan bo‘lsa, odatda qorin pardasining ta’sirlanish belgilari yo‘q bo‘ladi, lekin og‘riqlarning xususiyatlari va ularning joylashishi appenditsitga xos bo‘ladi. O‘tkir piyelonefritni o‘tkir appenditsitdan farqi, bunda og‘riq epigastriya sohasida paydo bo‘lib, ko‘ngil aynish va qusish bilan kuzatilib, undan so‘ng og‘riq o‘ng yonbosh sohasiga o‘tadi. O‘tkir appenditsitda tananing harorati asta-sekin ko‘tarilib, yuqori raqamlarda turgun bo‘lib turadi, o‘tkir piyelonefritda birdaniga 38,5-39,0 C gacha ko‘tarilib, qaltiroq va ko‘p ter chiqish bilan kuzatilib, ertalab birdaniga tushib odatdagi raqamlargacha pasayishi mumkin.

O‘tkir piyelonefritni va o‘tkir xolesistitdan farqlash tashxisida shuni hisobga olish kerakki, xolesistitda og‘riqlar o‘ng qovurg‘a tagida bo‘lib, kurak va yelkaga tarqalishi va qorin pardasining qitqlangan belgilari bo‘lishi unga xos bo‘ladi.

O‘tkir piyelonefrit, o‘tkir appenditsit va o‘tkir xolesistitlarning farqlash tashxisida, siydikning taekshirilgan ma’lumotlari muhim ahamiyatga ega leykotsituriya, ancha bo‘lgan bakteriuriya va siydikda faol leykotsitlar sonining ko‘p bo‘lishi – o‘tkir piyelonefritning belgisidir.

Davosi. Birlamchi o‘tkir piyelonefritning davosi ko‘p hollarda konservativdir.

Bemorning kun tartibi ko‘rpa-yostiq qilib yotishdan iborat bo‘lishi kerak. Ko‘p suyuqliklarni iste’mol qilish (sharbatlar, shirali ichimliklar), bir kecha-kunduzi 2-2,5 litrgacha, uglevodga boy bo‘lgan ovqatlarni (pudinglar, yengil xamir ovqatlar, xo‘l va pishirilgan mevalar va boshqalar) va sutli, nordon oqsillar (suzma, qatikq va boshqalar) tavsiya qilinadi. O‘tkir piyelonefritda ko‘p oqsillarning parchalanishi sababli bemorlarga parenteral orqali oqsil suyuqliklarini yuborish kerak.

Bemorlarning ahvoli yaxshilangandan keyin, yengil xazm bo‘ladigan oqsillar (tuxum va sut bilan qilgan quymoq, buzoq go‘shiti) hisobiga parhez kengaytiriladi. Agar bemorda ikki tomonlama og‘ir buyrak zararlanishi, yuqori arteriya bosimi bilan bo‘lmasa, osh tuzi chegarlanmaydi.

Davolanishning asosiy maqsadi kasallikning tarqatuvchisiga antibiogramma ma'lumotlariga asoslanib, antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar bilan ta'sir qilishdan iborat.

O‘tkir piyelonefritning davosi, buyrak yallig‘lanish jarayonini tez yo‘qotadai, uning yiring-nekrotik bosqichiga o‘tishga yo‘l qo‘ymaydigan, siydikning mikroflorasiga sezgir bo‘lgan, eng foydali antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarni berishdan boshlash kerak. Siydik florasini antibakterial moddalarga sezgirligini aniqlash uchun nusxa gardish yordami orqali 2 kecha-kunduz kerak bo‘lib, TTX-testga asoslanib, tezlashtirilgan usulida natijasini 6-9 soatdan keyin olish mumkin. Bu usulni har qanday poliklinikada qo‘llash mumkin, chunki buni ishlatishda bakteriologik tahlilxona talab qilinmaydi.

Usulning mohiyati shundan iboratki, bir nechta toza bir tomoni berk shishi naychalarga bemorning 2 ml siydigi va 0,5 ml TTX eritmasi quyiladi. Undan keyin hamma bir tomoni berka shisha naychalarga (nazoratdan tashqari) qandaydir antibakterial moddalar ma'lum miqdorda quyilib, ular 6-9 soat harorati 37,0 S bo‘lgan termostatga qo‘yiladi. Bundan keyin tekshirishlar natijasiga baho beriladi. Mikroorganizmning o‘sib va ko‘payish jarayonida degidrogenozalar hosil bo‘lib, ular rangsiz TTX eritmasini qizil rangli bo‘lgan trifenilformazinga o‘tkazadilar. Siydikning florasini TTX ta'siri to‘la bossa, sezgirligi shu moddada bor deb hisoblanadi, nazoratda turgan bir tomoni berk shisha naychadagiga qaraganda, uning ta'sir tezligi pasaygan bo‘lsa – kuchsiz sezgirli, ta'sir tezligi nazoratda turgan bir tomoni berk shisha naycha tezligi bilan xuddi o‘xshash bo‘lsa, sezgirli emas deb aytiladi.

Agar kasallikning qo‘zg‘atuvchisini zamonaviy antibakterial moddalarga sezgirligini tezlik bilan aniqlash mumkin bo‘lmasa, mikroorganizmlarning xiliga qarab sezgirligiga taxminan hukm chiqarishga to‘g‘ri keladi. (2-jadval), chunki piyelonefritning asosiy qo‘zg‘atuvchilarini zamonaviy antibakterial moddalarga taxminan sezgirliki ma'lumotlari mavjud. Agar o‘tkir piyelonefritli bemorning siydigidan kasallik qo‘zg‘atuvchisini ajratib chiqarishning iloji bo‘lmasa, kasalxonaga yotgunga qadar qilingan antibakterial davolash foydali bo‘lsa, uni davom ettirish kerak.

2-jadval.

Piyelonefritning asosiy qo‘zg‘atuvchilarining antibakterial moddalarga sezgirligi

Mikrobning turi	Antibakterial moddalarga sezgirlik %													
	penitsillin	streptomitsin	levomitsetin	tetratsiklin	eritromitsin	monomitsin	neomitsin	Tetraolean	ampitsillin	karbenitsillin	Negram (neviqramon)	Gramulitsin (gramulitsin na sulfat)	furagin	S-NOK
Ichak tayoqchasi	5	12	52	23	8	56	54	43	65	72	54	78	48	74
Protey tayoqchasi	0	11	37	14	5	33	29	31	67	13	43	61	31	44
Ko‘k yiring tayoqchasi	0	2	13	2	1	12	10	15	8	58	23	33	24	27
Stafilokokk	22	12	10	18	45	35	38	59	62	73	27	61	32	44

Biseptol va poteseptilning tadbir qilinishi va klinik amaliyotda qo‘llanishi sababli piyelonefritni davolashda sulfanilamid moddalarning ahamiyati ko‘rinarli darajada oshdi. Ular bir kecha kunduzi 1 grammadan 2 marta 7-10 kun davomida qo‘llaniladigan bo‘ladi. Ular ko‘k yiring tayoqchasidan tashqari ko‘pchilik o‘ziga xos bo‘lmagan buyrak yallig‘lanish kasalliklariga nisbatan keng ta’sir qilish qobiliyatiga ega. Biroz foydasi bo‘lgan sulfanilamid moddalarni (sulfadimetoksin, etazol, urosulfan va boshqalar) bir kecha-kunduzi 0,5 grammdan 4-5 marta beriladi. Sulanilamid moddalari suyuqlikni ko‘p iste‘mol qilish bilan (bir kecha-kunduzi 2 litrgacha) qabul qilinadi.

Urologiyada keyingi 20 yil mobaynida nitrofuran qatoridagi moddalar (furagin, furadonin, solufar va boshqalar) muvaffaqiyat bilan ishlatilmoqda. Ular grammanfiy flora grammanfiy flora sulmanilamid moddalarga o‘xshab ta’sir qilib, enterokokk va stafilokokkga muhim ta’sirini o‘tkazadi. Nitrofuran moddalarning yaxshi tomonidan biri shundan iboratki, ularning siydik infeksiyasiga asta-sekin rezistentligi rivojlanadi. Furaginning kaliy tuzi- solafur suvda yaxshi erib, moddani venaga yuborish uchun imkon beradi. Nitrofuran moddalarini keng va uzoq yillar davomida qo‘llanilishiga qaramay, siydik florasining sezgirligi o‘ziga xos bo‘lmagan buyrak va siydik yo‘llari yallig‘lanishlari bo‘lgan bemorlarda ularga nisbatan deyarli pasaymaydi. Kishi tanasidan nitrofuran moddalarining asosiy chiqish yo‘li – siydik bilan bo‘lib, shu sababli surunkali buyrak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlar tanasida uning to‘xtab qolishi tufayli zaharlanishi kuzatiladi.

Nevigramon (sinonimlari: negram, nalidiksin kislota) ko‘pchilik grammanfiy mikroblarga, bular qo‘torida vulgar proteyga ham ta’sir kuchi bo‘ladi. Ko‘k yiring tayoqchasi bu moddaga chidamli bo‘ladi. Nalidiksin kislota nordon va ishqoriy muhitda ham infeksiyaga bakteriotsid ta’sir ko‘rsatadi. Bu moddaning nisbiy zaharligining borligi sababli 2 haftadan ko‘proq berish mumkin emas. Agar bu moddani berish zarurati bo‘lib qolsa, unda moddaning me‘yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Gramo‘rin (oksolin kislota) – Hozirgi zamonda eng ko‘p foydali kimyoviy antibakterial moddalardan biri bo‘lib hisoblanadi. Uni 0,25 grammdan bir kecha-kunduz 4 marta 12-15 kun davomida beriladi. Bu moddaning qadr-qimmati shundan iboratki, unga hospital shtamp mikroorganizmlar ko‘pincha sezgirli bo‘lib, ular odatda ko‘pchilik qo‘llanilayotgan antibiotik va antibakterial kimyoviy moddalarga mustahkam bo‘ladi.

Vatanimizda ishlab chiqarilgan nitroksolin moddani, kimyoviy tuzilish va o‘zining yaxshi ta'sir kuchini ko‘rsatgan Yugoslaviya 5-NOK moddasiga o‘xshaydi. Buyrak va siydik yo‘llarining o‘ziga xos bo‘lmagan yallig‘lanishi kasalliklarining asosiy qo‘zg‘atuvchilariga nisbatan nitroksolin keng spektrli ta'sir etish qobiliyatiga ega. Agar boshqa moddalarni (nevigramon, sulfanilamidlar) siydikda yetarli darajada kontsentratsiyasi yig‘ilmay, kerakli terapevtik ta'siri bo‘lmasa, ko‘p miqdorda siydik bilan ajralib chiqsa, surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan hastalangan bemorlarni davolash uchun qo‘llash mumkin.

Piyelonefritning qo‘zg‘atuvchilariga nisbatan eng ko‘p foydali antibiotiklardan karbenitsillin (bir kecha-kunduz 1 g dan ; marta), ampitsillin (birkecha-kunduzi 0,5 g dan 6 marta), gentamitsin sulfat (bir kecha kunduz 40 g dan 4 marta yoki kecha-kunduzi 80 mg dan 3 marta mushak ichiga yuboriladi), seporin, keflin (bir kecha-kunduzi 0,25 g dan 4 marta mushak ichiga yuboriladi), levomitsetin ( bir kecha-kunduzi 0,5 dan 4 marta ichiriladi), disulfat kanamitsinlar ( bir kecha-kunduzi 0,5g dan 2 marta mushak ichiga yuboriladi) bo‘lib hisoblanadi. Piyelonefritni davolanayotgan vaqtda qo‘llanilayotgan antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga infeksiyani mustahkam bo‘lib qolmasligi uchun ularni har 5-7 kunda almashtirib turish kerak.

Karbenitsillin ko‘k yiring va vulg‘ar proteyiga ta'sir etish uchun tanlangan moddadir, chunki, shifokorning ixtiyorida bu xil mikroorganizmlarga ta'sir etish qobiliyatiga ega bo‘lgan moddalar oz bo‘ladi. Buyrakda infeksiyon-yiring jarayoni og‘ir bo‘lib, septitsemiya bilan kuzatilsa, bu moddaning zahari ozroq bo‘lganligi tufayli uning me‘yorini 30 g gacha ko‘paytirish mumkin. Modda vena ichiga yuboriladi. Karbenitsillinni penitsillinga allergiyasi bo‘lgan bemorlarga berish mumkin emas, chunki bu hollarda xuddi shunday allergiya bo‘lishi mumkin.

Ampitsillin grammanfiy va grammusbat mikroorganizmlarga qarshi faol bo‘lib hisoblanadi. Penitsillinazani hosil qilayotgan stafilokokklar, ampitsillinni inaktivatsiya qiladi, shuning uchun ularga ta'sir eta olmaydi. Siydikning har qanday ta'siriga bu modda faol bo‘ladi.

Yarim sintetik sefalosporinlar protey, ichak tayoqchasi-gemolitik streptokokk, plazma koagulyatsiya qiladigan stafilokokk hamda penitsillinazani hosil qiladigan stafilokokk infeksiyalariga foyda beradi. Buyrakning odatdagi ish faoliyatida moddalarning me‘yori bir kecha-kunduzda 160-240 mg ga teng bo‘ladi. Gentamitsin sulfat buyrakdan filtratsiya yo‘li bilan chiqadi, shuning uchun ish faoliyati past bo‘lgan bemorlarga u ehtiyotkorlik bilan tayinlanadi. Koptokchalar filtratsiyasi 60 ml daqiqadan past bo‘lsa, moddaning me‘yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Kanamitsin disulfat gentamitsinga o‘xshab bakteriotsid xususiyatga ega bo‘lib, bitta guruhdagi antibiotiklarga – aminoglikozidlarga kiradi. Bu moddalar siydikning ishqoriy ta'sirida ancha faoldir. Moddaning muhim bahosi shundan iboratki, u vulgar proteyga ancha foydali, chunki u odatda juda ko‘p antibiotiklarda mustahkam bo‘ladi. Bu modda gentamitsin sulfatga o‘xshab, asosan koptokchalar filtratsiyasi orqali siydik bilan ajralib chiqadi. Shuning uchun uni buyrak ish faoliyati past bo‘lgan bemorlarda ehtiyotkorli bilan

qo‘llash kerak, undan tashqari, u VIII juft miya nervlariga nisbatan zaharli xususiyatga ega bo‘lib, kar bo‘lishga olib keladi.

Tetraolean (sinonimi : sigmamitsin) keng spektrli ta’sir etish qobiliyatiga ega bo‘lib, birinchi qo‘llashda u juda foydali antibakterial modda bo‘lib hisoblanadi. Hozirgi vaqtda grammusbat va grammanfiy bakteriyalarning ko‘p xillari o‘zining sezgirligini bu antibiotiklarga nisbatano‘qotdi, shuning uchun ularni antibiogrammalarning ma’lumotisiz tayinlash va venaga ham yuborish mumkin emas.

Kasallikning retsidiv bo‘lish ehtimolini va uning surnkali shakliga o‘tib ketmasligi uchun antibakterial davolashni uzluksiz 6 haftagacha davom ettirish mumkin. Bu shu narsa bilan bog‘liqqi, buyrakka infeksiyani kirish vaqtdan boshlab o‘tkir piyelonefritning davri yaxshi kechsa, yallig‘lanish jarayonini to‘la yo‘q bo‘lib ketishi uchun o‘rtacha 5 hafta o‘tadi.

Keyingi yillarda antibakterial moddalarning immunologik ahvolini kuchlantiradigan dorilar muvaffaqiyat bilan qo‘shib berilmoqda. Bulardan eng foydalirogi tekarris (levamizol) bo‘lib, uni 150 mg dan haftada bir marta 6-8 hafta davomida beriladi, prodigiozan – 50 mg dan hafatasiga mushak ichiga 6-8 hafta davomida beriladi. Tanada immunologik ahvolni kuchaytiradigan qobiliyatga ega bo‘lgan vitaminlar, aloe ekstrakti va boshqa moddalar hisoblanadi.

Birlamchi o‘tkir piyelonefrit davosi erta boshlangan ko‘pchilik bemorlarda uning davri yaxshi bo‘lib o‘tadi. 3-5 kecha-kunduzdan keyin tana harorati odatdagi raqamgacha pasayadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanib, bel sohasidgi og‘riqlar ozayib, keyinchalik yo‘q bo‘lib ketadi. Birinchi haftada bakteriuriya, keyinchalik leykotsituriya, 7-10 kundan keyin yo‘q bo‘lib ketadi. Yaqin 3-4 haftada SOE odatdagi raqamlargacha pasayadi. Umumiy bo‘shashishlik ancha vaqt davom etib, kasallikning boshlanishidan 3-4 hafta keyin ko‘pchilik bemorlarda klinik sog‘ayish boshlanadi.

Lekin ba’zi sharoiti yaxshi bo‘lmagan bemorlarda (ayrim virulentli infeksiya, tana immunologik kuchining ancha pasayishi birlamchi o‘tkir piyelonefrit juda shiddat bilan o‘tib, 2-3 kecha-kunduzdan keyin apostematoz piyelonefrit yoki buyrakda ko‘p kabbunkullar rivojlanganligi sababli operatsiya qilish zarurati bo‘lib, buyrakning dekapsulyatsiyasi bajarilib, yiringli joylar yoriladi, buyrak total ravishda zararlansa, nefrektomiya qilinadi.

O‘tkir birlamchi piyelonefritning davri yaxshi o‘tsa, bemorlar kasalxonada davolanish uchun o‘rtacha 10-12 kun bo‘lib, undan keyin ambulatoriya sharoitida uzluksiz antibakterial moddalarni qabul qilib, 6 hafta davomida muntazam ravishda urolog nazoratida bo‘ladi. Klinik sog‘aygandan keyin antibakterial davolanishdan 2-3 hafta tannafus qilish kerak. Undn so‘ng bemorning qon va siydigini sinchiklab tekshirib, nazorat qilish kerak. Siydik tekshirishiga quyidagilar kiradi: umumiy tahlil, usullarning biri bilan leykotsit, eritrotsit va silindlarning sonini hisoblash, hamma bakteriuriyaning darajasini va siydik mikroflorasining xususiyatlari aniqlanadi.

Agar bemorda kasallikning remissiyasi bo‘lsa, retsidivga qarshi unga 6 oy mobaynida, har oyda 7-10 kun davomida antibakterial davolash olib boriladi. Davolash uchun avval piyelonefrit qo‘zg‘atuvchisining sezgirligi aniqlanib, shu tegishli moddalarni ishlatish maqsadga muvofiqdir. Keyinchalik kasallikning avj olish belgilari bo‘lmasa, 2 yil mobaynida, har 3 oyda



bir marta nazorat tekshirishi o‘tkaziladi. Birlamchi o‘tkir piyelonefrit bo‘lib o‘tgan bemorlarni retsidivga qarshi davolash va ularda uzoq vaqt dispanser nazoratini kuzatish zarurati shundan iboratki, bu bemorlarni uzoq vaqtdan keyin (piyelonefrit hujumining 2-2,5 yilidan keyin) tekshirganda, ularning 20-28 % da kasallikning surunkali shakli aniqlanadi.

Natijasi. Agar o‘tkazilgan antibakterial davolash kasallikning turg‘un remissiyasiga olib kelsa, o‘tkir birlamchi piyelonefritning natijasi yaxshi bo‘ladi. Agar o‘tkir piyelonefrit kasallikning surunkali shakliga o‘tsa, asoratlarning (surunkali buyrak yetishmovchiligi, nefrogen gipertenziya, siydik tosh kasalligi) rivojlanishi tufayli natijasi ravshan bo‘lmaydi.

Xulosa: Asoratlanmagan o‘tkir pielonefritlar shifoxona sharoitida urologiya bo‘limida konservativ davolanadi. Antibakterial terapiya olib boriladi. Preparatlar siydikdagi bakteriyalarning sezgirligini hisobga olgan holda tanlanadi. Yallig‘lanish jarayonlarini tezda bartaraf etish va pielonefritni yiringli-destruktiv shaklga o‘tishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun davolash eng samarali dori bilan boshlanadi. Dezintoksikasiya terapiyasi, immunitetni mustahkamlash amalga oshiriladi. Isitma kuzatilganda past oqsilli tarkibiga ega bo‘lgan parhez buyuriladi, harorat me‘yorga kelgach bemor o‘zida ko‘p suyuqlik saqlagan to‘laqonli oziq-ovqat ratsioniga qaytadi. Ikkinchi darajali o‘tkir pielonefritni davolashning birinchi bosqichida normal siydik chiqarishga to‘sqinlik qiluvchi to‘siqlar bartaraf etilishi kerak. Siydik chiqarish buzilgan hollarda antibakterial dori-darmonlarni tayinlash istalgan samarani bermaydi va jiddiy asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Surunkali pielonefritni davolash o‘tkir shakldagi kasallikni davolash bilan bir xil tamoyillarga asoslanib amalga oshiriladi, lekin u ko‘proq vaqt va mehnat talab qiladi. Surunkali pielonefritni davolash quyidagi terapevtik usullarini o‘z ichiga oladi: Siydik chiqarishga to‘sqinlik qiluvchi yoki buyrak qon aylanishining buzilishiga olib kelgan sabablarni bartaraf etish; Antibakterial terapiya (davolash mikroorganizmlarning sezgirligini hisobga olgan holda belgilanadi); Umumiy immunitetni normallashtirish. To‘siqlar mavjud bo‘lganda siydikning normal o‘tishini tiklash kerak nefropeksiya, buyraklar va siydik yo‘llari toshlarini olib tashlash, prostata bezi adenomasini olib tashlash va boshqalar). Ko‘p hollarda siydik yo‘lini to‘sayotgan to‘siqlarni bartaraf etish uzoq muddatli va ishonchli remissiyaga erishishga imkon beradi. Surunkali pielonefritni davolashda antibakterial preparatlar antibiotikogrammani hisobga olgan holda belgilanadi. Mikroorganizmlarning sezgirligi aniqlanguncha keng miqyosli ta‘sir doirasiga ega antibakterial preparatlar qo‘llaniladi. Surunkali pielonefritli bemorlar kamida bir yil davom etadigan uzoq muddatli tizimli davolanishni talab qiladi. Davolash uzluksiz 6-8 hafta davom etadigan antibiotiklar bilan boshlanadi. Bu usul buyrakda yiringli jarayonlarni asoratlarsiz bartaraf qilish va chandiq to‘qimalar hosil bo‘lishini oldini olish imkonini beradi. Buyrak funksiyasi buzilgan bo‘lsa, nefrotoksik antibakterial dorilarning farmakokinetikasini doimiy nazorat qilish talab qilinadi. Agar kerak bo‘lsa immunitetni mustahkamlash uchun immunostimulyator va immunomodulatorlardan foydalaniladi. Remissiyaga erishilgach, bemorga uzilishlar bilan antibakterial terapiya kurslari beriladi. Remissiya davrida surunkali pielonefritli bemorlarga sanatoriyalarda davolanish tavsiya etiladi. Terapiyaning majburiy davomiyligini esdan chiqarmaslik kerak. Shifoxonada boshlangan antibakterial davo ambulatoriya sharoitida davom ettirilishi kerak. Qo‘shimcha davolash usuli sifatida fitoterapiya qo‘llaniladi.

### FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)
2. [www.liblary.uz](http://www.liblary.uz)
3. Odam va uning salomatligi darsligi B. AMINOV, T. TILAVOV, O. MAVLONOV  
Toshkent-2014.
4. Ahmedov SH.M., Eshonqulov A.E. , Bekmuhamedov A.A. Odam anatomiyasi va fiziologiyasi.
5. Urologiya bo'yicha o'quv qo'llanma Shodmonov A.K, Akilov F. A, Tilaboyev R. S.