

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК КАЙРА ДАЯРДОО ЖАНА
КВАЛИФИКАЦИЯЛАРДЫ ЖОГОРУЛАТУУ МЕДИЦИНАЛЫК
ИНСТИТУТУ**

УДК 616.682-002-001.5-08

ДҮЙШЕНАЛИЕВ АЗАМАТ АКЫЛБЕКОВИЧ

**КЛИНИКАЛЫК-ПАТОГЕНЕТИКАЛЫК БААЛОО ЖАНА
ТРАВМАДАН КИЙИНКИ ОРХОЭПИДИДИМИТТИ ДАРЫЛОО**

14.01.23 – урология

**Медицина илимдеринин кандидаттык окумуштуулук даражасын
изилдөө боюнча диссертация**

**Илимий жетекчи:
медицина илимдеринин доктору,
профессор
Ж.С. Мамбетов**

БИШКЕК-2018-ж.

ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

А/Б – Артериалдык басым

АСАТ – Антиспермалык антителилар

КР ЖАК – Кыргыз Республикасынын жогорку аттестациялык комиссиясы

ЖЖЖИ – Жыныстык жолдор аркылуу жуктурулуучу инфекциялар

ИФА–Иммуноферменттик анализ

КММА – Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

КМКДжКЖМИ – Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияларды жогорулатуу медициналык институту

КР – Кыргыз Республикасы

КТ-Компьютердик томография

Л – Лимфоциттер

ЛИИ – Лейкоцитардык интоксикация индекси

ТЖЛП – Төмөнкү жыштыктагы липопротеиддер;

М – Моноциттер

КР ССМ – Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги

МРТ – Магниттик резонанстык томография

УИА- Улуттук илимдер академиясы

Т – Таякчядролуу лейкоциттер

ЛПК- Липиддердин перекистик кычкылдануусу

БХЖ – Баштапкы хирургиялык жууп-тазалоолор

РИУБ – Республикалык илимий урология борбору

С – Сегментоядролук лейкоциттер

КМШ – көз карандысыз мамлекеттердин шериктештиги

ЭЧЫ – Эритроциттердин чөгүү ылдамдыгы

АХЖ – Адистештирилген хирургиялык жардам

КРВИ – Курч мүнөздөгү вирустук инфекция

КОЭ- Курч мүнөздөгү орхоэпидидимит

УДИ – Ультрадобуштуу изилдөөлөр

УДДГ – Ультрадобуштуу доплерография

ДЖ – Дем алуу жыштыгы

ЖЖЖ - жүрөк жыйрылууларынын жыштыгы

ТК-Түстүү көрсөткүч

Э – Эозинофилдер

МАЗМУНУ

Шарттуу кыскартуулардын тизмеси.....	2
КИРИШҮҮ.....	3
1-ГЛАВА. Клиникалык анализ, куулук органдарынын травмаларын аныктоо жана дарылоо(адабияттарга сереп).....	8
1.1. Патогенез мүнөздөмөсү жана куулук органдарынын жабыркоосун дарылоо.....	8
1.2. Куулук органдары жабыркаган учурлардагы диагностика, өтүшүп кетүүлөр жана дарылоочу тактика.....	16
2-ГЛАВА. Материал жана изилдөө методдору	25
2.1. Текшерүүдөн өтүшкөн бейтаптардын жалпы мүнөздөмөсү.....	25
2.2. Изилдөө методдорунун кыскача мүнөздөмөсү.....	30
3-ГЛАВА. Куулук органдарынын травмаларын изилдөө иштеринин клиникалык, лаборатордук, ультрадобуштук жана морфологиялык жыйынтыктары.....	37
3.1. Клиникалык-лаборатордук жана ультра добуштуу изилдөөлөр.....	37
3.2. Куулук органдарынын эксперименталдык мүнөздөгү жабык жабыркоосундагы гистоморфологиялык картина.....	42
4-ГЛАВА. Куулук органдарынын травмасы менен жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжасы	51
4.1. Куулук органдарынын травмаларын дарылоонун консервативдүү методдору.....	51
4.2. Гонадопротекциялык терапиянын патологиялык негиздүүлүгү.....	68
4.3. Куулук органдарынын травмаларын дарылоонун	
Куулук органдарынын травмасын дарылоонун жакынкы жана алыскы мезгил аралыгындагы жыйынтыктары.....	75
Корутундулар.....	85
Практикалык сунуштар.....	86
Пайдаланылган адабияттардын тизмеси.....	87

КИРИШҮҮ

Теманын актуалдуулугу. Акыркы жылдары куулук органдарынын травмалык жабыркоолорунун прогрессивдүү түрдөгү өсүүсү байкалат жана мунун өзү бүтүндөй республиканын масштабындагы криминалдык абалдын начарлоосу, транспорттук кырсыктардын санын өсүүсү, ошондой эле турмуш-тиричиликтик жана спорттук мүнөздө алынган травмалардын кесепети менен байланыштуу [Тарасов Н.И и соавт. 1983; Астраханцев А. Ф и соавт. 2001; Полховский В.Н и соавт. 2005; Davis B. Etal 1990 ж.б.)

Куулук органдарынын травмалык жабыркоосу өзүнүн клиникалык өзгөчөлүктөрүнө байланыштуу жана мунун өзү кайсы бир күчтүн негизинде алынган травмага жана сокку урулган жерге, травма алган мезгилден кийинки убакытка, обочолугуна же аралаш мүнөзүнө байланыштуу.

Көпчүлүк авторлор белгилеп кеткендей куулук органдарынын травмалык жабыркоосуна мүнөздүү клиникалык картинасы адатта жалпы жана бөлүктүк интоксикация симптомдор, дене табынын жогорулоосу жана перифериялык кандагы лейко-формуланын солго жылышы менен өзгөчө мүнөздөгү лейкоцитардык реакция; артериалдык спазмалык кан тамырлар менен веналык жана лимфостаза фонундагы коштонду менен бирге урук бездеринин гемодинамиканын бузуулусу менен коштолот; [Чиненный В.Л. 1999; Степанов В.Н. и соавт. 2001; Соловьев А.А. и соавт. 2003 ж.б.].

Көпчүлүк учурларда куулук тамырларынын же эн танабынын элементтеринин жабыркоосун, ошондой эле жабыркаган урук безинин айрылуусу жана эзилип кетүүсүн байкоого болот. Мындай учурларда кечиктирилгис медициналык жардам көрсөтүү зарыл.

Жалпы жана бөлүктүк мүнөздөгү бардык терс факторлор жабыркаган тараптагы урук безинин герминогендик функциясына тескери таасир этет жана мындай учурларда анамнез боюнча тукумсуздук менен жабыркашкан көпчүлүк бейтаптар куулук органдарынын кайсы бир травмадан кийинки жабыркоолорду баштан өткөргөндүктөрүн белгилей кетүү абзел.

Биз тараптан жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн логикалык өңүтүн баса белгилей кеткибиз келет: азыркы учурда куулук органдарынын жабык мүнөздөгү травмалык жабыркоолорунун көп санда катталып жаткандыгын жана ал жабыркаган тараптагы урук безинин гипо-же артрофиясынын өнүгүүсүнө шарт түзүү менен фертилдүүлүктүн бузулуусу алып келүүдө. Албетте, мунун өзү бейтаптын репродуктивдүү абалына дагы тескери таасирин тийгизет.

Жогоруда көрсөтүлүп кеткен кырдаалдардын бардыгы жабыркаган урук безинин абалына, ошондой эле ооруну изилдөөнүн жана дарылоонун оптималдуу ыкмасын иштеп чыгуунун объекти болуп саналган структуралык-функционалдык бузулууларын мөөнөтүнө жана аны калыбына келтирүүнүн даражасына клиникалык-патогендик баалоо иштерин изилдеп чыгууну талап кылат.

Диссертация темасынын илимий программалар жана илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Тема демилгелүү.

Иштин максаты: Протекциялык терапияны пайдалануунун натыйжалуулугуна клиникалык жана патоморфологиялык баа берүүнүн негизинде травмадан кийинки орхоэпидидимитти дарылоо жыйынтыгын жакшыртуу.

Изилдөө маселелери:

1. Травма кырдаалына анализ өткөрүү жана куулук органдары жабыркаган бейтаптардагы патоморфологиялык жана клиникалык-лабораториялык изилдөөлөрдүн мүнөзүн тактоо.

2. Урук бездеринин эксперименталдык жабыркоосунда L-карнитин жана Протосерил дары каражаттарын пайдалануунун натыйжалуулугуна карата болгон патоморфологиялык жана клиникалык баалоолорду негиздөө.

3. Куулук органдары жабыркаган бейтаптарды дарылоонун жыйынтыгына жакынкы жана алыскы мезгилдерде баа берүү.

Илимий жаңычылдык:

- эксперименталдык изилдөөлөрдүн негизинде алгачкы жолу Протосерил жана L-карнитин дары каражаттарынын гонадопротекциялык натыйжалуулугуна карата патоморфологиялык баалоо изилденип чыккан жана негизделген.
- биринчи жолу протекциялык терапия фонунда бейтаптардын жакынкы жана алыскы мезгилдер аралыгындагы куулук органдарынын жабыркоосунун клиникалык-лабораториялык динамикасы изилденип чыккан.

Алынган жыйынтыктардын практикалык жактан маанилүүлүгү:

1. Жабыркаган урук безин структуралык-функционалдык калыбына келтирүүдө L-карнитин менен Протосерил дары каражаттарынын гонадопротекциялык натыйжалуулугу эксперименталдык изилдөөлөрдүн негизинде далилденген.
2. Травмадан кийинки орхоэпидидимит менен жабыркаган бейтаптарды дарылоодо гонадопротекциялык терапияны пайдалануу дарылоо натыйжасын жакшыртууга жана фертилдик өтүшүп кетүүлөрдүн санын азайтууга мүмкүнчүлүк түзгөн.

Коргоого алынып чыгып жаткан диссертациянын негизги жоболору:

1. Гонадопротекциялык терапияга клиникалык-патогенетикалык баалоо иштерин өткөрүү куулук органдарынын травмалык жабыркоосуна кириптер болгон бейтаптарды дарылоо тактикасын кайра карап чыгууга мүмкүнчүлүк берди.
2. Гонадопротекцияны колдонуу аркылуу куулук органдарынын травмалык жабыркоосуна кириптер болгон бейтаптарды дарылоонун негизинде 97,4% учурларда жакшы жыйынтыктар алынган.

Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси. Изилдөө иштеринин натыйжасында алынган клиникалык жана патогенетикалык жыйынтыктарды эсепке алуу жана иштелип чыккан гонадопротекциялык

терапияны куулук органдары травмага чалдыккан бейтаптарга колдонуу дарылоонун медициналык-экономикалык жыйынтыктарын алууга, ошондой эле дарылоо мөөнөтүн кыскартууга, өтүшүп кетүүлөрдү азайтууга жана пациенттердин репродуктивдүү саламаттыгын толугу менен калыбына келтирүүгө шарт түздү.

Изилдөөчүнүн жекече салымы. Куулук органдары травмага чалдыккан бейтаптарга консервативдик жана оперативдик дарылоо иштерин өткөрүү, клиникалык материалдардын статистикалык анализин клиникалык жана эксперименталдык жактан изилдөө жана кайра иштеп чыгууга катышуу.

Изилдөө жыйынтыктарын апробациялоо. Диссертациянын негизги жоболору Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияларды жогорулатуу медициналык институтунун Адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасынын кафедралык отурмдарында (2013, 2014); И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын билим күнүндө (Бишкек, 2014); Кыргызстан Урологдор коомунун ассоциациясынын отурумунда (Бишкек, 2014); Эл аралык окумуштуулардын катышуусунда өткөн Сибир урологдорунун Регион аралык IX илимий-практикалык конференциясында (Красноярск, 2016); И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын алдындагы диссертацияларды алдын ала кароо боюнча эксперттик комиссиясынын отурумунда (Бишкек, 2017) каралган.

Изилдөө жыйынтыктарын киргизүү. Иштин негизги жоболору Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы Республикалык илимий урология борборунун структуралык бөлүмдөрүнө киргизилет жана «Куулук органдарынын травмасы» аталыштагы тема боюнча хирургиялык профилдеги клиникалык ординаторлор менен врач-курсанттар үчүн Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияларды жогорулатуу медициналык институттун

Адистештирилген хирургиялык жардам кафедрасынын окуу процессинде пайдаланылат.

Диссерация темасы боюнча басылмалар. Илимий иш боюнча рецензиялануучу басылмаларды 10 илимий эмгек жарык көргөн жана 1 рационализатордук сунуш түшкөн.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Илимий иш салтуу формада жана компьютердик терилиштеги 110 бетке жазылган (шрифт - Times New Roman, көлөмү -14; интервал 1,5) жана Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясынын диссертациялык ишти тариздөө боюнча талаптары толук сакталган.

Диссертациялык иш киришүүдөн, 4-бөлүмдөн, корутундудан, жыйынтыктан, практикалык сунуштар менен адабият тизмелеринен турат.

Диссертацияда 4 таблица жана 26 сүрөт бар. Библиографиялык көрсөткүч өзүнө 173 булакты камтыйт, алардын ичинен 125 – Көз карандысыз Шериктештердин жана Кыргыз Республикасынын достугунан, жана 48 көрсөткүч чет элдик авторлордон.

I БӨЛҮМ

КЛИНИКАЛЫК АНАЛИЗ, КУУЛУК ОРГАНДАРЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО (Адабияттарга сереп)

1.1. Патогенез мүнөздөмөс жана куулук органдарынын жабыркоосуна карата клиника

Урологиялык практикада куулук органдарынын курч мүнөздөгү оорусу дээрлик такай кездешет жана ооруканага жаткырылган бардык урологиялык бейтаптардын 4 төн 5%га чейинки көлөмүн түзөт ((5, 18, 35, 101). Адабиятта колдонулуучу «курч мүнөздөгү куулук» термини негизинен курч мүнөздөгү оору сезимдери жана куулуктун чоңойуп кетүүсү менен коштолгон оорунун концептуалдык маанисин ачып берет [8, 75, 42]. Башка бир патологиялык абалдын бар экендигин аныкталмайынча белгиленип кеткен клиникалык абал кечиктирилгис урологиялык патология катары бааланат (2, 98, 114).

Эгерде куулук органдарынын жабыркоолоруна жалпы мүнөздөмө берсек, анда урук беzi менен коштондунун курч мүнөздөгү патологиясы алгачкы 6-12 саатта окшош клиникалык картинага ээ болот. Ошого жараша аталган топко курч мүнөздөгү эпидидимиттер жана орхиттер, куулук травмасы, инфекцияланган гидроцеле, урук бездеринин буралуусу жана Морганьи гидатиддери, куулуктун чагылган сымал гангренаcы, жан-жаныбарлар менен курт-кумурскалардын чагып алуулары кирет. Белгилей кетчү нерсе, варикоцеле оорусунун 10-20% учурлары чурай жана урук бездеринин ар кандай мүнөздөгү оорусу менен коштолот (23, 69). Муну менен катар ар кыл деңгээлдеги куулук органдарынын шишиги менен курч мүнөздөгү оору сезимдери уруктук венанын тромбозун жаратуусу ыктымал. Мунун өзү «курч мүнөздөгү куулук» клиникасын берет (96, 118).

Учурда куулук органдарынын жабык мүнөздөгү же тери алдындагы жабыркоолору ок тийүү менен байланышкан жабыркоолорго караганда аз кездешет. Көпчүлүк авторлор белгилеп өткөндөй акыркы 30 жыл ичинде куулук органдарынын жабык мүнөздөгү травмалары көп кездешип жатканы

менен ар кыл клиникалык маалыматтар боюнча бардык эле байкоо жүргүзүүлөр бирдей экендигин белгилей кетүүбүз зарыл (3, 127).

Адабий серептерде адатта турмуш-тиричиликтик, криминалдык, транспорттук жана өндүрүштүк генез кесепеттеринен улам келип чыккан куулук органдарынын ачык жана жабык мүнөздөгү жабыркоолору боюнча операция болушкан бейтаптар тууралуу маалыматтар келтирилет (64, 11).

Ошол эле учурда айрым бир авторлордун маалыматы боюнча операция болушкан адамдардын саны консервативдүү мүнөздө дарыланып чыккан бейтаптарды санына карата алганда бирдей эмес, көбүнчө 1:3тү түзөт, ал эми акыркы жылдары 1:2ден 3:1ге чейин болууда (59, 72).

Куулук органдарынын травмаларындангы патофизиологиялык реакциянын татаалдыгын эске алуу менен биз жабыркоолордун патогенезине токтолууну эп көрдүк. Мисалы, атылган октон алынган жабыркоолордун көлөмү жана патологиялык өзгөрүүлөрдүн мүнөзү куралдын жана жабыркатуучу снаряддын түрү менен шартталган; сайлуу мылтык менен атууда ок алдында, ал тургай, анын сыныгы алдында абанын кысылган толкуну, биздин оюбузча кыймылдуу органдарды эки жакка жылдырып жибергендигине байланыштуу урук безинин жабыркоо коркунучун төмөндөткөндөй. Жакынкы аралыктан атылган октун же артиллериялык снаряддын ири сыныгы менен жабыркоодо куулук менен катар эле урук бездеринин үзүлүп кетүүсү толук ыктымал. Ал эми сайлуу эмес заманбап куралдан жабыркоо учурунда өтө чоң айрылууларга же куулуктун жулунуп кетүүсүнө алып келет (50, 74).

Туюк жабыркоолор түздөн-түз куулукка сокку уруудан же органды кысуудан улам келип чыгат (травмалардын турмуш-тиричиликтик, спорттук, өндүрүштүк жана башка түрлөрү).

Борпоң бириктирүүчү кыртыш (*fascia cremasterica*, *tunica vaginalis communis*), көптөгөн кан тамырлар, жука, тери алдындагы май клеткасы жок куулук териси ачык жабыркоолордо жаракаттын четтеринин тарам-

тарам болуп бөлүнүүсүнө жана туюк травмаларда алда канча жакшы көрүнгөн ири гематомалардын жаралышына алып келет.

Куулуктук кыртыштык гематомасындагы уюган кандан ткандар ортосундагы аралыкта пайда болушат жана алар жалпы кындык кыртышка өтө алышпайт. Тереңде жайгашкан гематомалар кан жалпы кындык кыртыш алдында жана урук безинин өздүк кыртышында чогулганда экстра-жана интравагиналдык болуп бөлүнүшөт. Экстравагиналдык гематомалар жалпы кындык кыртыш же эн танабынын жабыркоосу учурунда пайда болушат. Интравагиналдык гематомалардын пайда болуусу көбүнесе коштонду менен урук безинин белоктук кыртышынын айрылып кетүүсү менен байланыштуу. Чоң көлөмгө жеткен жана дээрлик чурай каналынын түтүкчөсү аркылуу аралыкка жана курсактын алдыңкы бетине өткөн экстравагиналдык гематомалар ткандардын кысылуусуна, ал эми инфекцияланган учурларда куулуктун флегмонуна алып келет. Мындай шартта куулук кыртышындагы кан тамырлардын тромбозу жана некроздун пайда болуусу, ал эми анаэробдук инфекция пайда болгондо – куулук гангренаасынын пайда болуусу мүмкүн. Урук бези жарылып кеткен учурда органдын обочолонгон участкаларынын некрозу келип чыгат. Гематоманын кысышы трофиканы бузуп, сезгентүүчү-ириңдүү некротикалык процесстерди күчөтөт. Ткандардын трофикасынын бузулушу эн танабынын кан тамырларындагы гематома тарабынан кысылуусунан улам урук бездери сакталып калган учурларда дагы келип чыгуусу мүмкүн.

Шишиктин тез арада пайда болуусу - куулук травмасынын өзгөчөлүгү болуп саналат. Өз кезегинде шишик кеңири таралуу менен жыныстык мүчөнү толук кучагына камтыйт. Заара шишик ткандарынын жылчылыгы аркылуу агып өткөндүктөн көпчүлүк учурларда шишимик тарткан ткандар сийдик чагыруунун уродинамикасынын бузулуусуна алып келет. Оору агымы травмадан кийинки эпидидимит жана орхит кесепетинен улам өтүшүп кетүүсү ыктымал.

Трофиканын бузулуусу травманын олуттуу эмес көлөмүндө дагы узакка созулуусу мүмкүн. Мунун кесепети болуп көпчүлүк учурларда урук безинин гипо- же атрофиясы саналат жана ал өз кезегинде фертилдүүлүктүн бузулуусуна алып келет (48, 64).

Бейтаптын жалпы абалы урук бездери менен эн танабындагы кан тамырлардын жабыркоо деңгээлине, башка органдар менен болгон травмаларга жараша болот (14, 32, 91). Мисалы, урук беги менен кичи жамбаш чарасынын сөөктөрү жабыркаган учурларда сөзсүз түрдө травмалык шок менен коштолот.

Куулуктун обочолонгон жаракаты жана урук безинин жабыркоосу олуттуу мүнөздө болуп, гематоманын өөрчүсүнө жараша чоңойуусу ыктымал (4, 38, 107).

Ошол эле учурда жаракаттын кансыроосу өтө коркунучтуу болуп, кандын азаюусуна жана анемиялык абалга алып келүүсү мүмкүн. Мындай учурларда жалпы алсыроо, адинимия, баш терисинин нымдашуусу, өң келбеттин жана дененин былжырлуу кыртыштарынын кубарышы, пульстун тездеши, артериалдык кан басымынын төмөндөөсү байкалат, ошондой эле айрым бир учурларда эс учту жоготуу жана коллапс менен коштолот (20, 138, 163).

Гематоманын өсүүсүнө жараша жаракат алган канал ийрейип баштаганына байланыштуу жаракаттан кандын келүүсү токтойт, ал эми такандардын гематома тарабынан кысылышы ички кансыроолордун токтотулушуна алып келет. Мунун өзү айрыкча инфузиялык гемостатикалык терапиянын фонунда же жүрөк оорулары үчүн дары каражаттарын куюуда бейтап абалынын бир аз жакшыруусу менен дал келет. (9, 145). Бирок, бир канча күн өткөндөн кийин жабырлануучунун абалы начарлайт жана ал куулук же анын органдарындагы сезгентүүчү өзгөрүүлөрдүн келип чыгуусу менен байланыштуу. Демек объективдүү изилдөөлөрдө көлөмү чоңойуп кеткен куулуктук кыртышында тешип өткөн же кесилген жаракаттын кирүүчү жана чыгуучу тешиги болот.

Жаракат алгандан кийинки алгачкы суткаларда жана сааттарда куулуктун чоңойуп кетүүсү гематома, ошондой эле шишик менен шартталган.

Кыртыштык гематома куулуктун борпоң же бириктиргич тканынын (tunicadartos, fasciacremasterica) имбибициясы менен шартталган, ал эми экстравагиналдуу гематома көпчүлүк учурларда куулук тамырынын же урук безинин жабыркоосунда айрыкча байкалат (1, 25, 94). Гематома урук безинин төмөнкү полюсунун проекциясынан тартып чурай каналынын сырткы тешигине чейин пальпацияланат же ал гана эмес аны толук камтыйт. Куулук жабыркаган учурлардагы урук безинин жабыркоосу менен коштолгон туюк мүнөздөгү жабыркоолорго салыштырмалуу кыртыштык жана терең жайгашкан – экстра жана интравагиналдык гематомалардын айкалышуусу мүмкүн (12, 33, 90).

Куулуктун салыштырмалуу түрдөгү жаракаттарында урук бездеринин төмөн түшүп кетүүсү мүмкүн: баштапкы – урук бездеринин жабыркоосу менен бирге куулуктун жаракат алуусу жана экинчиден – жаракат алгандан кийинки куулук ткандарынын некротикалык участкаларынын күч менен бөлүнүүсү (28, 70, 99, 140). Мындан соң түшүп кеткен урук беги курчап турган шишиктик же майдаланган ткандар тарабынан жабыркайт да, жаракат алган каналдан кандын чыгуусу токтойт. 2-3 суткадан кийин шишик куулукка кеңири тарап, жыныстык мүчөгө өтөт. Мунун кесепетинен улам жыныстык мүчөнүн кертмек башы менен уретра тешиги шишик баскан куулуктун астында калат.

Жаракат алган учурда урук беги сөзсүз түрдө эле түшүп калбайт жана катуу гематомалар каптап тургандыгына байланыштуу урук безинин пальпациялоо мүмкүн болбогондуктан аны аныктоо кыйынчылактарды жаратат (6, 95, 150).

Гематома жана шишик жаракат оозунун жайгашуусун өзгөртүп сала тургандыгына байланыштуу жаракат каналынын багытын изилдөө иштери бир катар кыйынчылыктар менен коштолот. Мындан улам урук беги

жабыркаган же жабыркабаган куулук жаракатын клиникалык жактан бөлүп алуу мүмкүн эмес жана ал операциялык табылганын негизинде аныкталуусу мүмкүн.

Эн танабынын жабыркагандыгын аныктоо дээрлик мүмкүн болбогондуктан жаракаттан чыгып жаткан жогорку деңгээлдеги кансыроолорго жараша гана божомолдоого болот. Көпчүлүк учурларда эн танабынын кансырап жаткан тамырларын көрүүгө болот, өз кезегинде алар кыскаруу менен чурайлык каналга кирип кетет. Эгерде жабыркаган адамга кысуучу ороп-таңгыч коюлса жабыркаган кан тамырлар тромбдошуп калат (19, 71, 123).

Куулуктун төмөнкү полюсу жулунуп кеткен учурларда анын калган териси кыскарат да, урук бездери коштондулар менен бирге эн танабында “илинип” калат. Куулуктун травмалык ампутациясы (снаряддын калдыгы, заманбап) травмалык шок, кансыроолор менен коштолот, ошол эле учурда куулук кыскара түшкөн терисинин калдыгы менен аралыктын (промежность) оозу аңырайып көрүнүп турган жаракаты аныкталат (17, 87, 155).

Айрым бир учурларда урук беши менен коштондунун төмөнкү мүнөздөгү ачык жабыркоосу байкалат: урук безинин белоктук кыртышынын жабыркашы жана паренхимасынын үзүлүп түшүүсү же түшпөй калуусу, урук безинин бир бөлүгүнүн жулунуп кетиши, жанчылып калуусу, ошондой эле туюк жаралар же урук бездеринин биринин жулунуп кетүүсү, коштондунун обочолонгон жабыркоолору. Ошол эле учурда авторлор көпчүлүк учурларда интравагиналдуу гематома, ал эми өтө чоң эмес гематома учурунда урук безинин жарылып кетиши пальпациялоо жолу менен аныкталаарын белгилешет (51, 109, 161).

Куулук органдары менен уретранын жабыркоосунун айкалышында заара токтойт же болбосо бейтап куулуктагы жаракат аркылуу заара ушатат, ал эми кичи жамбаш чарасынын сөөктөрү, табарсык, түз ичеги менен жамбаштын курсактан тышкаркы бөлүгү жабыркаганда жамбаш чарасынын

сөөктөрү ооруп, «прилипшая пятка» симптому пайда болуп, зааранын чыгуусу кыйындайт, кыска мөөнөттүү гематурия, ошондой эле чурайдын үстүндө сийдик инфильтрациясы же перитонит белгилери, көтөн чучук оозунун кансыроолору байкалат (26, 88, 111).

Обочолонгон жана урук безинин сакталып калуусу коштогон жабыркоосунда травмалык шок келип чыкпаганы менен урук безинин жарылып кетиши коштогон оор мүнөздөгү травмада шок күч алуусу мүмкүн (7,60). Урук беги же эн танабы жарылып кеткен учурдагы ички кансыроолор жалпы алсыроо, теринин кубарыңкы тартышы, чыйрыгуу, табиттин тартпай калуусу өңдүү көрүнүштөр менен коштолот.

Туюк жабыркоолор төмөнкү гематомалардын жаралышы менен мүнөздөлөт:

- Кыртыштык гематома куулуктун бир нерсеге урунуусунан улам пайда болот жана куулуктун кыртыштык катмарында уюган кандын чогулуп калуусу менен мүнөздөт. Ошондой ал кичиней болгондуктан тери алдында көк так катары гана көрүнөт.

- Экстравагиналдык гематома куулук тамырын же анын жогорку бөлүктөрүндөгү травмадан кийин пайда болот. Ошол эле учурда урук безинин же эн танабынын төмөнкү полюсундагы кан тамырлардын жарылып кетүүсү мүмкүн (89, 148).

Өз кезегинде гематома урук безинин төмөнкү полюсунан тартып чурай каналынын сырткы тешигине чейин пальпацияланат, ал эми олуттуу ички кансыроолордо ал гиганттык көлөмгө жетип, чурай каналына, алдыңкы курсак бетине, ошондой эле кеңири таралган тери алдындагы кан куюлуулар кездешүүчү аралыкка өтөт (52, 102). Мезгилдин өтүшү менен олуттуу мүнөздөгү шишик орун алып, куулук чоң көк шарга айланат. Ошол эле учурда урук бездеринин жабыркабай калуусу мүмкүн жана бейтапка операция өткөрүлбөсө эн танабындагы кан тамырлардын кысылышы же жарылышы некроз менен коштолуусу мүмкүн (мындай шартта, башкача

айтканда урук бездеринин мындай ири көлөмүндө урук бездери дээрлик жабыркайт) (45, 136).

Эн танабындагы кан тамыр жарылып кеткен учурда өткөрүлүүчү сканнограммада ири гематома бир өңчөй эмес эконегативдүү жаралыш катары көрүнөт (15, 53, 110).

- Интравагиналдуу гематома өздүк кыртыш жабыркаган учурда жана урук беги менен коштондунун айрылып кетүүсүндө пайда болот, бирок ал кичинекей көлөмдө болуп, баштапкы водянка катары пальпациялануусу мүмкүн. Мындай жабыркоо түздөн-түз урук безинин травмасында же аны кысуудан улам келип чыгат (27, 141). Ошого карабастан орточо мүнөздөгү объективдүү белгилер урук безинин айрылып кетүүсү катары жаңылыш интерпретациялануусу мүмкүн. Мындай ката кетирүүлөр оор мүнөздөгү сезгентүүчү өзгөрүүлөрдүн өөрчүүсүнө же акырындык менен бузулууларга алып келет да, мезгилдин өтүшү менен урук безинин гипо- же атрофиясынын келип чыгуусуна шарт түзөт (13, 142). Мунун өзү копулятивдик функциянын төмөндөөсүнө, бейтаптын репродуктивдүү функциянын жоголуусуна жана олуттуу мүнөздөгү психологиялык жана нервдин жабыркоолорго алып келет.

Көптөгөн авторлор урук безинин некротизацияланган участкаларынын узак мөөнөт тарашы контралатералдык органга терс мүнөздөгү иммунологиялык таасир этет жана айрым учурларда репродуктивдүү жана копулятивдүү дисфункция өнүгүүсү ыктымал (29, 77, 120).

Куулук жаракат алган учурларда урук безинин чоюлуп калуусу жана кыртыштарынын жарылып кетүүсү мүмкүн. Бул өз кезегинде куулук ичиндеги кан басымынын жогорулоосуна алып келет.

Бир катар авторлор урук безинин чоюулуп калуусунун патогенезинде капасынан келип чыккан жана ыкчамдатылган мүнөздөгү кысылууга жол берилээрин жана ал көпчүлүк учурларда урук безинин аномалдык жайгашуу багытына боюнча өтөөрүн белгилешет (54, 112).

Ушуга байланыштуу урук безинин чоюлуп калуусу чаттык, чурайлык, аралык, абдоминалдык мүнөздө болот, бирок мындай учурларда чоң

гематомалар кездешпейт, урук беги эктопия учурундагыдай эле пальпацияланат жана пальпациялоо учурундагы оору сезими эн тарабынын жабыркоо мүнөзүнө же белоктук кыртыштын айрылышы менен коштолгон чоюлуп калуусуна көз каранды.

Эн танабындагы кан тамырлардын жарылуусу менен бирге куулуктун жабыркоосу экстравагиналдык гематоманын жаралуусуна алып келет, бирок кандайдыр бир спецификалык симптомдор менен клиникалык белгилер байкалбайт. Чын-чынына келгенде эн танабындагы кан тамырлардын жарылып кетүү диагнозу операция учурунда гана коюлат жана ал травма алгандан тартып бейтапка дароо операция өткөрүлүүсүнө байланыштуу. Бирок бир нече күн өткөндөн кийин кансырап жаткан кан тамыр (уруктук артерия, айрыкча веналар) эреже катары бүтөлүп калат (10, 39, 119). Белгилей кетчү нерсе, жабыркоонун бул өңдүү обочолонгон түрү сейрек кездешет.

Урук безинин жана коштондунун туюк же тери алдындагы жабыркоолору көпчүлүк учурларда окшош мүнөздө болушат – бул урук безинин боз кыртышынын айрылышы, паренхиманын түшүүсү жана анын айрып бөлүктөрүнүн айрылышы же толугу менен жанчылып калуусу. Коштондунун жабыркоосу урук безинин травмасына мүнөздүү.

Урук беги менен коштондунун жабыркоолору үчүн интравагиналдуу гематоманын пайда болуусу менен коштолот; айрым учурларда бул гематомалар чоң көлөмдө болушкандыктан мындай гематомаларды урук безинин кыртышындагы водянкадан дифференциациялоо зарыл (62, 146).

Көпчүлүк авторлор өз изилдөөлөрүндө куулук органдарынын туюк же ачык травмаларында реактивдүү сезгентүүчү процесс болуп саналган курч мүнөздөгү орхоэпидидимит келип чыгаарын жана убакыттын өтүшү менен күч алып, бейтаптын өмүрүнө коркунуч жаратуучу септикалык абалдын клиникалык көрүнүшү коштогон ириндүү-сезгентүүчү процесске алып келээрин белгилешет (30, 134). Ошентип кырдаал клиникалык көрүнүштүн мүнөзүнө жараша кечиктирбестен диагностика өткөрүп, дарылоо иштеринин

адекваттуу тактикасын (консервативдик же оперативдик) тандоону талап кылат. Эркектердин репродуктивдүү жана копулятивдүү ден соолугу жаатындагы бузулууларды алдын алуу натыйжалуу терапия болуп саналат (56, 124).

1.2. Диагностика, өтүшүп кетүүлөр жана куулук органдарынын жабыркоосу учурундагы дарылоо тактикасы

Куулуктун курч мүнөздөгү ооруларын заманбап түрдө аныктоо, айрыкча поликлиника менен кабыл алуу бөлүмдөрүнүн шарттарында өзгөчө актуалдуу жана олуттуу көйгөй болуп саналат (21, 93, 154). Бейтаптын даттануусуна, анамнез маалыматтарына негизделген баштапкы диагностика жана куулук органдарын пальпациялоо ар дайым эле урук бездери менен коштондудагы патологиялык өзгөрүүлөрдүн мүнөзүн аныктабайт (31, 1520).

Акыркы 10 жыл аралыгында жарык көргөн адабияттар ультрадобоштуу доплерография, радиоизотоптуу тестикулография, магниттик-резонанстык (МРТ) жана компьютердик томография (КТ) урук бездери менен коштондудагы патологиялык өзгөрүүлөрдү өз учурунда диагностикалоого жана дифференциациялоого шарт түзөт (43, 121). Бирок, МРТ жана КТ диагностиканын кымбат баалуу методу болуу менен бул багытта билимин атайы жогорулаткан адистерден турган тиешелүү бөлүмдүн түзүлүшүн талап кылат. Ошол себептүү аларды катардагы ооруканалар менен поликлиника шарттарында шашылыш диагностика катары кеңири колдонуу дээрлик мүмкүн эмес. КТ жана МРТ га салыштырмалуу изилдөөнүн ультрадобоштуу жана радиоизотоптуу методдору өтө жөнөкөй. Чет элдик адабияттарда бул методдун куулуктун курч мүнөздөгү ооруларын диагностикалоо иштеринде ийгиликтүү колдонулуп жаткандыгы туурасында мисалдар келтирилет. Ошол эле учурда аталган көйгөй тууралуу маалыматтарды ата мекендик адабияттардан жолуктуруу кыйын (66, 105). Ультрадобоштуу изилдөөлөрдү (УДИ) колдонуу туурасында келтирилген маалыматтар негизинен В-режиминде сканерлөөгө таандык.

Куулук органдарынын ооруларын аныктоо үчүн ультрадобуштуу доплерографияны (УДДГ) колдонуу боюнча иштер адабияттарда жетишээрлик деңгээлде иликтенген (60, 153). Бул максаттарда куулук органдарынын патологиялары менен жабыркаган 105 бейтапка текшерүү өткөрүлгөн жана алардын ичинен 45 бейтап – орхоэпидидимит, 8 – куулук травмасы, 19 бейтап – варикоцеле, 16- гидроцеле, 8 бейтап – урук безинин коштондусунун башындагы шишик, 2 бейтап – урук бездеринин буралып калуусу, 2 бейтап – срипторхизм менен жабыркаган (34). Ошону менен катар эле салыштыруу үчүн 23 бейтапка таандык маалыматтар анализденген, бирок аларда куулук органдарына тиешелүү кандайдыр бир патологиялык белгилер кездешкен эмес. УДИ куулук органдарынын радиоизотоптуу сканерлөөсү менен толукталган. УДИ учурунда урук безиндеги сезгентүүчү процесстер эхогедүүлүктүн төмөндөөсү жана гиперваскулиризация аймагынын болуусу менен мүнөздөлгөн, ошондой эле контролдук топко (нормага) салыштырмалуу урук безинин патология тарабындагы канагымынын ылдамдык көрсөткүчтөрүнүн 40-50%га көбөйгөндүгү байкалган. Урук безинин радиоизотоптуу сцинтиографиясында дагы жабыркаган тараптагы кан агымынын ылдамдыгы көбөйгөндүгү жана урук беги менен анын кыртышы тарабынан дары радиофармды (изотоп ^{99m}Tc-пертехнет) кармап калуусу күчөгөндөгү байкалган.

Урук безинин паренхимасына жана анын кыртыштарына кан куюларды, ошондой эле боз кыртыш менен урук безинин эзилип кеткендигин аныктоо мүмкүнчүлүгүнө ээ болгондуктан куулук травмасын диагностикалоо учурунда чечүүчү ролду УДИ ойноору белгиленген (63, 122). Ошол эле учурда жабыркаган тараптагы кан агымынын кескин азаюусу, ал тургай толук жоголуусу аныкталган. Эгерде травмалык жабыркоолор урук безинин паренхимасынын структуралык бузулушу менен коштолбосо, анда урук безинин курч мүнөздөгү сезгенүүсү байкалган, ал эми радиоизотоптуу сцитиграфияда кан агымынын күчөшү жана паренхиманын урук безиндеги кармалуусу аныкталган (78, 156).

Урук безинин герминогендик клеткалык структурасынын жабыркаган терс факторлорго картаа жогорку сезгичтүүлүгү бар экендигин эске алсак, анда кыска мөөнөт ичинде текшерүү иштерин өткөрүп, дарылоонун алда канча адекваттуу тактикасын тандап алуу зарыл (49, 126). Бирок, оорунун баштапкы баскычында, башкача айтканда алгачкы 6 саат ичинде оорунун диагностикалык идентификациясы коштогон кыйынчылыктардын жаралуусу ыктымал жана ал куулук органдарынын курч мүнөздөгү патологиясынын клиникалык агымындагы стереотиптүүлүктү билдирет (115, 164). Гидатида же урук беги буралып калган бейтаптарга карата узак мөөнөт жана динамикалык байкоо жүргүзүү өзгөчө кооптуу болуп саналат, себеби убакыттын өтүшү менен ириңдүү-деструктивдүү өтүшүп кетүүлөргө жол берилиши мүмкүн, тилекке каршы мындай учурларда жабыркаган жерди алып таштоого туура келет (57, 113). Ошол эле учурда куулук органдарына негизсиз түрдө өткөрүлгөн хирургиялык кийлигишүүлөргө (операциялык травма) мүмкүн болушунча жол бербөө керек. Кандай болбосун келечекте мындай пациенттерде репродуктивдүү дисфункция байкалат, ал тургай абсолюттук тукумсуздук келип чыгуусу ыктымал (79, 158).

Пациент «курч мүнөздөгү орхоэпидидимит» (КОЭ) диагнозу менен клиникага келип түшкөн учурда эң биринчиден урук бездеринин буралып калбагандыгына ынануу керек, себеби урук безинин 6 сааттан көп мезгил боюу буралып туруусу ишемиянын өзгөчө жогорку сезгичтигинен улам ткандардын жараксыз абалга келүүсү менен коштолот. Мындай учурда урук безин алып салууга туура келет (116, 171).

Боз кыртыштын жарылып кетүүсү коштогон урук безинин травмасында, паренхима гематомасында, чоң өлчөмдөгү гематоцеледе куулукту текшерүү, боз кыртыштын дефекттин жамоо, гематомадагы суюктукту бошотуу, ал эми урук безинин жанчылып калуусунда – некротизацияланган ткандарды алып салуу жана гемкастрация кылуу зарылдыгы белгиленген (143, 159).

Көгөргөн-айрылган жаракат маалында (куулуктагы туюк травманын тери жана эттүү катмардагы ачык мүнөздөгү кыртыштык жабыркоолордун айкалышы) бейтапка хирургиялык жардам көрсөтүү мүнөзү жаракат четтерин жууп-тазалоо, теринин жана эттүү катмардын өлүү катмарга айланган жерлерин жара тилүү, жаракат четтерин сейрек кетгут тигиштери менен жакындатуу жана кыртыштык резина тилкелерди калтыруудан турат. Белгилей кетчү нерсе, эгерде ткандарды кеңири жабыркоосуна жол берилген болсо, анда гангреноздук сары сууну, сенеймеге каршы дары каражаттары куюлат (157, 68).

Куулуктун жан-жаныбарлардын тиштеп алуусунун натыйжасында келип чыккан жаракаттарында эн танабындагы кан тамырлардын үзүлүүсү, урук беги менен коштондунун жабыркоосу мүмкүн, бирок булар кыртыштык жаракаттар болуп саналат жана оперативдүү кийлигишүүлөрдү талап кылбайт. Эгерде жаракат иттин (енот сымалдардын, түлкү ж.б.) тиштеп алуусунун натыйжасында келип чыкса, анда сөзсүз түрдө антирабикалык вакцина же иммуноглобулин куюлат. Клиникалык практика көрсөтүп тургандай ар дайым эле тиштеп алуулардын мүнөзүн аныктоо мүмкүн эмес, себеби бейтап мындай тиштеп алуулардын чыныгы табиятын жашырат, врачтарга жалган айтуу менен кутурмага каршы вакцина алуудан баш тартат (67, 162).

Куулук органдарынын травмасында ар кандай өтүшүп кетүүлөрдүн келип чыгуусу мүмкүн экендигине көңүлүнүздөрдү бура кеткбиз келет жана аларга дене табынын жогорулоосу, чыйрыгуу, гематомалар, куулуктун шишип кетүүсү, оору сезиминин күчөшү, бөлүктүк гипермия, лейкоцитоз, лейкоцитардык формуланын солго жылуусу өңдүү көрүнүштөр кирет. Куулукта ок тийүүдөн кийинки ириңдүү тешиктердин пайда болуусу, ал тургай туюк мүнөздөгү жаракаттар травмаланган урук безинде некроздун келип чыгуусу мүмкүн экендигин көрсөтөт. Бул көбүнчө урук беги жулунуп кеткен жана кысуучу шакекчени жара тилүүдөн кийин куулукка киргизилген бейтаптарга мүнөздүү.

Мөөнөтү кечиктирилген өтүшүп кетүүлөргө урук чыгаруучу түтүкчөлөрдүн же алардын биринин эки тараптуу берчтүү ичкерүүсү, ошондой эле урук безинин жабыркаган тарабындагы атрофиясы жана айрым бир учурларда контралатердик урук безинин гипо- же атрофиясы кирет (108, 157). Тигил же бул бейтаптардагы негизги клиникалык көрүнүштөр болуп репродуктивдүү функциянын жарым-жартылай же толук түрдөгү бузулуусу кирет. Травмадан кийинки жабыркоонун кесепетинен улам эки урук беги тең жок же урук бездери травмалык мүнөздө ампутацияланган бейтаптарда копуляцияга (жыныстык катнашка) карата жөндөмдүн кескин азаюусу же толугу менен жоголуусу мүмкүн.

Экинчи жагынан алганда жыныстык функциянын бузулуусу урук безинин гонаддык-инкретордук функциясынын жоголуусу менен байланышкан эндокриндик системадагы олуттуу өзгөрүүлөр менен шартталган. Урукту сыртка чыгаруучу түтүкчөлөрдүн берчтүү жаракаттары экскретордук же обтурациялык тукумсуздукка алып келет жана ал эякулятты изилдөө учурунда аныкталат. Спермограмманын өзгөрүүсүндөгү негизги көрсөткүчтөр болуп аспермия саналат, башкача айтканда сперматозоиддер менен сперматогенездин эякулятта жоктугу. Ошол эле учура урук бездеринин биопсиясында анын сакталып калган паренхимасы аныкталат.

Ошентип, репродуктивдүү жана копулятивдүү функцияга таасир эткендиктен куулук органдарынын травмасы олуттуу патологиялык абал болуп саналат. Анүстүнө, жабыркаган бейтаптардын жаш курак боюнча негизги бөлүгү эмгекке жарамдуу жана репродуктивдүү курактагы адамдардан турууда (68, 157). Демек, куулук органдарынын жабыркоо мүнөзүнө жана катаалдыгына туура баа берүү менен кечиктирбестен аныктоо, ошондой эле дарылоо тактикасын адекваттуу тандап алуу бейтаптын репродуктивдүү функциясындагы өтүшүп кетүүлөрдүн алдын алууга жакшы шарт түзөт.

Көпчүлүк учурларда куулук органдарынын жабык травмасы КОЭ клиникалык картинасын жаратат. Бир катар авторлор урук безинин жана

коштондунун курч мүнөздөгү сероздук сезгенүүсүндө консервативдик терапия жогорку натыйжалуулукту берээрин белгилешет (106, 163). Ошону менен бирге куулук органдарынын курч мүнөздөгү оорусун дарылоо тактикасы жабыркоо мүнөзү менен даражасына, ошондой эле өтүшүп кетүүлөрдүн болуусуна көз каранды.

Көптөгөн клиникаларда аминогликозиддер же цефалоспориндер тобундагы антибиотиктерди эндолимфатикалык түрдө киргизүүнү кеңири пайдаланышат жана мунун өзү анын кан жана ткандарда жогорку концентрацияларга жетүүсүнө мүмкүнчүлүк түзөт (36, 65). Эн танабына новокаиндик блокада кылуу, куулукка карата майлуу-бальзамдуу жана жарым-жартылай спирттик компресстерди сүртүү, суспензорийди салып жүрүү жакшы терапевттик эффект менен коштолот (73, 117).

Оперативдүү кийлигишүүгө карата көрсөткүчтөр жана анын курч мүнөздөгү эпидидимоорхиттер учурундагы көлөмү дискуссиялардын предмети болуу менен дагы деле болсо бирдей чечимге ээ боло элек (80, 158).

Айрым бир авторлор эпидидимоорхиттин ириңдүү-дуструктивдүү формаларында гана оперативдүү кийлигишүүлөргө барууга боло тургандыгын белгилешсе, башка авторлор жогорку терапевттик дозадагы жана таасир этүүнүн кеңири спектриндеги бактерияга каршы дары-дармектерди дайындоо зарыл экендигин белгилешет (103, 107). Бир катар илимий эмгектер сезгентүүчү процесстин бардык формаларында эрте хирургиялык кийлигишүүлөрдүн максаттуулугун көрсөтөт (84, 1580).

Ириңдүү эпидидимоорхит менен жабыркаган бейтаптарды консервативдүү же оперативдүү дарылоонун айрым бир натыйжалары толугу менен изилденип чыкпагандыгын констатациялоо зарыл. Ошол эле учурда айрым бир авторлор операциядан кийинки мезгилдеги урукту сыртка чыгаруучу жолдордун облитерациясынын себеби катары эпидидимитомиянын терс ролун белгилешет (92, 130). Жогоруда аты аталган клиникалык практикада көрсөтүлгөндөй куулуктун туюк травмасында

гематоманын 3 түрү так чагылдырылган: кыртыштык, терең мүнөздөгү экстравагиналдык жана терең мүнөздөгү интравагиналдык. Дал мына ушул үч түрүнө ылайык дарылоонун тактикалык ыкмалары тандалып алынат.

Бир катар авторлор көрсөткөндөй кыртыштык гематома бар болсо (эттүү кыртыштын имбибициясы) куулук жабыркоосу бир нерсеге урулган жер катары кабылдануусу мүмкүн, мындай бейтапка гемостатиктерди, антибактериалдык каражаттарды дайындоо менен консервативдик дарылоону жүргүзө баштоо жана травма алгандан 3 күндөн кийин физиотерапевттик методдорду колдонуу сунушталат. Экстравагиналдык гематоманы дайындоо учурунда (эн танабындагы кан тамырлардын травмасы) бейтапка шашылыш оперативдүү дарылоо өткөрүү зарыл (100, 160). Интравагиналдык гематома урук безинин обочолонгон жабыркоосунда келип чыгат жана салыштырмалуу түрдө өтө чоң болбойт. Мындай гематомада жара тилүүдө интравагиналдуу гематоманы аныктоо максатында инфекциялануусу мүмкүн болгон урук безине тыкыр текшерүү өткөрүү абзел.

Бир катар изилдөөчүлөр куулуктун туюк травмасындагы оперативдүү дарылоо көрсөткүчтөрү кеңири болуусу керектигин белгилешет. Себеби өтө чоң эмес, бирок терең гематома эн танабындагы кан тамырлар менен нервдердин кысылып калуусуна, урук безинин трофикалык бузулуулары менен гипотрофиясына алып келүүсү мүмкүн (37, 76, 153).

Эгерде куулук ткандарынын жогорку ийкемдүүлүгүнө көңүл бура турган болсок, кан менен камсыздоо талапка ылайык болсо, эреже катары туура аткарылган оперативдик кийлигишүүлөр өзүнөн кийин эч кандай кесепеттерди калтырбайт, ошондой эле айрым бир жыйынтыктар жакшы маанайды жаратышат (55, 128, 139).

Операциядан бир нече ай өткөндөн кийин көпчүлүк бейтаптарда тери тырыктарынын жиги дагы калбайт. Ал эми оперативдүү кийлигишүүнүн мөөнөтү тууралуу айта турган болсок, анда куулук органдарына карата алда канча кеч өткөрүлгөн оперативдүү кийлигишүүлөрдүн (травма алгандан бир нече күндөн кийин) максаттуулугу жөнүндө көз караштар бар, мунун өзү

жабыркаган урук безинде некротизацияланган ткандардын чектелүү участкасынын пайда болуусуна байланыштуу (104, 158).

Бул суроого биз мындай бейтаптарды шашылыш түрдө операциялоо керек деген көз караштабыз: ошол эле учурда эгерде бейтап стационарга кечигип кайрылса же операциядан баш тартса, анда бир канча күн өткөндөн кийин операция өткөрүүгө болот.

Куулук органдарынын туюк жабыркоолору учурундагы оперативдүү кийгилишүүлөрдүн методикасы жаракат алгандан кийинки оперативдүү техникадан дээрлик айырмаланбайт.

Куулуктун алдыңкы же каптал кыртыш аркылуу терини жана тери алдындагы клечатканы жара тилишет да, урук безинин кыртышын ачып таштап, гематомадагы суюктукту алып салышат. Мындан соң кансырап жаткан тамырды жана урук безинин белоктук кыртышын тигип жамашат. Азыркы учурда үзүлүп кеткен каналчаларды сактап калуу концепциясы дагы деле болсо күчүндө, ал гана эмес кан менен камсыздоонун натыйжасында жарактуу болуп чыгуусу мүмкүн болгон урук безинин бир кичине бөлүгүн дагы калтырышууда (81, 129). Урук бездеринин катмарлары гематомалар бошотулгандан кийин аңтарып коюусу же жарым-жартылай түрдө жара тилинип коюусу зарыл. Дыкат гемостаз – куулукка операция өткөрүүнүн зарыл шарты болуп саналат. Хирургиялык дарылоо куулук жаракатына сейрек кетгүттүк тигиштерди салуу жана төмөнкү бурчуна резина коё жибергичтерди калтыруу менен аякташы керек. Операциядан кийинки мезгилдерде интенсивдүү мүнөздөгү бактерияга каршы терапия өткөрүшөт. 5-6 күндөн тартып дарылоо комплексине дарылоонун физиотерапевттик методдору кошушат.

Сезгентүүчү процесс агымынын оор мүнөздөгү даражасы оперативдүү дарылоого – декомпрессиондук операцияларга карата көрсөткүч болуп саналат (97). Белгилей кетчү нерсе, оперативдүү дарылоо категориясына УДИ учурунда абседирация, урук безинин буралып калуусу, 3 күндөн ашык убакытка созулган консервативдик дарылоо участкалары аныкталган. Ошол

эле учурда кан лейкоцитоздорунун көрсөткүчтөрүнүн өсүүсү, интоксикациялардын лейкоцитардык индекс көрсөткүчтөрүнүн (ЛИК) начарлашы, ошону менен бирге жабыркаган урук бездеринин кан тамырларын доплерографиялык жактан каттоодо алардын сапаттык жана сандык көрсөткүчтөрүнүн начарлоосу байкалган.

Көптөгөн авторлор куулук органдарынын патологиясында жана клиникалык-лаборатордук жыйынтыктарды баалоодо дарылоо тактикасын тандап алууга мүмкүнчүлүк түзүлөөрүн белгилешет (22, 115).

Бир катар авторлор КОЭ учурунда активдүү жана оперативдүү дарылоо өткөрүү керек деген ойду айтышат, албетте алар урук безинин коңулдук кыртышын жана бир эле мезгилде урук безинин сезгенген тарабындагы белоктук кыртышты жара тилүү аркылуу өткөрүшкөн операцияларда белгилүү бир ийгиликтерге жетишишкен (40, 82). Урук безинин коңулдук кыртышын толугу менен жара тилүү, аталган кыртыш урук бези менен анын коштондусундагы сезгентүүчү процессти колдоочу фактор болууда деген пикирлердин негизинде өткөрүлгөн.

Башка авторлордун ою боюнча, КОЭ менен байланыштуу декомпрессациялык операцияларда урук безинин жабыркаган тарабындагы жыныс кынынын кыртышын толугу менен алып салуу зарыл, болбосо бул сезгенүү процессин созуп бейтаптын фертилдүүлүгүнө терс таасирин тийгизиши мүмкүн (41, 163).

Жалпысынан, ириндүү өтүшүп кетүүлөрдү дарылоо тактикасында инфекциялуу гематомалар же куулук флегмоналары жара тилинет. Эгерде ириндүү тешик бар болсо, анда мурунку операцияда калтырылган урук безин текшерүү керек. Текшерүү учурунда урук безинин фибриндүү, некроздуу бөлүктөрүн байкоого болот. Кайрадан өткөрүлгөн операция урук безин алып салууга абсолюттук көрсөтмө болбосо да, айрым учурларда урук безин алып салуу жана дренаждоо керектелет (84, 159).

Тилекке каршы, ириндүү некроздуу процесстерде жана ириндүү тешикте травмалык жабыркаган урук безине жана коштондуларга кайрадан

жасалган операция учурунда урук жеткирүүчү түтүктөргө доо кетиши обструктивдүү тукумсуздукка алып келиши мүмкүн. Мындай бейтаптарды дарылоо оперативдүү коррекциядан турат, б.а. эпидидимавазоанастомоз жүргүзүлөт (160, 162). Эки урук беги тең травмалык некрозго дуушар болгон бейтаптардын гормоналдык жана копуляциялык функциясын жакшыртуу максатында урук безинин трансплантациясы зарыл болушу мүмкүн. (85, 149,160).

Резюме.

Жабыркоо кандай мүнөздө жана түрдө болбосун куулук органдарынын травмасы олуттуу кечиктирилгис абалга кирет жана кийинки жагдайлар менен шартталат: биринчиден, жабыркаган бейтаптардын көпчүлүгү эмгекке жарамдуу жана репродуктивдүү курактагы адамдар; экинчиден, жабыркаган адамдардын көпчүлүгү мас абалда болушкан жана стационарга кеч келип түшүшкөн же кайрылышкан, бул оорунун жүрүшүндөгү маанилүү нерсе; үчүнчүдөн, көпчүлүк учурда урук безинин жабыркаган тарабында кыска же узак мөөнөттүү мезгилде гипотрофия же атрофия жаралат, бул эякуляттын сандык жана сапаттык көрсөткүчүн төмөндөтүп тукумсуздукка чейин жеткириши мүмкүн; төртүнчүдөн, жабыркаган бейтаптын репродуктивдүү саламаттыгын сактоо боюнча профилактикалык чаралар азыркыга чейин иштелип чыга элек.

Жалпысынан, адабий серептин негизинде максаттуу илимий изилдөө жүргүзүүнүн предмети болуп саналган КОЭнин клиникалык-патогенездик аспектилеринин изилденбеген учурлары аныкталган.

II БӨЛҮМ

ИЗИЛДӨӨ МАТЕРИАЛЫ ЖАНА МЕТОДДОРУ

2.1. Текшерүүдөн өтүшкөн бейтаптарды жалпы мүнөздөмөсү

Изилдөө материалы куулук органдарынын травмалык жабыркоосун баштан кечиришкен 119 бейтап тарабынан берилген. Бардык пациенттер 2002-жылдан тартып 2012-жылга чейинки мезгил аралыгында Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык Илимий урология борборунда (КР ССМ УГ алдындагы РИУБ), ошондой эле Нарын облустук бириктирилген оорукананын урология бөлүмүндө стационардык дарылануудан өтүшкөн.

Текшерүүдөн өтүшкөн бейтаптардын жаш курак боюнча мүнөздөмөсү 2.1-таблицада берилген.

2.1-таблица. – Куулук органдары жабыркаган бейтаптарды текшерүүнүн жаш куракка таандык мүнөздөмөсү (n - 119)

Куулук органдарды жабыркашкан пациенттер (n - 119)	Жаш курагы				
	16-18 жаш	19–25 жаш	26– 30 жаш	31–40 жаш	40 жаштан жогоркулар
	23 (19,3%)	42 (35,2%)	29 (24,4%)	16 (13,5%)	9 (7,6%)

Жогорудагы таблицанда көрүнүп тургандай куулук органдарынын травмалык жабыркоосун негизинен 18 жаштан 30 жашка чейинки (61,7%) курактагы адамдар, башкача айтканда алда канча репродуктивдүү жана эмгекке жарамдуу курактагы пациенттер түзгөн.

Клиникалык практикада бейтаптын ооруканага келип түшүү мөөнөтү менен алынган травма мөөнөтүнүн узактыгы өзгөчө мааниге ээ (2.2-таблица).

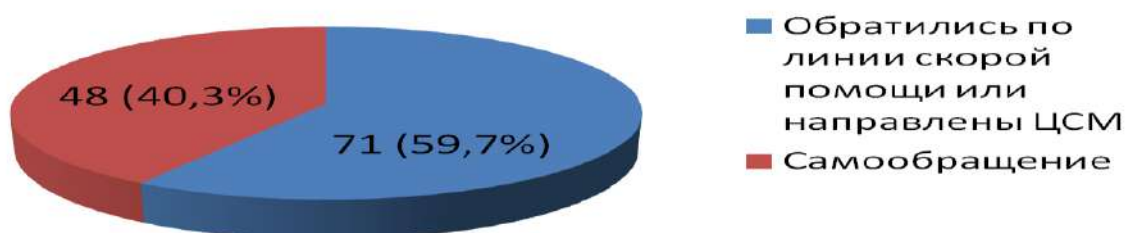
Мунун өзү стационарга кабыл алуу мезгилине карата бейтаптын клиникалык макамынын мүнөзүн, өтүшүп кетүүлөрдүн болуусун жана көрсөткүчтөргө карата шашылыш хирургиялык дарылоо өңдүү медициналык жардам көрсөтүүнүн кечиктирилишин алдын ала аныктайт.

2.2-таблица. – Пациенттердин кайрылуу мөөнөтү жана куулук органдарынын травмасынын узактыгы (n - 119)

Куулук органдарды жабыркашкан пациенттер (n - 119)	Мөөнөтү, сааты				
	12 саатка чейин	24 саатка чейин	24 сааттан көп	48 саат	48 сааттан көп
	23 (19,3%)	29 (24,4%)	33 (27,7%)	19 (15,9%)	15 (12,6%)

Биздин клиникалык шарттарыбызда төмөнкү маалыматтар белгиленген: негизинен бейтаптардын медициналык жардамга кайрылуу убактысы: 24 саат ичинде - 29 (24,4%) жана 24 сааттан көп - 33 (27,7%). Бул пациенттердин негизинен реактивдүү орхоэпидидимит пайда болгондон кийин гана кайрылууларына же травма алгандан кийинки алгачкы сааттарда кайрылуусу келбей койгондугу менен мотивацияланат. 12 саатка чейин – 23 (19,3%) бейтап, алар куулуктагы чоңойуп жаткан гематома же ачык травма менен жабыркашкан. Кечигип кайрылууларды ичкилик ичип мас болгон жана медициналык жардамга кайрылгысы келбеген (өз алдынча өтүп кетет деп ойлошкон) адамдар түзгөн.

2.1-сүрөттө куулук органдарынын травмасы менен жабыркагандардын дарылоочу мекемеге кайрылууларынын мүнөзү иллюстрацияларган жана ал бейтаптардын өз алдынча кайрылууларынын себептерин аныктоо учурундагы көрсөткүчтөрдүн бири болуп калуусу мүмкүн. Аталган факт баштапкы медициналык звенонун республиканын калкынын арасындагы ишин коррективкалаого жардам берет.



2.1-сүрөт. Пациенттердин куулук органдарынын травмасы менен кайрылууларынын мүнөзү.

Сүрөттө көрсөтүлгөндөй куулук органдарынын травмасы менен жабыркаган 119 пациент тез жардам линиясы буюнча кайрылышкан же 71 бейтап (59,7%) ҮМБлар аркылуу жиберилген, ал эми өз алдынча кайрылуулар 48 (40,3%) учурда катталган.

Куулук органдарындагы травмалардын келип чыгуу себебине чындап баалоо иштерин өткөрүү олуттуу мааниге ээ жана жыйынтыктары 2.2-сүрөттө көрсөтүлгөн.



2.2-сүрөт. Куулук органдарынын травмасынын мүнөзү.

Биздин клиникалык материалда салыштырмалуу жогорку көрсөткүчтү жабык мүнөздөгү куулук органдарынын травмалары түзгөн (77,3%), ал эми обочолонгон абалдагы (76,7%) жана куулук органдарынын ачык травмалары менен жабыркаган бардык пациенттер (22,7%) негизинен мас абалында келип түшкөн.

Белгилей кетчү нерсе куулук органдарынын травмасы менен байланышкан 119 жаракаттын 28 (26,5%) учуру аралаш травмалар менен (баш сөөктүк-мээлик, урунуу, көгөрүү же дененин башка бөлүктөрү ж.б.);

Куулук органдарындагы травма алуу менен байланышкан кырдаалдарга анализ өткөрүүдө төмөндөгүдөй себептер аныкталган: криминогендик (куулук тушка башка адам тарабынан кокусунан же атайылап эле сокку урулушу, же бир канча адамдар тарабынан токмоктолушу) – 49 (41,2%) бейтап, турмуш-тиричиликтик (үй шартында же кожолукта иш аткаруунун натыйжасында алынган) – 36 (30,3%) бейтапта; жол-транспорттук – 19 (15,9%) бейтапта жана спорттук травматизм – 15 (12,6%) бейтапта (2.3-сүрөт).



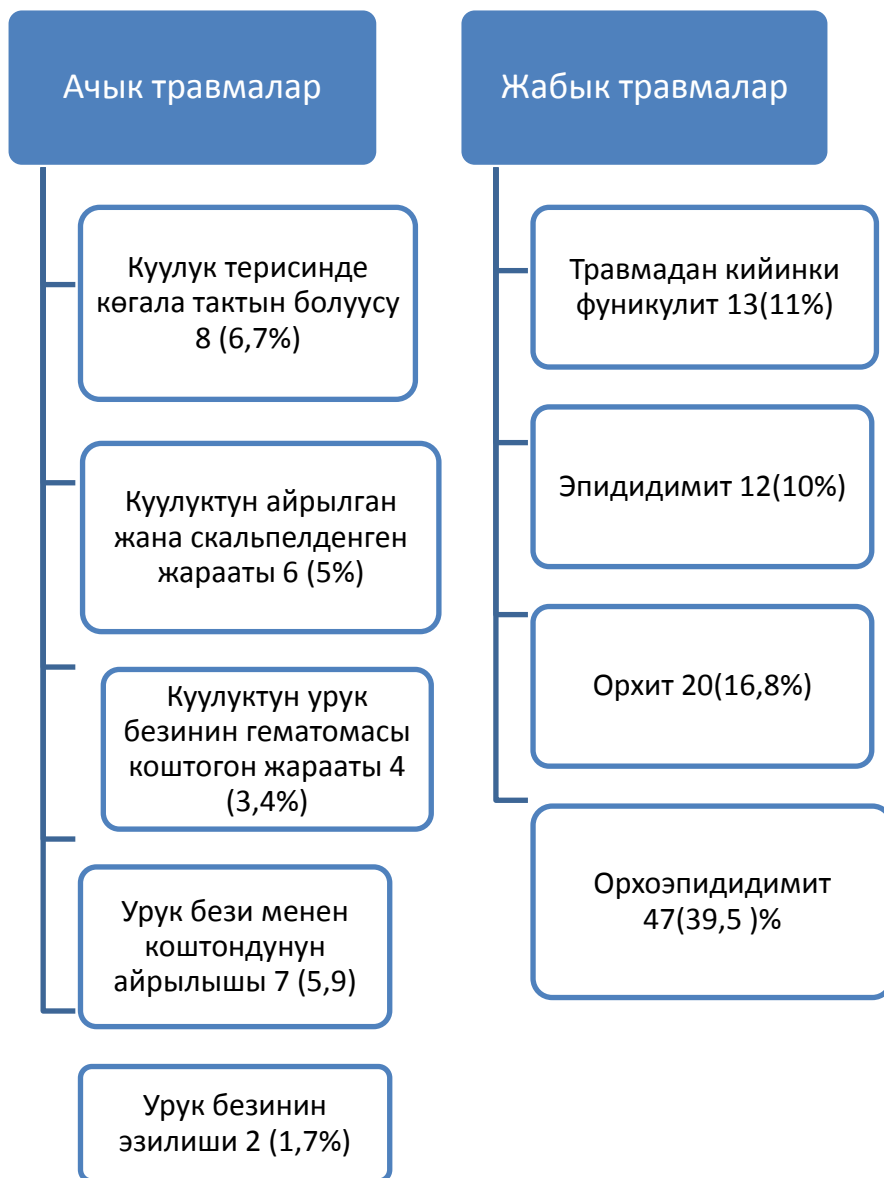
2.3-сүрөт. Травма себебин анализдөө

Өз ишибизде травма түрлөрүн белгилөө менен катар эле биз алынган жабыркоолордун мүнөзүн деталдаштырганбыз жана анын жыйынтыгы 2,4-сүрөттө берилген.

Ошол эле учурда куулук органдарынын ачык травмасы төмөнкүчө мүнөздөлөт: куулуктун терисинин сыйрылуусу - 8 (6,7%), жыртылган же скальпел тийген жаракаттар – 6 (5,0%), урук безинин гематомасы менен

куулуктагы жаракат – 4 (3,4%) урук безинин же коштондунун айрылышы – 7 (5,9%), урук безинин эзилип калышы – 2 (1,7%).

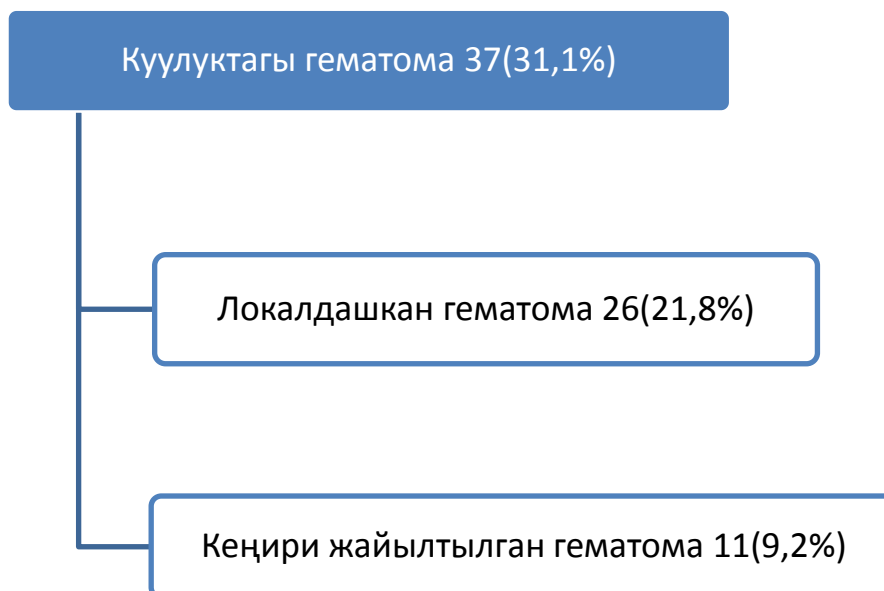
Куулук органдарынын жабык травмалары 1 төмөнкүдөй катталган: травмадан кийинки фуникулит-13 (10,9%), эпидидимит – 9 (7,6%), орхит – 19 (15,9%) бирге (орхоэпидидимит) - 47 (39,5%).



2.4-сүрөт. Куулук травмасынын мүнөзүн жана травма түрлөрүн деталдаштыруу.

Муну менен катар эле 37 бейтапта (31,1%) гематома катталган жана биз тараптан локалдашкан гематомалар аныкталган, мындай шартта шишиктин таралуусу куулуктун жабыркаган тарабы менен чектелген – 26 бейтап

(21,8%), ал эми гематомалардын жайылуу деңгээли бүтүндөй куулукту, жыныстык мүчөнү, ошондой эле жамбаштын ички кыртышына жеткен учур 11(9,2%). Бул төмөндөгү 2.5-сүрөттө чагылдырылган.



2.5-сүрөт. Куулук гематомасынын түрлөрү

Резюме: Тилекке каршы, куулук органдары жабыркагандардын көчүлүк бөлүгүн 19 жаштан 30 жашка чейинки (50,6%) курактагы репродуктивдүү жана эмгекке жарамдуу курактагы адамдар түзөт, алардын ичинен 401,1% криминалдык мүнөздө келип чыгат. Ошону менен бирге куулук органдарынын травмасынын жогорку салыштырма салмагын түзгөн: туюк мүнөздөгүлөр (77,3%), ал эми обочолонгон абалда (76,5%). Куулук органдарынын ачык мүнөздөгү травмалары менен жабыркаган бардык бейтаптар (22,7%) негизинен мас абалында келип түшүшкөн.

2.2. Изилдөө методдоруна карата кыскача мүнөздөмө

Куулук органдарынын травмалык жабыркоосун изилдөө методдоруна анализ өткөрүүдөгү эң негизги нерсе болуп травманын келип чыгуусун дыкат иликтөө үчүн максатындагы сурамжылоодон тартып бейтапты физикалык мүнөздө текшерүү саналат. Куулук органдарынын жабыркоосун визуалдуу диагностикалоо кыйынчылыктарды жаратпаганы менен бүтүндөй маалыматтардын дыкат чогултулушун, башкача айтканда, травма алуу менен

байланышкан кырдаалды, келип чыккан убакыт менен күндү, ошондой эле дарылоочу мекемеге кечигип кайрылуусунун себептерин иликтөөнү талап кылат.

Оорулууну объективдүү кароо учурунда терисиндеги бардык жаракаттарды (канталап көгөрүү, сыйрылуу, гематомалар ж.б.) баяндоо менен анын жалпы абалын (ичкилик ичкени же ичпегенин) так баалоо, байланыштуу жаракаттарды табуу абдан маанилүү.

Бул нерсе эгерде травма криминогендик мүнөздө болуп, соттук экспертизанын баа берүүсү талап кылынган учурда өзгөчө мааниге ээ.

Эгерде травма аралаш мүнөздө болсо (баш сөөктүк-мээлик, бет же дененин башка бөлүктөрүнүн көгөрүүсү, сыйрылуусу ж.б.), анда байланыштуу адистердин кеңеши керектелет.

Локалдык статус так жана деталдуу баяндалышы зарыл. Куулук органдарынын ачык травмасында куулук терисинде сыйрылуулар, жыртылган же скальпель тийген жаракаттар, урук безинин гематомасы бар же жок экенин аныкташат, ал эми урук безинин же коштондунун айрылуусунан, урук безинин эзилүүсүнөн күмөн санаган учурда ультрадобоштуу изилдөө (УДИ) жүргүзүү кажет.

Куулук органдарынын жабык травмасында гематоманын бар же жок экенин, бар болсо анын орун алган жерин, жайылуусун (чектелген же жайылган) көрсөтүү менен каттоо керек. Чектелген гематомада жайылуу деңгээли жабыркаган тарап менен чектелет, ал эми жайылган гематомада куулук, жыныстык мүчө, жамбаштын ички бетине чейин камтылат.

Муну менен катар травмадан кийинки фуникуллит, эпидидимит, орхит же алардын айкалышынын келип чыгуу фактысын көрсөтүү зарыл.

Жалпы клиникалык лаборатордук текшерүүлөрдүн алкагында кан жана сийдик анализи алынган. Биохимиялык анализдер милдеттүү текшерүү катары саналган эмес.

Кийинчерээк Бүткүл Дүйнөлүк Саламаттык Сактоо Уюмунун (БДСУ) жалпы кабыл алынган методикасы боюнча оорулуулардан спермограмма анализи алынган.

Кан сары суусундагы эрендикке каршы антителаларды (ЭКА) аныктоо.

Кан сары суусундагы эрендикке каршы антителалардын иммуноферменттик анализи (ИФА) сперматозоиддердин кыймылдуулугу бузулган жана патоспермиянын башка формалары болгон бейтаптарга жүргүзүлгөн.

Жүргүзүү техникасы: эякуляттан алынган үлгүлөр суюлтулуп, чөнөктөрү антителалар менен өз ара аракеттешүүгө жөндөмдүү белок аралашмалары менен капталган микропланшетке куюлат. Үлгүдөгү эрендикке каршы антителалар бул белоктор менен катышат. Белгилүү ырааттуулуктагы аракеттерден соң эрендикке каршы антителалардын концентрациясына пропорционалдуу болгон чөнөктүн ичиндеги заттын оптикалык тыгыздыгы өлчөнөт.

Жыйынтык: Нормалдуу мааниси: 0-60 Б/мл;

Аралык маанилери: 61-100 Б/мл;

Жогорулатылган маанилери 100 Б/мл ден көп.

ЭКА аныктоонун аз таралган башка ыкмалары да бар: түтүктүк цитометрия (ЭКА жана алардын сперматозоиддер мембранасындагы концентрациясын аныктоо), радиоиммундуу ыкма, иммунофлуоресценция ж.б.

ЭКА аныктоонун эң көп колдонулган ыкмалары түрдүү мембраналык антигендерге каршы багытталган антителаларды аныктоого негизделген. ЭКА аныктоонун «Алтын стандарты» жок. Ошондуктан, аларды аныктоо үчүн колдонулган ыкмалар бири-бирин өз ара толуктап турушат.

Кароо этабында жалпы клиникалык кароо менен катар ультрадубуштуу доплерография (УДДГ) кеңири колдонулат, бул куулук гематомасын жана урук безинин кыртышынын гематомасын айырмалоого, урук безиндеги

жабыркоолорду табууга, жабыркаган органдагы кан айлануунун мүнөзүн аныктоого жардам берет.

Артериалдык кан агымынын түстүү жана спектрдик мүнөздөмөлөрү, айрыкча жогорку систоликалык ылдамдык ($V_{\max \text{ sist}}$) жана аяккы диастоликалык ылдамдыктын ($V_{\max \text{ diast}}$) орто маанилери бааланган. Жалпы кан агымы энергетикалык доплердин жардамы менен бааланган.

Куулук органдарын В-режиминде сканерлөө учурунда урук безинин өлчөм нормативи $40 \times 35 \times 30$ мм түзүп, так контурлары, бир тектүү эхоструктурасы аныкталган. Кошунду урук безинин арткы капталдык бөлүгүнүн узатасында көрүнгөн, анын баш жагынын эхогендүүлүгү, куйрук бөлүгүнүн тулкусу бирдей болгон. Кошундунун баш жагынын максималдуу өлчөмү 10 мм ди, кошундунун тулкусунун жоондугу 3-5 мм ди түзгөн. Куулук тамырларына түстүү доплердик картирлөө жүргүзүү учурунда эн танабынын артериясы 28%, урук безинин артериясы 60%, айрыкча урук безинин орто көңдөйүндөгү ири паренхиматоздук артериялар 100% учурларда көрүнгөн. Жогоруда айтылып өткөн тамырлардагы артериялык кан агымынын көрсөткүчтөрүн өлчөгөндө кийинки маалыматтар алынган: эн танабынын артериясында $V_{\max \text{ sist}} - 0,129$ см/с; урук безинин артериясында $V_{\max \text{ sist}} - 0,216$ см/с, $V_{\max \text{ diast}} - 0,104$ см/с; паренхиматоздук артерияларда $V_{\max \text{ sist}} - 0,112$ см/с, $V_{\max \text{ diast}} - 0,053$ см/с.

Эксперименталдык изилдөөлөр К.И. Скрыбин атындагы Кыргыз Улуттук Агрардык Университетинде мекеменин жетекчилигинин макулдугу менен жүргүзүлгөн (ректор; КР УИА корреспондент-мүчөсү, м.и.д., профессор Р.З. Нургазиев).

Эксперименттер жай мезгилинде 40 лаборатордук эркек коёнго жүргүзүлгөн. Бардык жаныбарлар экспериментке чейин виварийде 2 аптадан ашык кармалган. Ал жерде алар мамлекеттик стандарт (МамСТ) менен бекитилген жаныбарларды тоюттандыруунун кадимки рационунда багылган. Жаныбарлардын кийинки салыштырмалуу топтору тандалып алынган: биринчи (контролдук) – 20 эркек коён, аларга протекциялык дары-дармектер

менен корголбогон урук безинин травмасы; экинчи (негизги) – 20 эркек коён, аларга протекциялык дары-дармектер менен корголгон урук безинин травмасы. Муну менен катар салыштырмалуу гистоморфометриялык анализди так жүргүзүү үчүн 5 ден-соолугу чың эркек коён тандалып алынган

Материал исследований



Изилдөө материалдары

Дени сак коёндор №5

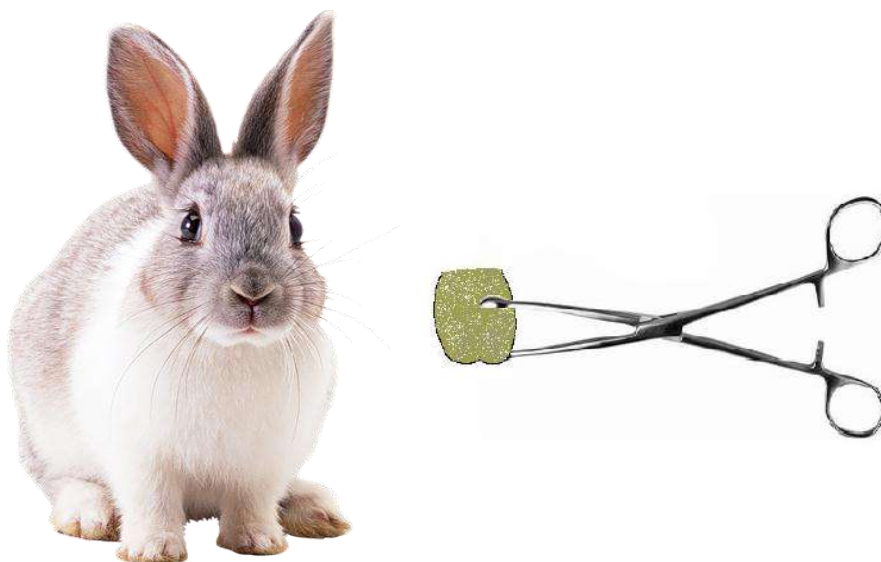
Гонадопротексиясыз контролдук топ № 20

Гонадопротексиялуу негизги топ № 20

2.6-сүрөт. Экспериментке алынган жаныбарлардын салыштырмалуу тобу

Методика: Корнцангдын жардамы аркылуу урук безин атайылап жабыркатуу жолу менен изилдөөгө алынып жаткан коёндордун куулук органдарына туюк травма жасалган. Эксперименттин тазалыгы болуп травма болгон тараптагы урук безинин шишимик тартпоосу, жандыктын чоочулабоосу, куулук терисинде гематоманын жоктугу саналган (2.6-сүрөт).

Негизги топто эксперимент жүргүзүлүп жаткан жаныбарларга L-карнитин дары каражаттары аркылуу протекциялык дарылык коргоо өткөрүлгөн жана ал коёндун кулагындагы тамырга (базалык препарат) жасалган. Бул үчүн 2,0 мл. физиологиялык эритиндиге L-карнитин дары каражаттары менен 0,3 мл дозасындагы Протосериал дары каражаттары колдонулган.



2.7-сүрөт. Урук безинин травмасынын методикасын иллюстрациясы

Дары каражатын тандоо апоптоздо L-карнитин антиоксиданттык жана коргоочу аракет көрсөтүп, клеткалык регенерацияны жөнгө салгандыгына, ал эми Протосериал репаративдүү жана регенеративдүү процесстерди жогорулатып, клетка тканындагы метаболикалык жана кычкылдандыруучу процесстерди активтештирип, гипоксия жана метаболикалык алсыроо шарттарында турган клеткалардагы кычкылтектин пайдаланылуусун жогорулатып, клеткалардын пролиферациясын жана миграциясын жөнгө салгандыгына байланыштуу.

2, 5 жана 10 суткадан кийин эфирдик наркоздун таасири алдында ар кыл эксперименталдык сериялардагы коёндор менен катар эле дени сак коёндордун урук безинин туюк травма алган жагындагы ткандары алынган.

Морфологиялык изилдөөлөр үчүн эксперименталдык жаныбарлардан алынган материалдар дароо формалиндин 10%дын эритиндиси жайгашкан таза, стерилизацияланган контейнерге салынып, он күн боюу 37°C

термостатта байкоо жүргүзүлгөн. Материалдардын үлгүлөрү жайгашкан бул контейнерлер кийинки гистологиялык изилдөөлөр үчүн тыгын менен жабылып, тобу жана мөөнөттөрү боюнча моркировкаланган.

Урук безинин гистологиялык кесиги гематоксилин карциозин менен жана Ван-Гизон боюнча боёлгон.

Текшерилген бейтаптардан алынган маалыматтарды документалдык жана статистикалык баалоо.

Текшерүү жана дарылоо баскычтары медициналык документтерде (бейтаптын оору баяны) катталган жана анда изилдөөнүн лаборатордук жана башка методдорунун жыйынтыктары чагылдырылган күндөлүктө клиникалык көрүнүштөрдүн динамикасына, дарылоо иштеринин натыйжалуулугуна баа берилип, алардын негизинде медициналык-статистикалык маалыматтар алынган. Лаборатордук жыйынтыктар вариациялык статистика методунун негизинде «Pentium–IV» персоналдык компьютеринде статискалык жактан иштелип чыккан жана эң эле туура жыйынтык болуп $p < 0,05$ саналган.

Бейтаптарды дарылоо жыйынтыгын баалоо төмөнкү критерийлер боюнча жүргүзүлгөн:

1) жакшы - оорунун жалпы жана бөлүктүн клиникалык көрүнүштөрдүн жоктугу, лаборатордук-инструменталдык жыйынтыктардын нормалдашуусу;

2) канааттандыраарлык – травмадан кийинки орхоэпидидимитти хронизациялоо, патоспермия;

3) Канааттандыраарлык эмес – травма алган тараптагы урук безинин атрофиясынын обочолонгон мезгил ичиндеги өнүгүүсү.

Резюме: Куулук органдарынын жабыркоосун аныктоо өзгөчө деле кыйынчылыкты жаратпайт, бирок маалыматтарды, башкача айтканда травма алган кырдаалды, убактысын, күнүн, ошондой эле дарылоочу мекемеге кечигип кайрылууларынын себеби дыкат чогултууну талап кылат.

Жалпы клиникалык текшерүүлөр менен бирге УДДГ кеңири пайдаланылган. Өз кезегинде ал куулук гематомасын урук бездеринин кыртышындагы гематомалардан айырмалайт, урук безинин бүтүндүгүнө доо кетпегенин, ошондой эле кан тамырлардын доплерографиясынын негизинде жабыркаган органдардагы кан айлануулардын мүнөздүн аныктоого шарт түзөт.

III БӨЛҮМ

КУУЛУК ОРГАНДАРЫНЫН ТРАВМАЛАРЫН ИЗИЛДӨӨ ИШТЕРИНИН КЛИНИКАЛЫК, ЛАБОРАТОРДУК, УЛЬТРАДОБУШТУК ЖАНА МОРФОЛОГИЯЛЫК ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Кечиктирилгис урология структурасында куулук органдарынын травмасы олуттуу мааниге ээ, бул нерсеге орун алган клиникалык, патофизиологиялык жагдайлар алдын ала аныкталат: биринчиден, куулук травмасын алган бейтаптын коркунуч, жыныстык жана репродуктивдүү гармониядан ажыроо сыяктуу стресстик жагдайды башынан өткөрүшү; экинчиден, травманын айынан кысынуу, ыңгайсыздык жана уялуу сезиминин жаралышы (мисалы: тиштелген жарааттар); үчүнчүдөн, мас абалда алган травмаларга медициналык мекемеге кеч кайрылуудан улам туура эмес баа берилиши; төртүнчүдөн, анамнезде орун алган куулук органдарынын травмасынан кийин репродуктивдүү системинде бузулуулар келип чыккан оорулуулардын санынын артышы клиникалык гана эмес, патофизиологиялык масштабдагы изилдөөлөрдү талап кылат.

3.1. Клиникалык-лаборатордук жана ультрадобуштуу изилдөөлөр

Куулук органдарынын травмасынын клиникалык агымы биринчи кезекте алган жаракаттын мүнөзүнө, даражасына жана оордугуна көз каранды.

Куулук органдарынын травмасынын клиникалык агымы төмөндөгүдөй маалыматтар менен мүнөздөлөт: бардык бейтаптар куулуктун жабыркаган жери боюнча курч мүнөздөгү оору сезимин баштан кечиришкен жана ал кыймыл-аракет, ошондой эле кийим-кече менен тийишкен учурларда күчөп турган. 50% учурларда оору сезими чурай тушка өткөн жана көлөмү жагынан чоңойуп кеткендигине байланыштуу куулуктун мүнөздүү асимметриясы, бүгүштөрдүн жазылышы, дене табынын жогорулоосу байкалган.

Жабыркаган урук безинин 96% учурларында ар кыл мүнөздөгү сезгентүүчү процесстер (курч мүнөздөгү орхоэпидидимит) аныкталган.

Бул өңүттө сезгенүү процессинин оордук даражасын аныктап алган жакшы: клиникалык-лаборатордук жана башка изилдөөлөр менен салыштырылган жеңил, орто жана оор процесстер. Оордук даражасын баалоодо биз, биринчиден, жабыркаган органдагы процесстин өтүшүнө жана оордошууларга баа берүүгө; экинчиден, дайындалган терапиянын эффективдүүлүгүнө негизделдик.

Жеңил даражадагы жабыркоолорго кийинки мүнөздөмөлөргө ээ жабыркаган адамдарды коштук: оорунун өтө байкалбаган клиникалык симптомдору (куулук органынын травма алган жагындагы туруксуз жана жеңил оорутуулар), куулук органындагы жайылбаган жана өспөгөн сырткы гематомалары, куулуктун травма алган жагынын бир аз шишимик тартышы, урук безинин же коштондунун эн танабынын элементтерине жайылбаган, обочолонгон орто мүнөздөгү шишимиги.

Жалпы клиникалык симптомдору нормалдуу же субфебрилдүү температуралык реакциясына, орто мүнөздөгү алсыздык жана терчилдик, физикалык ишке жөндөмдүүлүктүн убактылуу төмөндөшүнө шайкеш келген. Ошондуктан, бейтаптын жалпы абалы канааттандырарлык же салыштырмалуу канааттандырарлык деп табылган.

Орто даражадагы куулук травмалары организмдин травма алууга карата жалпы реакциясы менен коштолгон. Муну менен бирге, клиникалык симптомдорунун диапозонуна куулуктун жабыркаган тарабындагы туруктуу мүнөздөгү оорутуу жана шишүү кирген. Бөлүктүк симптомдорго гематома же реактивдүү орхоэпидидимит менен байланыштуу шишимиктен улам келип чыккан куулуктун ассиметриясы мүнөздүү болгон.

Пальпатордук изилдөө учурунда куулуктун жарты бөлүгүнөн ары (куулуктун контралатералдык бөлүгүнө, чат же жыныс мүчөсү тарапка) жайылган гематомадан улам флуктуацияланган жерлер аныкталган. Мындай учурда гематоманын өскөндүгүн же анын чектелгендигин аныктоого мүмкүн болгон. Кармалап көрүү учурунда жабыркаган урук бези менен коштондунун шишимиги сыяктуу орхоэпидидимитке мүнөздүү бөлүктүк симптомдор

аныкталган. Куулук органдарынын орточо оордуктагы травмаларынын структурасына урук безинин же коштондунун бүтүндүгү сакталган ачык жабыркоолорду (ар түрдүү мүнөздөгү жарааттар), куулуктун эттүү кыртышына же урук безинин висцералдык челине чейин тараган гематомаларды, оперативдүү дарылоону (жарааттарга АХТ (алгачкы хирургиялык тазалоо) жүргүзүү, гематомаларды ачуу жана кан агууларды токтотуу) камтыдык.

Куулук органдарынын орточо мүнөздөгү травмасынын жалпы симптомуна биз дене табынын $38,5 - 39^{\circ}\text{C}$ диапозону боюнча көтөрүлүүсү менен мүнөздөлгөн жана ысыкты төмөндөтүүчү эффектке карата таасир этүүчү орхоэпидидимиттин клиникалык көрүнүштөрүн коштук. Температуралык реакция күндүзгү убакытта көбүнчө 37°C ге чейин төмөндөгөн.

Оор даражадагы травмалардын структурасына куулуктун шишимиги жана гиперемиясы менен катар посттравматикалык орхоэпидидимит боюнча операция жасалган бейтаптар киргизилген. Травма алган бөлүктөгү тери табынын жогорулоосу байкалган, жеңил-желпи тийип коюу катуу оору сезими менен коштолгон. 50% учурларда эн танабынын элементтеринин шишимиги жана оору сезими (фуникулит) байкалган, ал эми 8% учурларда жумшарган жерлер (ириңдөө) аныкталган. 40°C жана андан жогорку температуралык реакция бардык учурларда байкалган, учурлардын жарымында катуу чыйрыгуу менен коштолгон, ысык түшүрүүчү дары-дармек каражаттары аз таасир берген дене табынын күндүзгү убакта жогорулоосу байкалган.

Оор клиникалык сезгенүү процессинде бардык оорулууларда интоксикациянын жалпы симптомдору менен жогоруда айтылып өткөн клиникалык көрүнүштөрүнүн айкалышы орун алгандыгын белгилей кетүү зарыл (физикалык ишке жөндөмдүүлүктүн кескин төмөндөшү, баш оору, алсыздык, табиттин төмөндөшү же жоголушу, көңүл айнуу ж.б.). Бул

көрүнүштөр түз пропорционалдуу болуп, травма алган урук беши жана коштондудагы ириңдүү-сезгенүү процесси ачык байкалган.

3.1-таблицада биз интоксикация симптомдорунун клиникалык көрүнүштөрүнө клиникалык гана эмес, өз кезегинде урук беши жана коштондунун жабык мүнөздөгү травмаларындагы курч мүнөздөгү сезгенүү процессинин багыттоочу терапиялык тактикасы болгон лаборатордук-гемодинамикалык изилдөөлөрдү эске алуу менен баалоо жүргүздүк.

3.1 таблица – Травмадан кийинки орхоэпидидимиттин мүнөздүк көрсөткүчтөрү.

Жыйынтыктардын көрсөткүчтөрү	Орхоэпидидимит абалынын клиникалык даражалары		
	жеңил	орто	оор
Дене температурасы	37,6±0,5	38,7±0,6	39,8±0,4*
ЖЖЖ 1 мүнөткө	88,6±3,4	98,6±3,8*	110,5±2,3*
ЧД в 1 мин.	19,2±1,2	23,4±1,8	32,8±1,6*
Перифериялык кандын картинасы			
Лейкоциттер, $\times 10^9$ /л	9,3±0,6	13,9±0,4	16,7±0,7*
Сегменттик-ядролук	71,6±1,3	82,4±0,9*	87,2±1,4
Таякча-ядролук	6,7±0,2	9,5±0,6	14,3±1,2*
Жаш	-	1,8±0,7	5,6±0,4*
Моноциттер	6,4±0,3	5,5±0,5	4,3±0,8
Лимфоциттер	18,2±0,7	15,9±1,3*	11,6±0,6*
ЭЧЫ	22,1±2,6	31,8±1,7*	45,6±2,3*
ЛИИ	5,4±0,2	4,1±0,4	2,5±0,6*
Урук безинин жана коштондунун эхоморфометриясы			
Урук беши	54,7±1,3мм	61,6±1,4мм*	69,2±0,6мм*
Коштонду башы	14,5±0,6мм	16,4±0,3мм	22,1±0,5мм*

Коштонду тулкусу	12,4±0,8мм	15,4±0,7мм	21,3±0,4мм*
Коштонду куйругу	9,9±0,5мм	13,9±0,8мм	19,2±0,2мм*
Ультрадобоштуу доплерография			
Vmax, см/с	0,143±0,06*	0,328±0,07*	0,121±0,03
Vmin, см/с	0,098±0,02м	0,141±0,52*	0,053±0,05
Ri –	0,266±0,04	0,482±0,07*	0,773±0,09*

Эскертүү: * p<0,05.

Посттравматикалык орхоэпидидимиттин жеңил даражадагы клиникалык көрүнүштөрү байкалган 9 оорулуунун (7,6%) жалпы абалы салыштырмалуу канааттандырарлык мүнөздө болуп, куулуктун травма алган жагынын шишимик тартышынан физикалык активдүүлүгү чектелген, б.а. жылганда оорутуу синдрому күчөгөн. Муну менен бирге, бул категориядагы оорулууларда ЖЖЖ (88,6±3,4) жана ДЖ (19,2±1,2) норманын чектеринде сакталып, дене табы субфебрилдүү мүнөздү (37,6±0,5) ташып, перифериялык кандын көрсөткүчтөрү норманын жогорку чектеринде болгон.

Посттравматикалык орхоэпидидимиттин клиникалык көрүнүштөрү оору белгилеринин даражасына түз пропорционалдуу болгон, андыктан салыштырмалуу анализде орто даражадагы оорунун айрым көрсөткүчтөрүндө кездешкен оорунун жеңил белгилери байкалган адамдардын жыйынтыктарынын көрсөткүчтөрү анык болгон.

Жабыркаган урук безинин клиникалык-лаборатордук жана гемодинамикалык көрсөткүчтөрү жактан жыйынтыктардын прогрессивдүү өсүшү терапиянын кийинки тактикасын чечүүчү критерий болгонун белгилей кетүү абзел.

Клиникалык-лаборатордук жыйынтыктардын хронологиясын карап чыкканда, куулук органдарындагы жеңил даражадагы сезгенүү процессинде 1 мүнөт ичиндеги ЖЖЖ жана ДЖ - 88,6±3,4 и 19,2±1,2 болгон, ал эми орто жана оор даражадагы клиникалык көрүнүштөрүндө орто эсеп менен - 1:2 и 1:4 кө чейин жогорулаганы байкалган (дене табы орто эсеп менен -38,7±0,6, оор даражасында тийешелүү түрдө - 39,8±0,4 кө чейин)(p<0,05).

Куулук органдарындагы сезгенүү процессинин күчөшүнүн мындай мыйзамченемдүүлүгү лейкоцитардык формула жана ЛИИ деңгээлинин жыйынтыгында катталган. Салыштырмалуу жыйынтыктарда оорунун жеңил жана орто даражадагы белгилеринин ортосунда анык көрсөткүчтөр болгон ($p < 0,05$).

Ошентип, урук безинин травма алган жагындагы реактивдүү сезгенүү процессинин жеңил даражасында лейкоформуланын деңгээли кийинкидей болуп чыкты: лейкоциттер - $9,3 \pm 0,6$; С - $71,6 \pm 1,3$; П - $6,7 \pm 0,2$; М - $6,4 \pm 0,3$; Л - $18,2 \pm 0,7$ и СОЭ - $22,1 \pm 2,6$ жана ЛИИ - $5,4 \pm 0,2$.

Лейкоформуланын жана ЛИИ деңгээлинин начарлашы травма алган урук безиндеги реактивдүү сезгенүү процессинин белгилерине түз пропорционалдуу болгон.

Ультрадобуштуу гемодинамикалык параметрлердеги өзгөрүүлөр парадоксалдуу статус болуп саналган. Мисалы, жеңил жана орто даражадагы белгилеринде жабыркаган урук безиндеги кан агымынын жогорулаганы аныкталган: V_{\max} ($0,143 \pm 0,06$ жана $0,328 \pm 0,07$) жана V_{\min} ($0,098 \pm 0,02$ жана $0,141 \pm 0,52$) тамырлардагы перифериялык каршылык күчөгөндө ($0,266 \pm 0,04$ төн $0,482 \pm 0,07$ ге чейин).

Ал эми урук безинин жабыркаган жагындагы сезгенүү процессинин оор даражадагы белгилеринде, тескерисинче, урук безиндеги кан агымынын төмөндөгөнү (V_{\max} - $0,121 \pm 0,03$ и V_{\min} - $0,053 \pm 0,05$), бирок тамырлардын салыштырмалуу каршылык индексинин жогорулаганы ($0,773 \pm 0,09$) байкалган.

Төмөндө сунушталган ыкма боюнча иликтөө жүргүзүлгөн эки клиникалык мисал келтирилген. Алынган жыйынтыктар дарылоо тактикасын тандоонун негизи болуп калды.

№1 клиникалык мисал

1. 1985-жылы туулган М-в Р.А. аттуу №1526 оорулуу кийинки клиникалык диагноз менен 15.01.2009 дан 20.01.2009 га чейин КРССМнин Улуттук госпиталына караштуу №2 урология бөлүмүндө стационардык

дарыланууда жаткан: Сол жактагы курч мүнөздүү посттравматикалык орхоэпидимит. Сол жактан реактивдүү гидроцеле.

Бейтап стационарга төмөндөгүдөй мазмундагы даттануулар менен келип түшкөн: сол жарымынын эсебинен куулуктун чоңоюшу, жылганда жана отурганда күчөгөн урук безинин сол жагындагы оору сезими, алсыздык.

Анамнездеги бейтаптын сөзүнөн, ал 2 күн мурда улуттук оюндар жүрүп жаткан учурда аттын ээринин уркуюп турган бөлүгүнө куулугунун сол жагы менен урунуп, травма алгандыгы аныкталган. Клиникага келип түшкөнгө чейин ал эч жерге көрүнгөн эмес, абалы начарлаганда гана стационарга кайрылууга аргасыз болгон.

Баалоо учурунда бейтап абалы орточо оордукта экендиги аныкталган. Дене табы -39.5° С. ЖЖЖ: мүнөтүнө $-108.$, пульс: мүнөтүнө -110 . А/Б – $110/60$ мм. рт. ст. Тили ак өңөр менен капталган, кургак. Курсагы – жумшак, кармалаганда оору сезимин жаратпайт. Боор жана көк боор чоңойгон эмес, оорутпайт.

Урологиялык макам: Бел тарабы симметриялуу, бөйрөктөрү пальпацияланбайт, XII кабырга боюнча ургулоо учурунда оору сезими жаралган жок. Куулук ассимметриялуу - сол жарымынын эсебинен чоңойгон, кармалап көрүүдө урук бези менен коштондуда катуу оору сезими жаралат жана алар чоңоюп кетишкен. Куулуктун травма алган жагы бүгүштүү эмес, теринин гиперемиясы байкалат. Куулукта флуктуацияланган жерлер бар.

Гемограммага лаборатордук изилдөө жүргүзүлгөн: Нb - 147 г/л., Эритроциттер – $4,3 \times 10^{12}$. Түс көрсөткүчү – $0,9$, лейкоциттер – $12,3 \times 10^9$ г/л. п.- 8 , с.- 71 , л. - 16 , м. - 4 ,. э. - 1 , ЭЧЫ – 25 мм/саат.

Жалпы сийдик анализи: түсү - сам/сары, тунуктугу - бир аз күңүрт, реакциясы - кычкыл, салыштырма салмагы - 1035 , белок - $0,260$ мг/л, жалпак эпителий – көрүү талаасында $1-0-1$, лейкоциттер – көрүү талаасында $10-15$.

Урук безинин жана коштондунун УДДГ жыйынтыгы (3.1-сүрөт): оң урук безинин өлчөмү - $38 \times 30 \times 27$ мм, коштондунун баш жагы $-1,3$ см, тулкусу $-1,2$ см, куйрук бөлүгү $-1,0$ см. Оң урук безинин жана коштондунун

эхоструктурасы бир тектүү, структуралык түзүлмөлөрсүз, белоктук катмары калыңдаган эмес. Оң урук безинин тамырларына жүргүзүлгөн УДДГ изилдөөлөрдө: V_{max} - 0,136см/с, V_{min} - 0,089см/с, Ri – 0,173.

Сол урук безинин өлчөмдөрү -62x57x59 мм, коштондунун баш жагы –2,3 см, тулкусу - 1,9 см, куйрук бөлүгү –1,8 см. Сол урук безинин жана коштондунун эхоструктурасы бир тектүү эмес, паренхиманын эхогендүүлүгү төмөндөгөн, урук безинин жана коштондунун ортосундагы висцералдык челдин астында аз өлчөмдөгү суюктук бар.

Сол урук безинин тамырларына УДДГ жүргүзүүдө кийинки көрсөткүчтөр аныкталган: V_{max} - 0,261м/с, V_{min} - 0,134м/с, Ri – 0,311.



3.1-сүрөт. Бейтаптын куулук органдарына УДИ өткөрүү

Куулуктун жабыркаган тарабындагы органдарга карата ультрадобоштуу жана кан тамырдык изилдөөлөрдүн негизинде кан тамырлардагы перифериялык каршылык индексинин өсүүсү менен (вена – жана лимфостаздын кыйыр белгилери) сол урук безиндеги гиперваскуляризациянын күчөгөндүгү байкалган.

Корутунду: Куулук органынын жабык мүнөздөгү травмасы. Сол жагынан орточо мүнөздөгү травмадан кийинки орхоэпидидимит. Реактивдүү мүнөздөгү гидроцеле.

Гонадопротекциялык коргоону кошуу менен бирге консервативдик терапия дайындалган.

№2 клиникалык мисал.

Пациент С-в Р., 1996-жылы туулган. Оору баяны №1899. Шашылыш түрдө КР ССМ алдындагы Улуттук госпиталдын андрология бөлүмүнө жаткырылган жана ал жерде 2009-жылдын 2-мартынан тартып 16-мартына чейин стационардык дарыланууда болгон. Баштапкы текшерүү учурунда бейтап куулук тушта такай, интенсивдүү оору сезими бар экендигин жана ал жеңил мүнөздөгү кара жумуш аткаруу учурунда күчөй тургандыгына дат кылган.

Травма алган кырдаалды аныктай келгенде жабыркаган адамды ооруканага кайрылуудан 2 саат мурда коңшусу чурай тушка тээп жибергендиги аныкталган.

Объективдүү статусту баалоо учурунда жабыркаган адамдын абалы орточо экендиги, тери кыртыштары менен көзгө көрүнгөн кыртыштардын түсү кадыресе экендиги аныкталган. Ошондой эле ички органдар дагы жабыркаган эмес.

Локалдык статус: Бел тушу өзгөрүүсүз, бөйрөктөр интактуу. Сырткы жыныстык органдар туура өнүккөн. Текшерүү учурунда куулуктун сол тарабы көгөрүп, гематоманы жыныстык мүчө тушка өткөндүгү байкалган. Териси шишимик тарткан. Кармалоо жолу аркылуу сол урук безинин бир аз шишимик тартуусу жана оорусунуусу аныкталган.

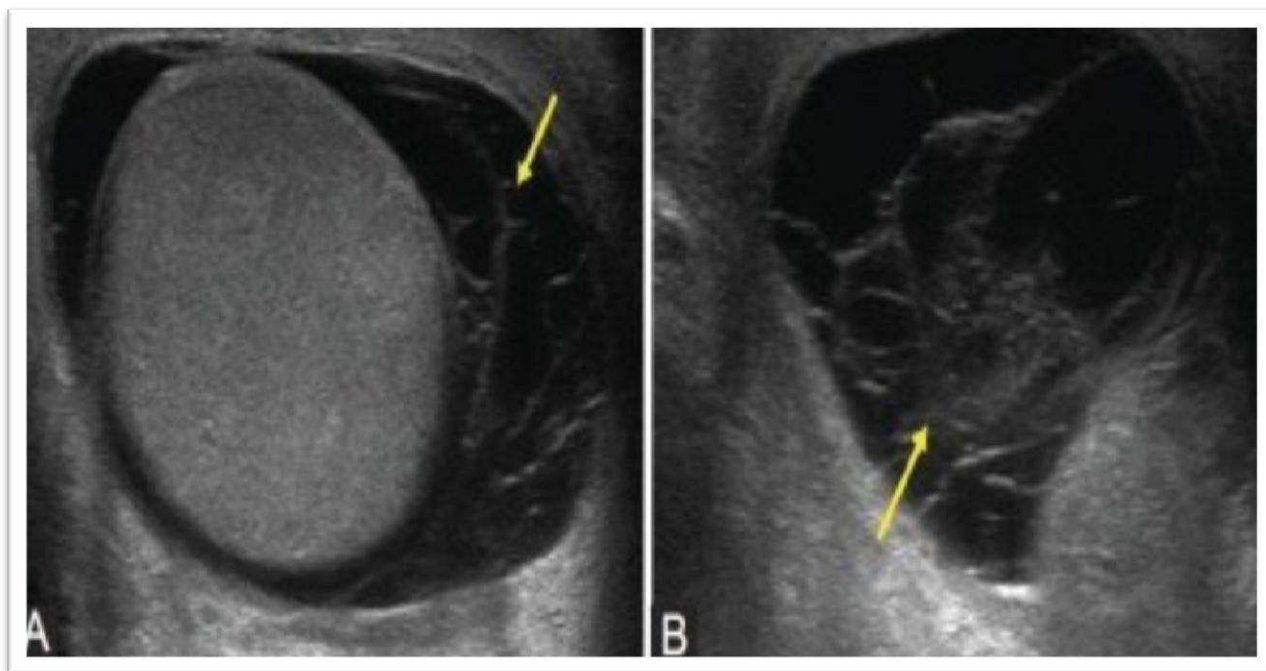
Шашылыш түрдө ЖКА, ЖСА алынып, УДГД жасалган. Жалпы кан анализинде: Нв - 133г/л, эритроциттер – $4,1 \times 10^{12}$. Түстүү көрсөткүчтөр – 0,8, лейкоциттер – $9,1 \times 10^9$ г/л, п.- 9, с.- 66, л. - 19, м. - 6, э.- 0, СОЭ – саатына 16 мм.

Жалпы сийдик анализи: түсү - сам/сары, тунуктугу- күңүрт, реакциясы - кычкыл, салыштырма салмагы - 1018, белок – терс, эпителий жалпак – көрүнүшү боюнча 1-2, лейкоциттер көрүнүшү боюнча – 3-5.

Куулукка, коштондулуу урук безине УДДГ өткөрүү учурунда: секторалдык датчик тарабынан контурлары текши эмес, алдыңкы-сырткы кыртыш боюнча төмөнкү эхотыгыздыктагы гомогендик эмес түзүлүшкө ээ тери алдындагы гематома аныкталган (3,2-сүрөт).

Сол урук безинин көлөмү 63,0x62,3x56,4мм. структурасы бир өңчөй эмес, айрым жерлерде эхотыгыздыктын төмөндөгөндүгү аныкталган, бирок белоктун кыртырштын бүтүндүгүнө доо кеткен эмес. Сол урук безинин коштондусунун көлөмү: башы - 2,0 см., тулкусу – 1,9 см., куйругу – 1,7 см., структурасы бирдей эмес кандайдыр бир өзгөрүүлөрсүз. Сол урук безинин УДДГ: V_{max} – 0,312 см/с, V_{min} – 0,221 см/с, Ri – 0,364.

Оң урук безинин көлөмү -33,9x33,3x27,0 мм, эхоструктурасы бирдей, кандайдыр бир өзгөрүүлөрсүз. Оң урук безинин коштондусунун көлөмү- 1,4 см, тулкусу – 1,3 см, куйругу – 1,0 см., эхоструктура өзгөрүлөн эмес, кандайдыр бир өзгөрүүлөрсүз. Оң урук безинин кан тамырларына УДДГ: V_{max} – 0,139 м/с, V_{min} – 0,127 чм/с, Ri – 0,089.



3.2-сүрөт. Бейтаптын куулук органдарынын УДИси (А – реактивдүү орхит, В – куулук гематомасы стрелка көрсөтүлгөн).

Корутунду: Куулук органдарынын жабык травмасы. Куулук гематосы. Сол реактивдүү орхит.

Бейтап оперативдүү дарылоого даярдалган – кургатуу жолу арылуу куулук гематомасын жара тилүү.

Ошентип, бул эки бөлөк клиникалык мисалдарда көрсөтүлгөндөй жалпы клиникалык текшерүүлөр менен бирге дарылоо тактикасын тандап алуу үчүн жабыркаган жана жабыркабаган контралатердик урук бездериндеги кан айланууну баалоо жана процесстин динамикасына контролдоо менен өткөрүлгөн УДИ маанилүү болуп саналат.

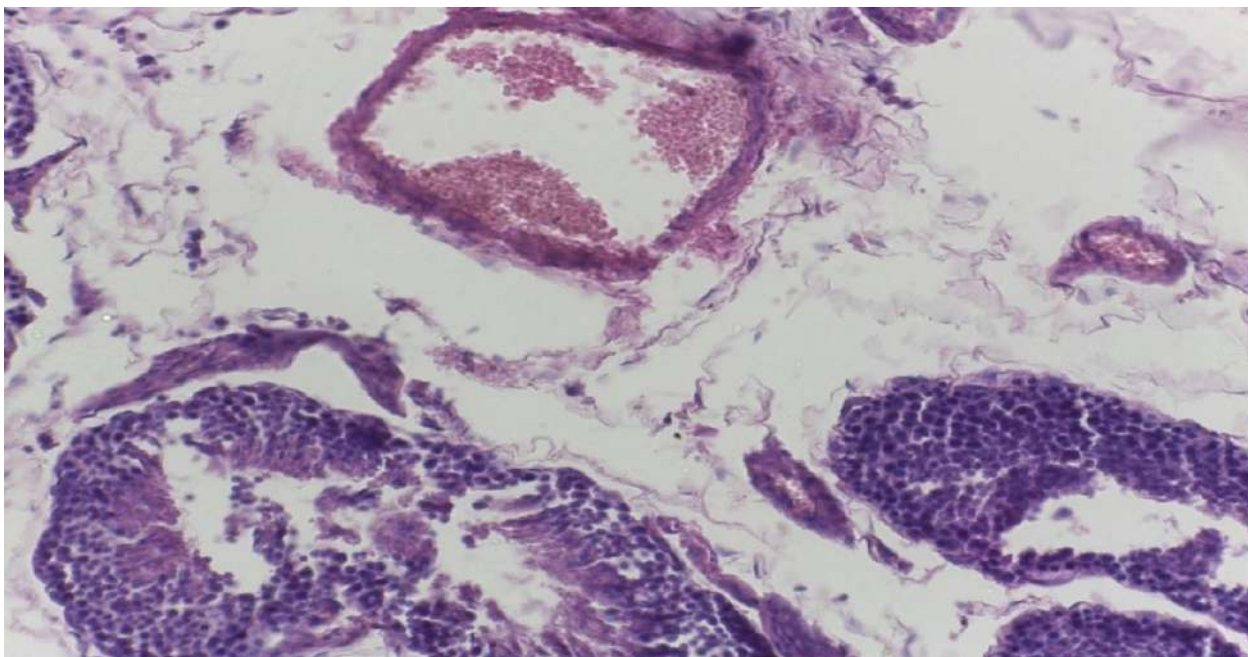
Жогоруда белгиленгендей жаракат алган жана сезгенген урук безинде татаал патофизиологиялык процесстер, ошондой эле ар кыл мүнөздөгү жана жаракатка жооп иретинде башка клеткалык реакциялар менен айкалышып кеткен веналык-жана лимфостаза түрүндөгү кан тамырдык реакциялар болуп өтөт. Ушундан улам биз кийинки изилдөө иштери үчүн эксперимент жүргүзүлүп жаткан эркек коёндордун урук безинин бир тараптуу туюк жабыркоолорунун моделдешүүсүнө басым жасадык жана коргонуу жолдорун аныктоо максатында жабыркаган органдардагы морфоструктуралык өзгөрүүлөргө изилдөө жүргүздүк. Алынган маалыматтар травмалык орхитти дарылоонун жаңы клиникалык стратегиясынын түзүү үчүн пайдаланылып, эркектерде келип чыгуучу фертилдүүлүктүн бузулушун алдын алуу боюнча маселелер тууралуу жаңы чечимдерге негиз катары кызмат кылышкан.

3.2. Куулук органдарынын эксперименталдык туюк жабыркоосундагы гистоморфологиялык көрүнүш

Жаракат алган урук безинин макро-морфологиялык сүрөтүн баалоо үчүн анын эксперимент түрүндө травмаланган жердеги шишимик тартуусу, белоктук кыртыштагы уюган кандардарга баалоо иштери өткөрүлгөн, тилкеде гематоманын бар экендиги аныкталган.

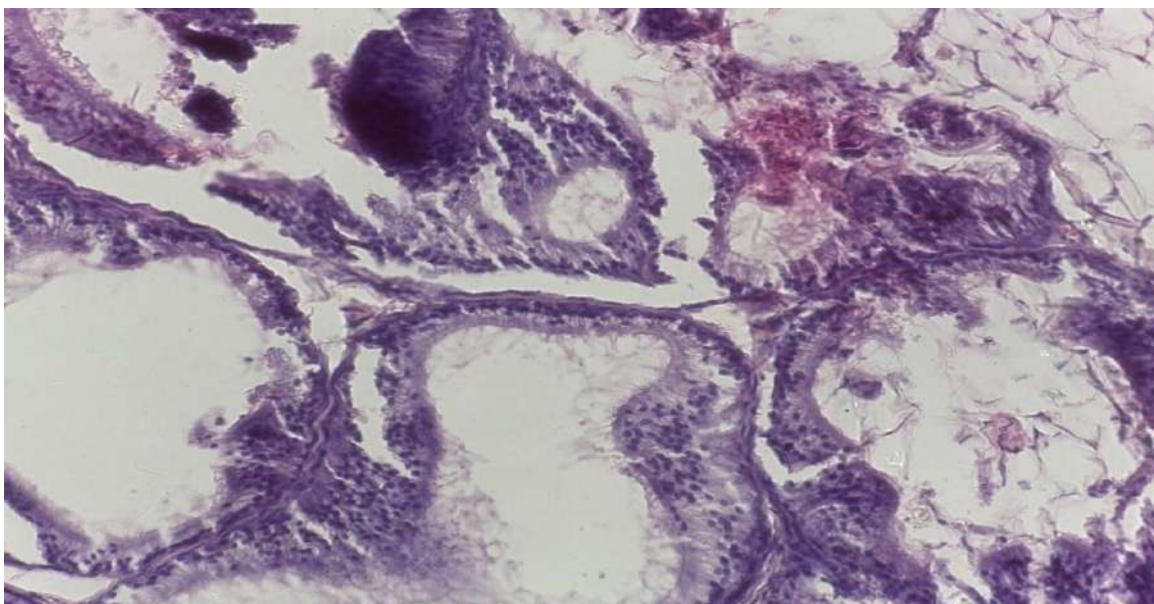
Травма алган 6 коёндун 2-суткадагы урук бездеринин гистологиялык көрүнүшү төмөнкүдөй жыйынтыктарды берди: кан тамыр-тромбоздор тарабынан олуттуу мүнөздөгү патологиялык өзгөрүүлөр, эндотелий

беттеринин шишимик тартуусу, жарылып кетүүсү жана кандын уюп калуусу байкалган (3.3-сүрөт).



3.3-сүрөт. Кан тамырлардын патологиясы: тромбоз, эндотелийдин шишимик тартышы, беттеринин жарылышы жана кан куюлуусу.

Интерстициалдык тканды олуттуу мүнөздөгү шишимик байкалса, анын фонунда Лейдиг клеткаларынын структуралык жактан бузулуусу, ошондой эле сан жагынан оору булагындагы азаюусу аныкталган. Муну менен катар эле эн танабында көптөгөн клеткалык калдыктарды, шишимек суюктугун жана сперматозоиддердин жетилген формаларын, ошондой эле канталоолор кездешкен. Бир катар учурларда каналчалардын деформацияланган жылчыкчалары, беттеринин айрылып кетүүсү, кан тамырлардын гипермиясы, каналча жылчыкчаларында үбөлөнгөн кыртышкын клеткалар катталган (3.4-сүрөт).



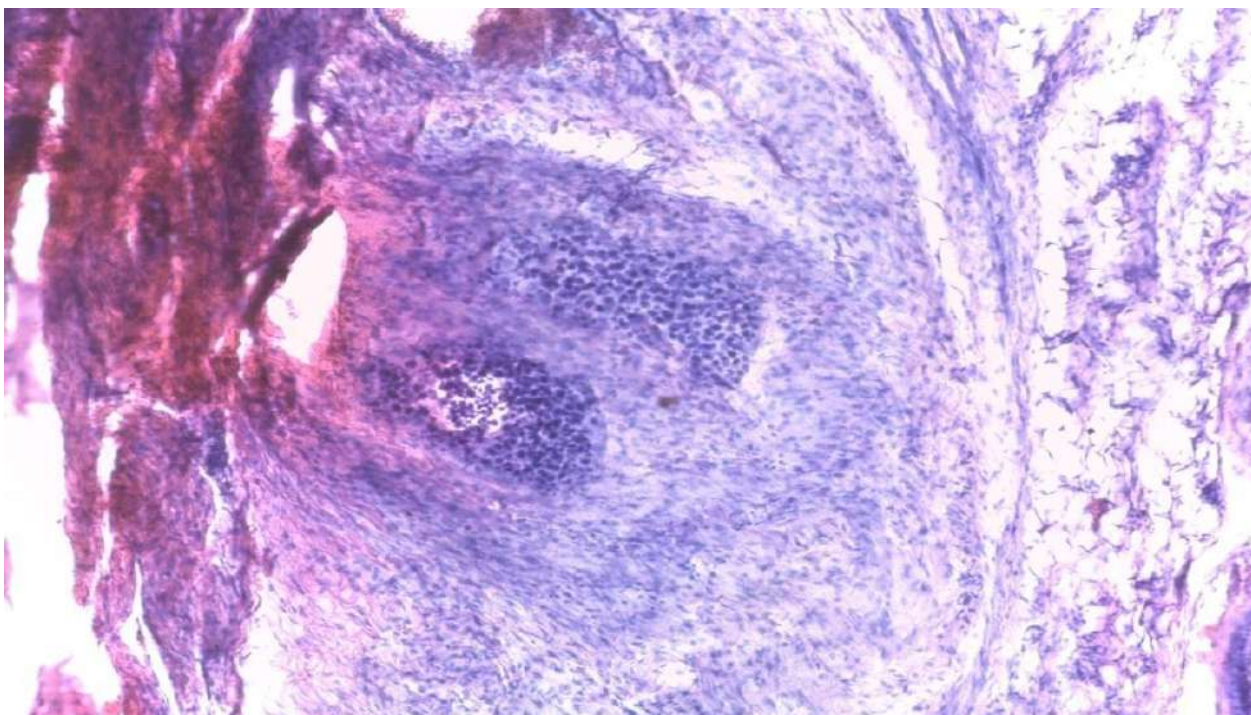
3.4. Каналчалардын жылчыкчаларынын деформациялануусу жана бетинин айрылып кетүүсү, кан тамырлардын гипермиясы, каналчалардын жылчыктарындагы кыртыштык клеткалардын

беттеринин жарылып кетиши менен каналча жылчыкчаларынын деформациялануусу, кан тамырлардын гипермиясы, каналча жылчыкчаларындагы кыртыштык клеткалардын үбөлөнүп түшүүсү.

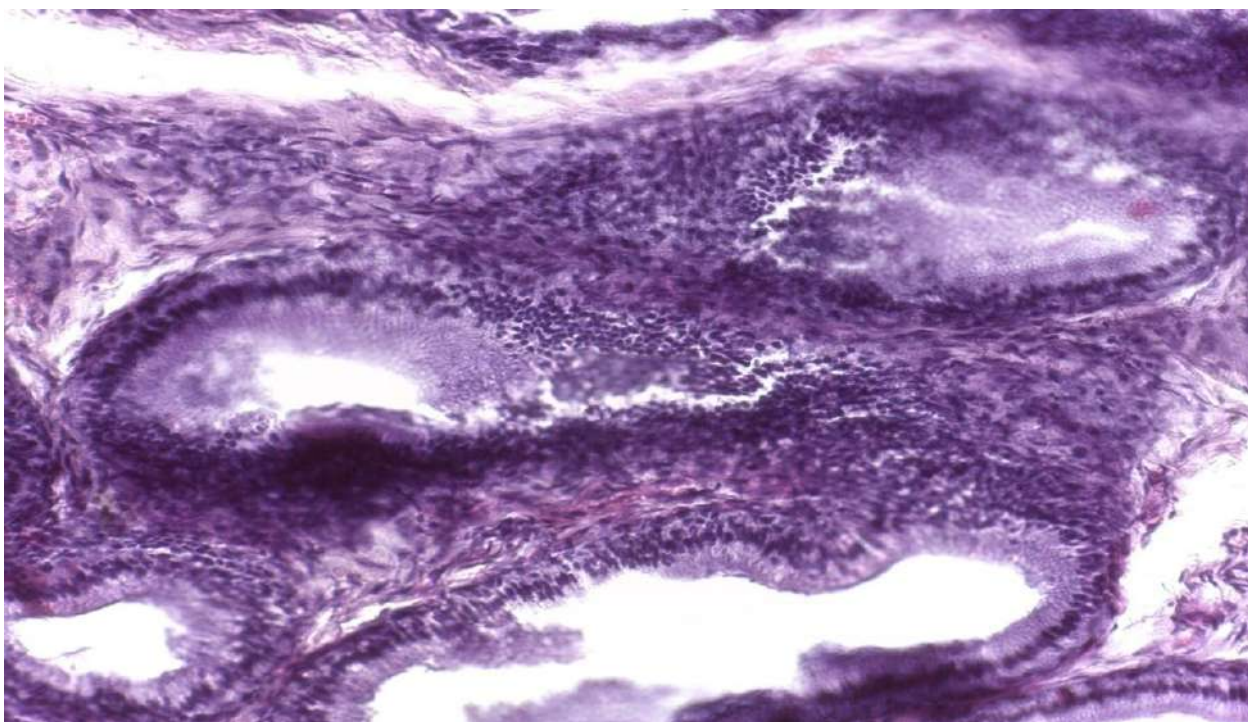
Травма алгандан кийинки 5-суткада жети коёндун урук безинин гистологиялык сүрөтү. Паренхима жана урук безинин стромасындагы реактивдүү травмдан кийинки сезгенүүнүн клиникалык сүрөтү менен берилген. Каналча аралык ткандардын жумуру клеткалык элементтеринин диффуздук инфильтрациясы, кан тамырлардын жогорку деңгээлдеги кан толуусу, ошондой эле жер-жерлерде стаз жана эндотелийдин шишиги байкалган.

Муну менен катар каналча жылчыктарынын деформациялануусу, кан уюган жерлер, ошондой эле каналча жылчыкчаларына кыртыштык клеткалардын үбөлөнүп түшүүсү аныкталган.

Айрым жерлерде кистоздук кеңейүү жана каналча беттеринин айрылышы, калындашы, кандын уюп калуусу аныкталган (3.5, 3.6-сүрөт).



3.5-сүрөт. Каналчалар аралык ткандардын тегерек элементтери аркылуу диффуздук инфильтрациялоо, кан тамырлардын жогорку деңгээлде канга толуусу, стаз жана эндотелийдин шишимик тартуусу.

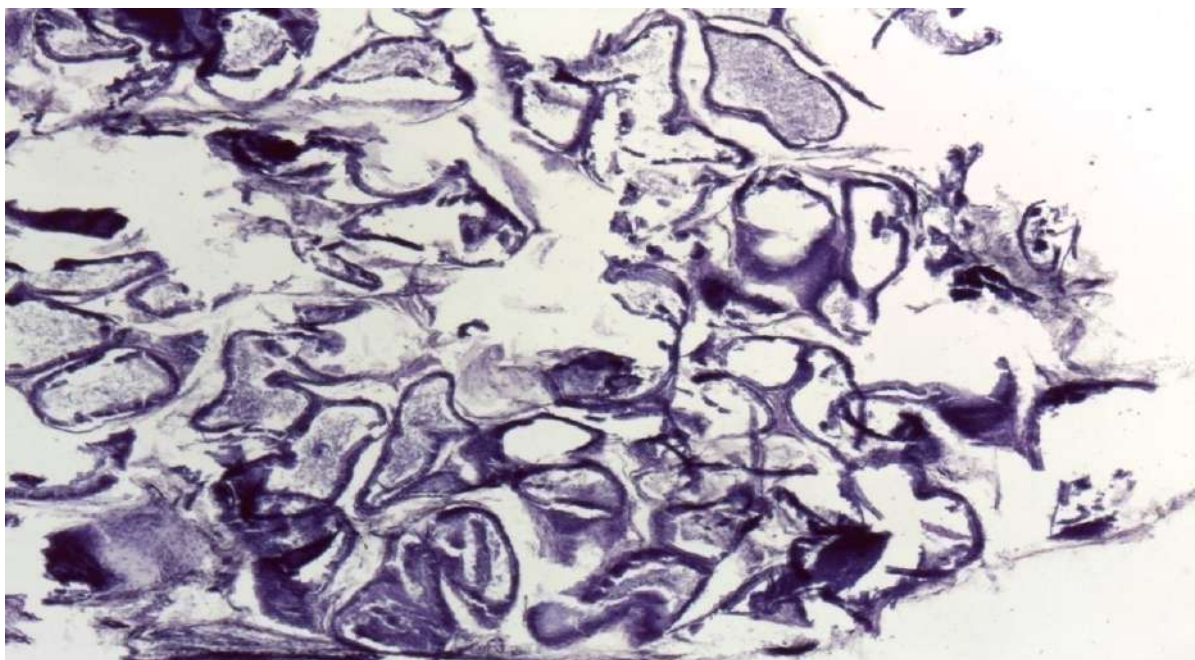


3.6-сүрөт. Каналчалардын кистоздук кеңейүүсү жана беттеринин жарылып кетиши, калындашы, кан куюлуу.

Ошондой эле кыртыштар менен урук бездеринин сезгенүүсү жана анын капсуласынын шишимик тартуусу аныкталган. Урук бездеринин стромасындагы бир катар кан тамырлардын беттеринин гемогендик эмес калыңдоосу, айрым жерлерде клеткалык некроз аныкталган.

Жаракат алгандан 10 сутка өткөндөн кийин жети коёндун урук безиндеги гистологиялык көрүнүш деструктивдүү мүнөздөгү олуттуу өзгөрүүлөр менен мүнөздөлгөн. Урук бездеринин каналчаларынын ортосундагы тосмолордун калыңдашы, тосмолордун очоктук инфильтрациясы жана каналчалардын кистоздук кеңейүүсү, каналча беттеринин айрылышы жана кандын уюп калуусу аныкталган.

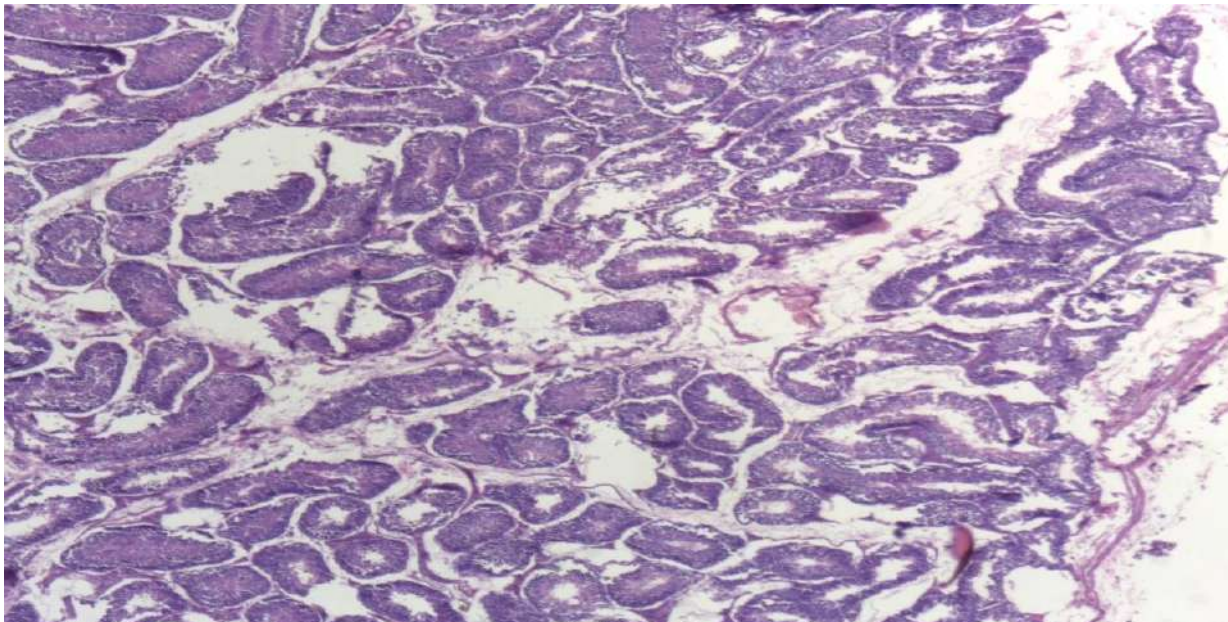
Каналча жылчыкчаларында урук суюктугунун баштапкы формалары аныкталган, ал эми жетилгендери башынын, тулкусунун же куйругунун морфологиялык дефектилери менен болушкан (3.7.-сүрөт).



3.7-сүрөт. Тосмолордун очоктук инфильтрациясы жана каналчалардын кистоздук кеңейүүсү, тосмо беттерине кандын уюп калуусу.

Диффуздук инфильтрациялар каналча аралык бириктирүүчү ткандын жумуру клеткалык элементтери түрүндө кездешип, каналчалардын жылчыгындагы деформациялар жана уюган кандар, клеткалардын канал жылчыкчаларына үбөлөнүп түшүүсү белгиленген.

Канал аралык бириктирүүчү ткандын жумуру клеткалык элементтеринин диффуздук инфильтрациясы, каналчалардын жылчыкчаларынын деформациясы жана канал жылчыкчаларындагы кыртыштык клеткалардын үбөлөнүүсү менен кандын уюусу орун алган (3.7-сүрөт).



3.7-сүрөт. Каналчалар аралык бириктирүүчү ткандын тегерек тегерек клеткалык элементтеринин диффуздук инфильтрациясы, каналча жылчыкчаларынын деформациясы жана кан куюлуусу, каналча жылчыкчаларындагы кыртыштык клеткалардын үбөлөнүп түшүүсү.

Ошону менен бирге липоиддүү кошулуулардын азаюу тенденциясы менен катар эле Лейдиг клеткаларынын ар кандай бөлүнүүсү байкалган. Мында асперматогендик эпителийдin дисбалансы клеткалык түзүмүнөн жана Лейдиг клеткаларынын функционалдык толук кандуулугунун регрессинен кабар берет.

Урук бездеринин стромасындагы олуттуу гемодинамикалык бузулуулар фонунда диффуздук инфильтрациялар каналча аралык бириктирүүчү ткандын жумуру клеткалык элементтери түрүндө кездешип, каналчалардын жылчыгындагы деформациялар жана уюган кандар, клеткалардын канал жылчыкчаларына үбөлөнүп түшүүсү белгиленген.

Резюме. Куулук органдарынын травмаларынын клиникалык көрүнүштөрүнүн структурасында патологиялык процесстин

Куулук органдарынын травмаларындагы клиникалык көрүнүштөр структурасында патологиялык процесстин орточо деңгээли - 52,1% жана оор мүнөзү менен жабыркаган адамдар басымдуулук кылган (бул жерге травма буюнча операциядан өтүшкөн бейтаптар киргизилген), ал эми клиникалык көрүнүштүн жеңил мүнөзүнө болгону 7,6% учур туура келген. Дарылоо тактикасын тандап алуу үчүн диагностикалоо учурунда жалпы клиникалык изилдөөлөр менен бирге куулук органдарынын УДДГсы маанилүү орунду ээлейт деп эсептейбиз.

Травмадан кийинки мезгилдеги репродуктивдүү ден соолукка таандык болгондуктан куулук органдарынын травмалык жабыркоолору урологиянын олуттуу бөлүмүнө кирет. Мына ушул жагдай бизди жабыркаган урук безиндеги патоморфологиялык өзгөрүүлөрдү эксперименталдык аспекте изилдөөгө себепкер болду.

Ошентип, алынган жаракаттан кийинки 5-жана 10-суткаларда эркек коёндун урук бездеринин клеткалык структурасындагы өзгөрүүлөр генералдашкан деструктивдүү процеске ээ болушкан жана гемодинамикалык бузулуулар фонунда диффуздук инфильтрациялар каналча аралык бириктирүүчү ткандын жумуру клеткалык элементтери катары кездешип, каналчалардын жылчыгындагы деформациялар жана уюган кандар, клеткалардын канал жылчыкчаларына үбөлөнүп түшүүсү так көрсөтүлгөн. Муну менен катар каналчалардын кистоздук кеңейүүсү, беттеринин жарылып кетүүсү жана беттерине кандын уюп калуусу катталган.

Каналчалардын сперма бөлүп чыгаруучу элементтеринин деструктивдүү-дегенеративдүү өзгөрүүлөрү жана бөлүп чыгаруучу клеткалардын гормондорунун функционалдык активдүүлүгүн төмөндөөсү келечекте урук безинин аталган клеткалык структурасынын репродуктивдүүлүгүн бузулуусу үчүн шарт түзүшөт.

IV БӨЛҮМ

КУУЛУК ОРГАНДАРЫ ТРАВМАТИКАЛЫК ЖАКТАН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ

Учурдагы коомдун өнүгүүсү менен сийдик-жыныс системасындагы органдардын травматикалык жабыркоосу көбөйүүдө жана мунун түзүмүндөгү куулук органдарынын травмалары жогорку мүнөздөгү салыштырмалуу салмакка ээ.

Бул аспектиден алганда алган жаракаттын мүнөзүн эске алуу менен мындай категориядагы пациенттерге медициналык жардамды өз убагында көрсөтүү өтө зарыл. Куулук органдарынын травмаларын дарылоого жалпы кабыл алынган тактикалык ыкмалар менен катар - гонадопротекциялык терапия керек, ал төмөнкүдөй клиникалык багыттарга ээ: биринчиден, куулук органдарынын алынган жаракаттарын эртерээк түзүмдүк-функционалдык калыбына келтирүү; экинчиден, травма алгандан кийинки жакын жана узак мезгилдерде репродуктивдик ден соолугунун бузулуу тобокелдиктерин азайтуу.

4.1. Куулук органдарынын туюк травмаларын дарылоонун консервативдик ыкмалары

Консервативдик дарылоо ыкмалары УДИнин клиникалык-лабораториялык маалыматтарынын негизинде куулук органдары жаракат албаганы аныкталган, ошондой эле травма алгандан кийинки генездин орхоэпидидимит клиникалык белгилери бар, куулугунда гематомасы жок, туюк травма алган бейтаптарга колдонулган.

Куулук органдарынын жабык травмаларын консервативдүү дарылоо сезгенүү генезинин курч мүнөздөгү орхоэпидидимит клиникасы бар бейтаптарды дарылоодон көп деле айырмаланбайт, мында бейтап стационарга жаткырылат, пациенттин максималдуу толук тынчтыгын камсыздоо үчүн төшөкө жатуу режими дайындалат.

Муну менен катар суспензорий шыбалган жана атайын дакиден тигилген жасалганы бейтаптын белине коюшат жана мунун өзү ооруган жердин ооруксунуу сезимин басаңдатат.

Бөлүктүк терапия дайындоодо биз троксевазин гелин колдонобуз, ал суспензорий менен бирге куулуктун жабыркаган бөлүгүнүн кыртышына же бүтүндөй кыртышына калың кылып сүйкөлөт. Ошол эле учурда троксевазин гелин суткасына үч жолу пайдалануу керек, анткени ал убакыт өткөн сайын кургап, таасирин жоготот.

Ооруган жерге троксевазин гелин колдонуу терапиясынын клиникалык негиздүүлүгү – бул препараттын мыкты вена кубаттандыруучу касиетинин, ошондой эле шишикке каршы таасири бар экендигинде, муну менен ал - жабыркаган куулук бетиндеги кан тамыр бетинин жогорку өткөргүчтүгүн төмөндөтүүсүнөн улам лимфостаздын азаюусуна шарт түзөт.

Ооруксуздандыруу. Жабыркаган урук безиндеги ооруну жок кылуу же азайтуу үчүн биз тараптан наркотикалык эмес ооруксуздандыруучу препараттар колдонулду. Кетонал, кетатоп, кетзи ж. б. пайдаланылды, учурда баралгин препараты колдонуудан чыккан. Бардык дары каражаттары эреже катары, травма алгандан кийин дайындалчу, ал эми дарылоонун консервативдик жана оперативдик тактикасында инъекциялык формада суткасына 2 же 3 жолу пайдаланылып келген. Наркотикалык препараттарды биз операциядан кийинки алгачкы суткаларда, ал эми кийинки күндөрү жогоруда аты аталган наркотикалык эмес анальгетиктерди пайдаланчубуз.

Травмадан кийинки орхоэпидидимит менен жабыркаган бейтаптарга көпчүлүк учурларда проф. Ж.С. Мамбетова модификациясындагы Лорин-Эпштейн боюнча новокаин блокадалары колдонулган, мунун маңызы – эн танабынын элементтеринин жабыркоосунун алдын алуу үчүн инъекция кылуунун алдында чурай каналынын тышкы тешигине сол колдун сөөмөй учу киргизилет. Мунун өзү эн танабынын элементтеринин жабыркоолорун алдын алуу үчүн зарыл шарттарды түзөт. Манжа шприцтин инъекциялык ийнесинин кирүү тереңдигин контролдоп турууга мүмкүндүк берет, ошондой

эле ал новокаин инъекциясын киргизүүдө жабыркоонун алдын алуу менен эн танабынын элементтерин эки жака жылдырат.

Травмадан элементтерине жасалган кийинки орхоэпидидимит тарабындагы эн танабынын новокаин блокадасынын узактыгы – күн сайын жасалуучу бир жолку процедуралуу 2 же 3 күндү түзөт.

Жабыркагандардын 33(27,7%) адамга травмадан кийинки орхоэпидидимит жагындагы эн танабынын элементтерине новокаин блокадасын колдонууда - 98,6% оору белгисин жок кылуу эффективдүүлүгүн көрсөткөн.

Бул ыкманы колдонууда бейтаптын жабыркаган жеринде фуникулиттин пайда болуусунун, ошондой эле новокаинге болгон аллергиянын алдын алуу жана бейтаптын бул дарылоо ыкмасынан баш тартпоосу үчүн бир катар сактануу чараларын колдонуу зарыл.

Процедура жогорку натыйжалуу болгону менен бир катар кемчиликтери да бар: инъекция жасалган жерде инфильтрат өнүгүп кетиши ыктымал, оору сезимин басуу көпкө созулбашы мүмкүн. Ошондуктан, бул процедураны наркотикалык эмес оору басуучу каражаттар (кетонал ж. б.) менен айкалыштыруу керек.

Бактерияга каршы жана дезинтоксикациялык терапия. Жогоруда айтылган дарылоо иш-чаралары менен катар аталган категориядагы бейтаптарды дарылоодо сезгенүүгө каршы жана детоксикациялык терапия чоң мааниге ээ, ал куулуктун жабыркаган органдарындагы инфекциялык-сезгенүү процессинин башталып кетүүсүнүн алдын алат. Мында өзүнчө алынган антибиотиктерди дайындоо зарыл деле эмес, бирок кеңири таасир берүү спектриндеги антибиотиктерди пайдалануу керек. Цефалоспорин препараттарын (2-муун) пайдалануунун эффективдүүлүгү жогору эмес, бирок аларды колдонуудан толук баш тартууга болбойт. Мындай учурда 3-муундагы препарат - цефобид травмадан кийинки орхоэпидидимит менен жабыркаган бейтаптарга колдонулган, бул 84,4% учурларда натыйжалуу болгон.

Акыркы убактарда куулук органдарынын сезгенүү ооруларына карата фторхинолон препараттары колдонула баштады. Буга жараша биздин учурда травмадан кийинки орхоэпидидимити бар пациенттердин 26 (21,8%) левофлоксацин препаратын суткасына 500мг. дозадан 8-10 күн колдонулду, ал эми башка учурларга 18 (15,1%) пациенттер аминогликозид антибиотиктерин - 2-4 мг/кг меркацинди суткасына 2 жолу 10 күндөн ашык эмес толук курска колдонулду.

Ошентип биринчи учурда терапиянын эффективдүүлүгү - 89,8% жетишилди, ал эми аминогликозиддерди колдонгондо клиникалык эффективдүүлүгү 78,3 % учурларда белгиленген. Бул орхоэпидидимитти дарылоодо 3-муундагы фторхинолон препараттарынын эффективдүүлүгү көбүрөөк таасирдүү экенин далилдеп жатат.

Дезинтоксикациялык терапия. Бул терапияны баш оору, алсыздык, чарчаңкы абал, табиттин төмөндөшү же жоктугу, көңүл айнуу сыяктуу интоксикациялык белгилердин чыгуусу менен сезгенүү процессине температуралык реакция болгон 21(17,6%) бейтаптарга колдонуу. Венага тамчылатып берүү үчүн физиологиялык аралашма - 400 мл. аскорбин кычкылы менен 6,0 мл., туз аралашмалары – дисоль же ацесоль - 400 мл..

Бул терапия биринчи кезекте интоксикациялык синдромду жок кылуу жана комплекстүү терапиянын эффективдүүлүгүн жогорулатуу максатын көздөйт.

Ооруган жерге терапия. Мазь, гель сыяктуу каражаттарды ооруган жерге колдонуу өз актуалдуулугун жоготкон жок. Мындай учурда булар төмөнкүдөй эффекттери менен шартталат: травма алынган жердеги шишиктерди азайтат, жабыркаган ткандардагы вена жана лимфостазаны жок кылуу менен ооруган жердеги микроциркуляциялык кан айланууну жакшыртат, кан тамырдын жогорку өткөргүчтүгүн азайтат жана жок кылат.

Ооруган жерге дарылоо терапиясын колдонууда –ооруган жерге сүйкөлөт же суспензорий компресс катары коюлат, бул өз кезегинде бейкуттукту жаратып, маанайды көтөрөт. Куулук ткандарындагы токтоп

калган вена кандарынын жана лимфостаазалардын агып кетишине өбөлгө түзөт.

Биз жылытуучу компресстерди колдонуудан атайын эле баш тартып, троксевазин препаратын колдонууга өттүк, ал жогоруда айтылган дарылоо касиеттерине ээ жана биздин практикада бул препарат түрдүү травмаларда колдонулуп келет. Демек, туюк мүнөздөгү травмаларга бейтап стационарга жаткырылган биринчи суткаларында, ал эми ачык мүнөздөгү травмаларда, операциядан кийинки 3 жана 4-кундору биз тараптан троксевазин колдонулду.

Башка дары каражаттарын колдонуу менен катар дарылоо программасына таблетка формасындагы троксевазинди киргиздик, бейтапка 14 күндүн ичинде 300 микрограммдан күнүнө 3 жолудан берилди.

Дарылоо арсеналында венаны кубаттандыруучу препаратты пайдаланууну объективдештирүү максатында биз урук безинин жабыркаган жагындагы гемодинамиканы изилдөөнү оорубаган урук безинин гемодинамикасын изилдөө менен салыштыруу менен баалоо жүргүздүк.

Салыштырмалуу изилдөөгө жаракат алган куулуктун коштондусу менен урук безинин реактивдүү сезгенүү процессинин орточо (15 адам) жана оор даражасына (15 адам) туура келүүчү клиникалык мүнөздөгү травмадан кийинки орхоэпидидимит оорусу бар бейтаптардын 30 (25,2%) камтылды. Орхоэпидидимиттин салттуу терапиясы менен бирге дарылоодо 100,0 мл. физ. эритиндисине 10,0 мл. левокарнитин кошулуп, 10 күн бою, күнүнө бир жолу венага куюу менен жана 2,0 мл. протосерил 10 күн бою, күнүнө бир жолу булчундарга куюу менен колдонулду, ооруган жерге суспензорий жана троксевазин гели менен компресс коюу терапиясы жасалды, ошондой эле жогоруда аталган дозада троксевазин таблеткасы берилди. Салыштыруу тобуна протекциялык коргоосу жок 30 бейтап кошулду (куулуктун жаракат алган жагындагы сезгенүү процессинин орточо даражасындагы бардык бейтаптар). Буларга троксевазин гелин ооруган жерге колдонбостон туруп, сезгенүүгө каршы, ооруксуздандыруу терапиясы өткөрүлдү. Муну менен

бирге терапия аяктаган соң, эхо – гемодинамикалык баалоо жүргүзүлдү (4.1-табл.).

4.1-таблица. Травмадан кийинки орхоэпидидимит учурундагы салыштырмалуу түрдөгү гемодинамикалык урук бездери (n - 60)

Динамика жана параметрлер	Негизги топ:			Протекциялык терапиясын контролдук топ (n-30)		
	V max	V min	Ri	V max	V min	Ri
Дарылоого чейин	0,242± 0,35	0,313 ±0,32*	0,648 ±0,004	0,289 ±0,18*	0,204 ±0,32	0,519± 0,002*
Дарылагандан кийинки 14 суткада	0,423± 0,43	0,574 ±0,34	0,269 ±0,006	0,359 ±0,42	0,339 ±0,81	0,437± 0,008
Жабыркааган урук беги (негизги топто – 30 адам., жана контролдук топто - 30 чел.)	0,434± 0,17	0,624 ±0,16	0,226± 0,004	0,453 ±0,6	0,589 ±0,22	0,245± 0,003

Эскертүү: * - p<0,05.

Реактивдүү орхит тарабындагы баштапкы көрсөткүчтөрдө негизги жана контролдук топтогу бейтаптардын урук бездеринин магистралдык кан тамырларында ($p>0,05$) V max (0,242±0,35 и 0,289±0,18) жана V min (0,313±0,32 и 0,204±0,32) Ri перифериялык кан тамырлардагы карама-каршылыктын көбөйүү фонунда (салыштырмалуу топто 0,648±0,004 и 0,519±0,002) кан агымынын төмөндөгөнү байкалган.

Натыйжада, эгерде терапияга чейин бардык жабыркаган пациенттерде урук бездеринин магистралдык кан тамырларындагы кан агымы төмөндөгөн болсо, гонадопротекциялык коргоону (левокарнитин жана протосерил) колдонуу менен дарылоодон кийин ишенимдүүлүк жана натыйжалуулук планында терапиянын эффективдүүлүгү көрсөтмөлүү болгон. Маселен, V

max ($0,423 \pm 0,43$ и $0,359 \pm 0,42$) жана V min ($0,574 \pm 0,34$ и $0,339 \pm 0,81$) контролдук тобуна караганда негизги топтогу пациенттердин көрсөткүчтөрүндөгү кан агымынын жакшырганы жана ($0,269 \pm 0,006$ и $0,437 \pm 0,008$) Ri перифериялык кан тамырлардагы каршылыктардын азайышы даана көрүнүп турат, ал эми ишенимдүүлүк натыйжаларын салыштыруу салыштыруу ($p < 0,05$) топторундагы V min жана Ri көрсөткүчтөрүндө берилди.

Оорубаган урук безинин гемодинамикалык көрсөткүчтөрү боюнча салыштыруу топторунун баштапкы көрсөткүчтөрүн гонадопротекциялык терапия алган пациенттердин гемодинамикалык натыйжалары менен салыштырылганда, көрсөткүчтөр оорубаган урук безинин (жаракат албаган тарабы) көрсөткүчтөрүнө жакын болгонун белгилеп коюу керек.

Кан айланууну жакшыртуучу жана венаны кубаттандыруучу касиеттерге ээ препараттар менен гонадопротекциялык терапияны колдонууда салттуу терапияга караганда, 78,5% учурда травмадан кийинки орхоэпидидимит оорусу бар пациенттерде дарылоо натыйжалуу жана эффективдүү болгон, бул жалпысынан пациенттердин репродуктивдүү ден соолугун сактоого мүмкүндүк берет.

Биздин клиникалык материалга хирургиялык дарылоо ыкмасы талап кылынган бейтаптар кирген, мындай учурда 11 бейтапка өтө шашылыш түрдө (9,2%), 6 (5%) бейтапка шашылыш түрдө операция жасалган.

Операция төмөнкүдөй өткөрүлдү: куулуктун жаракаты, мунун ичинен 14 (11,8%) бейтаптын терисинин сыйрылган жараты баштапкы хирургиялык жууп-тазалоодон өткөрүлдү жана тигилди; 7 (5,9%) бейтаптын куулугунун гематомасы ачылып, кан агуусу токтотулду; 4 (3,4%) бейтаптын урук безинин кабыгындагы гематома ачылып, кургатылды, 3 (2,5%) бейтаптын жарылып кеткен урук беги тигилди жана 1 (0,8%) бейтапка орхидоэктомия жасалды.

Натыйжада, бейтаптардын негизги бөлүгүнө стационарга жаткырылгандан кийинки 24 сааттын ичинде операция жасалган, жана

5(4,2%) учурда пациенттерге 24 саат жана андан көбүрөөк убакыт өткөндөн кийин операция жасалган, анткени кайрылганда мас абалда болгондорунан улам, оперативдик кийлигишүүдөн баш тартышкан.

Операция алдындагы даярдык көрүүгө: теринин жүн катмарын кыруу менен операция жасалчу жерди даярдоо, жаратты антисептикалык каражаттар менен жууп-тазалоо (көбүнчө фурациллин менен) жана антибиотикалык пофилактикалоону (көбүнчө 3-муундагы цефалоспорин тобунан) дайындоо кирет.

Жаратты БХЖ өткөрүүдө 0,5% новокаин эритиндиси менен ооруган жердин оорусун сездирбөө жолу колдонулду, куулуктун жараты тигилди, ал эми урук безинин кабыгындагы гематоманы ачууда жана кургатууда, жарылып кеткен урук безин тигүүдө жана орхидоэктомия жасоодо венага наркоз берилди.

Жараатты хирургиялык тазалоо – хирургия тактикасынын жалпы кабыл алынган методикасы боюнча аткарылды. Куулуктун гематомасына, жаракат алуунун мөөнөтүнө карабастан, айрыкча көлкүлдөп жана күчөп бараткан гематомаларга активдүү тактика колдонулду.

Операциядан кийинки мезгилде төмөнкүдөй оордошуп кетүүлөр катталды: 6 (5%) бейтаптын жараатынын тегереги көөп калган; 3 (2,5%) бейтаптын жараты ириңдеп кеткен. Муну менен катар жараатынан кайрадан кан кеткенине байланыштуу 2 (1,7%) бейтапка кайталап операция жасалган.

Алынган жарааттын мүнөзүнө жана медициналык жардамды көрсөтүүнүн тактикалык этаптарына жараша төмөндөгү салыштырмалуу клиникалык мисалдарды келтиребиз.

№1 клиникалык мисал.

Пациент Ш-в, 24 жашта, №114/58 дарт баяны, тез жардам кызматы аркылуу куулугунун оң жагы шишип жана өңүнүн бузулуп кеткенине, ошондой эле кыймылдаганда жана кийими тийгенде оң куулугу ооруп жатканына арызданып кайрылган.

Жаракатынын жагдайы: жабырлануучунун сөзүнө караганда, аны түндө белгисиз адамдар сабап кетишкен, куулук жагына сокку жеген. Кийинки күнү куулугунун оорусу күчөгөнүнө жана шишип кеткенине байланыштуу тез жардам чакырып, КР ССМ алдындагы Улуттук госпиталдын кезметтик урология бөлүмүнө жеткирилген.

Кезметчи уролог кароо жүргүзгөндө: жабырлануучунун жалпы абалы канаттандырарлык болгон. Колдору сыйрылган жана буттары канталаган. Ички органдарынын патологиясы байкалган эмес.

Оорунун жергиликтүү статусу: бөйрөктөрүн кармалаганда колго урунбайт, алардын тегереги оорубайт. XII кабыргага ургулоо симптому эки тарабынан ырасталмасыз. Куулуктун оң жарымы шишип кеткенине байланыштуу кыйшайып турат, ал эми экинчи бети көлкүлдөгү жок, кочкул кызыл түстө.

Коштондусу менен оң урук безин кармалап көргөндө чоңоюп калганы байкалат, катуу оору сезими менен коштолот. Коштондусу жана сол урук беги чоңойгон эмес жана оорубайт.

Төмөнкү лабораториялык-инструменталдык изилдөөлөр жүргүзүлдү: Гемограмма анализи: эритроциттер. – $4,4 \times 10^{12}$ /л, Hb – 123г/л, лейкоциттер. – $11,2 \times 10^9$ /л, п. – 6, с. – 68, э. – 2, л. – 21, м. – 3, СОЭ – 18 мм/ч. Кандагы кант – 4,8 ммоль/л. Сийдиктин анализи: саны – 100,0 мл, сал.салм. – 1014, белок – жок, лейкоциттер. – 6-8 в п/зр, жалпак эпителий – бирд. п/зр.

Куулук органдарынын УДИСи оң куулуктун өлчөмү 6,5x4,6 см. Түзүмү бир тектүү эмес, очоктуу өзгөрүүлөрү билинбейт. Оң урук безинин коштондусу: башы - 3,8 см., денеси – 3,6см., куйругу – 3,3 см., түзүмү бир тектүү эмес, очоктуу патологиясы жок.

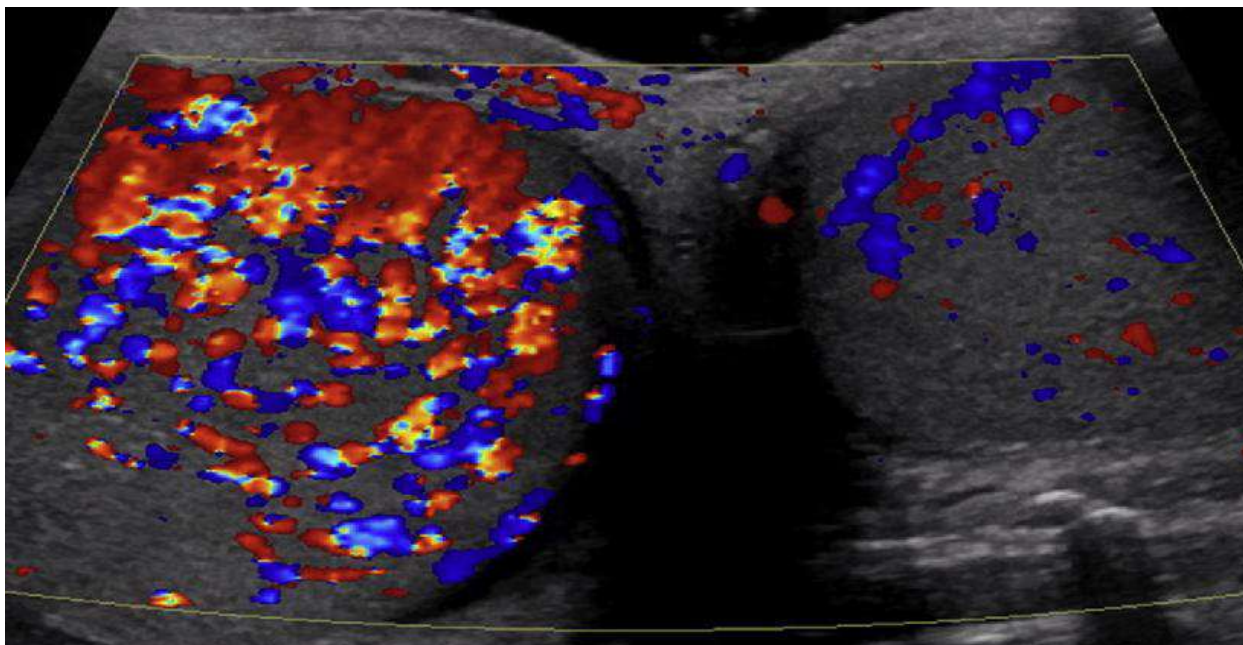
Сол урук безинин өлчөмү 3,4x2,9 см, түзүмү бир тектүү, очоктуу өзгөрүүлөрү билинбейт. Сол урук безинин коштондусу - 1,8 см, денеси – 1,6 см, куйругу – 1,3 см, түзүмү бир тектүү, очоктуу патологиясы жок.

Оң урук безинин кан тамырларынын УДДГ: V max – 39,3 м/с, V min – 27,9 м/с, Ri – 0,989 (рис.4,1).

Оң урук безинин кан тамырларынын УДДГ: $V_{max} - 31,2 \text{ м/с}$, $V_{min} - 21,2 \text{ м/с}$, $Ri - 0,346$.

Клиникалык корутунду: Оң ыптаадагы травмадан кийинки орхоэпидидимит.

Жабыркаган адамдын урук безинин жана коштондусунун бүтүндүгү бузулбастан, оң жагындагы куулук органдары жабык жаракат алганын жана реактивдүү кабылдоо процессин эске алуу менен пациентке дарылоонун консервативдүү тактикасы тандалып алынды - стационарга жаткырылды, куулуктун жаракат алган жагына суспензорий коюлду жана төшөкө жатуу режими сунушталды.



4.1-сүрөт. Бейтап М-внын жабыркаган тарабындагы урук бездеринин кан тамырларына УДДГ.

Оору сезимин басаңдатуу максаты менен цевтракцион дайындалган жана анын суткалык дозасы – 2,0 гр, 1,2 граммдан булчуң ичине – 2 инъекция, курстун узактагы – 9 күн. Ошондой эле оору сезимин басаңдатуучу каражат катары эки суткага күнүнө эки маал кетонал – 2,0 дары каражаты дайындалган, өз кезегинде ал профессор Ж.С. Мамбетовдун методикасы боюнча күнүнө 1 жолу эн танабынын элементтерин новокаиндик блокада менен ооруксуздандырууга шарт түзгөн.

Булар менен биргеликте күнүнө эки жолудан троксевазин гели менен ооруган жерге компресс коюлду жана жалпы дарылоо курсу 14 күнгө суткасына 2 жолудан 300,0 мг. дозировкада троксевазин таблеткасын ичүү дайындалды.

Жогоруда аталган терапиянын алкагында бейтаптын абалы күндөн-күнгө жакшырганы байкалган. 10-суткада жабыркаган оору жериндеги реактивдүү сезгенүү процесси толугу менен жокко чыгарылды, гемограмма картинасы ченемдүү болуп калды. Ооруканага жаткырылгандан кийинки 11 – суткада пациент ооруканадан чыгарылды, ага троксевазин препаратын колдонууну улантуу жана ҮМБда уролог врачына көрүнүп туруу сунушталды.

Кийинки клиникалык мисалда травмадан кийинки орхоэпидидимитти хирургиялык дарылоо тактикасы көрсөтүлдү.

Клиникалык мисал №2.

1996-жылы туулган, дарт баяны №1642, жабырлануучу С-в КР ССМ алдындагы Улуттук госпиталына тез жардам автоунаасы менен жеткирилди. Куулугунун оң жагындагы жарымы чоңоюп кеткенине жана көгөрүп баратканына, денеси кыймылдаганда жана абалын өзгөрткөндө катуу ооруп жатканына даттануу менен андрология бөлүмүнө стационардык дарылоого жаткырылды.

Алынган жараатынын жагдайлары: пациенттин айтуусу боюнча, үйүндө иштеп жаткан учурда кокусунан тепкичтен кулап, куулугу менен жерге катуу тушкөн. Жогоруда айтылган даттануу белгилери күчөп бара жатканына байланыштуу тез жардам кызматын чакырып, кезметтик урологияга кайрылууга аргасыз болгон.

Кезметчи урологдун баштапкы кароосунда: жабырлануучунун абалы канааттандырарлык деп табылды. А/К – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 1 мин. 88 сокку уруп турган. Тили нымдуу, аз-маз ак өңөр баскан. Ичи жумшак пальпатордуу, адаттагыдай эле конфигурацияда, оору сезими жок.

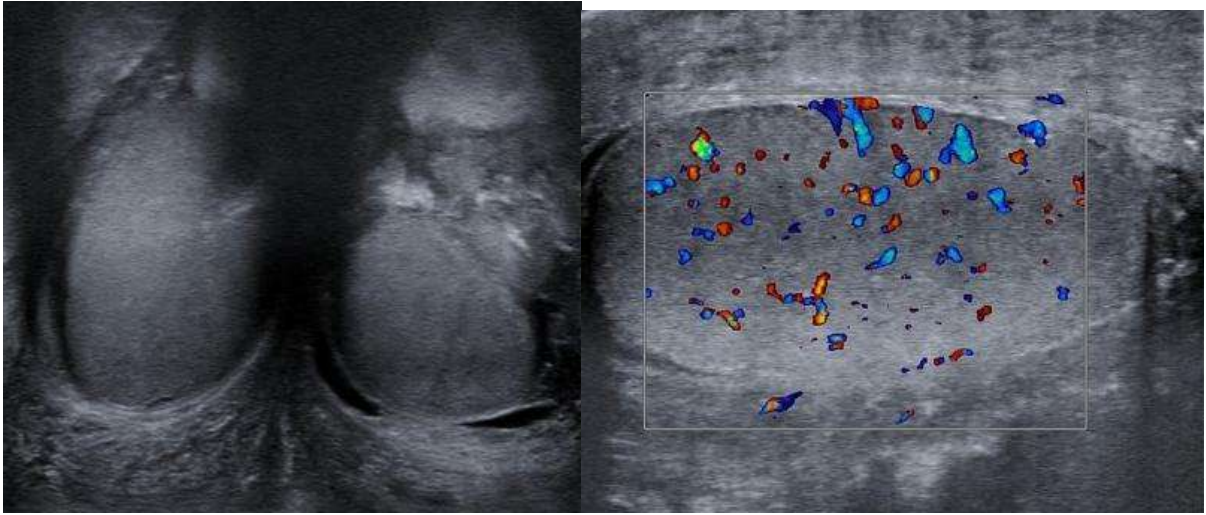
Status localis: Бөйрөктөрү кармалбайт. XII кабыргага ургулоо симптому эки тарабынан ырасталмасыз. Куулуктун сол ыптасы чоңоюп калганына байланыштуу кыйшайып турат. Куулуктун өңү кочкул кызыл-көк тартып турат. Кармалаганда флюктуациянын очогу аныкталып, сезилип турат, муну менен сол куулугу коштондусу менен шишип турган жана кармалаганда катуу ооруп турган.

Кабылдама бөлүмүндө бир катар лабораториялык изилдөөлөр жүргүзүлгөн: Гемограмма анализи: эритроциттер – $5,1 \times 10^{12}$; Hb - 138г/л, ЦП - 0.8; лейкоциттер – $9,3 \times 10^9$ г/л; п.- 7, с.- 72, л. - 16, м. - 4, э. - 1, СОЭ – 18 мм/с.

Сийдигин изилдөөдө: саны – 80,0 мл.; реакция – азыраак кычкыл, өңү - - саман түстүү/сары, салыштырмалуу тыгыздыгы - 1020, белок – жок, лейкоциттер – 1-3 п/зр, эпителийи жалпак – бирин-серин п/зр.

Куулук органдарынын УДЙси: куулуктун оң ыптасында теринин астында чектери билинбеген гипо- жана анэхогендик шишик байкалган, айрым жерлеринде 2,0x2,5см өлчөмүндөгү бирдей эмес эхоструктура билинген. Сол урук безинин өлчөмү - 5,9x5,7x4,6см., коштондусунун башы – 2,2 см., тулкусу – 2.4см. жана куйрук бөлүгү – 2.0см. Жогоруда аталган органдарда эхоструктура бирдей эмес, патологиялык шишиктер жок, урук безинин белок кыртышынын кабыгы бузулган эмес. Оң урук безинин өлчөмү - 3,6x3,3x2,7см., коштондусунун башы – 1.4 см., тулкусу – 1.6см., куйрук бөлүгү - 1.2см. Аталган органдардын эхоструктураларында патологиялык өзгөрүүлөр жок (сүр. 4.2).

Сол ыптаасындагы урук безинин кан тамырларын УДЙге тартууда: V max - 0,36м/с, V min - 0,29м/с, Ri – 0,633(рис.4.2.) болду. Оң ыптасындагы урук безин УЗДГ тартканда: V max - 0,242м/с, V min - 0,14м/с, Ri – 0,201 болду.



Сүр. 4.2. Пациент С-овдун сол ыптаасындагы урук безинин кан тамырларынын УДСи.

Жабыркаган ыптаасындагы урук безинин УЗДГ анализи – перифериялык кан тамырлардагы каршылык көрсөтүү индексинин жогорулашына карабастан, урук безинин паренхимасынын гиперваскулиризациясынан кабар берип турат. Кыязы, жабыркаган органда вена жана лимфостаза белгилери бар.

Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде төмөнкүдөй клиникалык диагноз коюлду: Сол ыптаадагы куулук органдары туюк травма алган. Курч мүнөздөгү травмадан кийинки орхоэпидидимит. Куулуктун гематомасы.

Бейтап стационарга кайрылгандан 3 саттан кийин шашылыш түрдө хирургиялык кийлигишүү жасалды: анда ооруган жери жара тилинип, сол ыптаасындагы куулуктун гематомасы алып салынды, кан агып жаткан кан тамырын тигүү менен кан агымы токтотулду. Ошондой эле сол ыптаадагы урук беzi текшерилип, резина байламы менен дренаждоо аркылуу О.Л. Тиктинскийдин декомпрессия жасалды. Куулугуна суспензорий коюлду.

Пациентке күн сайын таңуу иши жүргүзүлүп турду. Операциядан кийин 3-суткада троксевазин гели менен компресс жасалып башталды. Сезгенүүгө каршы бейтапка 8 сутка бою, күнүнө 2 жолудан булчуң ичине 1,0 цефтриаксон берилди, суткасына 2 жолудан ооруксуздандыруучу каражат 2,0

кетонал булчуң ичине берилди, гемостатикалык максатта - суткасына 2 жолудан 2,0 натрий этамзилаты булчуң ичине берилди.

Операциядан кийинки мезгил бейтап үчүн оордошуу жок өттү, 9-күнү пациент ооруканадан чыгарылды, андан ары жашаган жери боюнча ҮМБнын урологуна дарыланууну улантуу сунушталды.

Башка бир мисалда урук бездин травмадан жарылып кетүүсүнө шашылыш оперативдик дарылоо жүргүзүлгөнү айтылат.

№3 клиникалык мисал.

Жабырлануучу Ч-в, 33 жашта, дарт баяны № 2568, автоунаа менен КР ССМ алдындагы Улуттук госпиталга жеткирилген, кыймылдаган сайын куулугунун оң ыптаасынын катуу ооруганына, ошондой эле айтылган куулугу жараат алып канап жатканына арызданып келген.

Алынган травманын жагдайы боюнча, ооруканага келээрден бир саат мурун жабырлануучу бийик жерден кокустан кулап, куулугу столдун кырына тийгени анык болду. Арызында айтылган жайгдайлардан улам, кезметтик урологиялык клиникага кайрылууга аргасыз болгон.

Бейтапты объективдүү кароодо пациент коркконунан жана оорусунан улам тынчсызданып турган. Ичи ооруган белгиси жок, кармалаганда жумшак. Бөйрөктөр ооруган белгилери жок, колго кармалбайт, XII кабыргага ургулоо симптому эки тарабынан ырасталмасыз.

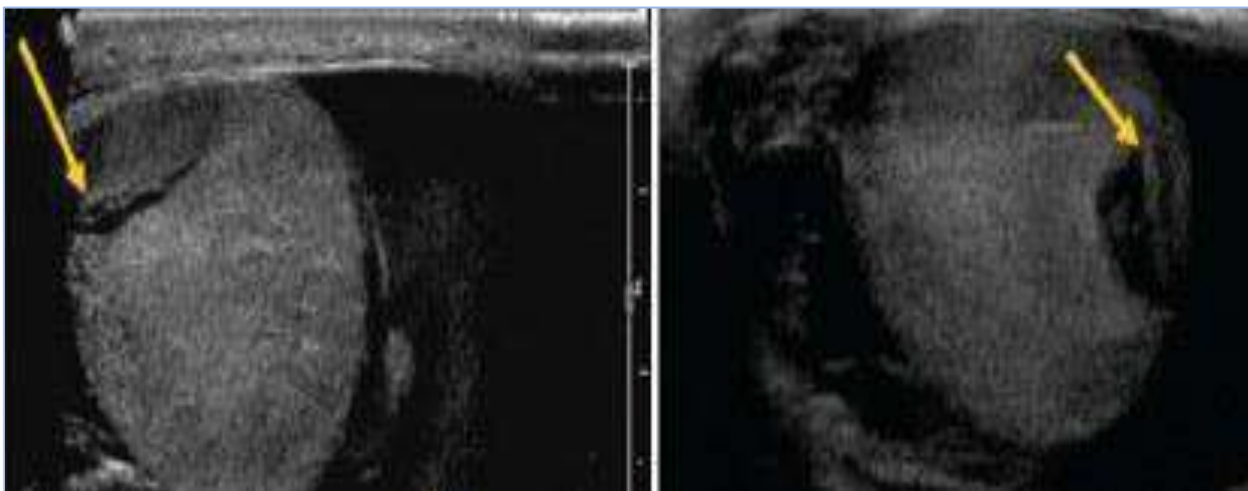
Status localis: Бейтапка кароо жүргүзүүдө куулуктун оң ыптаасында 1,5ке 3,0 см өлчөмүндөгү четтери тегиз сыйрылган канжалаган жарааты жана жарааттын тереңинде куулукту шишитип жаткан көгөрүп бараткан шишик көрүндү. Кичине эле кыймылдаганда жана кийим тийгенде куулугу катуу оорутуп, буга байланыштуу жабыркаган коштондусу менен урук безин толук кандуу кармалап кароо мүмкүн болгон жок. Контралатералдык урук беги коштондусу менен патологиялык өзгөрүүсүз болгон.

Кабылдама бөлүмүндө гемограммага шашылыш анализ алынды: эритроциттер – $4,3 \times 10^{12}/л$, Hb – 129г/л, лейкоциттер – $11,2 \times 10^9/л$, СОЭ– 22 мм/ч, п- 9, с.- 72%, л.- 15%, м.-3%, э.-1%.

Сийдикти изилдөө: саны – 90,0 мл; реакция – бир аз кычкы, өңү – саман түстүү/сары, салыштырмалуу тыгыздыгы - 1017, белок – жок, лейкоциттер – 2-3 п/ зр, эпителийи жалпак – 1-2 п/ зр.

Куулук органдарынын УДИси: оң урук безинин тегерегинде айрым жерлери бирдей эмес экоструктуралуу анэхогендик шишик байкалат. Оң куулуктун маңдайкы бетинде 1,5 см өлчөмүндөгү, 1,0 см тереңдиктеги өзүнүн белоктук кабыгында дефекти байкалат. Оң урук безинин өлчөмү 3,8x3,5x2,9см., коштондусунун башы – 3,3 см, тулкусу - 3,1 см., куйрук жак бөлүгү – 2,9 см. Контралатералдык урук безинин өлчөмү – 3,9x3,7x2,6см., коштондусунун башы – 1,5 см., тулкусу - 1,8см., куйрук жак бөлүгү –1,2см., патологиялык шишиктери жок; сол урук безинин белок кыртышынын бүтүндүгү бузулган эмес (сүр.4.3).

Өткөрүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде төмөнкүдөй клиникалык бүтүм чыгарылды: Куулуктун ачык травмасы. Куулуктун оң жак жарымында сыйрылган жарааты бар. Оң урук безинин жарылып кетүүсү.



4.3 сүрөт. Куулук органдарынын УДИси.

Бейтапка шашылыш түрдө хирургиялык дарылоо өткөрүлдү. Венага наркоз берүү менен операция жүргүзүлдү: БХЖ, урук безинин коңулунун кабыгынын гематомасы жара тилинип, операциядан кийинки жараатты дренаждоо менен оң урук безинин айрылган жери тигилди. Асептикалык таңуу байланды жана суспензорий коюлду.

Операциядан кийинки мезгил жүргүзүлгөн антибиотикотерапияга байланыштуу жана троксевазин гелин ооруган жерге колдонуу менен тынчтандырылды.

Жараат күнүнө жаңыртып таңылып жатты, операциядан кийинки 7-суткада теринин тигилген жиптери алынды. Пациент 10-суткада тери жарааты айыгып, ооруканадан чыгарылды, андан ары жашаган жери боюнча ҮМБсындагы урологдон дарылануу сунушталды.

Операциядан кийинки 9-суткада контролдук анализдер алынды, гемограмма: Нв – 133г/л, эритроциттер – $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциттер – $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 10 мм/ч, п. – 4, с. – 72, э. – 0, л. – 20, м. – 4. Сийдик анализи: сал.салм. – 1012, белок – жок, лейкоциттер.– 1-2 п/зр, эпителийи жалпак -1-2в п/зр.

Операция болгон тарабындагы урук безинин кан тамырларынын УДДГсы (ооруканадан чыгаруу алдында): V max – 33,2 м/с, V min – 26,6 м/с, Ri – 0,415.

Бул клиникалык мисалда жабырлануучу куулугунан ачык жараат алып кайрылган, изилдөөнүн жүрүшүндө оң куулугунун айрылганы аныкталган, буга тез арада оперативдик дарылоо-куулуктун жараатын тигүү, топтолуп келе жаткан гематоманы алып салуу, кан агууну токтотуу жана жараатты БХЖ талап кылынган. Натыйжада өз учурунда көрсөтүлгөн шашылыш активдүү медициналык жардам өзүнүн оң жыйынтыгын берди. Ооруканадан чыгып жатканда бейтапка 1-2 айдан кийин кайрадан кароого келүү жана репродуктивдик ден соолугун текшерүү сунушталды.

4.2. Гонадопротекциялык терапиянын патогенетикалык негиздүүлүгү

Травмадан кийинки орхоэпидидимитти дарылоо терапиясынын стереотиби көп жылдын ичинде өзгөрүлдү, бирок азыркы учурда гонадаларга протекциялык таасир бере турган терапияны иштеп чыгуу жана клиникалык апробациядан өткөрүү зарылдыгы келип чыкты.

Идеалдуу гонадопротекциялык терапияны тандоо учурда иштелип чыккан эмес, ал эми айрым билдирүүлөр карама-каршы болуп, аягына чейин далилдене элек.

Мындай аспектиде биз төмөндөгү препараттарды тандап алалы деп чечтик: базалык препарат левокарнитин болуп берет, потенцирлөөчүсү - протосерил.

L-Карнитин (лат. levocarnitinum, англ. levocarnitine, жана л-карнитин, левокарнитин, витамин ВТ, витамин В11) — В тобундагы витаминдерге тектеш болгон жаратылыш заты.

Витаминдерден айырмаланып карнитин организмде синтезделет, ошондуктан муну витаминге окшош зат деп аташат. Карнитинде молекулярдык массанын курамы 161, 199 г/моль.

Медицинада бул препарат метаболикалык процесстерди тууралоо үчүн колдонулары белгилүү, анаболикалык, антигипоксикалык жана антитиреоиддик таасирлер берет, май алмашууну активдештирет, регенерацияны өбөлгөлөйт, табитти көтөрөт (115,123).

L-Карнитин карбокычкылдуу метаболиттерди активдештирүүгө керектүү болгон А коферментинин туруктуу деңгээлин сактоодо чоң роль ойнойт, муну менен L-карнитин жалпысынан аралыктагы алмашууга кирет, ацил-СоА/СоASH катнашын жөнгө салат жана клеткада эркин СоASHтын керектүү деңгээлин кармап турат.

СоASH бета-кычкылдануу үчүн, айрым аминокислоталардын катаболизми үчүн, органикалык кислоталардын жана ксенобиотиктеринин дезинтоксикациясы үчүн, пируватдегидрогеназдын иштөөсү үчүн зарыл, жана буларга байланыштуу трикарбон кислоталарынын циклинин иштөөсү үчүн да керек. L-Карнитин митохондриядан кыска чынжырлуу май кислоталарын алып салууга өбөлгө түзөт, ичинен митохондриялык СоА бошотот, мунун деңгээлин турукташтыруу, СоА жыйындысы функционалдуу өз ара байланышы жана препарат энергетикалык метаболизмди оптималдаштыруу үчүн өтө орчундуу болуп эсептелишет.

L-карнитиндин анаболикалык эффекти ацил- СоА/СоASH оптималдуу катнашын колдоонун эсебинен фосфолипиддердин метаболизмде катышуусу аркылуу жүзөгө ашырылышы мүмкүн. Бир жагынан L-карнитиндин

анаболикалык таасири ашказан жана ичеги маңызынын бөлүнүп чыгуусунун жана ферментативдик активдүүлүгүнүн жогорулашы менен шартталат, буга байланыштуу тамакты, тактап айтканда белокту сиңирүү жогорулайт жана физикалык күч келтирүүдө өндүрүмдүүлүк да жогорулайт.

L-карнитин апоптоздо да коргоочу таасирди көрсөтөтүрүн белгилеп коюу керек, бул церамиддердин синтезин ингибирлөө (клеткадагы апоптоздун кубаттуу промотолору) жана каспаздардын активдүүлүгү (апоптоздун негизги медиаторлору) менен шартталат.

Гонадопротекциянын потенцирлөөчү таасири үчүн биз протосерил препаратына көңүлүбүздү бурдук, депротеиндешкен гемодиализат клеткалык массанын төмөн молекулярдуу компоненттеринин кеңири спектринин жана молекулярдык массасы 5000 D болгон сүт эмген музоолордун кан сары суусу камтып турат, учурда мунун касиеттеринин бир аз бөлүгү гана химиялык жана фармакологиялык ыкмалар менен изилденген.

Протосерил репаративдик жана регенеративдик процесстерди жогорулатат; аэробдук метаболикалык процесстердин активдешүүсүнө жана кычкылдантуучу фосфорлошуусуна өбөлгө түзөт; кычкылтекти керектөөнү жогорулатат жана гипоксия шарттарындагы клеткаларга жана метаболикалык алсыз клеткаларга глюкозанын жеткирилишине жардам берет; коллагендин синтезин жогорулатат, клеткалардын пролиферацияланышына жана миграциясына өбөлгө түзөт.

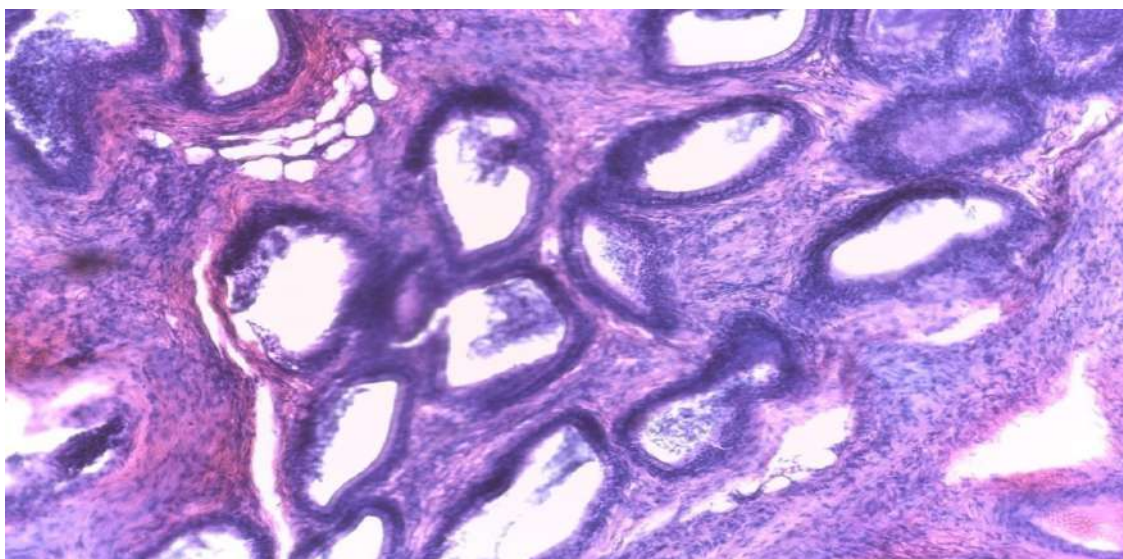
Биз протосерилди булчуң ичине 1 жума бою күнүнө 0,5 мл колдондук.

Гонадопротекциялык эксперименталдык изилдөөгө 20 коен киргизилди (негизги топ) жана куулуктары эксперимент үчүн жараатталган 10 эркек коендору (контролдук топ) киргизилди, бирок L-карнитин жана протосерил препараттары колдонулган жок. Жараат алган куулуктардын урук бездеринин структуралык өзгөрүүлөрүнүн динамикасы 2-суткада бааланды жана андан ары куулук органдарынын эксперименталдык жабык түрдөгү жарааттарынан кийин 5-10 күндөн кийин бааланды.

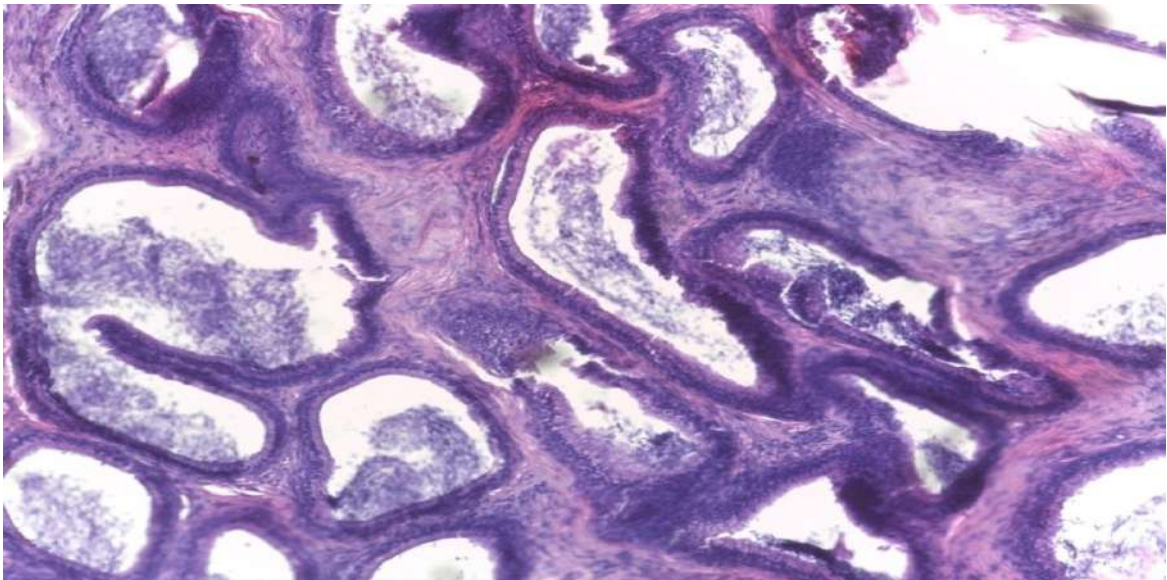
Эксперименталдык жаракат алуу жагындагы урук безинин гистологиялык көрүнүшү 2 суткадан кийин контролдук топтоң (протекциясыз) дээрлик айырмаланган деле жок. Негизги топтогу урук безинде орточодон ачык билинүү даражасына чейинки гемодинамикалык бузулуулар байкалган. Микроциркулятордук багытта айрым жерлеринде тромбоздун пайда болгону байкалган, буга байланыштуу ткандык ишемия очоктору аныкталган, айрым жерлеринде ткандардын некроздору да байкалган (4.4-сүрөт).

Муну менен кан тамырдын стенкасы көөп кеткендиктен жана оң гранулдардын болушу менен эндотелийдин эсебинен калыңдай берген.

Кан тамырдагы бузулуулардан улам, суюктукта жүргөндөй абалдагы Лейдиг клеткаларынын байланышпай калганы, аралык стромасынын шишигени белгиленди, бирок булардын структуралык саны өзгөрүлгөн жок (4.5-сүрөт).

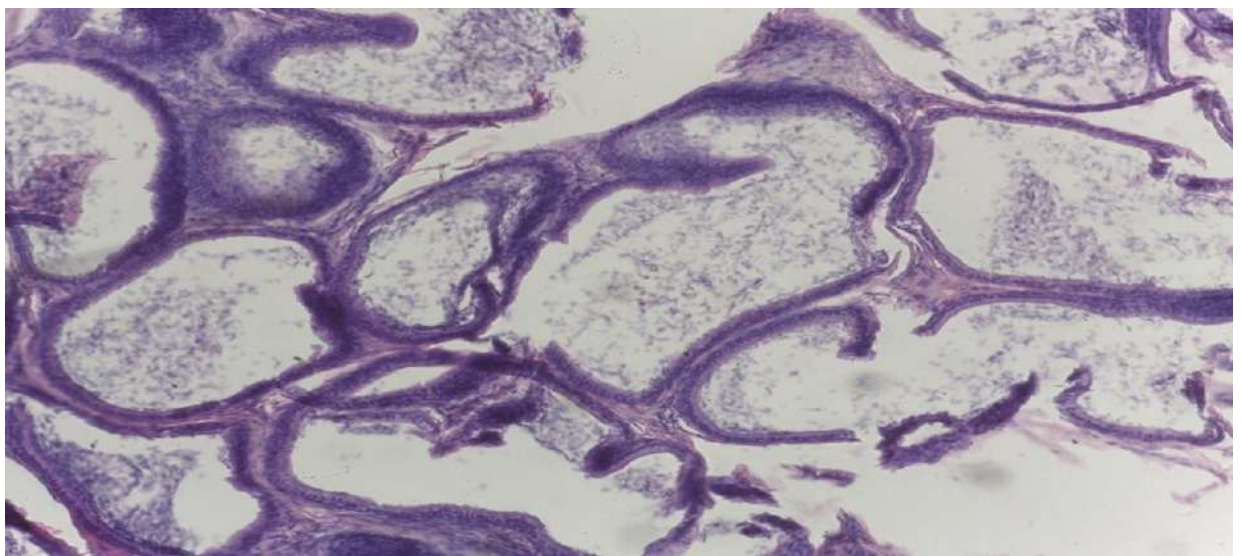


4.4-сүрөт. Кан тамыр жабыркоолору учурундагы ткандык ишемия, кан тамырлардын эндотелиясынын калыңдоосу (Ув. 400. ГЭ боёгу).



4.5-сүрөт. Аралык тканынын шишип кетүүсү, стромадагы кан тамырынын бузулушу (Ув. 400. ГЭ боёгу).

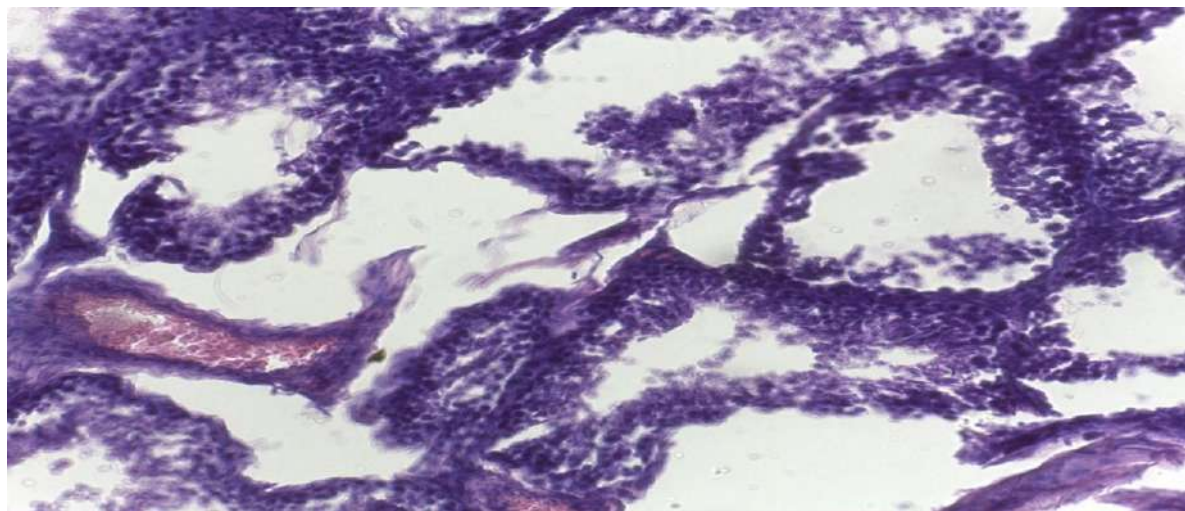
Эн танабы олуттуу өзгөрүүлөргө дуушар болот, алардын айрым жерлери айрылып, структуралык сөлөкөтүнүн жана багыттуулугунун бузулуп, жылчыктарында көптөгөн клеткалардын бөлүкчөлөрү болот (сүр. 4.6). Кан агуу участокторундагы ажырыктарда формасыз белоктук структуралар аныкталган. Натыйжада, структуралык бузуулар Сертоли клеткаларына да таасир этишет, аларда липиоддук мазмундагы цитоплазмалардын вакуолизациясы байкалган. Муну менен бирге кез-кезде бышып жетилген сперматозоиддер аныкталган.



4.6-сүрөт. Клеткалардын бөлүкчөлөрүнүн структуралык сөлөкөттүүлүгүнүн жана багыттуулугунун бузулушу (ГЭ боёгу. Ув.440).

Протекциялык терапия өткөрүү фонундагы куулук органдарынын эксперименталдык травмасынан кийинки 5-суткадагы коёндордун урук бездеринин гистологиялык картинасы контролдук топ менен салыштырганда төмөнкүдөй болгону көрүндү: урук бездеринин паренхимасында жана стромасында билинбеген реактивдүү травмадан кийинки сезгенүү фонунда, негизинен, кан тамырларында өзгөрүүлөр болгон, ал эндотелийдин текши эмес шишигени менен мүнөздөлгөн, айрым жерлеринде эпителий жылчыктарына эндотелиалдык структуралардын түшкөнү аныкталган (сүр. 4.7).

Белгилей кетчү нерсе, коёндорго жасалган эксперименттин жарымында аралык ткандарынын шишиктүү инфильтрациясы аныкталган, кээде ал билинбей калган, б.а. гистологиялык картина тегиз болбогон жерлери бар. Чын-чынына келгенде урук безинин стромасындагы жогоруда айтылган деструктивдүү процесстердин болгондугун, ошондой эле сезгенүү процессин дарылоо учурунда байкалган. улам чыгып жатканын моюнга алуу керек.



4.7-сүрөт. Эндотелийдин текши эмес шишүүсү, эпителий жылчыктарына эндотелиалдык структуралардын түшкөнү. (Ув. 600. ГЭ боёгу).

Эн танаптарында сперматогенездин түрдүү фазалары, жаңы, бышып жетиле элек сперматозоиддердин пайда болгону белгиленди (4.8-сүрөт),



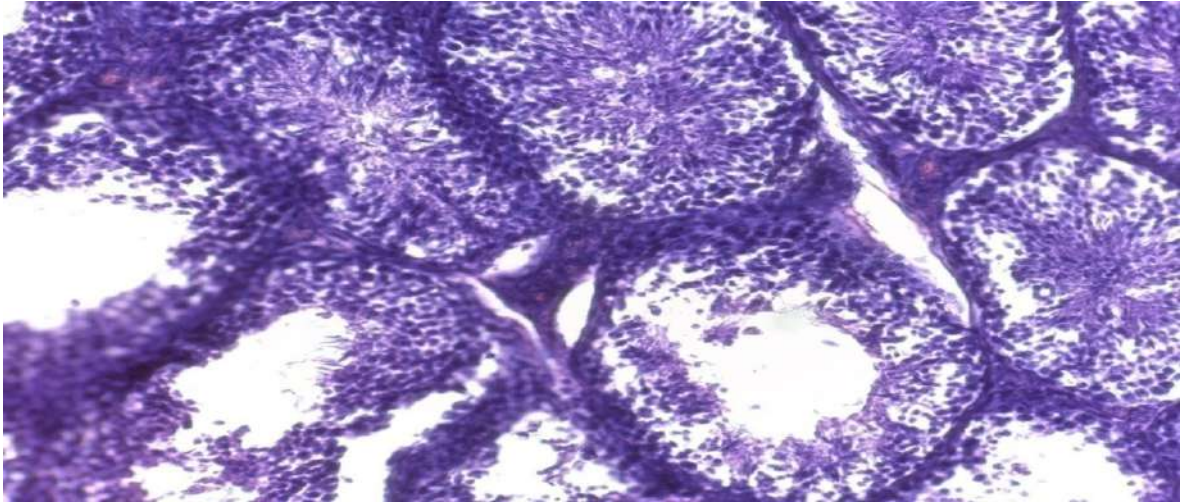
4.8-сүрөт. Эн танаптарынын базалык мембранасынын клеткалык бөлүкчөлөрүсүз, билинбеген жана текши эмес калыңдашы (Ув.600. ГЭ боёгу).

Ошондой эле, эн танаптарынын базалык мембранасынын клеткалык бөлүкчөлөрүсүз, билинбеген жана текши эмес калыңдашы табылган, бул протекциялык терапиянын фонунда көпчүлүк гистологиялык кескендерде алынган травманын кесепеттеринин регресси катары бааланган.

Травма алгандан кийинки онунчу күнү коендордун урук бездеринин гистологиялык картинасы гонадопротекция фонунда: регенеративдик процесстер менен, стромадагы шишиктин таркашы, кан тамырлардагы эндотелий беттеринин инфильтрациясынын маанилүү төмөндөөсү аркылуу микроциркулятордук багытынын калыбына келиши менен мүнөздөлөт.

Бардык кесиктерде урук безинин клеткалык структураларындагы деструктивдик мүнөздөгү көрүнүштөрдү каттоого албастан, урук бездериндеги сперматогенездин картинасы калыбына келтирилгени байкалган. (рис 4.9).

L-карнитин жана протосерил дары каражаттары менен протекциялык коргоо фонунда урук безинин архитектонигиндеги структуралык бузууларды калыбына келтирүү боюнча алынган оң натыйжалар экспериментте дарылоо программасына гонадапротекциялык терапияны киргизүүгө мүмкүндүк берди.



4.9-сүрөт. Урук безинин структуралык картинасын калыбына келтирүү белгилери (Ув. 600. ГЭ боёгу).

Куулук органдары жаракат алган пациенттердин репродуктивдүү ден соолугунун сакталуусунун клиникалык жыйынтыктары биз тараптан жакынкы (1 айдан 3 айга чейин) жана алыскы (6 айдан тартып 1 жылга чейин) диапазон боюнча аныкталган, изилдөө жыйынтыктары кийинки бөлүмдө каралат.

4.3. Куулук органдарынын травмаларын дарылоонун жакынкы жана алыскы натыйжалары.

Клиникалык изилдөөгө куулук органдары травма алгандар негизги топтон 79(66,4%) бейтап жана контролдук топтон 40(33,6%) бейтап киргизилди жана булардын 102 (85,7%) бейтабына консервативдик дарылоо, ал эми 17 (14,3%) бейтабына хирургиялык дарылоо жүргүзүлдү. Муну менен бирге бардыгы травмадан кийинки орхоэпидидимит менен жабыркашкан пациенттер.

Хирургиялык багыттагы бейтаптарга төмөнкүдөй операциялар жасалды: 6 бейтапка (35,2%) - жарааты БХЖ, 9уна (53%) – куулугундагы гематома жара тилинип, алып салынды, 2нө (11,8) – урук безинин жарылган жери тигилди.

Жогоруда көрсөтүлгөндөй, урук безине алган травманын фонунда травма алган урук бездин клеткалык структурасында деструктивдик-дегенеративдик өзгөрүүлөр келип чыгат. Бул өзгөрүүлөр бир нече учурларда

кесепети жок эле жоголуп кетет, бирок анын процесси башка артка кайтпоочу мүнөздө болуп, мында ар кандай даражада организмдин репродуктивдүү толук кандуу иштөөсүнүн бузулушуна себеп болушу ыктымал болот.

Бул жагдай клиникалык учурларда алынган травманын кесепетинен урук бездин гипо жана атрофия учурлары көп кездешери менен жана фертилдүүлүк ар кандай даражада бузулушу менен түшүндүрүлөт, муну клиникалык учурлар менен салыштырууга болот. Ошондуктан, пациенттердин репродуктивдүү толук кандуу саламаттыгын калыбына келтирүү жана сактоо – клиникалык гана эмес, эгерде маселе улуттун репродуктивдүү ден соолугун сактоого байланыштуу болсо социологиялык мааниге да ээ экенин белгилеп коюу керек.

Лабораториялык изилдөө 45 (37,8%) пациентке жүргүзүлдү, буларда урук безине алынган туюк травмадан кийинки 1,5 жана 2 айларында спермограммасы жана кандагы антиспермалдык антителолордун болуу деңгээли бааланган.

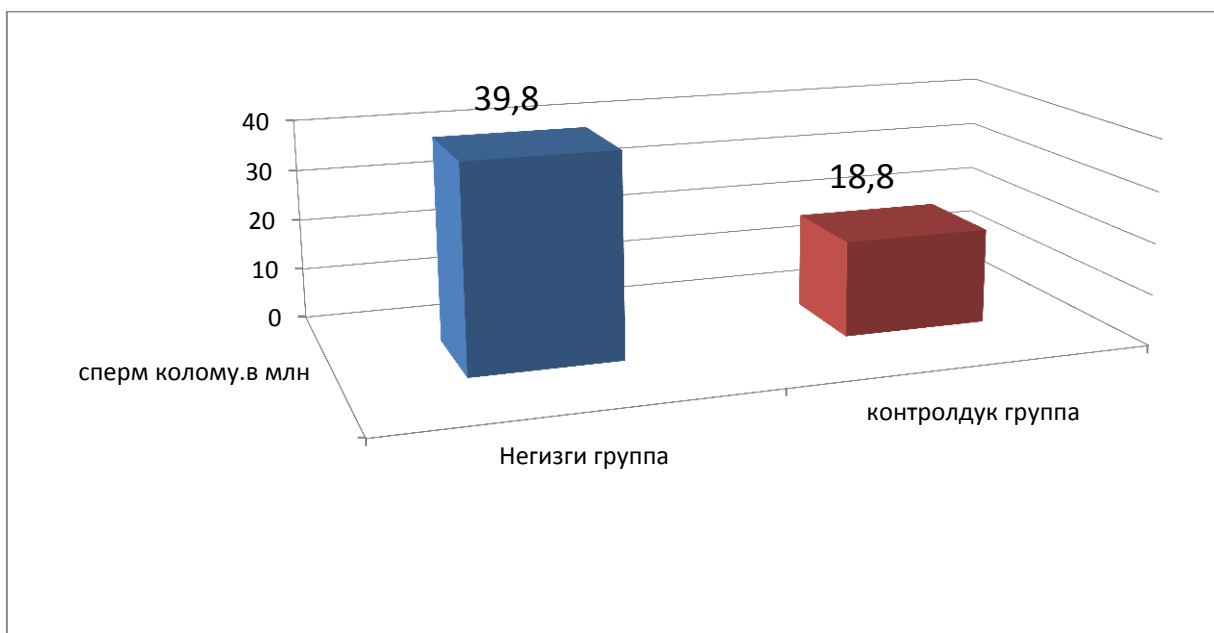
Куулук органдарына травма алган бейтаптардан спермограмма тапшыртуу аркылуу эрте изилдөөнү сунуш кылбайбыз, себеби сперма тапшырууда (мастурбация аркылуу) урук безинин патологиясы бар тарабында оору синдрому келип чыгуусу мүмкүн. Куулук органдарынын травма алган тарабындагы абалдын оордошуп кетүүсү же сезгенүү процесси башталып кетиши мүмкүн болот, эякуляттын сандык жана сапаттык курамын интерпретациялоосу анык болбой калышы мүмкүн.

Лабораториялык изилдөө этабында бул пациенттер 2 салыштырма топторуна бөлүштүрүлдү: Биринчиси (негизги) – 25 (21%) адам, булар салттуу консервативдик дарылоо фонунда протекциялык терапия алышты жана экинчи топ (салыштыруу) – 20 (16,8%) адам протекциялык коргоосуз дарылоо алышты.

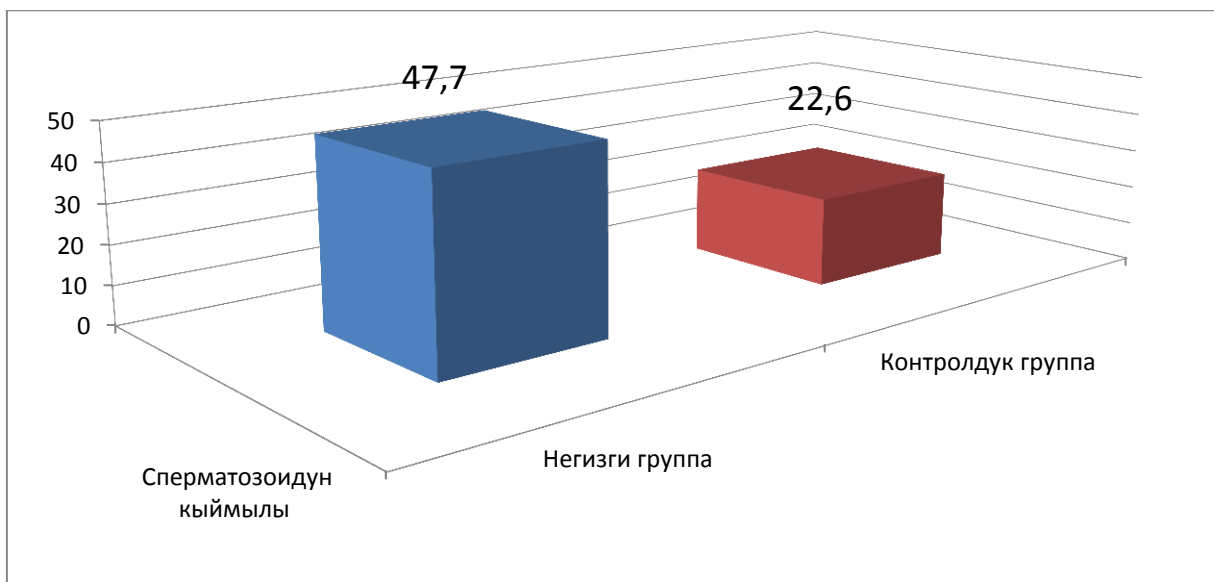
Лабораториялык натыйжалары: Протекциялык коргоосуз дарылоо алган, салттуу ыкмадагы дарылоонун өткөрүлгөн жабырланган пациенттердин

спермограмма картинасында (сүр. 4.9 а,б) 1 мл. спермийлеринин санында $18,8 \pm 3,3$ млн. болуп аз болгону көрүнгөн. Протекциялык терапия фонундагы адамдардын 1 мл. спермийлер санында $39,8 \pm 4,2$ млн. спермийлер болуп, ченемдүү көлөмдө болгон. Сперматозоиддердин кыймылдуулук чектери да салыштырма топторунда каралды (сүр. 4.9). Контролдук топтогу бейтаптардын спермограммаларында спермийлеринин активдүүлүгү – $22,6 \pm 2,4\%$ деңгээлинде төмөндөгөнү катталган болсо, негизги топтогу бейтаптардын спермограммаларында спермийлеринин активдүүлүгү ченемдик көрсөткүчтөрдүн чегинде болгон ($47,7 \pm 1,8\%$).

Урук беги жаракар алгандан кийин татаал мүнөздөгү патофизиологиялык процесстер болуп өтөөрү белгилүү, демек урук безинин клеткалык структурасынын травмалык жабыркоосунан кийинки калдык процесстер белгисиз мөөнөткө чейин кала беришет. Көпчүлүк учурларда репаративдүү жана регенеративдүү процесстер белгилүү бир убакытты талап кылышат же процесс негативдүү деструктивдүү кесепеттер менен коштолуп, бириктирүүчү ткандын алмашуусу, ошондой эле жабыркаган тараптагы урук безинин функционалдык толук жарамдуулугунун жоголуусуна алып келет.



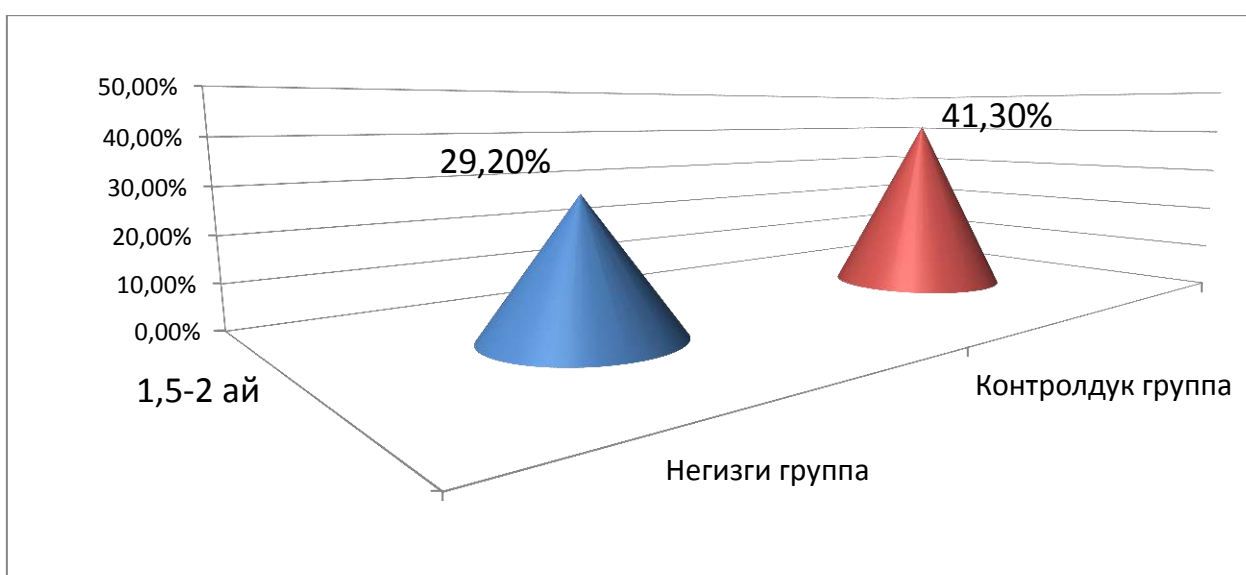
4.9 - сүрөт. – 1 мл. сперматозоиддердин саны .



4.10-сүрөт. Эякуляттагы спермийлердин жылып жүрүүсү.

Бул өңүттөн алганда морфологиялык жактан өзгөрүүгө дуушар болгон сперматозоиддердин эякулятта болуу убактысынын узактыгы кызыгууну жаратат (4.11-сүрөт).

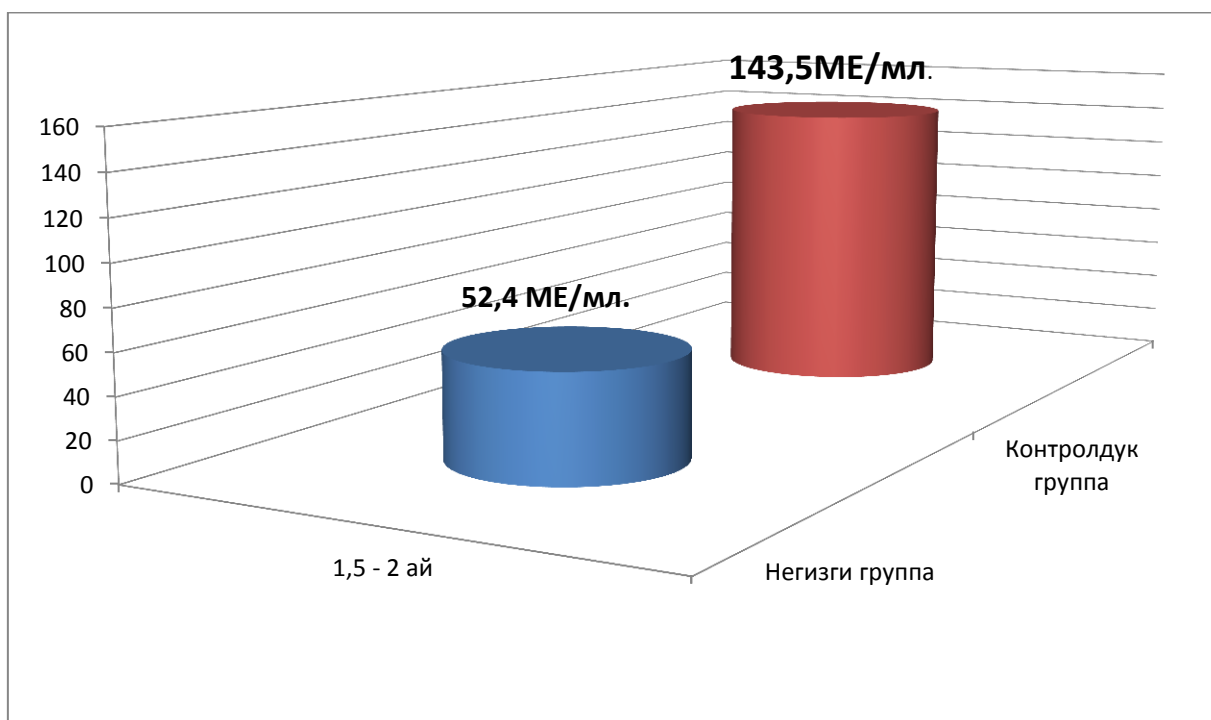
Мисалы, биздин клиникалык материалдардан төмөндөгүдөй маалыматтар алынган: бейтаптардын контролдук тобундагы (протекциялык коргонуусуз) аномалдык формадагы сперматозоиддердин саны $-41,3 \pm 0,7$, ал эми негизги топтогу адамдарда (протекциялык коргонуу менен) морфологиялык жактан эякулятта өзгөрүүгө дуушар болгон сперматозоиддердин саны норманын жогорку көрсөткүчүнүн деңгээлинде болгон ($29,2 \pm 1,2$).



4.11-сүрөт. Эякуляттагы спермийлердин аномалдык формаларына таандык мазмундун деңгээли.

Куулук органдары жаракат алгандан кийинки мезгил бир кылка өткөн эмес. Эгерде терапия фонундагы көпчүлүк учурлар жаракат алган урук безиндеги патологиялык процессти токтотуу менен байланышса, анда бир катар учурлар коштондудагы сезгентүүчү процессти хронизациялоо түрүндөгү калдыктык көрүнүш, урук безинин жабыркаган тушундагы урук безинин гипо- же атрофиясы өндүү учурлар менен коштолот.

Бул контексте биз кандагы АСАТ курамынын деңгээлине көңүл бурдук жана аталган факт жабыркаган урук безининин спермалык – жана гормондук бөлүп чыгаруучу клеткалык структурасына тескери таасирин тийгизе тургандыгы эске алынды (4.12-сүрөт).



4.12-сүрөт. Антиспермалык антителалардын курамынын деңгээли.

Мисалы, бейтаптардын негизги тобунда АСАТ курамынын деңгээли нормалдуу чондуктан жогору эмес $-52,4 \pm 1,3$, бирок, салыштырма тобунда нормативдүү чондуктардын 2,5 эсеге ($p < 0,05$) жогорулагандыгы байкалат

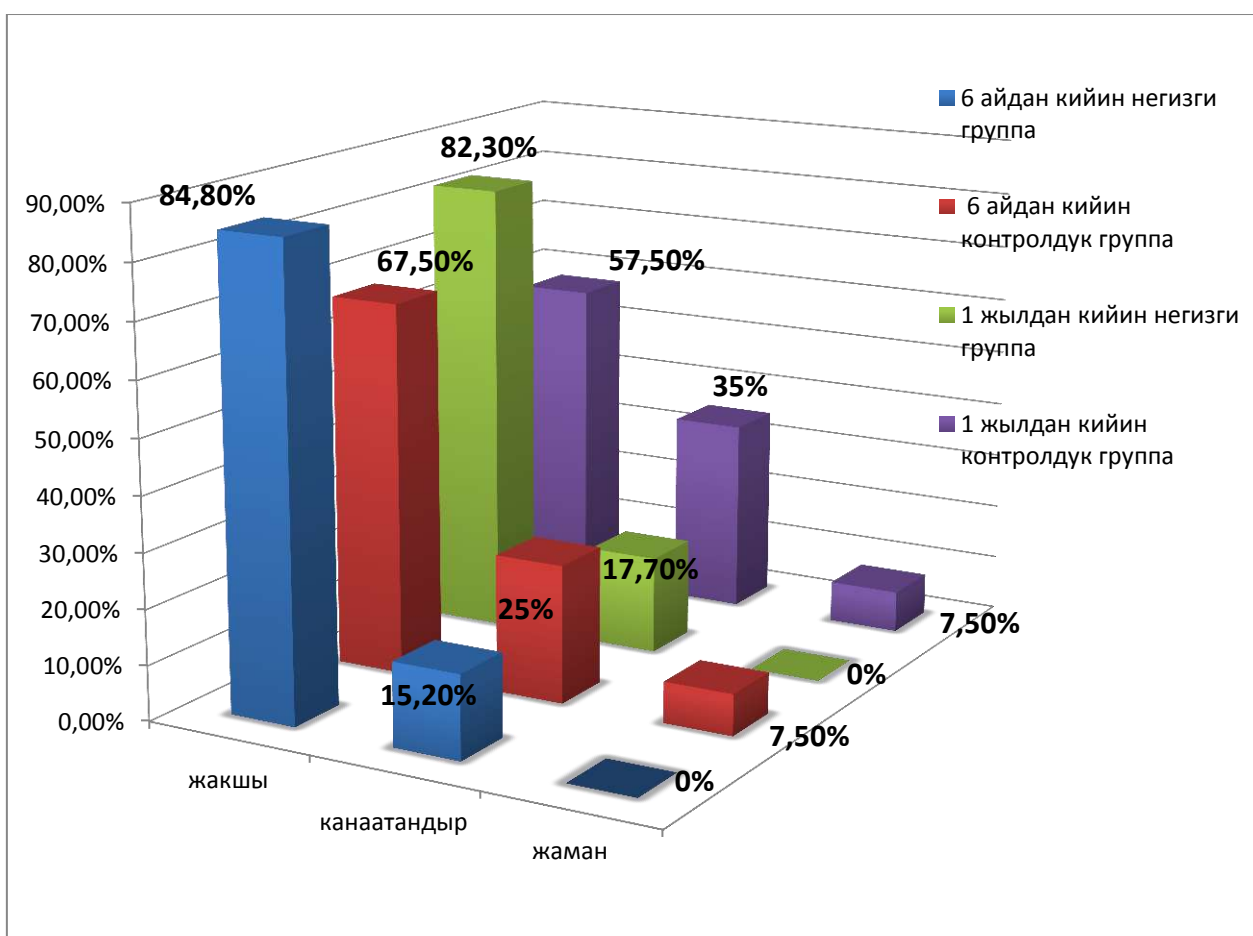
Экинчи главада көрсөтүлгөндөй бейтаптарды дарылоо жыйынтыгына биз төмөнкү критерийлер боюнча бааладык:

- 1) Жакшы – оорунун жалпы жана бөлүктүк клиникалык көрүнүштөрүнүн жоктугу, спермограмманын лаборатордук жыйынтыктарын нормалдаштыруу.

2) Канааттандыраарлык – терапия жана жубайынын боюна бүтүрүү фонундагы контролдоуучу патоспермия; травмадан кийинки орхоэпидимитти хронизациялоо.

3) Канааттандыраарлык эмес – убакыт өткөндөн кийин травма алган тараптагы урук безинде атрофиянын келип чыгуусу, туруктуу мүнөздөгү патосперсия же уруксуздуктун өнүгүүсү.

Куулук органдары жаракат алгандан 6 айдан же 1 жылдан кийинки мөөнөт ичинде негизги жана контролдук топтогу бейтаптарды изилдөөнүн жыйынтыгынын анализи төмөнкү сүрөттө берилди (4.13).



4.13 - сүрөт. Терапиянын жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын салыштырмалуу түрдө баалоо

Жүргүзүлгөн терапиядан 6 ай өткөн соң бейтаптардын негизги тобунда жакшы жыйынтыктар - 67 (84,8%), канааттандыраарлык – 12 (15,2%) адамда белгиленген. Салыштырма топто жакшы жыйынтыктар – 27 (67,5%),

канааттандыраалык – 10 (25%) жана канааттандыраарлык эмес – 3 (7,5%) учурда белгиленген.

1 жылдан кийин бул пациенттерге өткөрүлгөн контролдук текшерүүдө жакшы жыйынтыктар негизги топто – 65 (82,3%), канааттандыраарлык – 14 (17,7%) адамда белгиленген. Ал эми контролдук топто жакшы жыйынтыктардын 57,5%га (23 адам) кыскаргандыгы жана канааттандыраарлыктын 35% (14 адам) өскөндүгү байкалган; канааттандыраарлык эмес мурдагы көрсөткүчүндө калган, башка айтканда 7,5% учур.

Негизги топто канааттандыраарлык жыйынтыктардын өсүүсү эпидидимиттин кайталануучу агым менен байланыштуу, мунун өзү эякуляттын сапатына таасир этүүсү мүмкүн, башкача айтканда сперматозоиддердин активдүүлүгү 10%га чейин төмөндөгөн. Жалпы жолунан алганда гонадопротекциялык коргонуусу бар адамдарды дарылоонун жакынкы жана алыскы жыйынтыктарынын көрсөткүчү тукум жаратуу мүмкүнчүлүгүнүн толук кандуу сакталып калуусу ыктымалдыгын көрсөткөн.

Резюме.

Куулук органдарынын травмалык жабыркоосунда татаал патофизиологиялык процесстер жаралат. Жабыркаган урук безинин толук кандуу функционалдуулугу терапия фонунда толугу менен калыбына келиши мүмкүн, бирок айрым учурларда патологиялык процесс күчөп, анын кесепетинен организмдин репродуктивдүү функциясы ар кандай даражадагы бузулууларга дуушар болот.

Ошентип, эн беги жаракат алгандан кийинки 5 жана 10-күндөрү клеткалык түзүлүштөгү өзгөрүүлөр жалпыланган деструктивдик мүнөздө болот. Бул жерде гемодинамикалык бузулуулардын фонунда түтүкчөлөр аралык тутумдаштыргыч ткандын тегерек клеткалуу элементтери менен диффуздук инфильтрациясы, түтүкчөлөрдүн ичиндеги деформациялар жана канталоолор, эпителий клеткаларынын түтүкчөлөрдүн ичине түшүүсү так

аныкталат. Муну менен катар түтүкчөлөрдүн кистоздук кеңейиши, капталдарынын жарылуусу менен бирге канталоолор катталган.

Жаракат алган урук безинин патологиялык картинасы гонадопротекциялык терапия фонунда азайышы мүмкүн. Гистологиялык картина урук беги жаракат алгандан кийинки 2-күнү контролдук топ менен бирдей болгон учурда, 5-күнү урук безинин клеткалык түзүлүшүндө репаративдүү процесстердин жогорулашы менен патологиялык процесстердин азайгандыгы байкалган. Калыбына келүү белгилери урук безинин травмасын эксперименталдык моделдөөдөн кийинки 10-күнү катталган.

Ошентип, урук безинин травмасынын фонунда анын эрендик бөлүп чыгаруучу түзүлүштөрүндөгү деструктивдик-дегенеративдик өзгөрүүлөрдөн жана гормондорду иштеп чыгаруучу клеткалардын функционалдык активдүүлүгүнүн төмөндөшүнөн татаал патоморфологиялык жана патофизиологиялык процесстер жаралат. Бир жагынан айрым учурларда мындай өзгөрүүлөр кесепеттерин тийгизбестен жок болуп кетиши мүмкүн, экинчи жагынан урук безинин белгиленген клеткалык түзүлүштөрүнүн репродуктивдүүлүгүнүн ар кандай даражадагы бузулууларына шарт түзгөн кайтарылгыс мүнөздөгү өзгөрүүлөр орун алышы мүмкүн.

Бул кырдаал клиникалык учурларда травманын кесепетинен урук безинин гипотрофиясы жана атрофиясы жаралган, ошондой эле клиникалык учурлар менен салыштырууга мүмкүн болгон фертилдүүлүктүн түрдүү даражадагы бузулуулары орун алган учурлардын көп кездешүүсү менен түшүндүрүлөт. Демек, эгерде сөз улуттун репродуктивдүү саламаттыгын сактоо тууралуу болуп жатса, анда гонадопротекциялык терапия клиникалык гана эмес, социологиялык мааниге да ээ.

Эксперименталдык мүнөздөгү изилдөөнүн жыйынтыктарын кандын курамындагы эрендикке каршы антителалардын деңгээли жана спермограмма маалыматтары менен салыштырууга мүмкүн. Эгерде спермограмма боюнча белгилүү болсо, б.а. эякуляттагы толук кандуу

спермотозоиддердин кепилдиги болуп саналган урук беги жабыркаганда анын клеткалык түзүлүштөрүн сактоо жана калыбына келтирүү зарыл болсо, ал эми эрендикке каршы антителаларга карата инактивациялык эффектти констатациялай албайбыз, бирок урук безинин убагында калыбына келтирилген клеткалык түзүлүшү организмдеги иммунологиялык бузулуулардын жаралышына жол бербешин толук ыктымал.

Биз травмадан кийинки орхоэпидидимитти дарылоодо L-картинин жана протосерил препараттарын кийинки фармакологиялык касиеттеринин негизинде тандадык:

1. Цитопротектордук жана кан тамыр деңгээлинде ишке ашкан фармакологиялык эффекттердин кең спектри;

2. Глюкозанын иштетилишине, АТФнын клеткада топтолушуна жана синтезделишине шарт түзгөн, Кребс мерчиминин ферментативдик процессин, клеткадагы белок жана нуклеин кычкылдыктарынын синтезин активдештирген антигипоксиялык таасирлери;

3. Липиддердин перекистик кычкылдануу процессине тоскоолдук жаратуучу таасирлери, макроэрг деңгээлин сактоого, анын ичинде чыңалуу абалындагы гипоксияда жардам берген, клеткадагы энергетикалык алмашуу процессинин жакшыруусу, митохондриялардын энергия синтездөөчү функцияларынын активдүүлүгүнүн жогорулашы;

4. Клеткалардын мембраналарынын түзүлүшүн жана функциясын калыбына келтирүүчү мембрана турукташтыруучу таасирлери, мээнин түзүлүшүнүн синаптикалык берүүсүнүн жана катышынын жакшыруусу;

5. Тамыр капталдарынын жабыркоолорун жана ички катмарындагы өзгөрүүлөрдү алдын алуучу вазотроптук таасирлери;

6. Эс тутум, көңүл буруу, акыл дараметин жакшыртуучу ноотроптук (нейрометаболикалык) таасирлери;

7. Кан агымын жакшырткан, ишемиялык жабыркаган зонаны чектөөгө алган жана клеткалардын репаративдик процессин өбөлгөлөгөн ишемияга каршы таасирлери;

8. Мээ жана кандын түзүлүшүндөгү малондук диальдегид сыяктуу картаюу маркерлеринин денгээлин төмөндөтүүчү рецептордук комплекстердин ишин модуляциялаган жана митохондриялардагы гранулярдык эндоплазмалык тордун ультратүзүлүштүк өзгөрүүлөрүн калыбына келтирген геропротектордук таасирлери;

9. Организмдин күтүлбөгөн факторлордун таасирине жана кычкылтекке көз каранды патологиялык абалына каршы туруктуулугун арттыруучу стресс-протектордук таасирлери;

10. Түзүлүшү В6 витамининин бирикмелерине окшош, антиоксиданттык касиеттери сезилген сукцинат менен ароматтык фенолдорго мүнөздүү антиоксиданттык жана антирадикалдык касиеттери.

Ошентип биздин оюбуз боюнча, гонадопротекциялык терапия бейтаптардын травмадан кийинки орхоэпидидимитин дарылоо учурларында терапиянын биринчи линиясы түрүндө өзүнүн клиникалык ордун ээлеши мүмкүн. Биз өз убагында урук безинин толук кандуу функционалдуулугун коргоонун башка фармацевтикалык же жогорку технологиялык жол-жоболору жаралаарына ишенебиз, ал эми азырынча аргументтерибиздин клиникалык маанилүүлүгү актуалдуу бойдон калат.

ЖЫЙЫНТЫКТАР

1. Куулук органдарынын травмасынын негизги себеби болуп криминогендик мүнөз (57,4%) жана турмуш-тиричилик травмасы (23,5%) эсептелет. Башка себептери болуп спорттук (8,8%) жана жол-транспорттук травматизм (10,3%) саналат. Куулук органдарынын жабык мүнөздөгү травмалары байкоолордун 77,3%да аныкталган.

2. Травманын кандай түрү болбосун 73% учурларда куулукта реактивдүү сезгенүү процесси (орхоэпидидимит) орун алган. Урук безинин эксперименталдык травмасындагы патоморфологиялык өзгөрүүлөр кийинкилер менен мүнөздөлгөн: клеткалык түзүлүштөгү өзгөрүүлөр жалпыланган деструктивдик мүнөздү ташыйт, бул жерде гемодинамикалык бузулуулардын фонунда түтүкчөлөр аралык тутумдаштыргыч ткандын тегерек клеткалуу элементтери менен диффуздук инфильтрация, түтүкчөлөрдүн ичиндеги деформациялар жана канталоолор, түтүкчөлөрдүн ичине түшкөн эпителий клеткалары так белгиленген. Муну менен бирге, түтүкчөлөрдүн кистоздук кеңейүүсү, капталдарынын жарылуусу менен бирге канталоолор катталган.

3. Жаныбарлардын (эркек коёндор) урук безине протекциялык терапия фонунда жүргүзүлгөн эксперименталдык травма учурундагы патоморфологиялык өзгөрүүлөрдүн оң динамикасы протекциялык мүнөздө корголбогон контролдук жаныбарлардыкына караганда 2 эсе жогору.

Травмадан кийинки орхоэпидидимит менен жабыркаган оорулууларга жүргүзүлгөн гонадопротекциялык терапиянын клиникалык баалоо процесси анык эле. Бул спермограмманын жана кандын курамындагы эрендикке каршы антителалардын деңгээлинин лаборатордук көрсөткүчтөрү салттуу терапия жүргүзүлгөн адамдардыкынан ачык айырмалангандыгы менен тастыкталган.

4. Негизги топтогу адамдарда дарылоонун кыска жана узун мөөнөттөгү жакшы жана канааттандырырлык жыйынтыктары жүргүзүлгөн байкоолордун 84,8% жана 82,3% учурларында, контролдук топтогу адамдарда болсо 67,5%

жана 57,5% учурларда, ал эми канааттандырарлык эмес жыйынтыктар жаракатка кабылган тараптагы урук безинин гипотрофиясы жана атрофиясы менен мүнөздөлгөн 7,5% учурларда белгиленген.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Куулук органдары травмадан кийинки мүнөздө жабыркаган оорулууларга жалпы клиникалык изилдөөлөр менен катар куулук органдарына ультрадобуштуу доплерографиялык изилдөө жүргүзүү зарыл, жана алынган маалыматтардын негизинде терапия өткөрүү тактикасын түзүү зарыл.

2. Куулук органдарынын травмасын комплекстүү дарылоо процессине урук безинин жабыркаган клеткалык түзүлүшүнө карата протекциялык жана калыбына келтирүүчү касиеттерге ээ L-карнитин жана протосерил препараттарын кошуу зарыл, бул эркектердеги репродуктивдүү дисфункциялардын санын төмөндөтөт.

3. Куулук органдары травмадан кийинки мүнөздө жабыркаган адамдарга өткөрүлгөн терапияга карабастан 1 айдан кийин кандын курамындагы эрендикке каршы антителалардын деңгээлин изилдөө зарыл, ал эми 2 же 3 айдан кийин репродуктивдүү бузулууларды өз убагында аныктоо жана тиешелүү терапия өткөрүү максатында спермограмма анализин жүргүзүү керек.

АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ:

1. Абрамова, И.Э. Нарушение обмена гликозаминогликанов при неврологической патологии и его коррекция церулоплазмином: дис. . канд. мед. наук. Уфа, 1999. - 117 с.
2. Автандилов, Г.Г. Медицинская морфометрия. — М.: Медицина, 1990.- 383 с.
3. Агарков, С.Т. Васкулогенные сексуальные расстройства у мужчин / С.Т. Агарков // Проблемы репродукции. 1995. - № 4. - С. 31-39.
4. Акулович А.И. Перекрут гидатид яичка и его придатка у детей / А.И. Акулович, А.В. Ломакин, Г.В. Лотыш // Здоровоохр. Беларуси. 1995. - № 6.-С. 11-12.
5. Алопина Н.О. Показатели гипофиз гонадной системы и обмена гликозаминогликанов у больных первичным деформирующим остеоартрозом и их динамика под влиянием лазеропунктуры: дис. канд. мед.наук. Уфа, 1997. -119 с.
6. Аляев Ю.Г. // Применение препарата импаза в лечении эректильной дисфункции у мужчин: пособие для врачей / под ред. Е.Б. Мазо, В.И. Петрова. М., 2004. - 39 с.
7. Аляев Ю.Г. Ультразвуковые методы функциональных исследований в урологии / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов // Урология. 2000. - № 4.1. С. 13-16.
8. Аманназаров, А. Клиника, диагностика и лечение повреждений яичка без разрыва белочной оболочки / А. Аманназаров // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 134-135.
9. Аманназаров, А. Результаты неотложных операций при подкожных разрывах яичка / А. Аманназаров // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. Ташкент, 1981. — С. 98-99.
10. Аманназаров, А.А. Патогенетически обоснованное лечение закрытых повреждений органов мошонки: дис. . д-ра мед. наук. Ашгабад, Челябинск, 1995. - 265 с.

11. Амосов, А.В. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике: автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 1999. -С 52.
12. Андронов, С. Ультразвуковая визуализация гранулем яичек в двух случаях туберкулезного (специфического) орхипидидимита / С. Андронов, А. Янакиев // Sonoace international. 1999. - № 5. - С. 79-80.
13. Анисимов, А.В. Тестикулярный микролитиаз как эхографический маркер рака яичка / А.В. Анисимов // Эхография. 2001. — Т. 2, № 4. - С. 35-43.
14. Антимикробная активность гиалуроновой кислоты / И.Ф. Радаева, Г.А. Костина, С.Г. Ильина, Р.Н. Костылева // Микробиология. 2001. - № 1. - С. 74-75.
15. Апцешко, Ц.А. Тактика врача при острых заболеваниях органов мошонки у детей / Ц.А. Апцешко, А.В. Скобеюс, В.И. Воронин // Тезисы докладов IV конференции урологов и нефрологов Белоруссии. Минск, 1989. - С. 86-87.
16. Асимов, А.С. Травматические повреждения наружных половых органов / А.С. Асимов, В.П. Тянь, И.К. Царков // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 142.
17. Атабекова, Л.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов мошонки / Л.А. Атабекова, С.Г. Бурков // Sonoace international. 2000. - № 7. - С. 84-89.
18. Бань, Г.А. Травматические повреждения мошонки / Г.А. Бань, А.Д. Солоненко, А.М. Воронин // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. Ташкент, 1981. - С. 92-93.
19. Богданова, Н.И. Подкожные повреждения яичек / Н.И. Богданова // Вопросы неотложной хирургической помощи: сб. научн. работ каф.общей хирургии / под ред. А.И. Соркиной. Иркутск, 1975. - С. 151-155.
20. Божедомов, В. А. Эпидемиология и причины аутоиммунного мужского бесплодия / В.А. Божедомов, О.В. Теодорович // Урология. 2005. -№ 1. - С. 35-44.

21. Бреслер, В.М. Экспериментальное и клиническое изучение аутоиммунного асперматогенеза / В.М. Бреслер, В.М. Шубин // Вестн. АМН СССР. 1971. - № 1. - С. 87-89.
22. Бузе, Э.Г. Сравнительное экспериментально-морфологическое изучение семенника при механической травме и при аутоиммунном орхите: автореф. дне. . канд. мед. наук. Л., 1973. - 11 с.
23. Варенцов, Г.И. Первый международный симпозиум по новой урологической технологии / Г.И. Варенцов // Урология и нефрология. 1990. - № 4. - С. 74-76.
24. Васильченко, Г.С. Диагностическая оценка эякулята / Г.С. Васильченко // Частная сексопатология / под ред. Г.С. Васильченко. М., 1983. -Т. 1.-С. 61-63.
25. Вельц А.В. Изменение уровня гормонов при каудально-эпидуральной анестезии у детей / А.В. Вельц // Здравоохр. Башкортостана: Спец. вып. 2000. - № 2. - С. 205-207.
26. Внутрибольничная инфекция в урологической клинике / Н.А. Лопаткин, А.Л. Шабад, В.Б.Румянцев и др. // Воспалительные заболевания почек, мочевых путей и мужских половых органов: сб. науч. тр. / под ред. А.Л. Шабада, В.Г. Горюнова. М., 1991. - С. 6-14.
27. Войтеховский, Г.В. Пределы консерватизма при лечении синдрома отечной и гиперемированной мошонки / Г.В. Войтеховский, В.П. Юцевич, В.Д. Щевелев // Тезисы докладов IV конференции урологов и нефрологов Белоруссии. Минск, 1989. - С. 88.
28. Войткевич, А.А. Некоторые аспекты современных представлений о посттравматической регенерации / А.А. Войткевич, Г.П. Краснощеков // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. 1971. - № 3. - С. 102-106.
29. Волков В.Г. Гиалуроновая кислота и основные направления ее применения в медицине / В.Г. Волков, В.В. Строителей, И.А. Федорищев // Вестн. новых мед.технологий. 2001. - Т. VIII, № 1. - С. 67-70.

30. Воложин, С.И. Травматический вывих яичка / С.И. Воложин // Урология и нефрология. 1974. - № 3. - С. 62.
31. Воспалительные заболевания мочевых и мужских половых органов: справочник по урологии / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1978. - 328 с.
32. Воспалительные заболевания почек, мочевых путей и мужских половых органов: сб. науч. трудов / под ред. А.Л. Шабада, В.Г. Горюнова. М.: НИИ урологии, 1991. - 156 с.
33. Гайбуллаев А.А. О травмах крипторхических яичек / А.А. Гайбуллаев, К.Н. Нурмухамедов, Ф.Л. Дочкина // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 143-144.
34. Гайбуллаев А.А. Острые осложнения крипторхизма / А.А. Гайбуллаев // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. Ташкент, 1981. - С. 101-102.
35. Гайшенец В.Ф. Влияние антиоксидантов на моделирование возрастных изменений семенников: дис. . канд. мед. наук. Киев, 1987. - 228 с.
36. Гехман, Б.С. О так называемых травматических эпидидимитах / Б.С. Гехман // Вестн. дерматологии и венерологии. 1959. - № 1. - С. 68-71.
37. Голота О.В. Значение эхографии в диагностике эндокринных нарушений функции половых и надпочечных желез у детей: автореф. дис. . канд. мед. наук. Киев, 1989. — 21 с.
38. Горюнов, В.Г. Сцинтиграфическая визуализация яичек при мужском бесплодии / В.Г. Горюнов, Л.П. Никитинская // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. Ташкент, 1981. - С. 176-178.
39. Гребенщиков, Г.С. Повреждения органов мошонки / Г.С. Гребенщиков // Многотомное руководство по хирургии. М., 1959. - Т. 9. - С. 535-539.
40. Давидов М.И. Способ клеевой вазоокклюзии для профилактики послеоперационного эпидидимита / М.И. Давидов, В.Б. Веретенников, А.А.

Лядов // Андрология, репродукция и сексуал. расстройства. 1994. - № 3-4. - С. 30-33.

41. Давыдова А.И. Становление функции гематотестикулярного барьера у морских свинок и крыс в период постнатального развития / А.И. Давыдова//Бол.эксперим. биологии и медицины. 1972. - № 10. - С. 103-106.

42. Даренков А.Ф. Ультразвуковая диагностика в ургентной урологии / А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. — Ташкент, 1981. С. 35-36.

43. Даренков А.Ф. Ультразвуковая диагностика урологических заболеваний / А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.А. Науменко. — Ставрополь, 1991.-221 с.

44. Делягин, В.М. Диагностика состояния органов мошонки: (клинико-эхограф. пробл.) / В.М. Делягин, А.Ю. Никаноров. М.: Алтус// 1999. - 56 с.

45. Джарбусынов, Б.У. Возможности ультразвукового сканирования в диагностике заболеваний органов мошонки / Б.У. Джарбусынов, С.М. Кусымжанов, А.В. Кастин // Актуальные вопросы урологии: межвуз. сб. - Алма-Ата, 1988. С. 59-62.

46. Довлатян, А.А. Травмы органов мочеполовой системы / А.А. Довлатян, Ю.В. Черкасов // Урология. 2003. - № 4. - С. 24-35.

47. Долецкий, С.Я. Диагностика и лечение острых заболеваний яичек у детей: метод, рекомендации / С.Я. Долецкий, А.Б. Окулов, Ю.Е. Зуев. М// 1981. —С 57.

48. Дунаевский, Я.Л. Травма органов мошонки / Я.Л. Дунаевский, А.К. Степанов, П.И. Мотин // Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов. Челябинск, 1982. - С. 74-75.

49. Ендолов, В.В. Специфическое торможение макрофагов у морских свинок с посттравматическим асперматогенезом / В.В. Ендолов, Н.Г. Арцимович // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1977. - № 3. - С. 324-326.

50. Жила, В.В. К вопросу лечения острых неспецифических орхоэпидимитов / В.В. Жила, П.С. Черненко, Н.И. Кравченко // Четвертая

конференция урологов и нефрологов Белоруссии: тез.докл. — Минск, 1989. С. 89-90.

51. Жукова, М.Н. Повреждения мошонки и яичек / М.Н. Жукова // Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов. М.; Л., 1969. - С. 190-195.

52. Зайцев, А.В. Травма наружных половых органов у мужчин / А.В. Зайцев // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 134-135.

53. Зотов, И.В. Морфология яичка при косых и прямых паховых грыжах / И.В. Зотов // Воен.-мед. журнал. 2002. - № 4. - С. 79.

54. Датуашвили Т.Д. Посттравматический орхоэпидидимит /Т.Д. Датуашвили, А.Я. Пилипенко // Урол. и нефрол.— 1988.- № 5.- С. 21 – 26.

55. Игнашин Н.С. Ультразвуковое исследование в диагностике закрытой травмы органов мошонки / Н.С. Игнашин, В.Н. Андрианов // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983.-С. 131-132.

56. Каган С.А. О патогенезе некоторых форм мужского бесплодия / С.А. Каган, В.М. Шубин, В.М. Бреслер // Урология и нефрология. 1978. - № 3. - С. 43-48.

57. Карлов, А.А. Диагностическая и лечебная тактика при острых заболеваниях яичка / А.А. Карлов, С.А. Ашихмин, А.В. Меньшикова // Актуальные вопросы педиатрии и хирургии детского возраста: матер. Юбил. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 1995. - С. 120-122.

58. Каспаров, Г.А. Травматические повреждения половых органов по материалам урологической клиники Таш. ИУВ / Г.А. Каспаров, Х.И. Талипов // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23-сент., Фергана. Ташкент, 1981. - С. 88-90.

59. Клиника, диагностика и лечение тупой травмы мошонки и подкожных повреждений яичка: Метод. рекомендации /Сост. Н.И. Тарасов, Ш.М. Каримов, А. Аманназаров.— Ашхабад, 1983. – С. 85 – 86.

60. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: в 2 т. / под ред. В.В. Митькова. М., 1996.
61. Крутов, И.В. Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний органов мошонки: дис. . канд. мед. наук. М., 1992. — 100 с.
62. Кубанова, А.А. Влияние урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза на состояние сперматогенеза мужчин / А.А. Кубанова, Н.К. Абудуев, Л.Ф. Курило // Вестн. дерматологии и венерологии. 2000. - № 6. - С. 7-11.
63. Кудашкин, И.Д. Тактика при травме мошонки и ее органов / И.Д. Кудашкин, Е.В. Рязанцев, Ю.С. Рубцов // Актуальные вопросы урологии: межвуз. сб. / редкол.: Б.У. Джарбусынов и др.. Алма-Ата, 1988. - С. 130-131.
64. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Козлов В.А. // Всероссийское научное общество урологов: матер, пленума. — Курск, 1993. — С. 112-113.
65. Лопаткин, Н.А. Ultrasonic scanning in the evaluation of scrotal swelling / Н.А. Лопаткин, А.Ф. Даренков, А.С. Маринбах // Intern. Urol. Nephrol. 1982. - Vol. 14, № 1. - P. 57-62.
66. Лопаткин, Н.А. Компьютерная программа поддержки лечебно-диагностического процесса у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран, Е.Л. Вишневский // Урология и нефрология. 1997. — № 6. — С. 3-7.
67. Лопаткин, Н.А. Концепция развития отечественной урологии / Н.А. Лопаткин, А.Ф. Даренков, В.Г. Горюнов // Урология и нефрология. 1995. - № 2. - С. 2-5.
68. Лопаткин, Н.А. Лечение инфекционно-воспалительных урологических заболеваний / Н.А. Лопаткин, А.П. Данилков, В.А. Козлов // Урология и нефрология. 1990. - № 4. - С. 4-9
69. Лопаткин, Н.А. Применение ультразвукового сканирования по серой шкале в диагностике заболеваний органов мошонки / Н.А. Лопаткин, П. Моханти, А.Е. Маринбах // Урология и нефрология. 1979. - № 1. - С. 37-40.

70. Лопаткин Н.А. Орхит и эпидидимит /Н.А. Лопаткин // Руководство по урологии – М., 1998. – Т. 2. – С. 207 – 211.
71. Лопаткин, Н.А. Эфферентные методы в медицине: теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения / Н.А. Лопаткин, Ю.М. Лопухин. М.: Медицина, 1989. - 351 с.
72. Лоран, О.Б. Диагностика и лечение эректильной дисфункции / О.Б. Лоран, П.А. Щеплев, С.Н. Нестеров // Урология и нефрология. 1998. - № 3. - С. 39-46.
73. Лоран, О.Б. Климактерические расстройства у мужчин / О.Б. Лоран, А.С. Сегал. М.: Изд-во OGGI Production, 1999. - 88 с.
74. Лоран, О.Б. Посттравматическая деструкция мочеиспускательного канала у женщин: дис. . д-ра мед. наук. М., 1989. — 253 с.
75. Лысенко, А.И. Анализ морфологических классификаций повреждений яичка при мужском бесплодии: обзор литературы / А.И. Лысенко, И.Д. Кирпатовский // Арх. патологии. 1991. - Т. 53, № 12. - С. 63-67.
76. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б., К вопросу лечения острого орхоэпидидимита. /Ж.С.Мамбетов, К.Б.Тулепбергенов // Кадры XXI века.- Бишкек 2011.-С.72-75.
77. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б., Острый орхоэпидимит: диагностика и лечение. /Ж.С.Мамбетов, К.Б.Тулепбергенов // Методические рекомендации для врачей.-Бишкек,2008.-С.10.
78. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б.,Диагностика и лечение острого орхоэпидидимита. /Ж.С.Мамбетов, К.Б.Тулепбергенов // ЦАМЖ, Том, XIII.- Приложение 2.- Бишкек,2008.-С.90-93.
79. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б., Оперативная тактика лечения острого орхоэпидидимита. /Ж.С.Мамбетов,К.Б.Тулепбергенов // Современные проблемы теоретической и клинической медицины.-Алматы,2008.-С.279-280.
80. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б., Хирургическое лечение острого орхоэпидидимита. /Ж.С.Мамбетов, К.Б.Тулепбергенов // Сборник трудов 1 пленума урологов Республики Узбекистан.-Ташкент, 2008.-С.200-2003.

81. Миланов Н.О. Микрохирургия придатка яичка (экспериментальное исследование) / Н.О. Миланов, А.М. Боровиков, Я.С. Гилис // Урология и нефрология. 1989. - № 6. - С. 54-59.
82. Михайличенко В.В. О тактике течения при остром эпидидимите в условиях стационара / В.В. Михайличенко, Г.Н. Скрябин, С.Н. Калинина // Тезисы докладов IV конференции урологов и нефрологов Белоруссии. Минск, 1989.-С. 91-92.
83. Мурванидзе Д.Д. О хирургической тактике при травме органов мошонки у детей / Д.Д. Мурванидзе, А.А. Туркия // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 143.
84. Нурмухамедов К.Н. Повреждения мочеполовой системы у детей / К.Н. Нурмухамедов, Х.К. Абдурасулов // Тезисы докладов II научной конференции урологов Узбекистана, 22-23 сент., Фергана. Ташкент, 1981. - С. 97-98.
85. Оперативная урология. Классика и новации: рук-во для врачей / Л.Г. Манагадзе, Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран и др. М.: Медицина, 2003. - 740с.
86. Орел С.Г. Повреждения мошонки и ее органов / С.Г. Орел, И.А. Горячек // Повреждения органов мочеполовой системы. Л., 1972. - С. 178-183.
87. Портной А.С. Ядерный магнитный резонанс в диагностике заболеваний мочевого пузыря, предстательной железы и органов мошонки: обзор литературы / А.С. Портной // Урология и нефрология. 1989. - № 4. - С. 74-79.
88. Порудоминский И.М. Бесплодие у мужчин. М., 1964. - 279 с.
89. Пулатов А.Т. Перекруты яичка и его подвески у детей / А.Т. Пулатов, Б.А. Ткаченко // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1970. - № 10. - С. 81-82.
90. Пытель А.Я. Опухоли мочевого пузыря / А.Я. Пытель // Руководство по клинической урологии. М., 1970. - Гл. 9. - С. 109-183.
91. Райцина, С.С. Гематотестикулярный барьер / С.С. Райцина // Современные проблемы сперматогенеза. М., 1982. - С. 191-219.

92. Райцина, С.С. Травма семенника и аутоиммунитет. М., 1970. –С.183.
93. Раус С. Заболевания органов мошонки / С. Раус // Первичная помощь в урологии. М., 1979. - С. 168-169.
94. Риддик, Э. Увеличение яичек: подход врача общей практики / Э. Риддик // Лечащий врач. 1999. - № 1. - С. 12-14.
95. Рубинов, Д.М. Травматические повреждения мошонки / Д.М. Рубинов, И.С. Болгарский, А.К. Дадабаев // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 139.-123.
96. Руководство по урологии: в 3 т. / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998. - Т. 2. - С. 265-316.
97. Рябинский В.С., Чеченин М.Г. // Всероссийский съезд урологов, 8-й: материалы. Свердловск, 1988. - С. 283-284.
98. Сахаутдинов В.Г. Болезнь Фурнье / В.Г. Сахаутдинов, В.М. Тимербулатов // Хирургия. 1989. - № 2. - С. 127-128.
99. Семенов В.А. Огнестрельные ранения и повреждения мошонки и её органов / В.А. Семенов // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945. М., 1955. - Т. 13. - С. 275-285.
100. Скитотомиди, В.Л. Лечение секреторного мужского бесплодия: дис. . канд. мед. наук. -М., 1989. 145 с.
101. Скоробогатый И.Ц. Диагностика и лечение перекрута яичка / И.Ц. Скоробогатый, А.В. Щекочихин // Неотложная медицинская помощь: состояние, проблемы, перспективы развития: тез. докл. науч.-практ. конф. М., 1998.-С. 185-186.
102. Соловьев, А.Е. Диагностика и лечение острых заболеваний яичек в детском возрасте (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 1983. - 25 с.
103. Способ создания пролонгированной гепаринизированной поверхности для профилактики послеоперационной спаек в брюшной полости / В.М. Тимербулатов, М.С. Кунафин, У.М. Абдуллин и др. // Здравоохр. Башкортостана. 1999. - № 1. - С. 84 - 88.

104. Тагиров, Р.Ф. Тактика лечения при закрытых травмах мошонки и ее органов / Р.Ф. Тагиров, А.И. Коровкин // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 136-137.
105. Тарасов, Н.И. Оперативное лечение подкожных повреждений яичка / Н.И. Тарасов, Т. Аннамурадов // Урология и нефрология. 1976. - № 6. - С. 2526.
106. Терпигорьев, А.М. О показаниях к оперативному лечению закрытых повреждений мошонки и ее органов / А.М. Терпигорьев, А.Ю. Бахвалов, Б.Т. Осипов // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983. - С. 133-134.
107. Тиктинский, О.Л. Заболевания половых органов у мужчин. — Л.: Медицина, 1985. 290 с.
108. Тиктинский, О.Л. Травмы мочеполовых органов: краткое рук-во / О.Л. Тиктинский, Н.О. Тиктинский// М., 2002. –С. 288.
109. Товстолес, К.Ф. Тактика лечения закрытых повреждений органов мошонки / К.Ф. Товстолес // Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов: тез.докл. Челябинск, 1982. - С. 69-70.
110. Товстолес, К.Ф. Тактика лечения закрытых повреждений органов мошонки / К.Ф. Товстолес, В.Е. Крыжановский, Н.К. Матросов // Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов. Челябинск, 1982. - С. 69-70.
111. Ультразвуковое исследование органов мошонки: метод, рекомендации / сост.: Н.С. Игнашин, И.В. Крутов. М., 1989. - 8 с.
112. Урология: учеб.для студентов мед. ин-тов / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1992. - 495 с.
113. Усупбаев А.Ч. Терапия больных с воспалительными заболеваниями органов мошонки /А.Ч. Усупбаев // ЦАМЖ. – 2003. – том IX. – прилож. 4. – С. 122 – 124.
114. Усупбаев А.Ч., Эсекеев Б.Б. Ближайшее и отдаленные результаты лечения больных с острым эпидидимоорхитом. /А.Ч.Усупбаев, Б.Б. Эсекеев

//Центрально-Азиатский медицинский журнал., Сборник научных трудов научно-практической конференции, посвященной памяти и 85-летию со дня рождения академика М.М. Миррахимова., Том XVIII. Приложение 1. Ош-2012г. - С.91-93.

115. Усупбаев А.Ч., Садырбеков Н.Ж., Эсекеев Б.Б. Оптимизированное хирургические лечения больных с острым эпидидимоорхитом/А.Ч. Усупбаев, Н.Ж.Садырбеков, Б.Б. Эсекеев//Гигиена, эпидемиология и иммунобиология., Алматы 2013г., №2, С.96-98.

116. Устинкина, Т.И. Клиническая интерпретация нарушения функции яичка /Т.И. Устинкина // Пробл. эндокринологии. 2002. - Т. 48, № 3. - С. 3739.

117. Феняк, Ю.Ф. Неотложная хирургическая помощь при травматических повреждениях органов мошонки / Ю.Ф. Феняк, В.П. Попов // Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов. Челябинск, 1982. - С. 71-72.

118. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М.: Медиа Сфера, 1998. - 352 с.

119. Чичинадзе, Н.К. Стимуляция восстановительных процессов в травмированном семеннике. Тбилиси, 1981. –С.165.

120. Шаповал, В.И. Тактика при травматических повреждениях наружных половых органов / В.И. Шаповал, Н.В. Сукманский // Тезисы докладов VI пленума Всесоюзного научного общества урологов. Ростов н/Д., 1983.-С. 137-138.

121. Шеремет, Ю.В. Нарушения сперматогенной функции после острых заболеваний яичек у детей: (клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1988. - 18 с.

122. Шолохов, В.Н. Ультразвуковая вычислительная томография в диагностике опухолей яичек: дис. . канд. мед. наук. М., 1989. — 124 с.

123. Эсекеев Б.С. Влияние острых эпидидимоорхитов на функциональное состояние сперматозоидов/Б.С.Эсекеев,А.Ч. Усупбаев, Н.С. Садырбеков

//Современные проблемы теоретической и клинической медицины., Сборник
XII конференции молодых ученых-медиков стран СНГ.- Алматы, 2011. -
С.356-359.

124. Эсекеев Б.Б. Нарушение уровня тестостерона и функционального
состояния сперматозоидов при острых эпидидимоорхитах/Б.Б.Эсекеев
//Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета, 2013.- Том 13.-
№6.- С.181-183.

125. Юнда, И.В. Состояние генеративной функции при травме яичка / И.В.
Юнда, И.И. Горпиченко // Травматические повреждения мочевого
пузыря, уретры и наружных половых органов. Челябинск, 1982. - С. 80-82.

126. Adhesion formation after intraperitoneal and extraperitoneal implantation of
polypropylene mesh / L. Farmer, M. Ayoub, D. Warejcka et al. // Am. Surg. 1998.
- № 2. - P. 144 -146.

127. Akhmadeyeva, L. Glycosaminoglycans levels in blood serum of patients
with different in her neuromuscular disorders / L. Akhmadeyeva, S. Bashkatov, I.
Ponedelkina // Neuromuscular disorders. 2001. - Vol. 11, № 6-7. - P. 670.

128. Albert, N.E. Testicular ultrasound for trauma / N.E. Albert // Urology. -
1980. Vol. 124, № 4. - P. 558-559.

129. Altwell, J.D. Rupture traumatica de ambos testiculos / J.D. Altwell, H. Ellis
// Rev. Argent. Urol. 1959. - Vol. 28. - P. 81-84.

130. Albert, N.E. Testicular ultrasound for trauma / N.E. Albert // Urology. -
1980. Vol. 124, № 4. - P. 558-559.

131. Andersen, J.T. Benign prostatitic hyperplasia: symptoms and objective
interpretation / J.T. Andersen // Eur. Urol. 1991. - Vol. 20, Suppl. 1. - P. 36-40.

132. Anderson, K.A. Ultrasonography for the diagnosis and staging of blunt
scrotal trauma / K.A. Anderson, J.W. McAninch, R.B. Jeffrey // Urology. 1983. -
Vol. 130, №5.-P. 933-935.

133. Analysis and management of chronic testicular pain /B. Davis, M.J. Noble,
J.D. Weigel, W.K. Mebust // J.Urol.-1990.-Vol.143.-P.936-939

134. Ashkar, L.N. Traumatic rupture of the testis and epididymis / L.N. Ashkar, W.R. Schreck // *Urology* (Baltimore). 1968. - Vol. 99, № 6. - P. 73-76.
135. Auvénin, P.K. Expression of hyaluronan in benign and malignant breast lesions / P.K. Auvénin, J.J. Parkkinen, R.T. Johanson // *Int. J. Cancer*. 1997. - Vol. 74, №5.-P. 477-481.
136. Baert, O. Transurethral microwave hyperthermia for benign prostatic hyperplasia: preliminary clinical and pathological results / O. Baert, F. Ameye, P. Willems // *J. Urol.* 1990. - Vol. 144. - P. 1383-7.
137. Boros, D. Proceeding of the Workshop on Basic and clinical Aspect of Granulomatous Diseases / D. Boros, T. Goshida. -N.Y.: Elsevier, 1980. 348 p.
138. Cass, A.S. Immediate exploration of the unilateral acute scrotum in young male subjects / A.S. Cass, B.P. Cass, K. Veerarghavan // *J. Urol.* 1980. - Vol. 124, № 6. - P. 829-832.
139. Cattolico, F.V. High testicular salvage rate in torsion of the spermatic cord / F.V. Cattolico, J.B. Karol, K.N. Rankin // *J. Urology*. 1982. - Vol. 128, № 1. -P. 66-68.
140. Cell biology of the testis and epididymis: Based on the Ninth testis workshop held at Vanderbilt univ., Nashville, Tenn., on Oct. 14-17, 1986 / ed. by M.C. Orgebin-Crist, B.J. Danzo. N.Y., 1987. - 622 p.
141. Couvelaire, R. Les contusions scrotales / R. Couvelaire, F. Schimmel // *Concour med.* 1976. - Vol. 98, № 43. - P. 6785-6794.
142. Frankenhuis, M.T. The Prevention of Orchiopexy-induced testicular lesions in the Pig / M.T. Frankenhuis, M.A. Wiegerinck, M. Schoorl // *Eur. J. Pediatr.*-1982. Vol. 138, № 1. - P. 26-27.
143. Genitourinary cancer management / ed. by J.B. deKernion, D.F. Paulson.-Philadelphia: Lea & Febiger, 1987. 297 p.
144. Golimbu, M. Value of scrotal scanning / M. Golimbu, F.E. Florio, S. Al-AsKari // *Urology*. 1985. - Vol. 25, № 1. - P. 89-92.
145. Goodman, I.D. Testicular Lymphoma: sonographic findings / I.D. Goodman, L. Carr, P.D. Osrofsky // *Urol. Radiol.* 1984. - Vol. 20, № 11. - P. 2527:

146. Greenberg, S.H. The use of the doppler stethoscope in the evaluation of varicoceles / S.H. Greenberg, L.I. Lipshultz, J. Morganroth // J. Urol. 1977. - Vol. 117, №3.-P. 296-298. Hargreave, T.B. Studies of Testicular and Epididymal damage in relation to the occurrence of antisperm antibodies / T.B. Hargreave, A. Busuttil, R.A. Elton // Br. J. Urol. 1982. - Vol. 54, № 6. - P. 769-773.
147. Haller, J. Sonographie des Skrotalinhaltes / J. Haller, N. Gritzmann, G. Sommer // Urol. Ausg. A. 1978. - Vol. 26, № 6. - P. 343-348.
148. Harrison, R.G. Anomalous origin and Branching of testicular arteries / R.G. Harrison, MacGregor //Anatomical Record. 1957. - Vol. 129, № 4. - P. 401-405.
149. Hermabessiere, J. Rupture du testicule et de epididyme: A propos de dix cas dont trois de rupture epididymaire isolee / J. Hermabessiere, M. Thomas, G. Thomas // Ann. Urologie. 1975. - Vol. 9, № 1. - P. 35-40.
150. HaK-Hagir, A. Zu Diagnose and Therapieproblemen der Hodenlortion / A. HaK-Hagir // Prakt. Arzt. 1982. - Bd. 36, № 467. - S. 2058-2064.
151. Jerkins, G.R. Spermatic cordtorsion in the neonate / G.R. Jerkins, H.N. Noe, R.S.M. Hollabaugh//J. Urol.- 1983. -Vol. 129,№1.-P. 121-122.
152. Kauder, D.H. Bilateral traumatic testicular dislocation / D.H. Kauder, J.J. Bucchiere //Associates in Urology. 1980. - Vol. 123, № 4. - P. 606.
153. Loup, J. Rupture traumatique du testicule / J. Loup // Sem. Hop. Paris. - 1980. Vol. 56, № 17-18. - P. 880-881.
154. Maligne lymphome hodentumoren bronchuskarzinom ovarialkarzinom / beitr. von P. Aiginger et al. Wien; N. Y.: Springer-Verl., 1989. - 165 s.
155. Martin B. Atlas of scrotal ultrasound. Paris etc.: Springer-Verl., 1992.-195 p.
156. McConnell, J.D. Testicular rupture in blunt scrotal trauma; Review of 15 cases with recent application of testicular scanning / J.D. McConnell, P.C. Peters, S.E. Lewis // J. Urol. 1982. - Vol. 128, № 2. - P. 309-311.
157. Merricks, J.W. Traumatic rupture of the testicle / J.W. Merricks, F.B. Papierniak // J. Urol. 1970. - Vol. 103. - P. 77-79.
158. Misaici, T. Ultrasonic evaluation of scrotal swellings / T. Misaici, H. Hisazumi, J. Saitoh // Acta Urol. Jpn. 1985. - Vol. 31, № 7. - P. 1151-1158.

159. Miscin, M. Ultrasonographic examination of scrotal masses / M. Miscin, M. Buckspan, J. Bain // J. Urol. 1977.-Vol. 117.-P. 185-188.
160. Ohara M., Akimoto M. // Jap. J Endoyrol. 1992. - Vol. 5, № 1. - P.23.26.
161. Orovan, W.L. Neodymium YAC laser treatment of BPH using interstitial thermometry: a transurethral approach / W.L. Orovan, J.P. Whelan // Urology. 1994. - Vol. 151. - P. 230A.
162. Pathology of the testis and its adnexa: contemporary issues in surgical pathology / ed. by A. Talerman, L.M. Roth. N.Y. etc.: Churchill Livingstone, 1986. - Vol. 7.-263 p.
163. Pollen, JJ. Traumatic dislocation of the testes / J.J. Pollen, C. Funckes // J. Trauma. 1982. - Vol. 22, № 3. - P. 247-249.
164. Regulation of testicular function: signaling molecules a. cell-cell communication / ed. by L.L. Ewing, B. Robaire. N.Y., 1989. - Vol. 564. - 308 p.
165. Reynard, J. Significance of intermittency in men with lower urinary tract symptoms / J. Reynard, C. Lim, P. Abrams // Urology. 1996. - Vol. 47, № 4. - P. 491-6.
166. Ritkin, M.D. Scrotal ultrasound / M.D. Ritkin // Urol. Radiol. 1987. -№2.-P. 119-126.
167. Stoll, H.G. Schindungsverletzungen von Penis und Scrotum / H.G. Stoll, K.H. Dreyct // Urology. 1975. - Bd. 14, № 6. - S. 272-276.
168. Tatibouet, A. Synthesis of polyfunktionalezed Troger's Base analogs derived from ethacridine (6,9-diamino-2-ethoxyacridine) / A. Tatibouet, M. Demeunynsk, J. Lhomme // Synth. Commun. 1996. - Vol. 26, № 23. - P. 43754395.
169. Thomas, W.E.G. Diagnosis and Outcome of testicular torsion / W.E.G. Thomas, R.C.N. Williamson // Br. J. Surg. -1983. Vol. 70, № 4. - P. 213-216.
170. Witherington, R. The surgical management of acute bacterial epididymitis with emphasis on epidymoty / R. Witherington, W.M. Harper // J. Urol. 1982. - Vol. 128, №4.-P. 722-725.
171. Yerushalmi A. // Exp. Oncol. 1995. - Vol. 17. - P. 325-332.

172. Yerushalmi, A. Localized deep microwave hyperthermia in the treatment of poor operative risk patients with benign prostatic hyperplasia / A. Yerushalmi, Y. Fishclovitz, D. Singer // J. Urol. 1985. - Vol. 133. - P. 873-876.
173. Zívković, M. Traumatic rupture of the testis and epididymis / M. Zívković, G. Janjic // J. Pediatr. Surg. 1980. - Vol. 15. - P. 287-288.