

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Ўқув бўлими
томонидан рўйхатга
олинди № _____
« _____ » _____ 2019 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ишлари проректори
т.ф.н., доц. _____ Г.Ж.Жарилкасинова
“ _____ ” _____ 2019 й.

**УРОЛОГИЯ ФАНИ
ЎҚУВ МАЖМУАСИ**

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соғлиқни сақлаш

Тузувчилар :

Ш.С.Гафаров – курс мудири, т.ф.н.,доцент

С.И.Азимов – ассистент

Такризчилар:

Т.ф.н.доц. _____

Т.ф.н. доц. _____

Бухоро-2019й

МУНДАРИЖА

1. Намунавий ўқув дастури	5-9 бет
2. Ишчи ўқув дастури	17-18 бет
3. 2.1. Фаннинг мақсад ва вазифалари	12-13 бет
2.2. Маъруза, амалий ва мустақил иш мазмуни, соати	14-18 бет
2.3. Бош қа фанлар билан интеграцияси	18 бет
2.4. Амалий кўникмалар рўйхати	18 бет
2.5. Интерфаол методлар рўйхати	18-21 бет
3. Календар- тематик режа	23-26 бет
4. Рейтинг низоми	27-29 бет
5. Мустақил иш Низоми	30-36 бет
6. Маъруза	36-83 бет
6.1. Таълим модели	
6.2. Таълим технологияси	
6.3. Маъруза матни ва назорат саволлари	
7. Амалиёт	83-204 бет
7.1. Таълим технологияси	
7.2. Таянч конспектлар	
7.3. Амалий кўникмалар бажариш техникаси	
7.4. Интерактив услублар	
7.5. Тарқатма материаллар	
7.6. Мавзунини баҳолаш мезони	
8. Фойдаланилган асосий ва қўшимча адабиётлар рўйхати	204 бет
9. Чет эл адабиётлари ва интернет сайтлари	204-205
бет	
10. Фаннинг янги ютуқлари (диссертация, услубий қўлланмалар, монографиялар)	205 бет
11. Мультимедиялар, диафильмлар, электрон дарсликлар Рўйхати.....	206-208
бет	
12 Назорат саволлари (ОБ, ЯБ).....	208-219 бет
13. Тестлар (ОБ, ЯБ).....	219-261 бет
14. Глоссарий	262 бет
15. Фойдаланилган адабиётлар.....	288

1. Аннотация

Факултет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ феоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолигига соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

- Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.
- Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.
- Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.
- Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.
- Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.
- Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.
- Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

Давлат таълим стандарти

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимининг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарты

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению

5510100 - Лечебное дело

Издание официальное

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсустаълим вазирлиги

Тошкент

УЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимининг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарта

5510100 - *Даволаш* или таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги

Тошкент

1. Урология фанининг намунавий ўқув дастури

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ 50-5510100-3.30

201_ йил _____

Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 201_ йил “____”
даги “430”-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



УРОЛОГИЯ

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	100000 - Гуманитар соҳа
	500000 - Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000 - Педагогика
	510000 - Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналишлари:	5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши)
	5510100 - Даволаш иши

Тошкент – 2016

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201__ йил “___” _____даги “___”-сонли буйруғининг ____-иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 201__ йил “___” _____даги ____ - сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Мухтаров Ш.Т.	- ТТА, “Урология” кафедраси муdiri, т.ф.д., доцент.
Мирхамидов Ж.Х. т.ф.н,	– ТТА, “Урология” кафедраси доценти, доцент.

Такризчилар:

Гайбуллаев А.А.	- Тошкент врачлар малакасини ошириш
-----------------	-------------------------------------

Акилов Ф.А.

Институти урология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

-“Республика ихтисослаштирилган урология маркази” АЖ директори, т.ф.д., профессор.

Фаннинг дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (201__ йил “__” _____даги “__” – сонли баённома).

Фаннинг долзарблиги

Умумий амалиёт шифокорининг доимий фаолиятида даврий равишда кўп учрайдиган урологик касалликларни ўз вақтида ташхислаш, даволаш, олдини олиш ва диспансеризация назоратида кузатиш туради. Шу сабабли умумий амалиёт шифокорини ўқитиш дастурига “Урология” фани киритилган. Фан дастурида беморларда учрайдиган урологик касалликларининг этиологияси, патогенези, асосий клиник белгилари, ташхислаш ва қиёсий таққослаш турлари, бирламчи ёрдам кўрсатиш, профилактика ва реабилитация чораларини белгилаш каби масалалар қамраб олинган. Дастур урологик беморларни замонавий ташхислаш ва даволаш учун керак бўладиган билимларни шакллантиради. Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабаларига урология фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур олий ўқув юртлари талабаларига урология фанидан керакли ҳажмдаги назарий билимлар, амалий кўникмалар ва уддалашларни эгаллаб олишларига имконият яратади.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Урология” фани умумкасбий фанлар блокига киритилган курс ҳисобланиб, 4-курснинг 8-семестри ва 5-курснинг 10-семестрларида ўқитилади.

Мазкур дастурни амалга ошириш учун талаба ўқув режасида режалаштирилган “Одам анатомияси”, “Нормал ва патологик физиология”,

“Биокимё”, “Микробиология”, “Клиник фармакология”, “Акушерлик ва гинекология”, “Ички касалликлар пропедевтикаси”, “Терапия”, “Рентгенология ва радиология”, “онкология” ва “эндокринология” фанларидан билим ва кўникмаларга ега бўлиши талаб этилади.

Фаннинг илм-фан, иқтисодиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

“Урология” фани умумий амалиёт шифокорида урологик касаллиги бўлган беморларнинг организмининг ўзига хос хусусиятлари, уларда кечувчи касалликлар тўғрисида билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга ега. Урологик касалларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, бу касаллик ёш танламайди, янги туғилган чақалоқлардан бошлаб ёши улуг инсонлар ҳам оғриши мумкин. Ва албатта бу ҳолат хомиладор аёлларни ҳам четлаб ўтмаслиги мумкин. Шунга кўра, урология фанининг соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни муҳим ҳисобланади.

Фанни ўқитишдаги замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Урология” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга егадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, электрон материаллар, фантом, муляж, видеотизимлар ва кейс-технологияларидан фойдаланилади. Маъруза ва семинар машғулотларида ўқитишнинг интерактив усуллари (визуал, муаммоли, муаллифлик маърузалари, икки томонлама таҳлил, инсерт, кластер, “Венна”, Синквейн ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Фан ўқитувчиси томонидан педагогик ва модулли технология тамойиллари асосида “Урология” фани ўқув машғулотларининг лойиҳалари ишлаб чиқилади.

Фан модулининг дастури (модул силлабус)

Ўқув курсининг тўлиқ номи:	Урология	
Курснинг қисқача номи:	У	Код: У
Кафедра:	Урология	
Ўқитувчи ҳақида	Гафаров Ш.С Азимов С.И Рашидов З.Р	

маълумот:		
Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги	8 ва 10 семестр, 2 ҳафта	
Ўқув соатлари хажми:	жами:	54
	шунингдек:	
	маъруза	6
	клиник	18
	амалий	12
	мустақил таълим	18
Ўқув курсининг статуси	Умум касбий фанлар блоки	
Дастлабки тайёргарлик:	Курс “Одам анатомияси”, “Нормал физиология”, ”радиология”, “Патологик физиология”, “Гистология”, “Микробиология”, ”Фармакология”, ”Ички касалликлар пропедевтикаси”, “Терапия” фанларидан ўзлаштирилган билимларига асосланади.	
Фаннинг предмети ва мазмуни: – талабаларга фаннинг назарий асосларини, асосий тушунчаларини, урологик касалликларни эрта ташхислаш, даволаш, олдини олиш ва метафилактика тамойилларини ўргатиш ҳамда уларни амалда татбиқ этиш кўникмасини ҳосил қилишни ўргатишга йўналтирилган.		
Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга урологик касалликларни тўғри ташхислаш, ўткир патологик ҳолатларни аниқлаш ва самарали даволашни буюриш учун билимларни, беморларга керакли текширишларни ва даволаш муолажаларини бажариш, ҳамда сурункали кечадиган касалликлари бўлган беморларни диспансерлаш ва реабилитация тадбирларини ўтказиш кўникмаларини эгаллаш.		
Фанни вазифаси - урологик касалликлар симптомлари ва урологик беморларни текшириш усуллари масаласидаги билимларни ўргатиш; энг кўп учрайдиган урологик касалликлар этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кўринишлари, ташхислаш, даволаш ва профилактикаси масаласидаги билимларни ўргатиш; қишлоқ (шаҳар) врачлик пункти даражасида урологик беморларни текшириш учун зарур бўлган амалий кўникмаларни ўргатиш.		
“Урология” ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида талаба:		
- урология фани, унинг ривожланиш истиқболлари ва долзарб муоммолари, урологик касалликларнинг тарқалиши, УАШ фаолиятидаги аҳамияти тўғрисида тасаввурга эга бўлиши;		
- урологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, намоён бўлиши, клиник ва лаборатор-инструментал ташхислаш мезонлари, прогнози, асоратларини; турли ёшга, жинсга ва ижтимоий-профессional гуруҳларга мансуб шахсларда урологик касалликларнинг ўзига хос кечишини;		

жаррохлик йўли билан даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни; жаррохлик йўли билан даволаш усуллари ва улардан сўнг ривожланиши мумкин бўлган асоратларни *билиши*;

- урологик касалликларни тўлиқ ва тўғри ташхислаш, самарали даволаш, реабилитация ва профилактика тадбирларини мустақил ва тўлиқ амалга ошириш; айрим ўткир патологик ҳолатларни аниқлаш ва зарурият бўлганда тўғри даволаш ёки беморни мутахассисга бошқа муассасаларга тўлиқ даволаш учун ўз вақтида ва беҳатар юборишни амалга ошириш; соғлиғини узоқ муддатга йўқотган, махсус парвариш ва кузатувни талаб қиладиган беморларни реабилитация ва диспансеризация қилиш *кўникмаларига эга бўлиши*;

- умумий амалиёт шифокори томонидан бажариладиган керакли ташхислаш ва даволаш тадбирлари, муолажа ва текширишларни мустақил амалга ошириши учун, соғломларга, ўзига хос хавф-хатарларга мойиллиги бўлган, ҳамда ўзига хос эҳтиёжлари бўлган шахсларга ва турли масалаларда мурожаат қилган беморларга индивидуал профилактик ва маориф ёрдамини кўрсата билиш *малакаларига эга бўлиши керак*.

Курснинг тематик таркиби ва мазмуни

Т/р	Мавзу	Маъ- руза	Ама- лий	Мус- тақил иш
8-семестр				
1.	Урологик касалликлар симптомлари.		6	3
2.	Урологик касалликларни ташхислаш усуллари.		6	3
3.	Юқори сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали пиелонефрит. Ўткир пиелонефритнинг асоратлари.	2	6	3
4.	Пастки сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали цистит. Простатит. Уретрит. Орхит. Эпидидимит.	2	6	3
5.	Простата беzi хавфсиз гиперплазияси.	2	6	4
6.	Сийдик тош касаллиги.	2	6	4
	Якуний назорат (ЯН)			
8- семестр бўйича жами		8	36	20
10-семестр				
7.	Анурия.	2	2	3
8.	Олигоурия.	2	2	3
9.	Гематурия.		2	3
10.	Буйрак санчиғи.	2	2	3
11	Уткир ишурия.		2	3
12	Буйрак сийдик йуллари ва еркаклар ташки жинсий аъзолари жарохатлари.		2	3
	Якуний назорат			

	10-семестр бўйича жами		6	12	18					
(ЯН)Умумий										
Таълим бериш ва ўқитиш услуби:	Маъруза, амалий машғулотлар, мустақил ишлар (айлана стол, кейс стади, мастер-класслар)									
Мустақил ишлар:	Гуруҳли тақдимот, рефератлар, кейслар, докладлар, кроссвордлар, постер, проспект, ессе ва ҳ.з.									
Маслаҳатлар ва топшириқларни топшириш вақти	Кунлар	Вақти	Ауд.							
1.										
2.										
3.										
Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби:										
ЖН нинг баллари ишчи дастурда берилади										
Баҳолаш усуллари	Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва ҳ.з.									
Фан бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолаш	Назорат шакллари									
	Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилади.									
	Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони									
	<table><tr><td>Балл</td><td>Талабанинг билим даражаси</td></tr><tr><td>86 - 100 балл</td><td>– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материални моҳиятини тушунади; – талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бера олади ҳамда тасаввурга эга бўлади.</td></tr><tr><td>71 - 85 балл</td><td>– талаба ўрганилаётган ҳодисалар алоқадорлигини билиш ҳамда объектни тавсифлай олиш кўникмасига эга бўлиши билан биргаликда, қўйилган масалаларни</td></tr></table>					Балл	Талабанинг билим даражаси	86 - 100 балл	– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материални моҳиятини тушунади; – талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бера олади ҳамда тасаввурга эга бўлади.	71 - 85 балл
Балл	Талабанинг билим даражаси									
86 - 100 балл	– талаба машғулотларга доимо тайёрлаган, жуда фаол, дастурий материалларни яхши билади, хулоса ва қарорлар қабул қила олади, ижодий фикрлайди, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба ижодий масалаларни ҳал қилиш мобайнида тегишли билимларни қўллаш доирасини мақсадга мувофиқ танлаб, ечимни топишга хизмат қилувчи янги усул ва йўналишларни топа олади, ўқув материални моҳиятини тушунади; – талаба тақдим этилган ўқув масалаларини ечиш йўллари излайди, дастурий материалларни билади ва айтиб бера олади ҳамда тасаввурга эга бўлади.									
71 - 85 балл	– талаба ўрганилаётган ҳодисалар алоқадорлигини билиш ҳамда объектни тавсифлай олиш кўникмасига эга бўлиши билан биргаликда, қўйилган масалаларни									

		сабаб-оқибат алоқадорлигини очиб берган ҳолда еча олади, ўрганилаётган назарий билимларни амалиёт билан боғлай олади ва мустақил мушоҳада қила олади; – билим ва кўникмалар мазмунини тадбиқ қила олиш маҳорати, бир типдаги масалаларни еча олиш, ёзиб олиш ва эслаб қолиш фаолиятини амалга оширади, билимларни амалиётда қўллай олади; – талаба машғулотларга тайёрланган, дастурий материалларни билади, моҳиятини тушунади ва тасаввурга эга.
	55 - 70 балл	– талабанинг эшитганлари, уларга берилган намуналар, тақдим этилган алгоритм ва кўрсатмалар асосида топшириқларни бажара олади, моҳиятини тушунади; – талаба қатор белгилар асосида маълум объектни фарқлаш билан биргаликда унга таъриф бера олади ва ўқув материални тушунтириб бера олади ва тасаввурга эга.
	0 - 54 балл	– талаба тасаввурга эга емас; – талаба дастурий материалларни билмайди.

Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар:

Глоссарийлар:

Ахборот ресурс база:

Асосий адабиётлар

1. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 1982г.
2. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 2004г.

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг назарий машғулотлари мазмуни

1-модул. Урологик касалликлар симптомлари

Оғриқ, уларнинг жойлашиши, кучлилиги, давом этиши, тарқалиши, урологик касалликларда оғриқ келиб чиқишининг сабаблари ва механизми. Тез-тез, оғриқли, қийналиб сийиш. Сийдик тутилиши, парадоксал ишурия. Сийдикни ноихтиёр чикиши ва ушлаб туролмаслик. Полиурия, олигурия. Анурия, унинг турлари, сабаблари ва механизми. Уретроррагия. Бактериурия, пиурия, оксалатурия, фосфатурия, уратурия.

2-модул. Урологик касалликларни ташхислаш усуллари

Сўраб суриштириш. Анамнезни йиғиш. Буйраклар, қорин, қов усти соҳасини ва ташқи таносил аъзоларни кўздан кечириш. Буйраклар, қовуқ ва ташқи таносил аъзоларини пайпаслаш. Простата безини тўғри ичак орқали пайпаслаш. Буйрак артериялари соҳасини аускультация қилиш, бажариш техникаси, ахамияти. Сийдик чўкмаси микроскопияси. Сийдикни Нечипоренко бўйича тахлили. Сийдикни бактериологик текшируви. Антибиотикограмма. Стамей – Мейерс синамаси, бажариш усули. Спермограмма. Қовуқни катетерлаш, асбоблар, кўрсатмаси, асоратлари. Уретроцистоскопия, бажариш усули. Обзор урография, изоҳлаш. Экскретор урография, бажариш усули, изоҳлаш. Ретроград уретеропиелография, бажариш усули, изоҳлаш. Цистография, бажариш усули, изоҳлаш. Уретрография, бажариш усули, изоҳлаш. Аортанефровазография, бажариш усули, изоҳлаш. Буйраклар, простата беги биопсияси, изоҳлаш. Ультратовуш сканерлаш (УТС). Ультратовуш сканерининг ишлаш принципи. Буйраклар, қовуқ, простата безини УТС. Уродинамик текширишлар (урофлоуметрия, цистометрия).

3-модул. Юқори сийдик йўллари инфекцияси. Ўтқир ва сурункали пиелонефрит. Ўтқир пиелонефритнинг асоратлари

Юқори сийдик йўллари инфекцияси тушунчанинг моҳияти, этиологияси, патогенези, классификацияси. Симптомсиз бактериурия. Контаминация. Ўтқир пиелонефрит (асоратланмаган, асоратланган). Касалликнинг тарқалиши. Этиологияси. Сийдик йўллари инфекцияси бўлган беморларда энг кўп аниқланадиган кўзғатувчилар, госпитализм тушунчаси. Сийдик йўлларига инфекциянинг, буйракка бактерияларнинг кириш йўллари. Патогенези. Сийдик йўллари инфекцияси ва пиелонефрит ривожланишида патогенетик омиллар (симптомсиз бактериурия, уродинамика, буйрак гемодинамикаси ва лимфа оқшининг бузилиши). Пиелонефрит классификацияси. Ўтқир ва сурункали пиелонефритнинг клиник симптомлари. Ташхислаш. Локализацияли синамалар. Буйрак ва сийдик йўллари инфекцияли яллиғланиш касалликларининг топик ва дифференциал ташхиси. Даволаш. Консерватив даволашга кўрсатма, унинг моҳияти. Антибактериал дориларни буюриш принциплари.

Апостематозли пиелонефрит, буйрак карбункули ва абсцесси. Этиологияси, патогенези, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш, профилактикаси.

Паранефрит. Этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

4-модул. Пастки сийдик йўллари инфекцияси. Ўтқир ва сурункали цистит, простатит, уретрит, орхит, эпидидимит

Ўткир ва сурункали цистит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

Простатитлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

Уретритлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

Орхит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

Эпидидимит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш.

5-модул. Простата безининг ҳавфсиз гиперплазияси

Простата безининг ҳавфсиз гиперплазиясининг эпидемиологияси, этиологияси. Патогенези, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. Беморлар реабилитацияси ва диспансеризацияси.

6-модул. Сийдик тош касаллиги

Сийдик тош касаллиги эпидемиологияси, этиологияси, патогенези, клиник симптомлари, ташхислаш ва даволаш. Реабилитация ва диспансеризацияси. Профилактикаси ва метафилактикаси. Асоратлари. Сийдик тош касаллиги бўлган беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

7-модул. Буйрак санчиғи

Тушунчаси. Механизми. Клиник намоён бўлиши. Ташхислаш. Дифференциал ташхислаш. Буйрак санчиғи хуружини бартараф қилиш усуллари. Асоратлари. Буйрак санчиғи хуружини кузатилаётган беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

8-модул. Пастки сийдик йўллари симптомлари

Сийдикни чиқишининг бузилиши (обструктив) симптомлари. Тушунчаси. Симptomлари. Сабаблари. Механизми. Ташхислаш. Сийдик тутилишида ёрдам кўрсатиш. Беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

Сийдикни ушлаб туришнинг бузилиши (ирритатив) симптомлари. Тушунчаси. Симptomлари. Сабаблари. Механизми. Ташхислаш. Сийдикни тутиб тура олмасликда ёрдам кўрсатиш. Беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

9-модул. Гематурия

Тушунчаси. Турлари. Сабаблари. Механизми. Клиник намоён бўлиши. Макрогематурияда ёрдам кўрсатиш. Беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

10-модул. Анурия

Тушунчаси. Анурия ва олигурия турлари. Сабаблари. Механизми. Клиник намоён бўлиши. Анурия ва олигурияда ёрдам кўрсатиш. Беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш.

Амалий машғулотлар

Амалий машғулотларни ташкил етиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларини ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

амалий машғулотларининг мақсадини аниқ белгилаб олиш;

ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;

талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;

талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш;

амалий машғулотлари нафақат аниқ мавзу бўйича билимларни яқунлаш, балки талабаларни тарбиялаш манбаи ҳамдир.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

1. Урологик касалликлар симптомлари.
2. Урологик касалликларни ташхислаш усуллари.
3. Юқори сийдик йўллари инфекциялари. Ўтқир ва сурункали пиелонефрит. Ўтқир пиелонефритнинг асоратлари.
4. Пастки сийдик йўллари инфекциялари. Ўтқир ва сурункали цистит. Ўтқир ва сурункали простатит. Уретритлар. Орхит. Эпидидимит.
5. Простата бези ҳавфсиз гиперплазияси.
6. Сийдик тош касаллиги.
7. Буйрак санчиғи.
8. Пастки сийдик йўллари симптомлари.
9. Гематурия.
10. Анурия.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба “Урология” фанидан мустақил таълимни ташкил этишда муайян фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда куйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади ва жорий назорат сифатида баҳоланади:

1) мавзулар бўйича конспект (реферат, тақдимот) тайёрлаш. Назарий материални пухта ўзлаштиришга ёрдам берувчи бундай усул ўқув материалига диққатни кўпроқ жалб этишга ёрдам беради. Талаба конспекти турли назорат ишларига тайёргарлик ишларини осонлаштиради, вақтни тежайди;

2) ўқитиш ва назорат қилишнинг автоматлаштирилган тизимлари билан ишлаш. Талабалар маъруза ва амалий машғулотлар давомида олган билимларини ўзлаштиришлари, турли назорат ишларига тайёргарлик кўришлари учун тавсия этилган электрон манбалар, инновацион дарс лойиҳаси намуналари, ўз-ўзини назорат учун тест топшириқлари в.б;

3) фан бўйича қўшимча адабиётлар билан ишлаш. Мустақил ўрганиш учун берилган мавзулар бўйича талабалар тавсия этилган асосий адабиётлардан ташқари қўшимча ўқув, илмий адабиётлардан фойдаланадилар. Бунда хорижий тиллардаги адабиётлардан фойдаланиш рағбатлантирилади;

4) ИНТЕРНЕТ тармоғидан фойдаланиш. Фан мавзуларини ўзлаштириш, курс иши, битирув малакавий ишларини ёзишда мавзу бўйича ИНТЕРНЕТ манбаларини топиш, улар билан ишлаш назорат турларининг барчасида қўшимча рейтинг баллари билан рағбатлантирилади;

5) мавзуга оид масалалар, кейс-стадилар ва ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш ва иштирок этиш;

6) амалиёт турларига асосан материал йиғиш, амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш, ҳисоботлар тайёрлаш;

7) илмий семинар ва анжуманларга тезис ва мақолалар тайёрлаш ва иштирок этиш;

8) мавжуд лаборатория ишларини такомиллаштириш, масофавий (дистанцион) таълим асосида машғулотларни ташкил этиш бўйича методик кўрсатмалар тайёрлаш ва ҳ.к.

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўллари аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўғарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва

маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилиятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулоти олиб боровчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини текшириш ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб боровчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза мавзулари бўйича амалий топшириқ, кейс-стадилар ечиш услуби ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

Тавсия этиладиган мустақил таълим мавзулари

1. Ёрғоқдаги оғриқ.
2. Компьютерли томография ва ЯМР.
3. Ҳомиладорлик давридаги пиелонефрит.
4. Уросепсис.
5. Буйрақлар ва сийдик-жинсий аъзолар сили.
6. Ёрғоқдаги ва чов соҳасидаги хосилалар.
7. Уретра ва мойлар туғма нуқсонлари.
8. Простата беи ҳавфсиз гиперплазияси консерватив даволаш усуллари.
9. Простата беи ҳавфсиз гиперплазияси замонавий алтернатив даволаш усуллари.
10. Сийдик тош касаллигини замонавий даволаш усуллари. Тош ҳосил бўлишининг профилактикаси ва метафилактикаси.
11. Гидронефроз.
12. Нефротоз.
13. Постгеморрагик шок.
14. Сийдикли йирингли перитонит.
15. Қовуқ ва простата беи ўсмалари.
16. Ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги.

Дастурнинг информатсион - услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора қути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

3. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 1982г.
4. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 2004г.

Қўшимча адабиётлар:

1. Справочник врача общей практики. Дж. Мёрт, М «Практика» 1998г.
2. Секреты урологии. Мартин М. Резник, Эндрю К. Новик перевод на русский язык под ред. проф. С.Х. Аль-Шукри «Невский диалект». Санкт – Петербург, 1998г.
3. Болалар урологияси. И.А.Ахмеджанов, М.Собиров. Ташкент. 2003г.
4. Неотложная урология. З.С.Вайнберг. М. 1997г.
5. Урология: «От симптомов к диагностике и лечению». Иллюстрированное руководство. Учебное пособие / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева, Н.А.Григоряна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 148 с.
6. Урология: Учебник / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. 3-е издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 624 с.
7. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г.Аляева, П.В.Глыбочко, Д.Ю.Пушкарёв. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, 480 с.
8. Острое повреждение почек / А.В.Смирнов, В.А.Добронравов, А.Ш.Румянцев, И.Г.Каюков. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015, 488 с.
9. Урология. Урология фани бўйича ўқув қўлланма (лотин алифбосида). Андижон, 2008, 480 бет.
10. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар. Ташкент, 2005г.
11. Урология по Дональду Смит. Под ред. Э.Танаго и Дж.Маканинча. Перевод с англ. «Практика». М. 2005. – 819с.
12. Smith & Tanagho's. General Urology. 18-th edition. - 2013.

Интернет сайтлари:

13. www.tma.uz.
14. www.medscape.com
15. www.uro.ru
16. www.uroweb.ru
17. www.uroweb.org

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ**
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими
томонидан рўйхатга
олинди № _____
« ____ » _____ 2019 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ишлари проректори
т.ф.н., доц. _____ Г.Ж.Жарилкасинова
“ ____ ” _____ 2019 й.

УРОЛОГИЯ ФАНИ
БЎЙИЧА ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУР

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соғлиқни сақлаш

Курс	4
Соат ҳажми	104
Шу жумладан:	
Маъруза	12
Амалий машғулот	24
Клиник машғулот	36
Мустақил иш	32

Бухоро - 2019йил

Фаннинг ишчи ўқув дастури ўқув, ишчи ўқув режа ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Гафаров Ш.С. – Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси т.ф.н. доценти. Урология курси мудири.

Азимов С.И. - Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси ассистенти

Такризчилар:

Сафоев Б.Б.- Даволаш факультети декани, профессор,, т.ф.д.

Мирходжаев И.А.–Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси т.ф.н. доценти

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510700-Даволаш иши йўналиши бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.
Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2019 й.

Кафедра мудири: Ахмедов Р.М.

(имзо)

ФУК рахбари: Облокулов А.Р.- Юқумли касалликлар, эпидемиология, теританосил касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

(имзо)

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510700 – Даволаш иши йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “ _____ ” _____ 2019 й.

Услубчи:

Жумаева Ш.Б.

(имзо)

Фаннинг долзарблиги

- Умумий амалиёт шифокорининг доимий фаолиятида даврий равишда кўп учрайдиган урологик касалликларни ўз вақтида ташхислаш, даволаш, олдини олиш ва диспансеризация назоратида кузатиш туради. Шу сабабли умумий амалиёт шифокорини ўқитиш дастурига “Урология” фани киритилган. Фан дастурида беморларда учрайдиган урологик касалликларининг этиологияси, патогенези, асосий клиник белгилари, ташхислаш ва қиёсий таққослаш турлари, бирламчи ёрдам кўрсатиш, профилактика ва реабилитация чораларини белгилаш каби масалалар қамраб олинган. Дастур урологик беморларни замонавий ташхислаш ва даволаш учун керак бўладиган билимларни шакллантиради. Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабаларига урология фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур олий ўқув юр்தлари талабаларига урология фанидан керакли ҳажмдаги назарий билимлар, амалий кўникмалар ва уддалашларни эгаллаб олишларига имконият яратади.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Урология” фани умумкасбий фанлар блокига киритилган курс ҳисобланиб, 4-курснинг 8-семестрида ўқитилади.

Мазкур дастурни амалга ошириш учун талаба ўқув режасида режалаштирилган “Одам анатомияси”, “Нормал ва патологик физиология”, “Биокимё”, “Микробиология”, “Клиник фармакология”, “Акушерлик ва гинекология”, “Ички касалликлар пропедевтикаси”, “Терапия”, “Рентгенология ва радиология”, “онкология” ва “эндокринология” фанларидан билим ва кўникмаларга ега бўлиши талаб этилади.

Фаннинг илм-фан, иқтисодиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

“Урология” фани умумий амалиёт шифокорида урологик касаллиги бўлган беморларнинг организмнинг ўзига хос хусусиятлари, уларда кечувчи касалликлар тўғрисида билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга ега. Урологик касалларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, бу касаллик ёш танламайди, янги туғилган чақалоқлардан бошлаб ёши улуғ инсонлар ҳам оғриши мумкин. Ва албатта бу ҳолат хомиладор аёлларни ҳам четлаб ўтмаслиги мумкин. Шунга кўра, урология фанининг соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни муҳим ҳисобланади.

Фанни ўқитишдаги замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Урология” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, электрон материаллар, фантом, муляж, видеотизимлар ва кейс-технологияларидан фойдаланилади. Маъруза ва семинар машғулотларида ўқитишнинг интерактив усуллари (визуал, муаммоли, муаллифлик маърузалари, икки томонлама таҳлил, инсерт, кластер, “Венна”, Синквейн ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Фан ўқитувчиси томонидан педагогик ва модулли технология тамойиллари асосида “Урология” фани ўқув машғулотларининг лойиҳалари ишлаб чиқилади.

Фаннинг вазифаси:

- урология фани ҳақида тушунча бериш;
- талабаларининг назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни бажариш даражасига қадамма-қадам ўргатиш;
- замонавий педагогик технологияларни дарс жараёнига татбиқ этиб, талабани клиник фикрлаш ва билимини сақлаш даражасини ошириш;
- замонавий текшириш усуллари ҳақида тушунчага эга бўлиш;
- сийдик-танасил аъзоларини клиник анатомияси, текшириш усуллари ва сийдик-танасил аъзоларининг фаолиятларини аниқлашни ўргатиш,
- урологик касалликларни диагностикаси борасида тўлиқ тушунча бериш;
- урологик касалликларда сийдик-танасил аъзоларидаги симптомларни аниқлаш;
- туғма ва оттирилган урологик касалликларни ташхислаш;
- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишни;
- талабанинг клиник фикрлаш қобилиятини ўстиришга қаратилган стандартларга мос амалий кўникмаларни ассистент-талаба, талаба-фантом услубида автоматизм даражасига етказиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

- сийдик-танасил аъзоларининг анатомияси, физиологияси ва фаолиятлари;
- урологик касалликлар семиотикаси;
- буйраклар касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- қовуқ касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;

- простата беги касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- уретра касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- ёрғоқ аъзолари касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- олат касалликлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси;
- урологик касалликларда беморларни реабилитация ва диспансеризация усуллари ҳақида **тасаввурга эга бўлиши**;

Булар билан бир қаторда бакалавр:

- урологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, клиникаси, клиник ва лаборатор-инструментал ташхислаш мезонлари, оқибати, асоратларини;
- турли ёшга, жинсга ва ижтимоий-профессиянал гуруҳларга мансуб шахсларда урологик касалликларнинг ўзига хос кечишини;
- умумий амалиёт шифокори томонидан бажариладиган ташхислаш ва даволаш чора-тадбирларини;
- соғломларга, ўзига хос хавф-хатарларга мойиллиги бўлган ҳамда ўзига хос эҳтиёжлари бўлган шахсларга ва турли масалаларда муружаат қилган беморларга индивидуал профилактик ёрдами кўрсатишни;
- жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни;
- жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари ва улар натижасида ривожланиши мумкин бўлган асоратларни;
- урологик касалликларни тўлиқ ва тўғри ташхислашни;
- урологик касалликларни самарали даволаш, реабилитация ва профилактика тадбирларини тўлиқ амалга оширишни;
- айрим ўткир патологик ҳолатларни аниқлаш ва даволашни;
- беморни тор мутахассисга ёки муассасаларга тўлиқ даволаниш учун ўз вақтида ва беҳатар юборишни амалга оширишни;
- соғлиғини узоқ муддатга йўқотган, махсус парвариш ва кузатувни талаб қиладиган беморларни реабилитация ва диспансеризация қилишни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;
- буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми;
- қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш;
- простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш;
- қовуқни эластик катетер ёрдамида катетерлаш;
- дренажларни парвариш қилиш;
- умумий клиник таҳлиллар натижаларни изоҳлаш;
- сийдик ажратиш тизими аъзоларининг рентгенологик текшириш натижаларини изоҳлаш;
- ультратовуш натижаларини изоҳлаш **амалий кўникмаларига (шу жумладан клиник амалий кўникмаларига) эга бўлиши керак.**

3. Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулоти	Клиник машғулоти	
104	72	12	24	36	32

4. Маърузалар

4.1. Маъруза машғулотларининг тематик режаси

Маъруза машғулотлар мавзуси

№	Номи	соат
1	Сийдик йуллари инфекцияси. Уткир ва сурункали пиелонефрит. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш.	2
2.	Пиелонефрит ва унинг асоратлари.. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш.	2
3.	Сурункали пиелонефрит. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш.	2
4.	Уткир ва сурункали простатит, цистит.	2
5.	Сийдик тош касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш	2
6.	Простата беги хавфсиз гиперплазияси. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш.	2
	Жами:	12

ТЕМЫ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

№	Тема	Часы
1.	ИМТ. Пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение.	2 ч.
2.	ИМТ. Осложнённый пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение. ИМТ. Осложнённый пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение.	2ч
3.	ИМТ. Хронический пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение. ИМТ. Осложнённый пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение.	2ч
4.	Уролитиаз	2ч
5.	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение.	2 ч.
6.	Хронический и Острый Простатит, Цистит.	2ч.
	Итого:	12 ч.

Lecture theme

№	Theme	Time
1.	Complicated pyelonephritis.	2
2.	pyelonephritis	2
3.	pyelonephritis	2

4.	Urolithiasis.	2
5.	Benign prostatic hyperplasia.	2
6.	Prostatitis, Sistitis	2
	Total:	12

Мавзу 1.

Сийдик йуллари инфекцияси. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш.

Урология фани ҳақида тушунча. Оилавий поликлиникаларда урология хонасининг тузилиши, вазифаси ва ишлаш тартиби. урологик касалхонага ётқизиш қоидалари.

Адабиётлар: А-1,2. Қ -1,2,4,7,10.

Мавзу 2.

Сийдик йуллари инфекцияси. Уткир пиелонефрит. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш. Этиологияси. Патогенези. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Даволаш. Профилактикаси.

Адабиётлар: А-1,2,. Қ-1,24,6,9,10.

Мавзу 3.

Сийдик йуллари инфекцияси. Сурункали пиелонефрит. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш. Этиологияси. Патогенези. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Даволаш. Профилактикаси.

Адабиётлар: А-1,2,. Қ-1,24,6,9,10.

Мавзу 4.

Сийдик йуллари инфекцияси. Цистит ва простатит. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш. Этиологияси. Патогенези. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Даволаш. Профилактикаси.

Адабиётлар: А-1,2,. Қ-1,24,6,9,10.

Мавзу 5.

Сийдик тош касаллиги.

Сийдик тош касаллиги таърифи. Этиологияси. Патогенези. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Даволаш. Профилактикаси.

Адабиётлар: А-1,2,. Қ-1,24,6,9,10.

Мавзу 6.

Простата беги хавфсиз гиперплазияси.

Простата беги хавфсиз гиперплазия. Этиологияси. Патогенези. Клиник хусусиятлари. Лаборатор диагностикаси. даволаш, профилактикаси.

Адабиётлар: А-1,2,. Қ-1,2,4,6,8,9,10.

5. Амалий ва клиник машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	ҳам маси
1.	Буйраклар ва сийдик йуллари функционал анатомияси ва физиологияси.	2	3	5
2.	Урологик касалликлар симптомлари.	2	3	5
3.	Урологик касалликларни ташхислаш усуллари.	2	3	5
4	Юкори сийдик йуллари инфекциялари, Ўткир ва Сурункали пиелонефрит.	2	3	5
5.	Ўткир ва сурункали цистит. Ўткир ва сурункали Простатит.	2	3	5
6.	Уретритлар. Орхит. Эпидидимит.	2	3	5
7.	Простата безининг ҳавфсиз гиперплазияси.	2	3	5
8	Сийдик тош касаллиги.	2	3	5
9	Буйрак санчиги.	2	3	5
10	Гематурия	2	3	5
11	Анурия	2	3	5
12	Пастки сийдик йуллари симптомлари, уткир ишурия.	2	3	5
	Жами	24	36	60

5.1. Амалий машғулотлар мавзулари мазмуни

№ машғулот	Амалий машғулотлар номлари ва уларнинг янги педагогик технологияларни қўллаган ҳолда қисқача мазмуни	Адабиётлар
1	Буйраклар ва сийдик йуллари функционал анатомияси ва физиологияси. Буйраклар ва сийдик йуллари функционал анатомияси ва физиологияси. “Мия иштурми”.	
2	Урологик касалликлар симптомлари Оғриқ, уларнинг жойлашиши, кучлилиги, давом этиши, тарқалиши, урологик касалликларда оғриқ келиб чиқишининг сабаблари ва механизми. Тез-тез, оғриқли, қийналиб сийиш. Сийдик тутилиши, парадоксал ишурия. Сийдикни ноихтиёр чикиши ва ушлаб туролмаслик. Полиурия, олигурия. Анурия, унинг турлари, сабаблари ва механизми. Уретроррагия. Бактериурия, пиурия, оксалатурия, фасфатурия, уратурия. “Стол ўртасида ручка”.	А-1,2,3,Қ-1,2,4,6,8,9, 10,11.
3	Сўраб суриштириш. Анамнезни йиғиш. Буйраклар, қорин, қов усти соҳасини ва ташқи таносил аъзоларни кўздан кечириш. Буйраклар, қовуқ ва ташқи таносил аъзоларини пайпаслаш. Стамей – Мейерс синамаси, бажариш усули. Спермограмма. Қовуқни катетерлаш, асбоблар, кўрсатмаси, асоратлари. Уретроцистоскопия, бажариш усули. Обзор урография, изоҳлаш. Экскретор урография, бажариш усули, изоҳлаш. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада”.	А-1,2,3. Қ-1,2,4,6,8,9, 10,11.
4	Простата безини тўғри ичак орқали пайпаслаш. Буйрак	

	артериялари соҳасини аускультация қилиш, бажариш техникаси, ахамияти. Сийдик чўкмаси микроскопияси. Сийдикни Нечипоренко бўйича тахлили. Сийдикни бактериологик текшируви. Антибиотикограмма. “Мия штурми” .	
5	Юқори сийдик йўллари инфекцияси тушунчанинг моҳияти, этиологияси, патогенези, классификацияси. Симптомсиз бактериурия. Контаминация. Ўткир пиелонефрит (асоратланмаган, асоратланган). Касалликнинг тарқалиши. Этиологияси. Сийдик йўллари инфекцияси бўлган беморларда энг кўп аникланадиган қўзғатувчилар, госпитализм тушунчаси. Сийдик йўллари инфекциясининг, буйракка бактерияларнинг кириш йўллари. Патогенези. Сийдик йўллари инфекцияси ва пиелонефрит ривожланишида патогенетик омиллар (симптомсиз бактериурия, уродинамика, буйрак гемодинамикаси ва лимфа оқшининг бузилиши). “Мушоҳадали фикр” .	А-1,2,3, Қ- 1,24,6,8,10, 11, 12
6	Пиелонефрит классификацияси. Ўткир ва сурункали пиелонефритнинг клиник симптомлари. Ташхислаш. Локализацияли синамалар.	
7	Буйрак ва сийдик йўллари инфекцияли яллиғланиш касалликларининг топик ва дифференциал ташхиси. Даволаш. Консерватив даволашга кўрсатма, унинг моҳияти. Антибактериал дориларни буюриш принциплари. Апостематозли пиелонефрит, буйрак карбункули ва абсцесси. “Ижодий фикр ва клиник мушоҳада” .	
8	Ўткир ва сурункали цистит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. Простатитлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. “Қондаги мушук ўйини”	А-1,2,3, . Қ- 1,24,6,8, 10,11, 12
9	Уретритлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. Орхит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. Эпидидимит. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. “Мия штурми” .	А-1,2,3, . Қ- 1,2,4,6,8, 10.
10	Простата безининг ҳавфсиз гиперплазиясининг эпидемиологияси, этиологияси. Патогенези, клиник симптомлари, ташхислаш, даволаш. Беморлар реабилитацияси ва диспансеризацияси. “Думалоқ стол” .	А-1,2,3, . Қ- 1,2,4,6,8, 10.
11	Ретроград уретеропиелография, бажариш усули, изоҳлаш. Цистография, бажариш усули, изоҳлаш. Уретрография, бажариш усули, изоҳлаш. Аортанефровазография, бажариш усули, изоҳлаш. Буйрақлар, простата беги биопсияси, изоҳлаш. Ультратовуш сканерлаш (УТС). Ультратовуш сканерининг ишлаш принципи. Буйрақлар, ковуқ, простата безини УТС. Уродинамик текширишлар (урофлоуметрия, цистометрия). “Қондаги мушук ўйини”	
12	Сийдик тош касаллиги эпидемиологияси, этиологияси, патогенези, клиник симптомлари, ташхислаш ва даволаш. Реабилитация ва диспансеризацияси. Профилактикаси ва	А-1,2,3, . Қ- 1,2,4,6,8,

	метафилактикаси. Асоратлари. Сийдик тош касаллиги бўлган беморларни текшириш ва даволаш тактикаси. Реабилитация ва диспансеризация қилиш. <i>“Мушоҳадали фикр”.</i>	10.
--	--	-----

ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	Содержание темы	Источник:
1.	Симптомы урологических заболеваний. Группы симптомов и их интерпретация. Боль, её локализация, интенсивность, продолжительность, иррадиация. Причины и механизмы возникновения боли при урологических заболеваниях.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
2.	Частое, болезненное и затруднённое мочеиспускание. Задержка мочи, парадоксальная ишурия. Недержание и недержание мочи. Полиурия и олигурия. Анурия, её виды, причины и механизмы. Уретроррагия. Бактериурия, пиурия, оксалатурия, фосфатурия, уратурия.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
3.	Обследование урологических больных: объективное физикальное, лабораторное, инструментальное, рентгенрадиологическое, УЗИ, уродинамическое.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
4.	Опрос больного. Сбор анамнеза. Осмотр урологических больных. Пальпация почек, мочевого пузыря и наружных половых органов. Ректальное исследование простаты.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
5.	Аускультация почечных артерий, техника выполнения и её значение. Микроскопия осадка мочи. Исследование мочи по Нечипоренко	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
6.	Бактериологическое исследование мочи. Антибиотикограмма. Проба Стамей – Мейерса, техника выполнения. Спермограмма. Катетеризация мочевого пузыря, техника выполнения, осложнения.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
7.	Уретроцистоскопия, техника выполнения. Обзорная урография, интерпритация. Экскреторная урография, техника выполнения, интерпритация.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
8.	Инфекция верхних мочевых путей. Острый и хронический пиелонефрит (не осложнённых). Классификация пиелонефритов. Этиология. Пути проникновения инфекции. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнённый пиелонефрит. Апостематоз почек карбункул, абсцесс. Паранефрит, классификация. Методы лечения.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
9.	Инфекция нижних мочевых путей. Острый и хронический цистит. Простатиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
10.	Уретриты. Орхиты. Эпидидимиты. Варикоцеле. Этиология. Пути попадания инфекции. Патогенез. Клиника. Консервативное	О-1,2,3,,Д-1,2,4,6,8,9,10,11

	лечение.	
11.	Мочекаменная болезнь. Распространенность, теории. Виды камней. Клиника мочекаменной болезни. Методы обследования. Диагностика. Лечение: консервативное, оперативное, литотрипсия, перекутанная литотрипсия	O-1,2,3,Д-1,2,4,6,8,9,10,11
12.	Доброкачественная гиперплазия. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Таблица IPSS. Качество жизни. Современное лечение ДГПЖ.	O-1,2,3,Д-1,2,4,6,8,9,10,11

Practical themes

№	Theme	
1.	Symptoms of urological diseases. Groups of symptoms and their interpretation.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
2	Varikotsele. Etiology. Ways of getting the infection. Pathogenesis. Blade. Conservative treatment.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
3	Examination of urological patients: facial, laboratory, instrumental, x-ray, radiology	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
4	Infection of the upper urinary tract. Classification of pyelonephritis. Etiology. Ways of infection. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
5	Acute and chronic pyelonephritis (not complicated). Classification of pyelonephritis. Etiology. Ways of infection. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
6	Infection of the lower urinary tract. . Etiology. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10
7	Urethritis. Orchids. Epididymitis. Varikotsele. Etiology. Ways of getting the infection. Pathogenesis. Blade. Conservative treatment.	Main-1,2,3, Addition-1,2,4,6,8,9,10

8	Urolithiasis. Prevalence, theory.	Main-1,2,3, Addition- 1,2,4,6,8,9,10
9	Types of stones. Clinic of urolithiasis.	
10	Benign prostatic hyperplasia. Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.	Main-1,2,3, Addition- 1,2,4,6,8,9,10
11	Methods of examination. Diagnostics. Treatment: conservative, operative, lithotripsy, exhausted lithotripsy	Main-1,2,3, Addition- 1,2,4,6,8,9,10
12	Acute and chronic cystitis. Prostatitis. Etiology. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	Main-1,2,3, Addition- 1,2,4,6,8,9,10

5.2. Ўқув клиник амалиёти

Мавзувий режа бўйича БВКТТМининг Урология бўлимида, БВКТТМ поликлиникасининг урология кабинетида амалий кўникмаларни эгаллаш учун утказилади.

Клиник машғулотлар мавзулари

№	Клиник машғулотлар номлари ва уларнинг қисқача мазмуни
1.	Беморни курация қилиш.
2.	Буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми.
3	Қовукни пайпаслаш ва перкуссия қилиш.
4.	Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш.
5.	Қовукни эластик катетер ёрдамида катетерлаш
6.	Дренажларни парвариш қилиш.
7.	Умумий клиник таҳлиллар натижаларни изохлаш
8	Сийдик ажратиш тизими аъзоларининг рентгенологик текшириш натижаларини изохлаш.
9	Оператсиядан кейинги беморлар билан шугилланиш.
10	Беморларнинг касаллик таъриhini муҳофаза қилиш.
11	Нефростома найчаларни назорат қилиш.
12	Ултраровуш натижаларини изохлаш.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба “Урология” фанидан мустақил таълимни ташкил этишда муайян фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади ва жорий назорат сифатида баҳоланади:

9) мавзулар бўйича конспект (реферат, такдимот) **тайёрлаш.** Назарий материални пухта ўзлаштиришга ёрдам берувчи бундай усул ўқув материалига диққатни кўпроқ жалб этишга ёрдам беради. Талаба конспекти турли назорат ишларига тайёргарлик ишларини осонлаштиради, вақтни тежайди;

10) ўқитиш ва назорат қилишнинг автоматлаштирилган тизимлари билан ишлаш. Талабалар маъруза ва амалий машғулотлар давомида олган билимларини ўзлаштиришлари, турли назорат ишларига тайёргарлик кўришлари учун тавсия этилган электрон манбалар, инновацион дарс лойиҳаси намуналари, ўз-ўзини назорат учун тест топшириқлари в.б;

11) фан бўйича қўшимча адабиётлар билан ишлаш. Мустақил ўрганиш учун берилган мавзулар бўйича талабалар тавсия этилган асосий адабиётлардан ташқари қўшимча ўқув, илмий адабиётлардан фойдаланадилар. Бунда хорижий тиллардаги адабиётлардан фойдаланиш рағбатлантирилади;

12) ИНТЕРНЕТ тармоғидан фойдаланиш. Фан мавзуларини ўзлаштириш, курс иши, битирув малакавий ишларини ёзишда мавзу бўйича ИНТЕРНЕТ манбаларини топиш, улар билан ишлаш назорат турларининг барчасида қўшимча рейтинг баллари билан рағбатлантирилади;

13) мавзуга оид масалалар, кейс-стадилар ва ўқув лойиҳаларини ишлаб чиқиш ва иштирок этиш;

14) амалиёт турларига асосан материал йиғиш, амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш, ҳисоботлар тайёрлаш;

15) илмий семинар ва анжуманларга тезис ва мақолалар тайёрлаш ва иштирок этиш;

16) мавжуд лаборатория ишларини такомиллаштириш, масофавий (дистанцион) таълим асосида машғулотларни ташкил этиш бўйича методик кўрсатмалар тайёрлаш ва ҳ.к.

Уйга берилган вазифаларни бажариш, янги билимларни мустақил ўрганиш, керакли маълумотларни излаш ва уларни топиш йўллари аниқлаш, Интернет тармоқларидан фойдаланиб маълумотлар тўплаш ва илмий изланишлар олиб бориш, илмий тўғарак доирасида ёки мустақил равишда илмий манбалардан фойдаланиб илмий мақола (тезис) ва маърузалар тайёрлаш кабилар талабаларнинг дарсда олган билимларини чуқурлаштиради, уларнинг мустақил фикрлаш ва ижодий қобилятини ривожлантиради. Уй вазифаларини текшириш ва баҳолаш амалий машғулоти олиб боровчи ўқитувчи томонидан, конспектларни ва мавзунини ўзлаштириш даражасини текшириш ва баҳолаш эса маъруза дарсларини олиб боровчи ўқитувчи томонидан ҳар дарсда амалга оширилади.

Мустақил ишни ташкил этиш бўйича услубий кўрсатма ва тавсиялар, кейс-стади, вазиятли масалалар тўплами ишлаб чиқилади. Унда талабаларга асосий маъруза

мавзулари бўйича амалий топширик, кейс-стадилар ечиш услуги ва мустақил ишлаш учун вазифалар белгиланади.

8.1. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

т/р	Мавзулар	соат
1	Ёрғокдаги оғрик. Компьютерли томография ва ЯМР.	2
2	Ҳомиладорлик давридаги пиелонефрит.	2
3.	Уросепсис.	2
4	Буйраклар ва сийдик-жинсий аъзолар сили..	2
5	Ёрғокдаги ва чов соҳасидаги ҳосила.	3
6	Уретра ва мойлар туғма нуқсонлари	3
7	Простата беи ҳавфсиз гиперплазияси консерватив даволаш усуллари. Простата беи ҳавфсиз гиперплазияси замонавий алтернатив даволаш усуллари.	3
8	Сийдик тош касаллигини замонавий даволаш усуллари. Тош ҳосил бўлишининг профилактикаси ва метафилактикаси.	3
9	Гидронефроз. Нефроптоз.	3
10	Постгеморрагик шок. Сийдикли йирингли перитонит.	3
11	Қовуқ ва простата беи ўсмалари.	3
12	Ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги	3
	Жами	32

ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

№	ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	Час
1.	Боли в Машонкии. Кт и ЯМД	2
2.	Пиелонефрит период беременности. Заболевание передающие половым путём.	2
3.	Уросепсис. Туберкулёз почек мочеполовых органов.	2
4.	Врождённые аномалии уретры и яичников. Врождённые аномалии Почек.	2
5.	Гидронефроз. Нефроптоз	3
6.	Забалевания уретры иполового члена у мужчино. недержания мочи.	3
7.	Нейрогенный дисфункция мочевого пузыря. Образование в промежности и яичниках.	3
8.	Опухоли мачевого пузыряб мочеотделительного канала почечной лаханкию Опухоль председатальной Железы.	3
9.	Опухоли Почек.	
10.	Обструкция мочевыводящих путей. Рефлюкс моч пузыря и мочевыводящих путей.	
11.	Реновоскуляр гипертензия. Экстракорпоральная ударно-волновая Литотрипсия	3
12.	ОПН и ХПН	3
	Всего	32

Theme		
№	Theme	Time
1.	Development of the urinary system.	2
2.	. CT and Scan and NMI	2
3.	Pyelonephritis during pregnancy	2
4.	Urosepsis.	2
5.	Hydronephrosis.	3
6.	Nephroptosis	3
7.	Kidney birth defects	3
8.	Tuberculosis of the kidney and genitourinary	3
9.	Urethra and astraregg birth defects.	3
10.	Prostats and astraregg birth defects.	3
11.	kidney and genitourinary	3
12.	OKN and SKN	
Total		32(16)

9. Амалий кўникмалар рўйхати

1. Беморни курация қилиш.
2. Буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми.
3. Қовукни пайпаслаш ва перкуссия қилиш.
4. Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш.
5. Қовукни эластик катетер ёрдамида катетерлаш
6. Дренажларни парвариш қилиш.
7. Умумий клиник таҳлиллар натижаларни изохлаш
8. Сийдик ажратиш тизими аъзоларининг рентгенологик текшириш натижаларини изохлаш.
9. Касаллик тарихи билан ишлаш.
10. Нефростомик найчани назорат қилиш.
11. Операциядан кейинги беморларни парвариш қилиш.
12. Урофлометрия индексини аниклаш.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

5. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 1982г.
6. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 2004г.
7. Урология. Тиббиёт олий укув юртлари учун, Ибн Сино 2008г.

Қўшимча адабиётлар:

18. Справочник врача общей практики. Дж. Мёрт, М «Практика» 1998г.
19. Секреты урологии. Мартин М. Резник, Эндрю К. Новик перевод на русский язык под ред. проф. С.Х. Аль-Шукри «Невский диалект». Санкт – Петербург, 1998г.
20. Болалар урологияси. И.А.Ахмеджанов, М.Собиров. Ташкент. 2003г.
21. Неотложная урология. З.С.Вайнберг. М. 1997г.

22. Урология: «От симптомов к диагностике и лечению». Иллюстрированное руководство. Учебное пособие / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева, Н.А.Григоряна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 148 с.
23. Урология: Учебник / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. 3-е издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 624 с.
24. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г.Аляева, П.В.Глыбочко, Д.Ю.Пушкарёв. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, 480 с.
25. Острое повреждение почек / А.В.Смирнов, В.А.Добронравов, А.Ш.Румянцев, И.Г.Каюков. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015, 488 с.
26. Урология. Урология фани бўйича ўқув кўлланма (лотин алифбосида). Андижон, 2008, 480 бет.
27. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар. Ташкент, 2005г.
28. Урология по Дональду Смиту. Под ред. Э.Танаго и Дж.Маканинча. Перевод с англ. «Практика». М. 2005. – 819с.
29. Smith & Tanagho's. General Urology. 18-th edition. - 2013.

Интернет сайтлари:

30. www.tma.uz.
31. www.medscape.com
32. www.uro.ru
33. www.uroweb.ru
34. www.uroweb.org

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI
FAKULTET VA GOSPITAL XIRURGIYA KAFEDRASI**

“TASDIQLAYMAN”

O’quv ishlari prorektori

t.f.n.G.J.Jarilkasinova

«_____»_____2019 y

**“Davolash ishi” yo’nalishi
4- kurs talabalari uchun
Urologiay fanidan**

**KALENDAR TEMATIK REJA
(2019-2020 o’quv yili)**

BUXORO-2019 yil

Urologia fanidan ishchi dastur Urologia kursida tuzildi.

Mashgulotlar va nazorat tarkibi.

Semestr	Jami soat	Auditoriya soati	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Mustaqil ta'lim	Nazorat turi			
							Reyting bali			
							j/n	o/n	ya/n	TMI
7	104	72	12	24	36	32	0,45	-	0,3	0,05

Ish dasturi 17.07-2002 yil UzRSSV muovini prof. M.X.Xojibekov tomonidan tasdiklangan namunaviy dastur asosida tuzildi.

Urologiya fanidan ishchi dastur «Fakul'tet va hospital jarroxlik» kafedrasining yigilishida muxokoma kilindi.

Yigilish bayoni: № 2019y

Kafedra mudiri: _____ tfd prof Axmedov R.M.

Fanlararo uslubiy kengashda tasdiqlandi № _____ 2019y

Markaziy O'quv-uslubiy kengashda tasdiqlandi: № _____ 2019y

O'quv bo'limiuslubchisi: _____ 2019y

Dasturning tarkibiy qismlari

Kirish

Dasturologikbemorlarnizamonaviytashxislashvadavolashuchunkerakbo'ladiganbilimlar nishakllantiradi.

UshbudasturDavlatlatta'limstandartivaumumiyamaliyotshifokorinitayyorlashasosidatuzilgan, tibbiyotoliyo'kuvyurtlariningdavolashvatibbiypedagogikafakul'tetlaritalabalarigaurologiyafanidanta'limberishhuchunmo'ljallangan.Dasturoliyo'kuvyurtlaritalabalarigaurologiyafanidankerakli xajmdaginazariybilimlar, amaliyko'nikmalarvauddalashlarni egallabolishlarigaimkoniyatyaratadi.

Fanningmaqsaditalabalargaurologikkasalliklarnito'ritashxislash, o'tkirpatologik xolatlarnianiklashvasamaralidavolashnibuyurishhuchunbilimlarni, bemorlargakeraklitekshirishlarnivadavolashmuolajalarinibajarishniamalgaoshirishhuchunko'nikmalar, xamdasurunkalikechadigankasalliklaribo'lganbemorlarnidispenserlashvareabilitatsiyatadbirlarini o'tkazishniamalgaoshirishhuchunbilimlarnio'rgatishdaniboratdir.

O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Urologia fanining maqsadi - Olingan nazariy ma'lumotlarni bemor to'shagi oldida, poliklinika sharoitida bemorlarni qabul qilishda, operatsion va bog'lov xonasida qo'llashni o'rgatish.

Urologia fanining vazifasi

- Birinchi yordam ko'rsatish va tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar va keng tarqalgan diagnostik usullardan foydalanishni o'rgatish.

- Bemorlarni mustaqil ravishda kurastiya qilishni va ko'nikmalarni o'rgatish.
- Xastalikning dastlabki belgilari va klinik xususiyatlarini o'rganish.
- Ambulator varaqa, kasallik tarixi va boshqa tibbiy hujjatlarni yuritish ko'nikmalarini o'rganish. Talabalar bilimni kasal-likni asosiy klinik ko'rinishlari, kechishi, davolash usullari va profilaktikasini ekologik muammolar bilan bog'langan holda tahlili.
- Sog'liqni saqlash tizimining Birinchi bosqichlarida diagnostika va differentsial diagnostika o'tkazish ko'nikmalarini o'rgatish.
- O'tkir urologik kasalliklarda shifokorning dastlabki yordam ko'rsatishi ko'nikmalarni o'rgatish.
- Poliklinika sharoitida muolaja va nazoratni belgilash.

Fan bo'yicha talabalarining bilimiga, konikma va malakasiga qoyiladigan talablar

«Urologiya» o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasidabakalavr:

- urologik kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, epidemiologiyasi, morfologiyasi, namoyonbo'lishi, klinik va laborator-instrumental tashxislash mezonlari, prognozi, asoratlarini; turli yoshga, jinsga va ijtimoiy-professional guruxlarga mansub shaxslarda urologik kasalliklarning o'zigaxon kechishini;

jarroxlilik yo'libildan davolashga ko'rsatmava karshiko'rsatmalarni;

jarroxlilik yo'libildan davolash usullari va ulardan so'ngi rivojlanishim umkin bo'lgan asoratlarni **bilshi kerak**;

- urologik kasalliklarni to'liq davolash, vato'ritash xislash, samarali davolash, reabilitatsiya va profilaktika tadbirlarini mustakil vato'lik amalga oshirish; ayrimo'tkir patologik xolatlarni aniqlash va zaruriyat bo'lganda to'ridavolash yoki bemorni mutaxassisga boshqamu assalarga to'lik davolash uchun o'z vaqtida va bexatariyuborishni amalga oshirish; so'rlirini uzoq muddatgayo'kotgan, maxsus parvarish vakuzatuvni talab kiladigan bemorlarni reabilitatsiya va dispanserizatsiya kilish **ko'nikmalariga egabo'lishi kerak**;

- umumiy amaliyot shifokoritomonidan bajariladigan kerakli tashxislash va davolash tadbirlari, muolajavatekshirishlarni mustakil amalga oshirishi uchun, so'rlomlarga, o'zigaxon xavf-xatarlarga moyilligibo'lgan, xamdao'zigaxon ehtiyojlaribo'lgan shaxslarga vaturlimasalalardamurojaat kilgan bemorlarga individual profilaktika va maorifi yordamini ko'rsatib ilish uchun **malakalariga egabo'lishi kerak**.

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jixatdan uzviy ketma – ketligi

Urologiya fani klinik fan xisoblanib 11-,12-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan tabiiy-ilmiy vaklinik (odam anatomiyasi, patologik anatomiya, gistologiya, biologik kimyo, normal va patologik fiziologiya, farmakologiya, rentgenologiya va radiologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, terapiya, jarroxlilik, bolalar kasalliklari, doya va ginekologiya, onkologiya, endokrinologiya) fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

4. Fanning hajmi va mazmuni

4.1. Fanning hajmi

№	Mashg'lot turi	Ajratilgan soat	Semestr
1	Ma'ruza	12soat	7
2	Amaliy mashg'ulot	24soat	7
3	Klinik mashg'ulot	36soat	7
4	Mustaqil ish	32soat	7
5	Nazoratlar	j/n -12 ta ya/n -OSKI Test	

№	Practical theme	Time	Semestr
1	Lecture	12	7
2	Practical lesson	24	7
3	Klinik lesson	36	7
4	The student should know:	32	7
5	the control	j/n -12 ya/n -OSKI Test	

4.2.MA'RUZALARMAVZUSI

T/r	Mavzu	Soat	Mavzu mazmuni
1.	Siydik yo'llari infeksiyalar Patogenezi. Kliniksimptomlar guruxlari. Diagnostika, davolash. Kliniksimptomlarguruxlari. Diagnostika, davolash.	2 soat	YUkori siydik yo'llari infeksiyasitushunchaning mohiyati, etiologiyasi, patogenezi, klassifikatsiyasi. Simptomsiz bakteriuriya. Kontaminatsiya. Siydik yo'llariga infeksiyaning, buyrakka bakteriyalarning kirish yo'llari. Siydik yo'llari infeksiyasi va pielonefrit rivojlanishida patogenetik omillar (simptomsiz bakteriuriya, urodinamika, buyrak gemodinamikasi va limfa oqishining buzilishi). Pielonefrit klassifikatsiyasi.
2.	.Pielonefritlar va uning asoratsiz. Tasnifi. etiologiya. Infeksiyatushishyo'llari.	2 soat	O'tkir pielonefrit (asoratlanmagan, asoratlangan). Kasallikning tarkalishi. etiologiyasi. Siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan bemorlarda eng ko'p aniklanadigan ko'zratuvchilar, savolning evalyutsiyasi va zamonaviy ma'lumotlar, gospitalizm tushunchasi.
3.	surunkali pielonefritlar. Omilar.Tasnifi. etiologiya. Infeksiyatushishyo'llari. Patogenezi.	2 soat	Buyrakning ingichka ignali aspiratsiyali biopsiyasi ahamiyati. Davolash. Konservativ davolashga ko'rsatma, uning mohiyati. Buyrakdan siydikni drenajlashning zamonaviy usullari. Apostematozli pielonefrit. Buyrak karbunkuli va abstsessi. etiologiyasi. Buyrak karbunkuli va abstsessning eng ko'p ko'zratuvchilari. Patogenezi. Infeksiyaning kirish yo'llari. Buyrak karbunkuli va abstsessi rivojlanishiga imkon beruvchi patogenetik omillar
4.	Surunkali va o'tkir prostatit, sistit	2 soat	Tasnifi. Kortikal va kortikomedullar abstsesslar. Klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Paranefrit. etiologiyasi. Patogenezi. Klassifikatsiyasi. Kliniksimptomlari. Tashxislash. Davolash
5.	Siydiktoshkasalligi. Tarkalganligi.Nazariyalar. Tosharturlari. STK. Klinikasi.Tekshirishmuolaja-lari. Diagnostika.davolash.	2 soat	Siydik tosh kasalligi epidemiologiyasi. etiologiyasi.Patogenezi.. Tashxislash... Nazariyalar. Tosharturlari. STK. Klinikasi.Tekshirishmuolaja-lari. Diagnostika. Davolash: konservativ, operativ, litotripsiya. Perkutanlitotripsiya. Profilaktikasi va metafilaktikasi Reabilitatsiya va dispanserizatsiyasi
6.	Prostata beziningxavfsizgiperplaziyasi. Zonalkontseptsiyasi. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolashusullari.	2 soat	Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi epidemiologiyasi. etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Reabilitatsiya va dispanserizatsiyasi.Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolashusullari.
	J a m i:	12 soat	

ТЕМЫ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

№	Тема	Часы	Содержание темы
7.	ИМТ ИМТ. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение	2 ч.	Значение понятия инфекции верхних мочевых путей , этиология, патогенез, классификация. Бессимптомная бактериурия. Контаминация. Острый пиелонефрит (неосложнённый). Эпидемиология, этиология. Наиболее частые возбудители инфекции верхних мочевых путей и современные сведения, понятие о госпитализме. Пути проникновения инфекции в почки и верхние мочевые пути. Патогенез. Патогенные факторы развития инфекции верхних мочевых путей и пиелонефритов (Бессимптомная бактериурия, уродинамика, нарушение гемо- и лимфодинамики почек).
8.	.Неосложнённый пиелонефрит. Классификация, диагностика. Диагностика, лечение.	2 ч.	Классификация пиелонефритов. Клинические симптомы острых и хронических пиелонефритов. Диагностика. Локализационные пробы. Топическая и дифференциальная диагностика инфекционно воспалительных заболеваний почек и верхних мочевых путей. Тонкоигольная аспирационная биопсия почек и её значение Лечение.
9.	Осложнённый пиелонефрит..	2 ч.	Показание к консервативному лечению и его значение. Принципы назначения антибактериальных препаратов. Современные методы дренирования почек (чрезкожная нефростомия, стентирование

			мочеточников). Классификация осложнений пиелонефритов. Клинические симптомы острых осложненных пиелонефритов. Диагностика.
10.	Острый и Хроническое Простатит, Цистит	2 ч.	Локализационные пробы. Топическая и дифференциальная диагностика инфекционно воспалительных заболеваний почек и верхних мочевых путей. Тонкоигольная аспирационная биопсия почек и её значение. Лечение. Показание к консервативному лечению и его значение. Принципы назначения антибактериальных препаратов.
11.	Уролитиаз.	2 ч.	МКБ. Классификация, клинические проявления. Современная диагностика и методы лечения.
12.	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.	2ч.	ДГПЖ. Классификация, клинические проявления. Современная диагностика и методы лечения.
		6 ч.	Итого:

Lecture theme

№	Theme	Time	Main part
7.	pyelonephritis.	2	Apostematosis of the kidneys, carbuncle, process. Paraneuphritis, classification. Methods of treatment.
8.	complicated pyelonephritis.		carbuncle, process. Paraneuphritis, classification. Methods of treatment.
9.	No Complicated pyelonephritis.		process. Paraneuphritis, classification. Methods of treatment.
10	Prostatitis and tsystitis		Clinic. Diagnostics and differential diagnostics.
11	Urolithiasis.	2	Prevalence, theory. Types of stones. Clinic of urolithiasis. Methods of examination. Diagnostics. Treatment: conservative, operative, lithotripsy, exhausted lithotripsy
12	Benign prostatic hyperplasia.	2	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
	Total	6	

4.3.AMALIY MASHGULOTLAR MAVZUSI

T1 r	Mavzu	Soat		Mavzu mazmuni
1	Buyraklar va siydik yo'llari funksional anatomyasi va fiziologiyasi Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash	2	3	O'frik, ularningjoylashishi, kuchliligi, davom etishi, tarqalishi, urologikkasalliklardaofrik kelibchikishiningsabablariivamekanizmi. Tez-tez, ofrikli, kiyinalibsiyish. Siydiktutilishi, paradoksalishuriya. Siydikninoixtiyoriychikishivaushlabbturoalmaslik. Poliuriya, oliguriya. Anuriya, uning turlari, sabablari va mekanizmi. Uretorrageiya. Bakteriuriya, piuriya, oksalaturiya, fashaturiya, uraturiya.

	usullari			
2	Urologik kasalliklar simptomlari Kasallik bosqichlari. Klinikasi. Diagnostikava kilyosiytashxislash. IPSS- jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	So`rabsurishtirish. Anamnezniyirish. Buyraklar, korin, kovustisoxasinivatashtanosila`zolariniko`zdankechirish. Buyraklar, kovukvatashkitanosila`zolarinipaypaslash. Prostatabezinito`riichakorkalipaypaslash. Buyrakarteriyalarisoxasiniauskul`tatsiyakilish, bajarishtexnikasi, axamiyati. Siydikcho`kmasimikroskopiyasi. Siydikni Nechiporenko bo`yicha taxlili. Siydikni bakteriologik tekshiruvi. Antibiotikogramma. Stamey – Meyers sinamasi, bajarish usuli. Spermogramma. Kovukni kateterlash, asboblar, ko`rsatmasi, asoratlari. Uretrotsistoskopiya, bajarish usuli. Obzor urografiya, izoxlash. Ekskretor urografiya, bajarish usuli, izoxlash. Retrograd ureteropielografiya, bajarish usuli, izoxlash. Tsistografiya, bajarish usuli, izoxlash. Uretrografiya, bajarish usuli, izoxlash. Aortanefrovazografiya, bajarish usuli, izoxlash. Buyraklar, 42rostate bezi biopsiyasi, izoxlash. Ul`tratovush skanerlash (UTS). Ul`tratovush skanerining ishlash printsiplari. Buyraklar, kovuk, prostatabeziniUTS. Urokinamiktekshirishlar (urofloumetriya, tsistometriya).
3	Urologik kasalliklar tashxislash usullari Kasallik bosqichlari. Klinikasi. Diagnostikava kilyosiytashxislash. IPSS- jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	
4	Yukorisidi kyo`llari infektsiyasi. O`tkir vasurunkali pielonefritlar. Kasallik bosqichlari. Klinikasi. Diagnostikava kilyosiytashxislash. IPSS- jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	2	YUkori siydik yo`llari infektsiyasitushunchaning moxiyati, etiologiyasi, patogenezi, klassifikatsiyasi. Simptomsiz bakteriuriya. Kontaminatsiya. O`tkir pielonefrit (asoratlanmagan, asoratlangan). Kasallikning tarkalishi. etiologiyasi. Siydik yo`llari infektsiyasi bo`lgan bemorlarda eng ko`p aniklanadigan ko`zratuvchilar, savolning evalyutsiyasi va zamonaviy ma`lumotlar, gospitalizm tushunchasi. Siydik yo`llariga infektsiyaning, buyrakka bakteriyalarning kirish yo`llari. Patogenezi. Siydik yo`llari infektsiyasi va pielonefrit rivojlanishida patogenetik omillar (simptomsiz bakteriuriya, urodinamika, buyrak gemodinamikasi va limfa oxishining buzilishi). Pielonefrit klassifikatsiyasi. O`tkir va surunkali pielonefritning klinik simptomlari. Tashxislash. Lokalizatsiyali sinamalar. Buyrak va siydik yo`llari infektsiyali yalliglanish kasalliklarining topik va differentsial tashxisi. Buyrakning ingichka ignali aspiratsiyali biopsiyasi axamiyati. Davolash. Konservativ davolashga ko`rsatma, uning moxiyati. Antibakterial dorilarni buyurish printsiplari. Buyrakdan siydikni drenajlashning zamonaviy usullari (teri orkali nephrostomiya, siydik nayini stentlash).
5	O`tkir va surunkali sistit. O`tkir va surunkali prostatit. Kasallik bosqichlari. Klinikasi. Diagnostikava kilyosiytashxislash. IPSS- jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Etiologiyasi. Patogenezi. Tasnifi. Surunkali tsistit tushunchasi. O`tkir va surunkali tsistitning klinik simptomlari. Tashxislash. Lokalizatsiyali sinamalar. Laboratoriya, endoskopik va boshqa tekshirish usullarining axamiyati. Davolash. Antibakterial dorilarni buyurish printsiplari. Uchrashi. etiologiyasi. Patogenezi. Prostatitlarning zamonaviy tasnifi. Bakterial va abakterial prostatitlarning klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi.. Davolash.
6	Uretritlar.Orxitlar. epididimitlar. Kasallik	2	3	Uretritlar.Etiologiyasi. Jinsiy yo`llar bilan yukadigan infektsiyaning axamiyati. Patogenezi. Klassifikatsiyasi.

	boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari			Klinik belgilar. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Orxit, epididimit, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Varikotsele, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Peyroni kasalligi, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Erkaklar bepushtligi, etiologiyasi. Patogenezi. Tashxislash. Davolash. Erektile disfunktsiya, etiologiyasi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash.
7	Prostata beziningxavfsizgiperplaziyasi. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari.	2	3	Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi epidemiologiyasi, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Reabilitatsiya va dispanserizatsiyasi. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari.
8	Siydik toshkasalligi. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Siydik tosh kasalligi epidemiologiyasi, etiologiyasi. Patogenezi. Tashxislash... Nazariyalar. Toshliqlar turlari. STK. Klinikasi. Tekshirish muolajalari. Diagnostika. Davolash: konservativ, operativ, litotripsiya. Perkutan litotripsiya. Profilaktika va metaprofilaktika. Reabilitatsiya va dispanserizatsiya. Davolash.
9	Buyrak sanchig'i. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Buyrak va siydik yo'llari infeksiyali yalliglanish kasalliklarining topik va differentsial tashxisi. Buyrakning ingichka ignali aspiratsiyali biopsiyasi ahamiyati. Davolash. Konservativ davolashga ko'rsatma, uning muvaffaqiyati. Antibakterial dorilarni buyurish printsiplari. Buyrakdan siydikni drenajlashning zamonaviy usullari (teri orkali nefrostomiya, siydik nayini stentlash).
10	Gemoturiya. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Gemoturiya Etiologiyasi. Jinsiy yo'llar bilan yukadigan infeksiyaning ahamiyati. Patogenezi. Klassifikatsiyasi. Klinik belgilar. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Orxit, epididimit, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Varikotsele, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Peyroni kasalligi, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Erkaklar bepushtligi, etiologiyasi. Patogenezi. Tashxislash. Davolash. Erektile disfunktsiya, etiologiyasi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash.
11	Anuriya. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava kiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Anuriya. Etiologiyasi. Jinsiy yo'llar bilan yukadigan infeksiyaning ahamiyati. Patogenezi. Klassifikatsiyasi. Klinik belgilar. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Orxit, epididimit, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Varikotsele, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Peyroni kasalligi, etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Erkaklar bepushtligi, etiologiyasi. Patogenezi. Tashxislash. Davolash. Erektile disfunktsiya, etiologiyasi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash.

12	Pastki siydik yo'llari simptomlari. O'tkir ishuriya. Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava qiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolash usullari	2	3	Pastki siydik yo'llari simptomlari Etiologiyasi. Jinsiy yo'llar bilan yukadigan infektsiyaning axamiyati. Patogenezi. Klassifikatsiyasi. Klinik belgilar. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Orxit. epididimit. etiologiyasi. Patogenezi. Klinik simptomlari. Tashxislash. Davolash. Profilaktikasi. Varikotsele. etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Peyroni kasalligi. etiologiyasi. Patogenezi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash. Erkaklar bepusthtligi. etiologiyasi. Patogenezi. Tashxislash. Davolash. Erektile disfunktsiya. etiologiyasi. Klinik belgilari. Tashxislash. Davolash.
	J a m i :		36 s	

ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	Тема	Часы		Содержание темы
13.	Симптомы урологических заболеваний. Группы симптомов и их интерпретация. Боль, её локализация, интенсивность, продолжительность, иррадиация. Причины и механизмы возникновения боли при урологических заболеваниях.	1	2	Боль, её локализация, интенсивность, продолжительность, иррадиация. Причины и механизмы возникновения боли при урологических заболеваниях. Частое, болезненное и затруднённое мочеиспускание. Задержка мочи, парадоксальная ишурия. Недержание и недержание мочи. Полиурия и олигурия. Анурия, её виды, причины и механизмы. Уретроррагия. Бактериурия, пиурия, оксалатурия, фосфатурия, уратурия.
14.	Частое, болезненное и затруднённое мочеиспускание. Задержка мочи, парадоксальная ишурия. Недержание и недержание мочи. Полиурия и олигурия. Анурия, её виды, причины и механизмы. Уретроррагия. Бактериурия, пиурия, оксалатурия, фосфатурия, уратурия.	1	2	Опрос больного. Сбор анамнеза. Осмотр урологических больных. Пальпация почек, мочевого пузыря и наружных половых органов. Ректальное исследование простаты. Аускультация почечных артерий, техника выполнения и её значение. Микроскопия осадка мочи. Исследование мочи по Нечипоренко. Бактериологическое исследование мочи. Антибиотикограмма. Проба Стамей – Мейерса, техника выполнения. Спермограмма. Катетеризация мочевого пузыря, техника выполнения, осложнения. Уретроцистоскопия, техника выполнения. Обзорная урография, интерпритация. Экскреторная урография, техника выполнения, интерпритация. Ретроградная уретеропиелография, техника выполнения, интерпритация. Цистография, техника выполнения, интерпритация. Уретрография, техника выполнения, интерпритация. Аортанефрозография, техника выполнения, интерпритация. Биопсия почек и простаты, интерпритация. Ультразвуковое сканирование (УЗС). Принцип работы УЗС. УЗС почек, мочевого пузыря, простаты. Уродинамические исследования (урофлоуметрия, цистометрия).
15.	Обследование урологических больных: объективное физикальное, лабораторное,	1	2	Значение понятия инфекции верхних мочевых путей, этиология, патогенез, классификация. Бессимптомная бактериурия. Контаминация. Острый пиелонефрит (осложнённый, неосложнённый). Эпидемиология, этиология. Наиболее частые возбудители инфекции

	инструментальное, рентгенрадиологическое, УЗИ, уродинамическое.			верхних мочевых путей и современные сведения, понятие о госпитализме. Пути проникновения инфекции в почки и верхний мочевые пути. Патогенез. Патогенные факторы развития инфекции верхних мочевых путей и пиелонефритов (Бессимптомная бактериурия, уродинамика, нарушение гемо- и лимфодинамики почек). Классификация пиелонефритов. Клинические симптомы острых и хронических пиелонефритов. Диагностика. Локализационные пробы. Топическая и дифференциальная диагностика инфекционно воспалительных заболеваний почек и верхних мочевых путей. Тонкоигольная аспирационная биопсия почек и её значение. Лечение. Показание к консервативному лечению и его значение. Принципы назначения антибактериальных препаратов. Современные методы дренирования почек (чрезкожная нефростомия, стентирование мочеточников). Апостематозный пиелонефрит. Карбункул и абсцесс почки. Этиология. Частые возбудители карбункула и абсцесса почки. Патогенез. Пути проникновения инфекции. Патогенные факторы развития карбункула и абсцесса почки. Классификация. Кортикальные и кортикомедуллярные абсцессы. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение. Профилактика. Паранефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение.
16.	Опрос больного. Сбор анамнеза. Осмотр урологических больных. Пальпация почек, мочевого пузыря и наружных половых органов. Ректальное исследование простаты.	2	3	Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие о хроническом цистите. Клинические симптомы острого и хронического цистита. Диагностика. Локализационные пробы. Значение лабораторных, эндоскопических и других методов исследования. Лечение. Принципы назначения антибактериальных препаратов. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современная классификация простатитов. Клинические симптомы бактериальных и абактериальных простатитов. Диагностика. Лечение. Профилактика.
17.	Аускультация почечных артерий, техника выполнения и её значение. Микроскопия осадка мочи. Исследование мочи по Нечипоренко	3	3	Уретриты. Этиология. Значение инфекции передающихся половым путём. Патогенез. Классификация. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Профилактика. Орхит. Эпидидимит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Варикоцеле. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Болезнь Пейрони. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Мужское бесплодие. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Эректильная дисфункция. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение.
18.	Бактериологическое исследование мочи. Антибиотикограмма. Проба Стамей – Мейерса, техника выполнения. Спермограмма. Катетеризация мочевого пузыря, техника выполнения,	2	3	Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Диагностика. Теории. Виды камней. Клиника МКБ. Методы исследования. Диагностика. Лечение: консервативное, оперативное, литотрипсия. Перкутанная литотрипсия. Профилактика и метафилактика. Реабилитация и диспансеризация

	осложнения.			
19.	Уретроцистоскопия, техника выполнения. Обзорная урография, интерпритация. Экскреторная урография, техника выполнения, интерпритация.	2	3	Стадии заболевания. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Таблица IPSS. Качество жизни. Современное лечение ДГПЖ. Дифференциальная диагностика ДГПЖ и рака ПЖ с другими заболеваниями простаты. Биопсийная диагностика заболеваний простаты. Методы лечения.
20.	Инфекция верхних мочевых путей. Острый и хронический пиелонефрит (не осложнённых). Классификация пиелонефритов. Этиология. Пути проникновения инфекции. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнённый пиелонефрит. Апостематоз почек карбункул, абсцесс. Паранефрит, классификация. Методы лечения.			Боль, её локализация, интенсивность, продолжительность, иррадиация. Причины и механизмы возникновения боли при урологических заболеваниях. Частое, болезненное и затруднённое мочеиспускание. Задержка мочи, парадоксальная ишурия. Недержание и недержание мочи. Полиурия и олигурия. Анурия, её виды, причины и механизмы. Уретроррагия. Бактериурия,
21.	Инфекция нижних мочевых путей. Острый и хронический цистит. Простатиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.			Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Болезнь Пейрони. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Мужское бесплодие. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение. Эректильная дисфункция. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Диагностика. Лечение.
22.	Уретриты. Орхиты. Эпидидимиты. Варикоцеле. Этиология. Пути попадания инфекции. Патогенез. Клиника. Консервативное лечение.			. Патогенез. Патогенные факторы развития инфекции верхних мочевых путей и пиелонефритов (Бессимптомная бактериурия, уродинамика, нарушение гемо- и лимфодинамики почек). Классификация пиелонефритов. Клинические симптомы острых и хронических пиелонефритов. Диагностика. Локализационные пробы. Топическая и дифференциальная диагностика инфекционно воспалительных заболеваний почек и верхних мочевых путей. Тонкоигольная аспирационная биопсия почек и её значение. Лечение.
23.	Мочекаменная болезнь. Распространенность, теории. Виды камней. Клиника мочекаменной болезни. Методы обследования. Диагностика. Лечение: консервативное,			Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие о хроническом цистите. Клинические симптомы острого и хронического цистита. Диагностика. Локализационные пробы. Значение лабораторных, эндоскопических и других методов исследования. Лечение. Принципы назначения антибактериальных препаратов. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современная классификация простатитов. Клинические симптомы бактериальных и абактериальных простатитов. Диагностика. Лечение. Профилактика.

	оперативное, литотрипсия, перекутанная литотрипсия			
24.	Доброкачественная гиперплазия. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Таблица IPSS. Качество жизни. Современное лечение ДГПЖ.			Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие о хроническом цистите. Клинические симптомы острого и хронического цистита. Диагностика. Локализационные пробы. Значение лабораторных, эндоскопических и других методов исследования. Лечение. Принципы назначения антибактериальных препаратов. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современная классификация простатитов. Клинические симптомы бактериальных и абактериальных простатитов. Диагностика. Лечение. Профилактика.
		30 час		

14.3. Practical themes

№	Theme	time		Main part
1	Symptoms of urological diseases. Groups of symptoms and their interpretation.	1	2	Groups of symptoms and their interpretation.
2	Varikotsele. Etiology. Ways of getting the infection. Pathogenesis. Blade. Conservative treatment.	2	3	facial, laboratory, instrumental, x-ray, radiology
3	Examination of urological patients: facial, laboratory, instrumental, x-ray, radiology	2	3	Acute and chronic pyelonephritis (not complicated). Classification of pyelonephritis. Etiology. Ways of infection. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.
4	Infection of the upper urinary tract. Classification of	2	3	Acute and chronic cystitis. Prostatitis. Etiology. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.

	pyelonephritis. Etiology. Ways of infection. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.			
5	Acute and chronic pyelonephritis (not complicated). Classification of pyelonephritis. Etiology. Ways of infection. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	2	3	Etiology. Ways of getting the infection. Pathogenesis. Blade. Conservative treatment.
6.	Infection of the lower urinary tract. . Etiology. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	2	3	Prevalence, theory. Types of stones. Clinic of urolithiasis. Methods of examination. Diagnostics. Treatment: conservative, operative, lithotripsy, exhausted lithotripsy
7.	Urethritis. Orchids. Epididymitis. Varikotsele. Etiology. Ways of getting the infection. Pathogenesis. Blade. Conservative treatment.	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
8.	Urolithiasis. Prevalence, theory.	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.

9.	Types of stones. Clinic of urolithiasis.	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
10.	Benign prostatic hyperplasia. Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
11.	Methods of examination. Diagnostics. Treatment: conservative, operative, lithotripsy, exhausted lithotripsy	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
12	Acute and chronic cystitis. Prostatitis. Etiology. Pathogenesis. Clinic. Diagnostics. Treatment.	2	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
Total:			36s	

5. Fanning mustaqil ishi

5.1. Mustaqil ishga qo'yilgan talablar:

- yangi bilimlarni mustakil tarzda puxta o'zlashtirish va ko'nikmalarga ega bo'lish.
- kerakli ma'lumotlarni izlab topish qulay usullari va vositalarini aniqlash.
- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish.
- ananaviy o'quv va ilmiy adabiyotlar, meyoriy hujjatlar bilan ishlash
- elektron o'quv adabiyotlar va ma'lumotlar banki bilan ishlash.
- internet tarmog'idan maqsadli foydalanish.
- berilgan topshiriqning ratsional yechimini belgilash.
- ma'lumotlar bazasini tahlil etish.
- ish natijalarini ekspertizaga tayyorlash va ekspert xulosasi asosida qayta ishlash.
- topshiriqlarni bajarishda tizimli va ijodiy yondashish, ishlab chiqilgan yechim, loyiha yoki g'oyani asoslash, mutaxassislar jamoasida himoya qilish.

5.2 MUSTAQIL ISH MAVZULARI

№	Mavzu	Soat	Mustaqil ish shakli
1.	Yorrokda og'riq.	2	YO'ROK anatomiyasi, kavatlar. Joylashgana'zolari.

			A`zolariningpatologiyasivaofrikningpaydobo`lishmexanizmi Xosilalarningpaydobo`lishsabablari. Xavfsizvaxavfli xosilalar. Diagnostikasi vadavolashtaktikasi..
2.	Xomiladorlikpielonef-riti.	2	Tushuncha , ishlash printsiplari, urologik kaslliklarda qullanilishi. Tushuncha , ishlash printsiplari, urologik kaslliklarda qullanilishi.
3.	Buyrak va siydik-jinsiy a`zolarining sili.	2	Asoratlar. Pielonefritlar tasnifi. Etiologiya. Infektsiyatu- shishyo`llari. Patogenez. Klinika simptomlar gurux-lari. Diagnostika, davolash.
4.	Urosepsis. Buyraksili.	2	Tasnifi. etiologiyasi.Klinikasi. Tashxis ko`yishyo`llari. Klinikasharoitidadavolash. Etiologiya. Koxbakteriyalarningpaydobo`lishivabuyrakgakelishyo`llari. Buyrak silitasnifi.Kavernozyamillitartuberkulyoz. Klinikasivadavolashmuolajalari.
5.	Yorg`oq va chov soxasida xajmiy xosilalar.	2	Tasnifi. Klinikasivadavolashmuolajalari.Diagnostikasi. Davolash. Tasnifi. Klinikasivadavolashmuolajalari.Diagnostikasi. Differentsialdiagnostikasi.Davolash.
6.	Uretra va Moyaklar tug`ma nuksonlari...	3	Kasallik boskichlari. Klinikasi. Diagnostikava qiyosiytashxislash. IPSS-jadvali. Xayotsifati. PBXGningzamonaviydavolashusul-lari: Alfaadrenoblokator-lar, 5 alfareduktazaniningibitorlari. TUR, ablyatsiya, vaporizatsiya va boshka endourologik davolash usullari.
7.	PBXG ning konservativ davolash usullari PBXG ning zamonaviy al`ternativ davolash usullari	3(2)	Profilaktikavametafilaktika.
8.	STK ning zamonaviy davolash usullari.	3(2)	Tushuncha, paydo bulish sabablari, klinikasi, diagnostika. Konservativ va operativ davolash usullari. Tushuncha, paydo bulish sabablari, klinikasi, diagnostika. Konservativ va operativ davolash usullari.
9.	Gidronefroz. Nefroptoz.	3	Tasnifi. etiologiyasi.Klinikasi. Tashxis ko`yishyo`llari. Klinikasharoitidadavolash.
10.	Postgemoragik shok. Siydikli yiringli peritanint.	3	Tasnifi. etiologiyasi.Klinikasi. Tashxis ko`yishyo`llari. Klinikasharoitidadavolash.
11.	Qovuq va prostate bezi o`smalari	3	Tasnifi. etiologiyasi.Klinikasi. Tashxis ko`yishyo`llari. Klinikasharoitidadavolash.
12.	O`tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi	3	Tasnifi. etiologiyasi.Klinikasi. Tashxis ko`yishyo`llari. Klinikasharoitidadavolash.
	J a m i:	32soat	

ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

№	Mavzu	Soat	Mustaqil ish shakli
3.	Болъ в Машонкии. Кт и ЯМД	2	Анатомия мошонки, оболочки. Органы мошонки. Патология органов мошонки и механизм образования болей. Причины образования опухолей. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Диагностика и тактика лечения.
14.	Пиелонефрит период беременности. Заболевания передающие половым путём.	2	Понятие. Принцип работы. Применение в урологической практики. Понятие. Принцип работы. Применение в урологической практики.

15.	Уросепсис. Туберкулёз почек мочеполовых органов.	2	Осложнения. Классификация пиелонефритов. Этиология. Пути проникновения инфекции. Патогенез. Группы клинических симптомов. Диагностика. Лечение.
16.	Врождённые аномалии уретры и яичников. Врождённые аномалии Почек.	2	Классификация. Этиология. Методы диагностики. Лечение в клинике. Этиология. Появление бактерий Коха и пути проникновения в почки. Кавернозный и милиарный туберкулёз. Клиника. Методы лечения. Классификация туберкулёза мочеточников. Туберкулёз мочевого пузыря. Диагностика. Туберкулёз наружных половых органов. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17.	Гидронефроз. Нефроптоз	2	Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
18.	Забалевания уретры иполового члена у мужчиню. недержания мочи.	2	Стадии заболевания. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Таблица IPSS. Качество жизни. Современное лечение ДГПЖ. Альфа адреноблокаторы. Ингибиторы 5 альфа редуктазы. ТУР, абляция, вапоризация и другие эндоурологические методы.
19.	Нейрогенный дисфункция мочевого пузыря. Образование в промежности и яичниках.	3(2)	Методы обследования. Диагностика. Лечение
20.	Опухоли мачевого пузыряб мочеотделительного канала почечной лаханкию Опухоль предсательной Железы.	3(2)	Понятие, причины, классификация. Клинические проявление. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Клинические проявление.Понятие, причины, классификация. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
21.	Опухоли Почек.		Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Дифференциальная диагностика
22.	Обструкция мочевыводящих путей. Рефлюкс моч пузыря и мочевыводящих путей.		Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Дифференциальная диагностика
23.	Реноваскуляр гипертензия. Экстракорпоральная ударно-волновая Литотрипсия		Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Дифференциальная диагностика
24.	ОПН и ХПН		Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Классификация. Клиникаи лечение. Диагностика. Дифференциальная диагностика
	Всего	32часов	

5.2 Theme

№	Theme	Time	Main part
3. 1	Development of thr the urinary system.	2	Physiology of the kidneys, urinary tract and genital organs in men. The location of the kidneys is paired, the size. The structure of the pelvis, calyx, parenchyma. Formation of primary urine and its transformation into secondary. Anatomy of the bladder. The

			structure of male genital organs.
14.	. CT and Scan and NMI	2	facial, laboratory, instrumental, x-ray, radiology
15.	Pyelonephritis during pregnancy	2	Apostematosis of the kidneys, carbuncle, process. Paraneoplasia, classification. Methods of treatment.
16.	Urosepsis.	2	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
17.	Hydronephrosis.	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
18.	Nephroptosis	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
19.	Kidney birth defects	3(2)	Prevalence, theory. Types of stones. Clinic of urolithiasis. Methods of examination. Diagnostics. Treatment: conservative, operative, lithotripsy, exhausted lithotripsy
20.	Tuberculosis of the kidney and genitourinary	3(2)	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
21.	Urethra and astraregg birth defects.	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
22.	Prostata and astraregg birth defects.	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
23.	kidney and genitourinary	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS. The quality of life. Modern treatment of BPH.
24.	OKN and SKN	3	Stages of the disease. Clinic. Diagnostics and differential diagnostics. Table IPSS.

			The quality of life. Modern treatment of BPH.
	Total	32	

6.Fanni o'qitish, tashkil etish va o'tkazish bo'yicha tavsiyalar

6.1.Fanni o'qitishda foydalanilgan “Zamonaviy pedagogik usullar”

“MIYA SHTURMI” USULI.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga halaqit beruvchi hech qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish.
- Guruhlarni g'oya ishlab chiqaruvchi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilinayotgan yo'lining to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

MASALAN: Dars mavzusi «STK».

O'qituvchi doska oldida turib, STKga xos simptomlarni aytib deb murojaat qiladi. STKga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- ogriq;
- gematuria;
- siydik bilan tosh tushishi;

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi suraydi: “Qanday o'ylaysiz? gematuria STK belgisimi? yoki “Ich ketish shu kasallikka xos belgilarmi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. Shundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

“INTSIDENT” USULI

Talabalarni ekstremal holatda o'qitish maqsadida, klinik kafedralarda instedent usuli qo'llaniladi. Talabalarga turli xil vaziyatli masalalar borasidagi muammolar haqida qisqa ma'lumot beriladi. Bu masalani tezda 0,5 – 1.5 daqiqa ichida tahlil qilish kerak. Bu usul talabalarning fikrlash qobiliyatini oshirib, vaziyatli holatlarga tayyorlaydi. Instident usuli tez yordam maskanida shoshilinch yordam berishda katta ahamiyatga ega. Xatosiz bu harakatni bajarish 1,0 koeffficientga teng. Muhimi masalaning to'liqligi emas, balki uning tezligi. Bu usul ta'limning turli bosqichlarida qo'llaniladi. Ayniqsa yangi materialni o'zlashtirib, mustahkamlanishga qaratiladi.

Masalan gospital xirurgiya fanidan dars berish jarayonida talabaga shunday topshiriq berish mumkin:

Qabulxonaga 49 yoshli M ismli bemor keltirildi. Bemor 18 soat davomida umuman siydik chiqmasligiga qov ustida og'riq borligi, og'riqni kuchayib borayotganiga shikoyat qiladi. Bemorga o'tkir siydik tutilishi diagnozi qo'yildi. Bemorni ahvolini yaxshilash va siydikni chiqarish pufagiga nay qo'yish kerak.

Agar talaba siydik pufagini naylashni tartibli tez va to'liq bajara olsa bu talabaga 1,0 koefffienti qo'yiladi.

“QOR BO'LAKCHASI” USULI

2 guruhdan iborat bo'lgan talabalar o'zaro bitta muammoni yoki vaziyatni, eng ko'p to'g'ri javoblarni to'plash maqsadida tahlil qiladilar.

Masalan: O'tkir appendistit simptomlarini tasvirlash va boshqa o'tkir qorin sindromlarining qiyosiy tashhisotini olib borish.

Yoki: O'tkir nafas etishmovchiligini tasvirlash va boshqa turdagi nafas etishmovchiliklarining qiyosiy tashhisotini olib borish.

Har qanday to'g'ri javob shu guruhga “Qor bo'lakchasi” ko'rinishida ball keltiradi. Eng ko'p to'plagan guruhga “A'lo” baholar qo'yiladi.

“AKVARIUM” USULI

Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib, o'rtaga qo'yiladi, ular – “baliq” bo'lsa, qolgan talabalar kuzatuvchilar bo'ladi. Bu “holat” nima? qaerda? qachon? teleuyiniga o'xshaydi. O'rtadagi talabalar bir daqiqa ichida javob topa olmasa, ular o'rniga boshqa uchlik o'tiradi.

Masalan: Xomiladorlikning ikkinchi yarmida yuzaga keladigan gestozlarning oldini olishning eng qulay chora tadbirlari nimalar?

Bu usulning avzallik tomonlari:

- Mavzuni ochib beradi.
- Talabalarning bilimini tekshiradi.
- Diskussiya qilish bilimi oshadi.
- O'yin usulida o'tkaziladi.
- Har bir talaba ishtirok etadi.

“UCH ZINALI INTERVYU” USULI

Vrach, bemor, ekspert konsultastiyasi ko'rinishida o'tkaziladi. Guruh 3 ga bo'linadi. 1-guruhga bemorlar, 2-siga vrachlar, 3 –siga ekspertlar. Shunday qilib har bir guruhda (3 kishi): vrach, bemor, ekspert UAVga bo'linadi. Bemorlarga pinxona holda tashxis aytiladi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida maslahat o'tkazadi.

Ekspert vrach harakatlarni baholab 3 qismga bo'linadi:

1. To'g'ri bajarildi.
2. Nima to'g'ri qilindi.
3. Qanday qilinishi kerak edi.

Bu usul bilimlar va o'zlashtirishlar, bemorlarni ko'zdan kechirish, to'liq konsultastiyalarni 15 min ichida baholashga asoslangan. Masalan: vrach, qandli diabet bilan kasal bo'lgan bemor qanday shikoyatlar qilishini bilishi kerak. Vrach uchun analizning qaysi tomonlari qiziqarli, vrach shu bemorning shikoyatlari, analiziga asoslanib uni ko'zdan kechirishi lozim. Vrach bemorni qabul qilishda nimalarga e'tibor berishi lozim edi. Qaysi belgilariga qarab tashxis qo'yish kerak. Bemorga kasalligi to'g'risida, parxezli, tavsiya qilingan davo choralari to'g'risida nimalarni gapirishi kerak edi.

Ekspert maslahat kartasi bo'yicha uning davriyligi va maslahat davomiyligini belgilashi kerak. Har bir guruh ekspert izohi bilan maslahatlarini namoyon etadi. Boshqa guruh talabalar ekspert ro'lida haqiqiy vrach maslahati va bemorni qabul vaqtida tahlil qiladi.

6.2 Amaliy ko'nikmalar:

1. Bemorlarni kuratsiya qilish.
2. Buyraklarni paypaslash va tukillatish simptomi.
3. Kovukni paypaslash va perkussiya qilish.
4. Prostata bezini barmok bilan rektal tekshirish.
5. Qovuqni elastik katetir yordamida katetirlash
6. Drenajlarni parvarish qilish.
7. TSistostomik (kovuk) drenajni parvarish qilish.
8. Uretradagi doimiy kateterni parvarish qilish.
9. Laborator tekshiruvi ma'lumotini izoxlash.
10. Bakteriologik tekshiruvi ma'lumotini izoxlash.
11. Rentgensuratini izoxlash.
12. Ploflometriya indeksini tekshirish.

7. Urologiy faniga oid o'quv uslubiy adabiyotlar va elektron ta'lim resurslari ro'yxati:

7.1 Foydalanadigan darsliklar va o'quv qo'llanmalar ro'yxati

Asosiy

1. «Urologiya». Uchebnik pod red. akad. N.A. Lopatkina. Moskva. M, 2004g.
2. Umumiy amaliyotshifokori uchun urologiyafanidan standart bayonnomalar.
3. «Spravochnik vracha obshey praktiki». Djen Myort., M. «Praktika», 1998g.

Qo'shimcha

1. Rukovodstvo po klinicheskoy urologii. Pod red. A.YA. Pitelya M. 1969g.
2. Fiziologiya cheloveka. Mochevie puti. Pitel' YU.A., Borisov V.V., 1992g.
3. Rukovodstvo po urologii v 3-x tomax. Pod red. akad. N.A. Lopatkina M., 1998g.

4. «Sekreti urologii» Martin M. Reznik, endryu K. Novik perevod na ruskiy yazik pod red. prof. S.X. Al'-SHukri «Nevskiy dialekt». Sankt – Peterburg, 1998g.
5. Aktual'nie voprosi diagnostiki, lecheniya i profilaktika mochekamennoy bolezni. Sbornik nauchnix trudov. Tashkent, 1988g. 95s.
6. «Xirurgicheskoe lechenie adenomi i raka predstatel'noy jelezi». Portnoy A.S., «Meditsina». 1989g.
7. Materiali po 5-go Mejdunarodnogo Soveshaniya po DGP. Rekomendatsii Mejdunarodnogo Nauchnogo Komiteta: Diagnostika i lechenie simptomov nijnego mochevogo trakta u pojilix mujchin Parij. 2000g.
8. Rukovodstvo po andrologii. Pod red. O.A. Tiktinskogo. Leningrad. 1990.
9. Urologiya i andralogiya v voprosax i otvetax. Pod red. O.A. Tuktinskogo V.V. Mixaylichenko. Piter. Sankt - Peterburg 1998g.
10. Neotlojnaya urologiya. YU.A. Pitel', I.I. Zolotarev. M. Meditsina. 1985g.
11. Urologiya po Donal'du Smitu. Pod red. e. Tanago i Dj. Makanincha. Perevod s angl. «Praktika». M. 2005g.
12. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.
13. Differential diagnosis of prostate disorders Edwin M. Mears Jr. M.D. Grannun R. Sant M.D. Merck Co Inc. Ed. Sh. Kule 56p. 1996.
14. Nospecifie infections of the Genitourinary Tract. Edwin M. Mears Jr. M. D/ Facs Fidsa. Urology. Ch Smithis. 13. 1996.
15. www.tma.uzsi.net.

7.3 Elektron ta'lim resurslari

Internet saytlari:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://zdrav.net>
<http://ziyonet.uz>

8. Didaktik vositalar

8.1. Jihozlar, asbob-uskunalar, mulyajlar, texnik vositalar: kompyuter, proektor, tablisalar, ko'rgazmali vositalar, rentgenogrammlar, kineskop, multimedialar, qizilo'ngach burjlari, makropreparatlar, zondlar, xirurgik instrumentlar va boshqalar

8.2. Urologiya kafedrasida tayyorlangan multimediyalar ro'yxati

№	Nomi
1	Buyrak kistalari
2	PBXG
3	STK
4	Gemodializ.
5	Buyrak sanchigi
6	Anuriay
7	Gematuriay
8	Urologic a, zolarni jaroxatlari
9	Pielonefritlar
10	GAMP
11	Prostatitlar
12	Nefrogen gipertenziy
13	STI
14	Urologik a, zolarni anatomiysi

9. Urologiya fanidan nazorat ishlarini baholash mezonlari

Joriy nazorat - 50 ball

Mustaqil ish - 10 ball

Yakuniy baholash - 40 ball

Jami - 100 ball

Talabning fan bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

- a) 86-100 ball uchun talabning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
- xulosa va qaror qabul qilish;
 - ijodiy fikrlay olish;
 - mustaqil mushohada yurita olish;
 - olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
 - mohiyatini tushunish;
 - bilish, aytib berish;
 - tasavvurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabanning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
 mustaqil mushohada yurita olish;
 olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
 mohiyatini tushunish;
 bilish, aytib berish;
 tasavvurga ega bo'lish.
 v) 55-70 ball uchun talabanning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
 mohiyatini tushunish;
 bilish, aytib berish;
 tasavvurga ega bo'lish.
 v) quyidagi hollarda talabanning bilim darajasi 0-54 ball bilan baholanishi mumkin:
 aniq tasavvurga ega bo'lmaslik;
 bilmaslik.
 Talabanning fan bo'yicha bir semestrda (tsikl) reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \bullet O'}{100}$$

bu erda:

V– semestrda (tsikl) fanga ajratilgan umumiy o'q'uv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

АМАЛИЁТ

7.1. Амалӣ машғулотларнинг технологик картаси

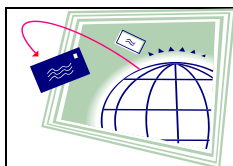
(Даволаш ва Тиббий педагогика факултетлари 4-курс талабалари учун)

1-Мавзу: Бўйраклар, сийдик йўллари ва эркаклар жинсий аъзоларининг функционал анатомияси, физиологияси.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

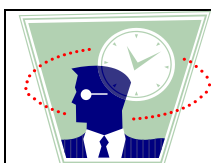
МАВЗУ Бўйраклар, сийдик йўллари ва эркаклар жинсий аъзоларининг функционал анатомияси, физиологияси.



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

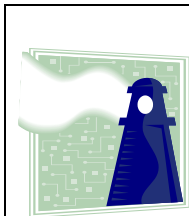
- урология курси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга Буйраклар жойлашуви, жуфтлиги, ўлчамлари. Жом, косачалар ва паренхимаси-нинг тузилиши. Бирламчи сийдикнинг пайдо бўлиши ва унинг иккиламчи сийдикка айланиш механизми. Қовуқ анатомияси. Эркаларнинг ташқий жинсий аъзоларининг тузилиши.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- Буйраклар тузилиши, топографияси, сегментар тузилиши.
- Нефрон – буйракнинг таркибий ва функционал бирлиги. Косачалар ва жом, сийдик найлари, қовуқ ва уретранинг тузилиши.
- Буйракнинг гомеостазни бошқариш сифатидаги функцияси.
- Косачалар, жом ва сийдик найининг функцияси. Юқори сийдик йўллари уродинамикаси.
- Қовуқнинг функцияси. Сийиш физиологияси.

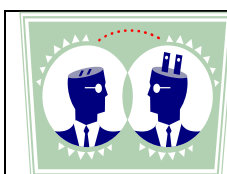
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши – буйрак касаликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



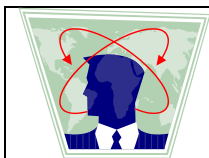
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Буйрак – грекчасига “nepbris” дейилади. Оғирлиги – 140-150 гр. Уларда юқори қутуби – *extrimitas superior*, пастки қутуби – *extrimitas inferior* бор.

Буйраклар ўлчамлари: Уzunлиги – 10-12 см. (110-120 мм)

Эни – 5-6 см. (55-60 мм)

Қалинлиги – 3-4 см.

Буйрак дарвозансининг таркиби, олдиндан орқага томон: {
В – вена
А – артерия
Л – лоханка

Буйракларни фиксацияловчи аппарати.

1. Буйракни хусусий капсуласи – *capsula fibroza*.
2. Буйрак атрофи ёғ капсуласи – *capsula adipoza* ёки *paranephron*.
3. Буйрак қон томирлари : {
 $A - renal$
 $V - renal$
4. Қорин бўшлиғидан босим – яъни бунда қорин олд девори мускуллари ёрдам беради.
5. Бел мушакларидан иборат ложа ёки жой.
6. Буйракга тегиб турган органлар.
7. Буйракга келиб тугаган бойлам аппарати ёки қўшни органлар ва буйрак ўртасида ҳосил бўлган боғламлар.

ўнгдан {
– жигар – буйрак боғлами – *Lig. hepatorenalis*
– 12 бармоқ ичак – буйрак боғ. – *Lig. duodenorenalis*

чапдан {
– Талоқ – буйрак боғ. – *lig. Lienorenalis*
– 12 бармоқ ичак – буйрак боғ. – *lig. pancreaticorenalis*
Буйрак топографик анатомияси.

Скелетотопия – суякларга нисбатан жойлашиши.

Ўнг буйрак

Чап буйрак

Юқори – XII – кўкрак умуртқаси

юқори – XI кўкрак умуртқаси

Пастдан – III бел умуртқаси

пастдан – IV бел умуртқаси

XII козурга унг буйракни юқори 1/3 қисмидан , чап буйракни урта 1/3 қисмидан кесиб утади.

Синтопия : - атрофидаги органларга нисбатан жойлашиши.

Ўнг буйрак

Чап буйрак

Олдиндан – жигар, *pars descendens duodeni*,
қисман талоқ, тушувчи

Олдиндан – ошқозон туби,

йўғоқ ичакнинг кутарилувчи қисми
ости беи дум қисми,

чамбар ичак , талоқ, ошқозон

ва жигар бурғаи (-*flexura hepatica*)
flexura lienalis

йўғон ичак талоқ бурчаи –

Ўнг буйрак

Чап буйрак

Орқада – бел мускулари диафрагмаси

Орқа – бел муск. диафрагмаси

Медиял – V *cava inferior*

Медиял – Aorta

Буйракнинг макроскопик кўриниши.

Буйраклар бўйлама кесилса 2 паллага ажралади ва 2 та қавати бор.

- 1) Жигар ранг пўстлоқ модда – *cortex renalis* ТПП – 17-18 мм. (4-5 см)

2) Оқиш мия модда – medulla renalis – перамида шаклида.

Буйрак ичида синуси мавжуд бўлиб, унга нефронлардан тузилган пирамидаларнинг учи очилади. Пирамидалар учи сўрғичларга очилади. Ҳар бир буйракда 12 та сўрғич бор. Сўрғичлар кичик косачаларга(8-9 та),улар эса катта косачаларга(2-3 та),улар эса буйрак жомига очилади.

Pelvis renalis { $\begin{cases} - papilae renalis - \text{сурғич} \\ - calyces renalis minoris - \text{кичик косача} \\ - caluces renalis majoris - \text{катта косача} \end{cases}$

Буйракларнинг микроскопик кўриниши.

Буйракнинг функционал бирлиги – нефрон бўлиб, улар сони ҳар бир буйракда 1-1,5 млн дир.

Нефрон қисмлари:

- 1) Мальпигий конточкаси
- 2) Шумлянский Баумен – капсуласи
- 3) Бирламчи бурама найлар
- 4) Генли қовузлоғи
- 5) Иккиламчи бурама найлар
- 6) Йиғувчи каналлар

Буйрак иннервацияси:

Буйрак артерияси атрофида буйрак нерв чигали (plexus renalis) ҳосил бўлиб у аортал ва қуёш чигаллари билан боғланган бўлади. Peluxus renalis-ичида кўпроқ симпатик, камроқ-парасимпатик толалар бор (N.vagus дан).

Буйракда қон айланиши.

1/3 қисм ҳолатларда қўшимча томир ўтади: Аортадан алоҳида чиқиши мумкин, A. testicularis(ovarica),A. phrenica inferior дан тармоқ ҳолатда чиқиши мумкин. Қўшимча томир кўпинча A.renalis дан пастдан ўтади.

A.renalis буйрак усти безига тармоқ беради-A. suprarenalis inferior.

70 кг одам буйрагидан 1 минутда ≈ 1200 мл қон айланади. 1 минутда қон минутлик ҳажмининг 12-30% ўтади. Шундан 86% - буйрак пўстлоқ қисмидан, 14% - мия моддасидан ўтади. Буйрак артерияси(a.renalis) I – II бел умуртқаси соҳасида аортадан чиқади. Буйрак ичида a. renalis нинг тарқалиши:A. renalis(100мм.рт.ст) $\rightarrow$ r.anterior(r.posterior) $\rightarrow$ A. segmentalis(5 та сегментга) $\rightarrow$ A. piramidalis(пирамидалар устунчаларидан ўтади) $\rightarrow$ A. interlobaris(булақлараро) $\rightarrow$ A. arcuata $\rightarrow$ A. recti (йиғувчи каналчаларни овқатлантиради) $\rightarrow$ A. inter- lobularis $\rightarrow$ Vase afferens(70 мм рт.ст.) $\rightarrow$ A. glomerularis $\rightarrow$ Vase efferens(5 мм рт.ст.) $\rightarrow$ A. stellatae (капсула ости бўшлиғига тарқалади, stella- юлдуз) $\rightarrow$ паренхиматоз томирлар.

V. renalis чапдан L_I, ўнгга L_{II} соҳада V. cava inferior га қўйилади, чап V. renalis узунроқ бўлиб, аорта олдидан ўтади.

Буйрак

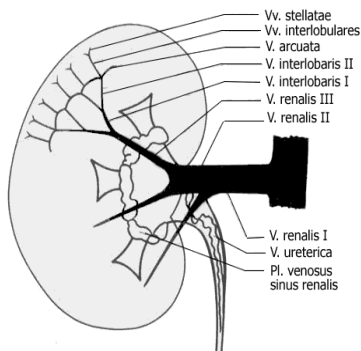
сегментлари: 1)Чўкки(верхушечная).2)Олдинги юқори(передне верхняя).3) Ўрта (средняя)

4)Пастки(нижняя) 5) Орқа(задняя)

Буйрак жоми (Лат – pelvis renalis,грек – pielos).

Ҳажми – 5-6 мл. Буйракга нисбатан 3 хил ҳолатда бўлади: буйрак ичи(внутрипочечный), буйракдан ташқари(внепочечный), аралаш(смешанный).

Сийдик йўли(мочеточник) – ureter. Узунлиги – 25-см. Атроф айланаси – 1,0-1,3 см.



30

Ички айланаси – 0,4-0,8см (тораймаларда – 0,2-0,3 см)

Учта қисми бор:

- Pars abdominalis – қорин қисми. Ўртаси – linia terminab
- Pars pelvina – чаноқ қисми

- Pars interamuralis – (2 см) қовуқ мускуллари орасидаги қисми.

4 та тораймасы бор. 1) Жом – урутер сегменти тораймасы. 2) Катта ва кичик чанок ўртасидаги- Linea terminalis соҳасидаги торайиш. 3) Чанок соҳасида - Arteria et vena iliaca билан кесишган жойдаги торайма. 4) Қовуқ деворининг ичидаги интрамуал қисмидаги торайма.

Сийдик йўли деворининг қаватлари: 1) Tunica adventici- ташқи адвентиций қавати. 2) Tunica muscularis- икки қаватдан иборат а) ички –узунасига , б) ташқи циркуляр. 3) Tunica mucosa – ички шиллиқ қават. Чанок соҳасида уретернинг томирлар билан кесишиши: ўнгдан A. iliaca externa билан, чапдан A. iliaca communis sinistra билан кесишади. Бачадонга нисбатан ўтиши: бачадон кенг бойлами ичидан утиб, чапдан бачадонга яқинроқ ўтади.

Уретер синтопияси:		Ўнгдан	Чапдан
Медиал:	Пастки ковак вена	Қорин аортаси	
Латерал:	Кур ичак, кўтарилувчи чамбар ичак	Тушувчи чамбар	

Олдиндан: Аёлларда - Arteria et vena ovarica, эркакларда- Arteria et vena testicularis

Орқадан: Бел мускуллари.

Ўнг уретер юқори қисмида duodeni, пастроқда эса чувалчангсимон ўсимтага тегиб турган бўлади.

Қон билан таъминланиши: Юқори 1/3 қисми A. renalis дан, ўрта 1/3 қисми A. testicularis(ovarica) дан, пастки 1/3 қисми эса A. vesicalis superior дан қон олади.

Иннервацияси : симпатик толалар - Peluxus renalis, Plexus hypogastricus, Plexus uretericus, парасимпатик - N.vagus N. Pelvici дан толалар олади.

Кичик чанок бўшлиғи чегаралари: олдиндан симфиз, орқадан думгаза, икки ён томонидан фиброз фация билан чегаралангандир. Париетал қорин парда ва чанок диафрагмаси ўртасида тортилган фиброз парда-Lig. (aponeurosis) peritoneoperinealis ёки Денонвилъе апоневрози дейилади. Чанок фасцияси ва Денонвилъе апоневрози ҳисобига чанок органлари фасциал футлярга эга бўлади. Простата безини ўраган капсула – Пирогов-Ретци, тўғри ичакни ўраган капсула эса Амюса капсуласи дейилади.

Қовуқ (сийдик пуфағи)-vesica urinaria – эркакларда шаросимон, аёлларда овал шаклида бўлади. Ҳажми 200- 700мл гача(250-300 мл). Қисмлари: 1) қовуқ чўққиси (верхушка)- Apex vesicae. 2) Қовуқ танаси - Corpus vesicae. 3) қовуқ туби- Fundus vesicae. 4) Қовуқ бўйинчаси- Cervix vesicae.

Қовуқ синтопияси:	Эркакларда	Аёлларда
Олдиндан:	Симфиз	Симфиз
Орқадан:	Уруғ пуфагининг чиқариш йўллари	Бачадон ва

	тўғри ичак	
Юқоридан:	Париетал қорин парда	Париетал қорин
парда		

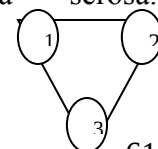
Пастдан:	Простата бези	Чанок
диафрагмаси.		

Қовуқ олдида бўшлиқ бўлиб у Spatium prevesicalis – Retzii дейилади. Бу бўшлиққа қон, сийдик ёки бошқа суюқликлар йиғилиши мумкин.

Аёлларда париетал қорин парда қовуқдан бачадон (excoatio vesico-uterina) ва тўғри ичакга (excoatio recto-uterina- Дуглас бушлиғи) ўтишда чуқурликлар ҳосил қилади.

Қовуқ деворининг қаватлари: 1) Шиллиқ қавати-tunica mucosa. 2) Шиллиқ ости қавати- tunica submucosa. 3) Мускул қавати- tunica muscularis а) ташқи- узунасига , б) ўрта- циркуляр, в) ички – қийшик. 4) Сероз қават - tunica serosa. Қовуқ тубида Лъето номли учбурчак бор (trigonum vesicae).

Ўнг(1) ва чап(2) сийдик йўли паст тешиги (ostium ureteris)



Пастда эса -Ostium urethrae internum(3)

Лъето учбурчаги соҳасида шиллиқ ости кавати бўлмаганлиги учун у ерда бурмалар бўлмайди. Қовуқ ва киндик ўртасида ураҳус бўлиб, у Lig. umbilicalis medianum деб номланади.

Қовуқнинг қон билан таъминланиши.

- 1) A. umbilicalis → a. vesicalis superior
- 2) A. rectalis media → a. vesicalis media
- 3) A. iliaca interna → a. vesicalis inferior.

Қовуқни иннервацияси: Th_x – L_{II} чиқадиган симпатик нерв толалари Plexus vesicalis inferior ва Plexus hypogastricus ларни ҳосил қилади. S_{II} – S_{IV} чиқадиган парасимпатик нерв толалари nn. splanchnici pelvini. Қовуқ ичидаги босим ортса (12-14мм сув уст.) қовуқ сфинктер нервлари таъсирланади, кўзғалиш орқа мия бел қисмидаги қовуқ марказига боради, кейин парасимпатик нерв толалари таъсирланади, жавоб реакцияси сифатида қовуқ мускуллари қисқаради, сфинктер мускуллари эса бўшашади ва сийиш акти юзага келади.

Қовуқ боғлам аппарати: Lig. Puboprostatica, Lig.pubovesicalis.

Сийдик чиқариш йўли- эркакларда urethra masculina ,узулиги – 16-22см , эни 5-10 мм.

Орқа ва олдинги уретрага бўлинади.3 та қисми бор.

1) Простатик қисми – pars prostatica- узунлиги 2,5 см атрофида, бу қисмда уруғ думбоқчаси- colliculis seminalis бўлиб, унга икки томондан простата бези найчалари тешиги ва уруғ отувчи йўл тешиги очилади. 2) Парда қисми - pars membranacea – узунлиги 1 см атрофида, калта ва тор бўлади. Бу қисм diafragma urogenitale ни тешиб ўтган кўндаланг тарғил мускуллари бўлиб –M.sphincter urethrae ни ташкил қилади.

3) Ғовак тана қисми -Pars spongiosa узунлиги 15 см атрофида S- симон бўлиб, 2 та эгрилиги бор- curvature subpubica, curvature prepubica, олат бошчасига яқин қисмида кенгайма бор - fossa navicularis urethrae. Сийдик чиқариш каналида безлар бўлиб улар Littre безлари деб номланади. Каналга яна Купер безлари ҳам очилиб, diafragma urogenitale ни тубида жойлашган. Бу безлар секретари уретрани сийдик таъсиридан сақлайди.

Аёллар сийдик чиқариш канали -Urethra feminine, узунлиги 3-4 см атрофида диаметри 7-8 мм дир. Сийдик чиқариш йўли diafragma urogenitale ни тешиб ўтган кўндаланг тарғил мускуллари бўлиб –M.sphincter urethrae ни ташкил қилади. Уретрани ташқи тешиги - Ostium urethrae externum кин дахлизига очилади.

Уретра рентген анатомияси : 1) Pars intramuralis – узунлиги 0,5см 2) Pars retrocollicularis(seu supracollicularis) – узунлиги 1,0- 1,5см. 3) Pars collicularis (seu pars montana) – уруғ думбоқчаси қисми бўлиб , узунлиги - 1-2 см. 4) Pars infracollicularis - узунлиги 0.5- 1 см. Булар орқа уретра ҳисобланади. 2-3 ва 4 лар pars prostatica бўлиб, узунлиги -4см . 5) Pars membranacea – узунлиги 1-2 см, уретранинг чанос диафрагмасини тешиб ўтадиган қисмидир. 6) Pars bulbosa – пиёзча қисми бўлиб, узунлиги – 7 см.7) Pars pendula - уретранинг осилган қисми ,узунлиги 8-10см. 8) Pars navicularis – уретранинг қайиқсимон қисми (ладъевидная часть), узунлиги – 1,5- 2см. 5,6,7 ва 8 қисмлар олдинги уретрадир. Уретранинг осилган қисмида безлар (Литтри безлари) ва чуқурликлари (Морган Лакуналари) бор, пиёзча қисмида 2 та тешикча бўлиб,улар Купер безларининг оғизчаларидир.

Уретрани қон билан таъминланиши:

- 1)A. vesicalis inferior → A. bulbi penis.
- 2) A. pudenda interna → A. profunda penis.
- 3) A. dorsalis penis.

Жинсий олат- (Penis) ва ёрғок аъзолари билан биргаликда ташқи жинсий аъзоларни ташкил қилади.

Жинсий олат таркибида ғорсимон тана бўлиб уни ичида кўп сонли ғорчалар бор, уларнинг ички девори эндотелий билан қопланган ва ичи қон билан тўлган.

Жинсий олат 2 таолдинги ёки юқориги (Penis) ғорсимон танадан (corpus cavernosus) ва 1 та пастки ёки орқадаги (urethrae) ғовак тана (corpus spongiosus) дан ташкил топган. Corpus spongiosus ни орқа қисми кенгайиб уретрани пиёзча қисмини (bulbus urethrae), олдинги қисми олат бошчаси (glans penis) да тугаб унинг асосига corpus cavernosus бирлашган. Жинсий олат бошчасини асоси кенгайган ва кейин олат бўйинчаси (collum glandis) га ўтади. Ҳар бир ғорсимон таналар алоҳида оқсил парда (tunica albuginea) билан ўралган. Барча ғовак таналар умумий фасция (fascia penis) (оралиқнинг хусусий фасциясининг давоми) билан ўралган. Corpus cavernosus орқа учидан иккита оёқча бўлиб тугайди, у оёқчалар қов суягига бориб маҳкам ёпишади. Олат орқа тепасидан lig. suspensorium penis билан қов суягини пастки шохларига ёпишган бўлади. Олд териси ҳаракатчан бўлиб олдинги охирида дупликатура (preputium) ҳосил қилиб, бурма шаклида олат бошчасини ёпади. Олат тана дорсал томонидан v. dorsalis penis, унинг икки томонидан эса иккита A. dorsalis penis ва иккита N. dorsalis penis ўтади.

Простата беzi: (Prostata) Синтопияси: Олдиндан - симфиз. Орқадан – тўғри ичак. Тепадан – қовуқ, Пастдан - diafragma urogenitale. Ўлчамлари узунлиги - 2,5 – 4,2 см гача, эни – 3,5-5 см гача, қалинлиги - 1,7-2,5 см гача, без оғирлиги - 21-27 гр. Ёшларда мускул тўқимаси кўпроқ ривожланган, 17 ёшга қадар без тўқимаси ривожланади, қарияларда эса без товуқ тухумидай катталигида бўлиб, уретрани халқадай ўраб уни қиса бошлайди. Простата беzi 3 та бўлак (унг, чап ва ўрта бўлақлар) дан ва 30-50 та гача алоҳида бўлақчалардан иборат, безнинг ҳар қайси бўлақчаси алоҳида йўл билан орқа уретрага очилади. Простатани қовуқга қараган асоси (basis prostatae), чанок диафрагмасига қараган чўққиси (арех) фаркланади. Простатани икки ён томонидан – mm. levatores ani чегаралайди. Орқа томони билан тўғри ичак ампуляр қисмига тегиб туради, улар ўртасидан қорин парда – оралиқ апоневрози (aponeurosis Denonvillier) ўтган. Уруғ йўллари пастдан кўтарилиб, pars prostatica urethrae га очилади. Қовуқ мускуллари қалинлашиб орқа уретра деворига ўтиб m. prostaticus - ни ҳосил қилади. Простата беzi атрофида ёғ тўқимаси ва вена томири чигаллари бор. Простата безининг чин ва ёлғон капсулалари бўлади. Чин капсуласи қовуқ фиброз - мускул қаватининг бевосита давоми бўлиб, беzi атрофини ўрайди, сохта капсула чанок вицерал фацияси ва Денонвилли апоневрозидан ҳосил бўлган. Бу иккала капсула орасида веноз томир чигаллари бўлади, қайсики операция вақтида улардан қон кетади.

Қон билан таъминланиши. Простата беzi ва қовуқни қон билан таъминланиши умумий ҳисобланиб, қовуқнинг пастки артерияси (aa. vesicales inferior) дан тармоқ олади, безнинг орқа юзасига тўғри ичакнинг ўрта артерияси (a. rectalis media) дан майда тармоқ, a. pudenda interna дан тармоқ сифатида a. prostatica чиқади. Веноз чигал - plexus venosus prostaticus бўлиб, унга v. dorsalis penis, v. scrotalis posterior лардан веноз қон қуйилади. Бу веноз чигал геморроидал ва қовуқ веноз чигаллари билан анастомоз ҳосил қилади.

Иннервацияси: plexus hypogastricus inferior дан вегетатив нерв толаларини олади, nn. pelvici (s. nn. erigentes) нерв толарини олади ва бу нерв қўзғалса без секретацияси кучаяди. Простата беzi фаолияти тестостерон таъсирида бошқарилади. Без суюқлиги рН – ишқорий бўлиб, таркибида кўпчилик оқсиллар, спермин, фибринолизин, фиброгеназа (эякулятни суюлтиради), лимон кислота, кислотали фосфатазалар, лецитин дончалари (фосфатидлар) бор. Без секретининг вазифалари: 1) Эякулят миқдорини оширади.

2) Сперматозоидлар ҳаракатини таъминлайди. Моеклар → тестостерон ишлаб чиқаради → простата безини устиради, фаолиятини кучайтиради.

Уруғ пуфакчалари (Vesiculae seminales) - қовуқ ва тўғри ичак ўртасида жойлашган, узунлиги – 5 см, эни – 2,5-3 см. Уруғ пуфаклари ductus deferens билан қўшилиб уруғ отувчи йўл - ductus ejaculatorius – ни ҳосил қилади, уруғ отувчи йўл тешиги уретра простатик қисмидаги - colliculus seminalis асосига иккита майда тешикча бўлиб очилади.

Қон билан таъминланиши: A. vesicales inferior ва a. rectalis media дан тармоқ олади.

Вена томирлари: Plexus venosus vesicoprostaticus га қуйилади.

Иннервацияси: Plexus hypogastricus inferior, nn. Pelvic дан толалар олади.

Ёроқ – Scrotum – 2 та бўшлиғи бўлиб, ёроқни чап томони ва чап мойк ўнгидан пастроқ туради.

Ёроқ қаватлари: 1) Тери – tunica cutaneus. 2) Гуштдор парда- tunica dartos. 3) Купер фасцияси - fascia cremasterica, қорин юза фасцияси давоми. 4) m. cremaster - ички қийшиқ ва қорин кўндаланг мускуллари давоми. 5-6) Ташқи ва ички уруғ фасциялари- fascia spermatica externa et interna, қорин деворидаги fascia transversalis давомидир.

7) Мойкларнинг хусусий оқсил пардаси.

Ёроқни қон билан таъминланиши

A. iliaca externa → A. femoralis → { $\begin{matrix} A. pudenda interna \rightarrow A. scrotales posterior \\ A. pudenda externa \rightarrow A. scrotales anteriores \end{matrix}$

Веналари: олд ва ён томонларида чиқиб → катта тери соти венаси - v. Saphena magna га қуяди, ёроқни орқа ва пастки юзасидан чиққан веноз қон оралиқ венаси- V. perinealis га қуйилади.

Иннервацияси: Олд юзасини: plexus lumbalis → n. iliohypogastricus → ёроқ. Олд юзасига яна N. genitofemoralis → ramus genitalis (n. spermaticus externus - Уретерга тош тикилгандан оғриқнинг иррадиацияси шу нерв орқали бўлади). Орқа юзасини: N. perinealis → nn. scrotales posterior

Уруғ тизимчаси: (семенной канатик)- Funiculus spermaticus, узунлиги – 15-20 см атрофида бўлиб, унинг таркибий қисмлари қуйидагилар: Ductus deferens, a. testicularis, a. funiculus spermaticus, узун шингилидай веноз чигал- plexus pampiniformis, мойк веналари, уруғ тизимчаси веналари, V. deferentialis, лимфа йўллари, нерв чигаллари, m. cremaster. Буларнинг ҳаммаси пардалар билан ўраб олинган: ташқаридан - fascia cremasterica, ўртадан- m. cremaster, ичкаридан- fascia spermatica externa et interna.

Мойклар- (лот- testis, грек- orchis) – эллипсга ухшаш ўки қийшиқ йўналган. Қутблари а) юқори, б) пастки.

Юзалари: 1) латерал, б) медиал юзаси бор.

Улчамлари: узунлиги – 4-4,5 см, эни – 2,5 – 3,5 см, оғирлиги- 20-30 гр.

Мойкни бевосита ўраган оқсил парда- tunica albuginea дир, унинг атрофидан сероз парда ўраган- tunica vaginalis testis бўлиб, унинг париетал ва вицерал варақлари бор, улар ўртасида бўшлиқ - cavum periorchis ҳосил бўлади, у ерда нормада 2 мл атрофида суюқлик бўлиб мойкни эркин ҳаракати ва зарблардан сақлайди. Оқсил парда мойк ичига фона (клина) шаклида тешиб қиради ва mediastinum testis (s. Highmori) ни ҳосил қилади. Гаймор таначадан мойк ичига тўсиқчалар ўсиб кириб уни 200 га яқин бўлакчаларга ажратади, ҳар бир бўлакда 2-3 та эгри бугри каналчалар жойлашган бўлиб улар → тўғри каналчаларга қуйилади, улар йиғилиб → 12-18 та қисқа каналчаларга - ductuli deferentis testis га у эса epididymis бошчасига ўтади.

Мойк ортиғи-epididymis, қисмлари: бошчаси, танаси ва думи бўлади. Оғирлиги-3 гр., эни- 6-8 мм, узунлиги мойк билан бир хил, 5- 18 та бўлакчалардан иборат.

Мойкни қон билан таъминлиши: аортадан → A. testicularis.

Мойк веналари 4 гуруҳга бўлинади.

Мойк → { $\begin{matrix} 1. V. spermatica interna \rightarrow V. renalis \text{ (чапдан)}, (V. cava inferior - \text{унгдан}) \\ 2. V. spermatica externa \rightarrow V. iliaca externa \rightarrow V. iliaca communis - \text{га} \end{matrix}$

Мойк → { $\begin{matrix} 3. V. deferentialis \rightarrow V. iliaca interna - \text{га} \\ 4. V. pudenda externa \rightarrow v. Saphena magna \end{matrix}$

Сийдик ажратиш органлари физиологияси.

Буйрақларнинг организмдаги вазифалари:

- 1) Моддалар алмашинуви қолдиқ маҳсулотларини организмдан чиқаради.
- 2) Сув туз балансини бир хилда ушлайди.
- 3) Организмда осматик босимни бир хилда ушлайди.
- 4) Кислота балансини бошқаради.
- 5) Глюкоза балансини бошқаради.

- 6) Гормон ва витаминлар балансини бошқаради.
- 7) Қон босимини нормаллаштиради.
- 8) Терморегуляцияда қатнашади.
- 9) Эритропоэзда қатнашади.

Яъни организмда гомеостазни бир хилда сақлайди. Буйракларда фильтрация ва реабсорбция жараёнлари юз беради. Буйракларнинг ажратиш фаолияти 5 та компонентдан иборат

1.Фильтрация. 2.Просимал реабсорбция (албатта сурилиш). 3.Дистал реабсорбция(афкультатив).

4.Сийдикни осмотик концентрлаш. 5.Форникал реабсорбция.

Коптокчалар фильтрацияси. Шумлянский –Боумен капсуласининг эндотелийси бошқа томирлар эндотелийсидан 25 марта ўтказувчанлиги юқоридир, чунки поралари(тешикчалари)катта бўлиб, 0,15 нм гача радиусгача моддаларни ўтказди.1 ламчи сийдик таркиби қон плазмасига яқин бўлади

Буйракларда фильтрация босимлар фарқининг ҳисобига амалга ошади.

Капилляр ичидаги гидростатик босим- 40-75 мм рт.ст. Қон плазмасидги онкотик босим- 28-32 мм рт.ст., капсула ичидаги гидростатик босим – 5-10 мм рт.ст. Қон таркибидаги оксиллар сувни ушлаб қолишга, гидростатик босим эса қарама- қарши сувни чиқариб фильтрацияни купайтирмоқчи бўлади,ана шунинг оқибати ва капсула ичи босимининг фарқи ҳисобига ультрафильтрация юзага келади.

Фильтрацион босим одатда 40-35 мм.рт.ст га тенг бўлади. Агар бирламчи сийдикда сув камайса плазмада коллоид осмотик босим ортади ва фильтрация камаяди.

$$\text{ЭФД} = 70(32+15) = 70 - 47 = 23 \text{ мм рт. ст.}$$

Агар уретерга тош тикилса у ерда босим 100-120 мм рт.ст гача ортади(N 20-40мм рт. ст.). Оқибатда Шумлянский - Боумен капсуласи ичи босими ҳам орта ва фильтрация камаяди ёки тўхтади.Агар каналчаларда реабсорбция ошса, капсула ичидаги босим эса камаяди, оқибатда фильтрацион босим ва буйрак фильтрацияси ортади.Коптокча мембранасида 70 000 дан паст молекуляр оғирликдаги оксиллар ўта олади,гемоглобин , альбумин шунга яқинроқдир. Глобин оксилинингш молекуляр оғирлиги 16 500 .

N да организмда айланиб юрган қоннинг 85-90% буйраклардан ўтади, қолган 10-15% артериовеноз шунтлар орқали айланиб ўтади.(Буйрак ишемиясида Trueta шунти пайдо бўлади-1947 йил).

Буйрак фильтрациясига таъсир этувчи факторлар:

1)қон томирридаги гидростатик босим- қон босими, аферент ва эфферент артериолалар девори тонусига.

2)плазма онкотик босими- қон томиридаги оксил миқдорига, уларнинг сифатига боғлиқ.

3) Шумлянский - Боумен капсуласи ичи босими- каналчалар тказувчанлигига, реабсорбция ҳолатига (кам бўлса, капсула ичи босими ортади ва фильтрация камаяди ва тескариси) юқори сийдик йўллариининг босими, буйракларда лимфа айланишига боғлиқ,буйрак капсуласини атрофдан босилишига боғлиқ.

4)Коптокча мембранасининг ўтказувчанлигига боғлиқ – унга таъсир қилувчи омиллар – буйракга O₂ келишига, қоннинг рН га, туқималараро суюқликга, фильтрацион юзага боғлиқ.

Буйраклардан ўртача 70 кг одам бўлса 1 минутда 1200 мл , 24 соат ичида 1700 литр қон ўтади.

1250 мл қонда → 660 мл плазмаси бўлса шундан → 125 мл/ минут 1 ламчи сийдик ҳосил бўлади.

24 соатда →1 суткада 120-200 литр 1 ламчи сийдик ҳосил бўлади → 98-99% реабсорбция бўлади ва 1 сутка давомида 1,5- 2,0 литр (1- 1,2 мл/мин)2 ламчи сийдик ҳосил бўлади.

Буйрак каналчаларининг функцияси- иккиламчи сийдик ҳосил қилишдир.

1)Каналчалар реабсорбцияси. 2)Оддий диффузия. 3)Каналчалар экскрецияси.
4)Каналчалар секрецияси.

Каналчалар реабсорбцияси – проксимал каналчаларда 5/6 - 7/8 қисм сув сўрилади, бу ҳолат албатта(обязательный, принудительный) бўлиши керакдир. На ультрафилтратнинг асосий катиони бўлиб проксимал каналчаларда осмотик босимни 90% ни Na, 10% ни эса мочевиная белгилаб беради. Проксимал каналчаларда Na актив сўрилади, сувни эса пассив йўл билан ўз изидан сўрилишини таъминлайди. Қон томиридаги онкотик босимнинг ҳам реабсорбцияда аҳамияти жуда юқоридир, чунки қанча фильтрация кўп бўлса, коптокчадан кейинги капиллярларда онкотик босим шунча юқори бўлиб, реабсорбция ҳам шунча тез бўлишига шароит яратилади. (Vogel ва Heym, 1955; Vander, Malvin, Wilden ва Sullivan, 1958). Шундай қилиб қанча куп фильтрация бўлса, шунча куп реабсорбция бўлади. Қолган сув (1/6-1/8, 120мл → 17мл, тах 20мл/1 минутда) Генли қовузлигига ўтади, Тушувчи қисмида сув диффуз йўл билан кўп жойдан кам жойга ўтади, Na актив йўл билан қон томиридан тушувчи каналча ичига ўтади. Кўтариловчи қисмда Na тўқимлар аро суюқликга қайта сўрилади, сув эса дистал каналчаларда актив сўрилади, сийдик 7 марта концентрланади. Дистал ва йигувчи каналчаларда сувнинг скрилиши антидиуретик гормон таъсирида юзага келади, АДГ ни ишлаб чиқарилиши тўқималараро суюқликда ва қондаги осмотик босимга боғлиқдир. Қон ва тўқималараро суюқликда осмотик босим ортса (натриемия)гипофозда ишлаб чиқарилаётган антидиуретик гормон миқдори ҳам ортади ва олигурия кузатилади ва тескариси осматик босимнинг пасайиши АДГ ишлаб чиқарилишини пасайтириб полиурияга олиб келади. АДГ ишлаб чиқарилиш тананинг ҳолати ва кўкрак қафасидаги босимга ҳам боғлиқ бўлади. Кўкрак қафасидаги босим пасайганда, горизонтал ҳолатнинг ўзи АДГ ишлаб чиқарилишини пасайтириб полиурияга олиб келади. Валуоморецепторлар бош ичида, артерияда, венада, асосан чап бўлмачада жойлашган бўлиб, чап бўлмачадаги диастолик ҳажмнинг ортиши АДГ ишлаб чиқарилишини камайиши ва полиурияга олиб келади. Бу юрак қон томир касалликлари бор қарияларда никтурия бўлиши билан тушунтирилади. Чап бўлмача валуоморецептори кўзгалди → N.vagus афферент толалари → гипоталамус → гипофиз. АДГ → буйрак тўқимасида гиалуронидаза ишлаб чиқарилади → хужайралараро бўшлиқда гиалурин кислотага таъсир қилади → хужайралараро бўшлиқда ерикчалар пайдо бўлади ва у ердан сув бемалол ўтишига шароит яратилади.

Юқори сийдик йўлларида босим ошадиган бўлса (гидронефроз), унда буйракнинг форникал аппарати(барорецепторлари кўзғалади)(эпителий билан қопланган сўргичи, форникснинг сфинктер ва леватор мушаклари, жуда кўп нерв, қон томир, лимфа системаси оралиқ тўқимаси ва кўплаб веноз чигаллари бор)дан реабсорбция бўлишга бошлайди. Бу эса буйрак интерстициал тўқимасининг шишиши, капсуласининг таранглашига олиб келади. Катта гидронефрозларда форникал аппарат реабсорбция қилишга ултра олмайди ва сийдик буйрак hilusi орқали қорин орта бўшлиғига ўтади, ретроперитонеал шишга олиб келади. Полиурия вақтида сийдик каналчаларда шундай тез оқадики, оқибатда буйрак каналчалари ва интерстициал тўқима орасида бўладиган реабсорбция бўлишга улгурмайди, бу ўз навбатида эпителиал тўқиманинг ўтказувчанлигини ва АДГ ишлаб чиқарилишини пасайтиришига олиб келади. Буйракларда бир минутда 0,5 млдан 20 мл гача сийдик чиқариш қобиляти бор, одамда буйраклар сийдикни қонга нисбатан 4 марта гипертоникрок ва 6 марта гипотоникрок қила олади. Сийдикнинг солиштирма оғирлиги 1001 дан 1035 гача бўлиши мумкин. Бир суткада буйраклар 30-35 г метаболизм маҳсулот(қайсики шу миқдорни 500 мл сийдик билан ҳам чиқара олади –физиологик олигурия)ларини чиқара олади. Бирламчи сийдикдаги маҳсулотлар бўсағали(пороговый) ва бўсағасиз(непороговый) ларга бўлинади. Бўсағали моддалар каналчалардан маълум миқдорда ва вақт мобайнида сурилади. Бирламчи сийдикда бўсағали моддалар концентрацияси кўпайса ўша қисми сийдик билан чиқариб юборилади. Бўсағасиз моддалар бирламчи сийдикга чиқдимиди улар

тўлиқ реабсорбция қилинмайди ва организмдан тўлиқ чиқариб юборилади. Бўсағали моддалар иккига бўлинади: 1) юқори бўсағали – глюкоза, натрий, калий, хлоридлар, кальций, магний – бу моддалар актив реабсорбцияланади, уларни сўрилишида буйрак нефронлари энергия сарфлайди. 2) Паст бўсағали моддалар – мочевино, сийдик кислотаси, эндоген фосфатлар, сульфатлар қайта диффузия йўли билан реабсорбцияланади ва улар учун энергия сарфланмайди. Бўсағасиз моддаларга реабсорбцияланмайди – масалан инулин, креатинин ва бошқалар киради. Глюкоза сўрилиши фақат проксимал каналчаларда юз беради. Глюкоза (глюкокиназа ва АТФ таъсирида) глюкоза – 6 фосфатга айланади ва каналчалар хужайраларига осон ўтади ва хужайра ичида фосфат бирикмаларини ажратиш қонга ўтиш кетади.

Проксимал каналчалар ва Генли ковузлогиди натрий актив ҳолатда максимал (7/8 қисми) сўрилади, хлор эса орқасидан пассив ҳолатда сўрилади.

Сўрилмаган натрийнинг қолган қисми эса дистал каналчаларда альдостерон (буйрак усти безида), адреналин, кортизон ва гилкортизон таъсирида сўрилади. Альдостерон куп ишлаб чиқарилса гипо-, кам ишлаб чиқарилса гипернатриурия кузатилади. Глюкокортикоидлар филтрацияни ва каналчаларда натрий сўрилишини кучайтиради. АДГ дистал каналчаларда сувни сўрилишини кучайтиради, натрий сўрилишига қаршилик қилади. Шунинг учун ҳам АДГ ва альдостерон гормонлари бир – бирига антогонист ҳисобланади. Вегетатив нерв системаси натриурияни ва гидроурияни бошқаради. Интерстициал суюқликлар ва артериал қон ҳажмига, плазма осмотик осмотик босимининг баландлигига жавоб бурувчи рецепторлар таъсирланиб гипофиз ва буйрак усти безида гормонлар ишлаб чиқарилиб, организмда сув- туз меърийлиги таъминланади.

Рецепторларни жойлашган жойлари: 1) Натриорецепторларнинг ва осморецепторларнинг умумий хиллари ҳамма жойларда жойлашган.

2) Интерстициал суюқлик камайишини сезувчи волюморецепторлар қалла суяги ичида жойлашган.

3) Артериялар деворида волюморецепторлар жойлашган. 4) Булмачалар деворида волюморецепторлар жойлашган. Қон кетганда, ОЦҚ камайганда артериялар волюморецепторлари таъсирланиб организмда Na^+ ва сув ушланиб қолади. Қон босими тушганда калконсимон олди беги артерияси нерв толалари кузгалиб у ерда альдостерон секрециясини кучайтирувчи инфундин гормони ишлаб чиқарилади. K^+ катиони проксимал каналчаларда бирламчи сийдикдан тулик сурилади, дистал каналчалар эпителийсидан қайта актив экскреция булади. Альдостерон организмда Na^+ реабсорбциясини кучайтиради, K^+ сурилишини эса пасайтиради. Буйракларда мочевино сурилиши сувни қайта сурилиши билан боғлиқдир, яъни сув қанча куп сурилса мочевино ҳам шунча куп сурилади ва тескарисидир. Организмда кислота – ишқор алмашинувини бошқарилиши H_2CO_3 ни ташқарига чиқаради) ва буйраклар (кислота ва ишқорларни организмдан чиқарди) томонидан амалга оширилади. Бундан ташқари буйракларда аммиак ва водород ионлари ҳам синтезланади.

Каналчалар экскрецияси . Анилин бўёқлари (фенолрот, индигокармин), йод сакловчи контраст моддалар (диодраст, кардиотраст), антибиотиклар, парааминогиппур кислота, гуанидин, креатининлар буйрак каналчаларидан экскреция булади. Буйрак каналчалари зарарсизлантирувчи таъсири – парааминогиппур кислотани синтезлашда катнашади. Қандли диабет касаллигида жигар фаолияти бузилса буйракларда кетон таначаларидан гиппур кислота синтезланади ва ташқарига чиқиб кетади. Агар буйрак фаолияти ҳам бузилган бўлса бемор оғир ацидоздан улиши мумкин. Nash ва Benedict (1921 й) буйракларда аммиак синтезланишини исботлаш учун, хайвонларда икки томонлама нефрэктомия қилиб, оқибатда уремия ошиб борса ҳам лекин аммиак микдори ошмаганлигини аниқлаганлар. Буйрак туқимасидан фосфатаза, гекоскиназа ферментлари топилганлиги буйракнинг гликогенезда ҳам катнашишини билдиради.

Буйраклар қон ҳосил бўлишига таъсир қилувчи эритропозтик фактор ишлаб чиқаради, қайсики у қизил суяк қумигига таъсир қилиб қон ҳосил бўлишини кучайтиради.

Буйраклар кон ивишига хам таъсир килади, яъни буйраклардан ишлаб чиқарилган сийдик таркибидан фибринолитик активликка эга плазминоген активатори – урокиназа ферменти топилган. Шунинг учун буйрак операцияларида кон кетиш аломатлари купрок булади.

Буйракларни кон босимига кўрсатадиган таъсири: Буйракларда ЮГА – юктагломеруляр аппарати бўлиб, уни биринчи марта Ruyster- 1925 йилда сут эмизувчиларда топган. ЮГА аппаратида ренин(ren-буйрак) моддаси ишлаб чиқарилади. Ренин моддасини топган олимлар Tigersted, Bergman (1898 й) лардир.

α_2 – глобулин (гипертензиноген) жигарда ишлаб чиқарилади $\rightarrow$ ангиотензин I $\rightarrow \rightarrow \downarrow$
 $\rightarrow \rightarrow \rightarrow$

$\uparrow$
(Ренин)
 $\downarrow$
(2та)

минокистлота ажралади)

$\rightarrow$ Ангиотензин II (прессор агент) $\rightarrow \rightarrow$ томирлар стенози $\rightarrow$ ишемия $\rightarrow$ Vase afferens деворигабосим камаяди $\rightarrow$ Macula dens хеморецепторлари таъсирланади $\rightarrow$ ренин ишлаб чиқарилиши янада ортади.

Ангиотензин II ангиотензиназа (ичак шиллик кавати, эритроцитлар, буйракларда ишлаб чиқарилади) ферменти таъсирида парчаланади. Goldblatt (1947 й) феномени – яъни хафвонларга узок вақт ташкаридан киритиб турилса нефроген гипертония чакиради. Маълум вақт утгандан кейин киритилаётган ренинга реакция қилмай қуйган, демак организмда ренинни нейтралловчи антиренин моддаси ҳосил бўлган. Буйракларнинг мия моддасида гипотензив (антипрессор) субстанциялар ишлаб чиқарилиб, улар кон босимини туширувчи таъсир килади. Нефроген гипертонияда овқат маҳсулотларидан Na^+ ва K^+ олиб ташланса кон босими тушишига олиб келади (Grollman – 1953, Harrison – 1955 й.).

Ангиотензин таъсирида буйрак усти безида альдостерон ишлаб чиқарилиши ортади (2ламчи альдостеронизм) $\rightarrow$ унинг таъсирида буйракларда Na реабсорбцияси ортади $\rightarrow$ гипер Na^+ емия $\rightarrow$ Буйраклар ва организмдаги кон томирлари деворида Na^+ ва сув тупланади ва шишади (набухаёт) $\rightarrow \rightarrow$

$\rightarrow$ қон томир деворини катехоламинларга сезгирлиги ортади, периферик қаршилик ортади.

Буйраклар мия моддасида депрессор субстанциялар ишлаб чиқарилади, улар биоген актив пептиблар- кининлар (брадикинин, калликреин ва бошқалар) ишлаб чиқарилиб, улар таъсирида майда ва ўрта артериолалар девори кенгаяди ва периферик қаршилик камаяди.

Юкори сийдик йуллари физиологияси.

Юкори сийдик йуллари эвакуатор функцияни бажариб, буйракларда ишлаб чиқарилган сийдикни қовуқга транспорт қилиб беради. Буйраклар кон томирлари ва нерв системаси, қовуқ нерв системаси сийдик йулининг нерв ситемаси билан узаро боғлангандир. Буйрак косачалари, жом ива сийдик йулининг мушаклари туқилган спиралга ухшаб, узаро кетма кетликда ишлаб сийдикни буйракдан қовуқга утқизиб беради. Косачаларда 4 гуруҳ мушаклар бор.



Сийдикни буйрак паренхимасидан косачаларга у ердан жомга утиши 2 этапда юзага келади. 1) Диастола фазаси – сийдик косачаларда тупланади. 2) Систола фазаси – тупланган сийдик косачадан жомга хайдалади. Диастола вақтида – *m. levator fornicis* бушашади, сургичлар косачага яқинлашади, *m. sphincter fornicis Henle* ва *m.*

Longitudinalis юкори кисми бушашади, косача кегаяди, *m. Longitudinalis* пастки кисми ва *m. sphincter calycis Disse* кискаради косача буйинчаси ёпилади ва сийдикни жомдан коскачага кайтиши (рефлюкс)ни олди олинади.

Систола - *m. sphincter calycis Disse* бушашади, косача буйинчаси очилади, *m. levator fornicis*

m. sphincter fornicis Henle (сурғич огизчалари ёпилади - косача тубуляр рефлюкс олди олинади), *m. longitudinalis* юкори кисми кискаради, окибатда сийдик косачадан жомга хайдалади. Бу мушаклар ишини барорецепторлар бошқаради. Косачалар кискариши диурез микдорига, овкат сифати ва микдорига, тананинг ҳолатига боғлиқдир. Вертикал ҳолатда косачалар кискариши куп ва киска бўлади. Hanley(1956, 1957), Fey, Truchot, Noix(1958 й) ларнинг фикрича косачалар диастоласи – 4 секунд, систоласи 3 секунд, пауза 5-10 секундни ташкил қилади. Демак косачалар фаолияти куйидагича давом этади: тинчлик, диастола, систола, тинчлик. Жомнинг сфинктери жом – уретер сегменти ҳисобланади. Юкори сийдик йуларининг фаолияти Фукс назариясига асосан цистоидли тузилишга эгадир. Fuchs (1934 й)нинг фикрича юкори сийдик йуллари алоҳида – алоҳида детрузор – сфинктер ҳосилалардан тузилгандир: косачалар (эпицистоид) да детрузор вазифасини *m. levator fornicis*, *m. sphincter fornicis Henle* ва *m. Longitudinalis* нинг юкори кисми бажаради. Уретерлар 2-4 тагача цистоиддан ва ҳар бир цистоид уртасида томирли говак танали ҳосилалар физиологик сфинктер вазифасини бажаради. Сфинктерлар жойлашган соҳалар: жом-уретер сегментида, уретернинг юкори ва урта 1/3 кисми, урта ва пастки 1/3 кисми ва интрамурал кисмларида жойлашган (Ю.А.Пытель 1960 й). Жомда систола (2-3 сек.) ва диастола (10-15 сек.) фазалари бўлади. Жом косачаларга нисбатан камрок кискаради. Fey ва сафдошларининг (1964 й) назорати бўйича косачаларнинг 26 та кискаришига жомнинг 9 марта кискариши тугри келади. Жом систола ватида ҳеч қачон тулик бушашмайди. Жомнинг буйрак ичидаги (внутрипочечный) типиди жом тонуси юкори ва ҳажми кичик бўлиб у кискарганда тулик бушайди, агар жом буйракдан ташқари (внепочечный) да бўлса унинг ҳажми катта ва тонуси эса паст бўлиб у кискарганда тулик бушашмайди. Жом тулса уни деворига бериладиган босим ортади ва барорецепторлар кузгалади, унга жавобан сфинктерлардаги говак тана бушашади ва сийдик цистоидларга утади. Битта цистоид тулган кейинги цистоид кискарган бўлади ва кейингиси бушашган бўлади. Жомда босим 40-50 мм рт. ст. етганда жом – уретер сегменти сфинктери очилади. Уретерлардаги босимлар фарқи: I - цистоидда 40-50 мм рт. ст., II – цистоидда 20-25 мм рт. ст. (мушаклар тонуси паст бўлади), III – цистоидда 40-50 мм рт. ст. Уретерадан ковуқга сийдик тушишида ковуқнинг ҳам аҳамияти каттадир, чунки ковуқ бушашини вақтида уни ичида манфий босим пайдо бўлиб, сийдикни уретердан ковуқга утишига шароит яратади.

Ковуқ физиологияси.

Ковуқнинг вазифалари: 1) Сийдикни туплаш. 2) Сийдикни эвакуация қилиш.

Ковуқда сийдикни тупланишида катнашувчи омиллар.

- 1) Ковуқ девори мушакларининг бушашини. 2) Ковуқ сфинктерларининг кискариши *m. sphincter urethrae interna* (ковуқ мускулларининг бевосита давоми бўлиб, инсон хоҳишига бўйсунмайди).
 - 3) *Uvula vesicae* – ковуқ тилчаси, уретра ички тешиги орқа томонида бўлиб, ковуқ тулишга бошлагандан кейин, ковуқ тилчасидаги веноз чигаллар тулишишга бошлаб ковуқ ички тешигини бекитади.
 - 4) *M. Pubovesicalis* ва чанок боғлам аппаратлари уретра орқа кисмини ковуқ суягига яқинлаштиради, ковуқ тулиши билан ковуқ – уретра утиш жойидаги бурчак уткир бурчак ҳосил қилади ва ковуқда сийдик тупланади.
- Сийдикни ковуқдан эвакуация қилинишида катнашадиган мушаклар: *M. bulbocavernosus* - сийдикни уретрада қолган охириги томчиларини чиқришда катнашади, *M. Ischiocavernosus*, *m. sphincter ani*, *m. levator ani*, *m. Diafragma urogenitalis*. Ковуқда секин сийдик туплана бошлайди, у ердаги баро- механорецепторлар кузгалиб импульслар афферент толар орқали орқа мия марказларига ($L_{II} - L_{III}$ ва $S_{II} - S_{IV}$), бош мияга у ердан эфферент

толалар оркали *N.hypogastrici* → *m. sphincter urethrae interna* кискаради, детрузор эса бушашади. Ковук ичидаги босим (тинчликдаги босими 5-10см вод. ст.) 40- 60 мм вод.ст. га (200-300 мл) етганда афферент толалар билан орка мия марказларига (L_{II} - L_{III} ва S_{II} - S_{IV}) → бош мияга у ердан эса эфферент толалар билан *N. Pelvici* кузгалади, окибатда детрузор мушаклари кискаради, окибатда ковук буйинчаси калталашади, сфинктер мушаклари бушашади, *nn. Pudendi* га импульслар келиши билан ташки сфинктер ҳам бушашади. Орка мия марказларини бош мия – пусглоги, гипоталамус, оркалик мия, варолев куприги – узаро богликлик борлиги учун олий нерв ситемаси томонидан сийиш акти бошкарилади. Бош мия оркали ковукда камгина сийдик булганда ҳам сийиш актини чакириш, сийишга чакирик булганда уни пасайтириш, сийиш вактида уни тухтатиш мумкин.

Мояклар физиологияси.

Моякларнинг функциялари :1) Генератив – купайиш. 2) Инкретор функция – тестостерон ишлаб чиқариб, эркаклар 2 ламчи жинсий безларнинг ривожлантиради, жинсий хохишни оширади, нерв мускул аппаратини стимуллайди.

Каналчалар юзасида- фоликуляр эпителий ёки сертолий хужайралари ва жинсий хужайралари (сперматогонийлар) жойлашган. Сертолий хужайраси устида сперматогоний , улардан пресперматидлар,улардан сперматидлар, улардан сперматозоидлар ҳосил булади. Хар бир Сертолий хужайраси устида 8-12 та сперматозоид жойлашган. Сперматогонийдан сперматозоид ҳосил булиши учун 19-20 кун вақт керак. Сперматозоидлар ишлаб чиқарилиши 13-17 ёшдан бошлаб, қариликгача ишлаб чиқарилади. Ёш утиши билан қарияларда Сертоли ва Лейдиг хужайралари камайишга бошлай-ди, перитубуляр, кейин тубуляр склероз, кон айланиш ҳам бузилади ва каналчалар облитерацияси бошланади (Tillinger 1957; М.А. Лейзеруков, 1964). Моякларда сперматоген ва гормонал фаолият пасаяди , қушимча жинсий безлар фаолияти пасаяди.

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Хар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

- Корин орти бушлигининг анатомиясини айтинг?
- Буйраклар скелетотопия ва синтопия айтинг?
- Буйраклар физиологиясини айтиб беринг?
- Бирламчи сийдикнинг пайдо бўлиши ва унинг иккиламчи сийдикка айланиш механизмини тушунтиринг?
- Сийдик йуллари анатомия ва физиологиясини айтинг?
- Ковук ва простата безининг анатомия ва физиологиясини айтинг?
- Эркаклар ташки жинсий аъзоларининг анатомия ва физиологиясини айтинг?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. Беморни курация қилиш

Мақсад: Беморларни кўздан кечириш кўникмасини ўзлаштириш.

Босқич №	Тадбир	Бажарилмади (0 баллов)	Тўлиқ тўғри бажарилди
1.	Бемор билан суҳбатлашиш ва анамнез йиғиш	0	20
2.	Беморни кўздан кечириш ва умумий ҳолатни баҳолаш	0	20
3.	Нафас аъзоларини текшириш (пальпация, перкуссия, аускультация)	0	20
4.	Қон айланиш аъзоларини текшириш (пальпация, перкуссия, аускультация)	0	20
5.	Сийдик ажратиш аъзоларини текшириш (пальпация, перкуссия, аускультация)	0	20
	Жами		100

2. Буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми.

Мақсад: Буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми кўникмасини ўзлаштириш.

Босқич №	Тадбир	Бажарилмади (0 баллов)	Тўлиқ тўғри бажарилди
1.	Беморнинг ҳолати.	0	20
2.	Врачнинг ҳолати.	0	20
3.	Буйракларни пайпаслаш техникаси.	0	30
4.	Тукиллатиш симптоми: техникаси, тавсифлаш.	0	30
	Жами		100

3. Қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш

Максад: Қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш кўникмасини ўзлаштириш

Босқич №	Тадбир	Бажарилмади (0 баллов)	Тўлиқ тўғри бажарилди
1.	Беморнинг ҳолати.	0	20
2.	Врачнинг ҳолати.	0	20
3.	Қовуқни пайпаслаш техникаси	0	30
4.	Қовуқни перкуссия қилиш: техникаси, тавсифлаш.	0	30
	Жами		100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1	96-100		- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади

			- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2	91-95	Аъло”5”	- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3	86-90	Аъло”5”	- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5	76-80	Яхши”4”	- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6	71-75	Яхши”4”	- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас

			- саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7	66-70	Қоник арли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоник арсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30

5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, муноза-ра-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

- Корин орти бушлигининг анатомиясини айтинг?
- Буйраклар скелетотопия ва синтопия айтинг?
- Буйраклар физиологиясини айтиб беринг?
- Бирламчи сийдикнинг пайдо бўлиши ва унинг иккиламчи сийдикка айланиш механизмининг тушунтиринг?
- Сийдик йулларни анатомия ва физиологиясини айтинг?
- Ковук ва простата безининг анатомия ва физиологиясини айтинг?
- Эркалар ташки жинсий аъзоларининг анатомия ва физиологиясини айтинг?

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
4. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>

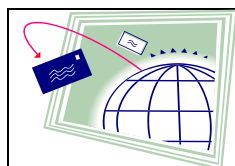
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>

2-Мавзу: Урологик касалликларнинг симптомлари.

Таълим технологияси

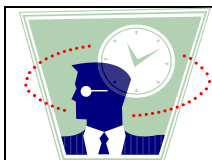
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1.Аудитория тозаллигини назорат қилади 2.Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3.Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) беморнинг касаллик тарихи билан танишиш Б) беморларни намойиш этиш В) ташхис қўйиш ва даволаш режасини тузиш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ Урологик касалликларнинг симптомлари



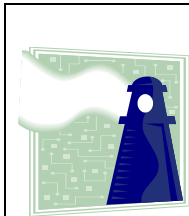
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- урология курси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга Урологик касалликларнинг симптомлари билан беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш.

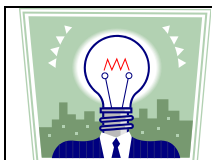
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давои танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Урологик касалликларнинг симптомлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

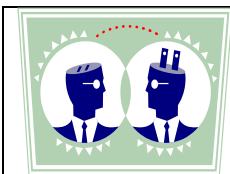
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Урологик касалликларнинг симптомлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



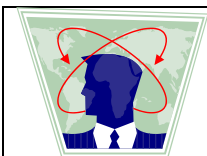
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

І.Оғрик - уткир ва тумток (тупой),симилловчи, оғрик бошқа жойларга иррадиация бериши мумкин.

Буйрак санчиги - сийдик йулига тош, кон лахтаси, туберкулярда казеоз масса, шиллик, йиринг тикилиши uretevt- га - herpes (тошма) тошса, юкори сийдик йулларида, дискинезга булса, буйрак уретер усмалари нефроптозда – сийдик окими бузилади.

Патогенези: Уретерга тош тикилди махаллий рецепторлар кузгалади, уретер спазми булади, кейин жомда, жом – уретер сегментида ва косачалар буйинчалар кискаради, жомда босим ортади. Уретерда шундай рецепторлар борки улар буйрак томирлари билан боғланган, шу сабабли буйрак артериялари торайиб веналари кенгайади, буйракда гипоксия булади. Веноз стаз, интерстициал шиш, лимфа окиши бузилади, лимфа куп хосил булиб, буйрак паренхимаси шишади, фиброз капсила таранглашади ва оғрик кучайади. Буйрак жомида босим ошади, форникал аппаратдан сийдик реабсорбция булади. Буйракда гемо ва уродинамика бузилади.

Клиникаси: Оғрик бирдан бошланади, бемор узини куйарга жой тополмайди, бемор кули белда, безовта булади, беморнинг кунгли айнийди, кусади – бунга сабаб буйраклар нерв чигаллари куёш чигалига боғланган, ичаклар фаолияти бузилади, корин дам булиши, корин парда китикланиш белгилари мусбат булиши мумкин. Конда колдик азот моддалари ошган. Ренин – ангиотензин системаси хисобига кон босими ошган булади (буйрак ишемияси), уткир пиелонефрит ёки пиеловеноз рефлюкс сабабли тана харорати кутарилиши, калтирашлар кузатилади.

Буйракдаги тумток оғриклар – пиелонефрит буйрак тоши, гидронефроз, папилляр ракта, буйрак туберкулёзи, нефроптозда кузатилади.

Ковукдаги оғрик – яллигланиш ковуқ мускулларига утсагина оғрик беради, чунки шиллик каватда оғрик сезувчи рецепторлар йук. Оғрик симфиз соҳасида булади.Сийишни охирида оғрик кучаяди. Касалликлар – цистит,ковук тоши,туберкулез,ёт жисм булса ,усмалар.

Иррадиацияси – эркаларда олат бошчаси ,аёлларда клиторга берилади.Ковук тоши булса ҳаракат вақтида ҳам оғрик кучаяди,сийдик тутилишида ҳам оғрик булади.

Сабаб - простата аденомаси, уретра стриктураси, уретра тоши.

Аёлларда огрик ёки сийиш бузилиши- аднексит,пара, - периметритда булади. Огрик сийганда кучаяди. Цисталгияга сабаб- нейроэндокрин бузилишлар ва ковуқ нерв аппарати иши бузилишидир.

Уретрада- огрик (уретра тоши,уретрит ,усма,тузлар утса).Уткир уретритда кучли огрик булади ,сурункали уретритда куйишиш булади, огрик сийиш Билан боглик булади.Агар огрик каликулит хисобига булса унда огрик пайдо булиш вакти жинсий алоқа чуққисидада булади.

Простата беги касалликларида – уткир простатитда оралик сохасида лужкилловчи огрик булади,сурункали простатитда симфиз оркасида, тугри ичак атрофига ёки огрик моякларга берилиши мумкин.

Моякларда бирор бир патология осилвчи огрик булади булса уша ерда ва чов сохасига берилиши мумкин.

II.Дизурия – Сийишнинг бузилиши.

Нормада суткалик сийдик микдори 1500 – 2000 мл.

Суткалик ичиладиган сувнинг 75 % буйраклардан 25 % эса упка, тери,ичакдан ичкади.Сийишлар сони бир суткада 4 – 7 марта. Сийдик пуфаги хажми 250 – 300 мл. Сийиш охирида сийдик пуфаги тулик бушаши керак ёки аввалги сийдикнинг 10% қолиши керак(15–20мл).

Сийиш давомийлиги 40 секунд булиши керак, бу атроф мухитдаги температурага, намликка,эмоционал холатга боглик.

Поллакиурия – тез –тез кам сийиш, лекин суткалик микдори нормада (суткасига 15 -20 мартагача).а) кундузги П-Я – ковуқ тошларида.

б) кечкурунги П-Я – простата беги гиперплазиясида.

в) доимий П – Я - сурункали цистит, туберкулёз, ковуқ усмаси, уретрит, уретер тошларида ,дори моддаларини куллаганда(уротропин –гексаметилтетрамин, диуретикларда – лазикс,фурасемид,урегид)кузатилади.

Олигакиурия – бунда сийишлар сони камаяди. Ковуқ иннервацияси бузилиши окибатида пайдо булади – орка мия жароҳатланишида,инсултда бош мия жароҳатларида.

Странкурия – кийналиб тез тез огрикли сийиш – ковуқда баъзан сийдик колгандай булади, ковуқ тулик бушамагандай,Яна сийги келгандай сезади.

Масалан- цистит, ковуқ тоши,ковуқ усмаси,туберкулёз, простатитда, везикулитда, простат беги ракида.

Никтурия – тунги куп сийиш.Одатда одам соат 15- 18 ларда куп сияди, кечкурун 3 – 6 – ларда камсияди. 80 % сийдик кундузи чикади.

Юрак кон томир етишмовчиликларида кундузи юганда оёкларда шиш пайдо булиб кечкурун улар сурилиб куп сийишга чикади ва шишлар кайтади – сердечный никтурия. Буйрак(почечная) никтурияси – полиурияда – ХПН ,ОПН, сур. гломерулонефритда, нефросклерозда, сур. пиелонефрит.

Сийдик ушлай олмаслик (недержание мочи) - хохишсиз сийги келмасдан сийдик чикиб кетади.*Чин* – ковуқ бутунлиги бузилмасдан ,ковуқ сфинктори яхши ишламайди.доимий ёки тана холатини узгартирганда, жисмоний ишлаганда ,йуталганда ,аксирганда,кулганда юз буради.

Сабаб – аёллар девори тушиши,бачадоннинг тушиши,чанок туби мускуллари ёки ковуқ сфинктери мускуллари бушашса.Климактерик даврда- гормонал дисфункция – ковуқ детрузори тонус ива сфинктери иши дискординациялашган..

Сохта – уретердаги,ковукдаги,уретрадаги тугма ёки орттирилган дефектлардан сийдик чикишидир.Масалан: ковуқ экстрофияси,эписпадия,уретер-кин- бачадон – тугри ичак окма яраларидан сийдик оқишидир.

Сийдик тунлай олмаслик (неудержание мочи) - сийдикни узок ушлай олмасликдир. Масалан императив сийги келиш-уткир цистит,ковук буйинчаси усимтаси,простата беzi гиперплазияси III ст да кузатилади. *Парадоксал ишурия* - сийдик пуфаги ва буйинчасининг кенгайиши хисобига хохишсиз сийдик томчилаб оқади.

Ишурия – сийдик тутилиши (ковуқда сийдик бор).

Уткир ишурия нерв рефлексор булиб операциялардан, эмоционал зуриқишлардан кейин юзага келад, простата беzi гиперплазияси,раки,уретра стриктураси,ковук тоши,ковук буйинчаси усмаси.

Сурункали ишурия – простата беzi гиперплазияси ,раки,ковук буйинчаси склерози,уретра стриктураси.

Сийдикнинг микдор узгаришлари

Полиурия – суткалик сийдик микдори 2000 мл дан куп булиши, солиштирма оғширлиги хам паст булади -1002 -1015

(М.кандсиз диабетда), кандли диабетда – 1030 булади, бемор куп – куп сияди.

М: сур. пиелонефрит, буйрак поликистози, простата беzi гиперплазияси, ХПН,ОПН,медикаментоз- диуретиклар – гипотиазид,урегид,лазикс,маннитол кабул килганда.

Опсоурия – куп суюклик ичгандан кейин 1 ёки 1 неча суткадан кейин куп сийдик ажралишидир.Сабаб – юрак етишмовчилиги,жигар, ошкозон ости беzi касалликларида.

Олигурия – суткалик сийдик микдори кам (суткасига 500 мл дан кам).

1, Физиологик – кам суюклик ичишлар,иссик хоналарда ишлашлар,куёшда куп юриш,куп терлаш.

2. Патологик – М: уткир ва сурункали буйрак етишмовчиликларда, ич кетиш,кусишда,кон кетишда,тана харорати кутарилиши,юрак кон томир етишмовчилигидаги шишларда,уткир нефритларда фильтрация бузилади,реабсорбция кучаяди.

Анурия- буйракларда сийдик ишлаб чиқарилишни бузилиши ёки ишлабчиқарилган сийдикни ковуқга тушишини бузилишидир.

I.Секретор а) *Преренал* – буйрак артерия- веналари окклюзияси, коллапс,огир шоклар, ич кетишлар, огир куйишлар ,кусишлардаги дегидратацияларда.

б) *Ренал* – коптокча каналча апаратининг иши бузилиши (филтрация ва реабсорбция бузилиши).М: уткир гломерулонефрит,пиелонефрит, нотугри гурухли кон куйишлар,

нефротоксик захарланишлар(антифриз,этиленгликоль,дихлорид ртута), криминал абортлар(анаэроб инфекциялар),аллергик инфекциялар,Краш синдроми (миоглобинлар буйрак каналчаларга тикилиб қолади).

в) *Реноприв холат* - аренал холат, икала буйрак олиб ташланган ёки икала буйрак мажакланган,буйрак аёкчасидан узилган булганда.

II. Экскретор - *Постренал* М: уретерга тош ,кон лахтаси тикилиши ёки атрофидан кисилиши, операция вактида боғлаб куйилиши.

Сийдикнинг сифат узгаришлари

Нормада сийдик солиштирма оғирлиги 1010 – 1025 гача рН 6,0 – 7,0 (5,0 – 7,0)

Ранги – сомондай сарик ,тиниклиги - тиник.Оксил – излари ёки – 0,033 г/л

50 мг /сут. Лейкоцитлар – 4 – 6 в п/з ,эритроцитлар – ягона .

Гиперстенурия – солиштирма огирлиги 1025 дан юкори булишидир. М: кандли диабетда, гиперпаратиреозда, огир метал тузлари Билан захарланганда.

Гипостенурия – сийдик солиштирма огирлиги 1010 дан паст булади. – 1002 – 1012 атрофида булади.

Изогипостенурия – Буйрак етишмовчилиги кучайганда булади.

Сийдик ранги ва тиниклигининг бузилиши – лойка – тузлар ,бактериялар ,шиллик ,йирингдан булади. Уратурия – сийдикни киздирса у тиниклашади.

Карбонатурия – агар сийдикга уксус кислота солса ва киздирса газ чикади ва у тиниклашади. Фосфатурия – агар сийдикга уксус кислота кушиб киздирилса газ чикмайди. Оксалатурия- сийдикка хлорид кислота кушиб киздирилса у тиниклашади.

Протеинурия – *Сохта* - буйракдан ташкарида сийдикга секрет, йиринг, кон, микроблар кушилади. *Чин* – 1) гломеруляр – гломерулонефрит, ОПГ гестоз, утказувчанлик бузилади, (юкори молекулали оксиллар).

2) Тубуляр – каналчалар зараланса (паст молекулали оксиллар) уткир сур. нефритда, синдрам Фанкони (). 3) Аралаш тури.

Пиурия – сийдик йиринг булиши.- лойка булиб пиелонефритда, буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзида ,сурункали цистит, уретрит простатитда кузатилади. Агар сийдикда йиринг куп микдорда (занчительный) булса сийдик лойка булиб макроскопик куринади ,агар кам микдорда булса (незначительный) микроскопда куринади (лейкоцитурия). Сийдикда учрайдиган лейкоцитлар хиллари.

Штернгеймер - Мальбин хужайралари – купрок сурункали пиелонефритга тегишли булиб, улар 2 – 3 марта катталашган ,юмалок шаклда, куп майда булакчали (многодольчатая), протоплазмаси темный, зернистый булади,

Актив лейкоцитлар купрок уткир пиелонефритга тегишли.

Гематурия - сийдикда кон булиши. Турлари- *1. Инициал (начальная)* – сийдикнинг бошланиш кисмида кон булиб бунда манбалар уретранинг олдинги кисмида жойлашган. (уретранинг жарохати, полип, раки, яллигланиши)

2. Терминал – бунда манбалар орка уретра, простата беzi, уруг пуфакчалари, ковуқ буйинчаси.- усмалар, травмалар, яллигланишлар, тошлар.

3. Тотал – манбалар иккита буйрак ,иккита уретерлар ва ковуқ дир- усмалар буйраклар туберкулёзи, поликистози, СТК, нефротик папиллит, геморрогик – ярали циститлар, эндометриоз, простата беzi гиперплазияси, раки.—баъзи кон касалликлари – Верльгоф касаллиги, антикоагулянтлардан нотугри фойдаланганд (гепарин, дикумарин). Баъзи дорилар – фенолфталеин ,овкатмахсулотлари хам – лавлаг и сийдик рангини кизартиради.

Кон лахтасининг шаклига караб агар чувалчангдай булса буйракдан, юмалок нотугри шаклда булса ковуқдун келаяпди деб уйлаш мумкин.

Гемоглобинурия – захарланишлар, куйиш, нотугри группали кон куйса – гемолизда содир булиб, микроскопияда эритроцитлар аникланмайди.

Миоглобинурия – Краш синдроми – красно – бурый рангда булади.

Цилиндрурия - нормада

Гломерулонефрит ёки нефрозда чикади. *Чин* – гиалин, зернистый, восковидный.

Сохта – сийдик кислотасидан ,миоглобиндан, бактериялардан иборат.

Бактериурия – нормада сийдик стерил булиши керак ,качонки буйрак туқимаси зарарлансагина сийдикда бактериялар булади, Баклабораторияга 1 мл сийдик юборсак ундаги микроб номи ва сонини аниклаб беради. Баъзан бактериялар

сийдик йулларидан эмас балки бошка жойлардан тушади – идишдан, сон оралик териси жунидан ,жинсий аъзолардаги патологик ажралмалардан – бу контаминация дейилади.Агар сийдикдаги микроблар сони 1 мл да 10^5 дан кам булса бу контаминациядир, агарда 10^5 дан катта булса бу хакикий бактериуриядир.

Пневматурия – сийдик билан газ чикади, Инструментал текширишларда – цистоскопияда ,ковук катетеризациясида ёки газ юбориб рентгенография килганда.Ковук –кин – ичак окма яраси булса,газ хосил килувчи микроб тушса булса.

Липурия - буйрак капиллярлари ёг эмболияси булса булади, найсимон суякларнинг массив синишларида, диабетда, кузатилади.

Хилурия – сийдикда лимфанинг булиши- сийдик сутдай булиб ,бу травмаларда усмаларда,яллигланишлардан кейин лимфа йуллари сийдик йуллари билан боғланган булади.

Гидатидурия – (эхинококкурия).буйрак эхинококкининг ёрилиши сабабли сийдик билан майда эхинококк пуфакчаларини чикиши.

Уретрадан чикадиган патологик ажралмалар

Йирингни чикиши – уретритда кузатилади,улган уретра шиллик кавати ва куп микдорда лейкоцитлар чикади – Гонококklar, трихомонадалар,неспецифик флоралар.

Сперматорея- эрекциясиз уруг суюлиги оқади- эякуляция ва оргазм булмайди. Сабаб- миелитларда,орка миянинг бошка касалликларида.Простатитларда бемор зурикса хам чикади ва микроскопда сперматозоидлар куринади.

Простаторея – сийиш охирида ёки дефекациядан кейин сперматозоидларсиз простата бези секретини оқиб чикади. Микроскопда лецитин доначалари топилади. Бу холат сурункали простатитда кузатилади.

Спермадаги узгаришлар

Нормада 1мл эякулятда 60 млн дан куп сперматозоидлар булиши керак 80 % харакатчан булиши керак(30 минут ичида).

Асперматизм - жинсий актда эякулят булмайди.Лекин мойяларда нормал сперматогенез бор, жинсий хоши, эрекция бор. Сабаб – уруг йулларида тикилиш булса,простата безини ёки уретра орка кисмида чандикланишлар булса,уруг отувчи йулнинг эктопияланиб ковулга очилиши-бунда насл ковулга тушади.

Олигозооспермия – эякулятда сперматозоидлар кам 5 – 30 млн гача/1мл да.

Эякулятда харакатчан сперматозоидлар – 30 % дан камайган ,нормал – 5 – 10 % ,сперматогенез хужайралари 40 % ва ундан юкори.

Сабаб – мойялар гипотрофияси , крипторхизм, огир инфекциялар, алкоголь, жинсий органларнинг яллигланиш касалликлари.

Азооспермия – эякулятда сперматозоидларнинг булмаслиги. Икки хил тури бор.

- 1.Секретор - бунда мойядан биопсия олганда сперматогенез бузилган булади, каналчалар атрофияси кузатилади.Сабаб – мойялар гипотрофияси,механик жарохати,мойя пардалари истискоси,варикоцеле, мойяда булган яллигланишлардан кейинги атрофияси , авитаминоз,диабет,нурланишлар,нерв – психик бузилишлар.
- 2.Эксретор- яллигланишлар оқибатидаги уруг йулларидаги чандикланишлар- мойя биопсисида сперматогенез сакланган,нормал.

Некроспермия – сперматозоидлар етарли лекин улар хаттоки термостатда хам яшаш кобилиятига эга эмас.Сабаб – мойя ортигининг, простата безининг, уруг пуфакчаларининг яллигланиш касалликларидир.

Гемоспермия – эякулат билан кон чикади.1, Чин – наслга кон моякдан,мояк ортигидан,уруг пуфагидан,простатадан тушади.
Сохта – кон наслга яллигланган жинсий аъзолар касалликларидан тушади, уретрадан,карияларда простата беи ракидан.

Эркаклар ташки жинсий аъзоларидаги патологик узгаришлар

Этиспадия – уретра олд деворининг тугма булмаслиги.

1.Бошча формаси. 2.Ствол формаси.3. Тотал тури

Гипоспадия – уретра орка деворининг булмаслиги.

1. Бошча тури.2.Ствол тури.3.Ёргок тури.4.Оралик тури

Гипоспадия без гипоспадией – бунда сийдик чикариш канали калта булиб,жинсий олат бошчаси пастга эгилган булади,тугри булмайди.

Мояклар тугма аномалияси.1. монорхизм – тугма 1 та моякнинг булиши.

2. Анархизм – тугма моякларнинг булмаслиги.

3.Полиорхизм – тугма мояклаонинг куп сонли булиши.

4. Крипторхизм – моякларнинг узйилидан тушмай колиши булиб,у икки хил булади. А) Ёлгон – мояк баъзан моякга тушиб яна кутарилиб туради.

Б) Чин – мояк тушиш даврида уз йулида тухтаб колади, буни абдоминал ва паховый (чов) турлари булади.

Фимоз - четки кертмаг пардаси кисилиб колишидир,бунда жинсий олат бошчаси куринмайди, бола сийиш вактида йиглайди, четки кертмак пардасини пастга босганда у очилмайди.

Парафимоз – жинсий олат бошчасининг чекка кертмаг пардаси билан кисилиб колиши, бошча шишган кучли огрикли, кийналиб сийиш, жинсий олат териси шишган.

Жинсий олат бошчаси уздечкасининг калта булиши - болалигида жинсий олат бошчасини чикаришга тускинлик килади, катталарда эрекция вактида бошча эгри булиб жинсий алока кийинлашади, баъзан жинсий алокадан кейин кон кетиши мумкин.

Мояк пардалари истискоси – гидроцеле – моякнинг хусусий кин пардаларининг париетал ва висцерал вараклари орасига суюклик йигилади. Агар корин бушлиги билан эмбриогенездаги туташув битмай колса - бу туташувчи истиско дейилади. Агар мояк, мояк ортиги ёки пардаларининг яллигланиши, травмалари натижасида келиб чикадиган булса бу иккиламчи (симптоматик) истиско дейилади.

Классификацияси.

I. Тугма мояк пардалари истискоси:

А) туташувчи Б) туташмайдиган

II. Орттирилган мояк пардалари истискоси

А) бирламчи (идиопатик). Б) иккиламчи (симптоматик)

Клиник кечишига караб. А) уткир. Б) сурункали.

Уткир мояк пардалари истискоси (реактивная водянка) жуда кам учраб, мояк усмасининг травмаси, орхит, эпидидимитларда учрайди. Сурункали мояк пардалари истискоси уткирининг асорати сифатида ёки мояк ва ортигининг сурункали яллигланишларида кузатилади – туберкулёз, ревматизм, ёргокнинг сурункали травмаси. Курганда ёргок катталашган, тухумсимон, тери ранги узгармаган, тери бурмалари текислашган, паъпацияда гидроцеле юзаси силлик, консистенцияси юмшок эластик, мояк ва огрики аникланмайди.

Диафаноскопияда ёруглик утиб куринади, қачонки гематоцеле ёки пиоцеле (мояк пардалари орасида кон ёки йиринг) мояк усмаси булса ёруглик утмайди. Гематоцеле - мояк пардалари орасида кон булиб, травмалардан кейин, геморагик диатезлардан кейин гидроцелени нотугри пункция қилганда пайдо бўлади.

Пиоцеле – мояк пардалари орасида йиринг – абсцесланувчи орхит ёки эпидидимитдан кейин пайдо бўлади.

Фуникулоцеле – уруғ тизимчаси пардалари истискоси, турлари: туташувчи, туташмайдиган, икки камерали. Этиологияси – травма ёки жинсий органлар яллигланишларидан кейин юзага келади, турлари:

1. Идиопатик (бирламчи). 2. Симптоматик (иккиламчи).

Кечиши буйича: А) уткир Б) сурункали.

Мояк ортиги кистаси – тугма ва орттирилган бўлади.

Тугма – эмбрионал даврдаги Мюллер йуллари ёки Вольф танаси бир учи билан уруғ каналларига, иккинчи учи тумток тугашидан ҳосил бўлади.

Орттирилган – мояк ортиги яллигланиши ёки травмасидан кейин юзага келиб сперматозоидлар утишига тускинлик қилади. Улчами нухатдай – бола бошидай булиши мумкин, секин ривожланади, ёргокда босим босилиш, чов соҳасида тортилувчи огрик, юрганда нокулайлик сезади. Пальпацияда мояк ортиги бошчасида усмасимон юмшоқ эластик консистенсиядаги ҳосила пайпасланиб мояк ва ортигидан ажралиб туради.

Приапизм

Бу огрикли патологик эрекция булиб, жинсий хоҳиш булмасдан юзага келади, жинсий алоқада эякуляция булмайди, сабаблари жуда куп. Уз – узидан булиши, симптоматик яъни бошқа касалликлар оқибатида (эрекция маркази бузилиши билан кечадиган бош ва орқа мия касалликлари, захарланишлар, инфекциян касалликлар, лейкомия). Приапизм купинча жинсий алоқа вақтида, сийиш вақтида ёки ич утиши вақтида бирданига пайдо булиб, жинсий олатнинг огриги, думгазадаги огрик, қийналиб сийиш билан утади. Қурганда жинсий олат териси куқарган, сал тегилганда қучли огрик беради, жинсий олат бошчаси, уретра спонгиоз тана юмшоқ бўлади. Даволаш: Антикоагулянтлар (гепарин 20000 – 50000 ЕД, дикумарин 0,1 г. 3 маҳал ичишга, неодикумарин 0,2 г 3 маҳал ичишга) огрик қолдирувчилар – морфин, оннопон 1% 1 мл, орқа мия, перидурал, эпидурал анестезия, присакрал блокада. Жинсий олатга шуллик қуйиш, иссик ва совуқ ванналар, компресслар қилинади, ковернос танани пункция қилиш.

Жинсий олат фибропластик индурацияси

(Пейрон касаллиги)

Сабаби ноаниқ булиб, секин ривожланади. Олат оксил пардаси ва ковернос танасида купинча орқа юзасида огриксиз, пайсимон консистенцияли қаттиқлик пайдо бўлади. Улар тугунча, пластинка, халқа шаклида булиб тери остида жойлашган. Эрекция вақтида олат эгрилашиб огрикли жинсий алоқа бўлади.

Давоси: Балчикли аппликация, физиотерапия, рентгенотерапия, ультратовуш билан даволаш, аутогемотерапия, маҳаллий гиалуронидаза ва кортикостероидларни инъекция қилиш.

Оператив ҳам даволанади. Оқибати яхши эмас.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирага талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш)

1. Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш.

Мақсад: Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш кўникмасини ўзлаштириш.

Босқич №	Тадбир	Бажарилмади (0 баллов)	Тўлиқ тўғри бажарилди
1.	Беморнинг ҳолати.	0	20
2.	Текшириш техникаси.	0	40
3.	Текширув алгоритми.	0	40
	Жами		100

3. Қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш

Мақсад: Қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш кўникмасини ўзлаштириш

Босқич	Тадбир	Бажарилмади	Тўлиқ тўғри
--------	--------	-------------	-------------

№		(0 баллов)	бажарилди
1.	Беморнинг ҳолати.	0	20
2.	Врачнинг ҳолати.	0	20
3.	Қовуқни пайпаслаш техникаси	0	30
4.	Қовуқни перкуссия қилиш: техникаси, тавсифлаш.	0	30
	Жами		100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита

			олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни

			исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси
---	--

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийли ги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50

3.	Муҳокамага якун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тари- хи, ишбилар- мон ўйинлар, клиник вази- ятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник- лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Урологик касаликлар симптоми нечта гуруҳдан иборат?
2. Урологик касаликларда огрикнинг узиға хослиғи ва унинг механизми?
3. Дизурия ва унинг турлари?
4. Сийдикнинг сифат ва микдор узғаришлари?
5. Спермада патологик узғаришлар?
6. Уретрадаги патологик ажралмаларни айтинг?
7. Эркаклар ташки жинсий аъзолардаги патологик узғаришларни айтинг?
8. Урологик касаликлар окибатида бошка аъзодаги иккиламчи узғаришларни тушунтириб беринг?

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
4. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

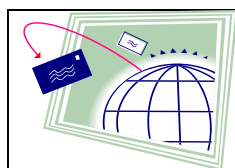
Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>

3-Мавзу: Урологик беморларнинг текшириш усуллари.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1.Аудитория тозаллигини назорат қилади 2.Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3.Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотидаги кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар бир-бирларида сийдик-таносил аъзоларни клиник текшириш усуллари бажарадилар. Б) талабалар беморларда сийдик-таносил аъзоларни клиник текшириш усуллари бажарадилар.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

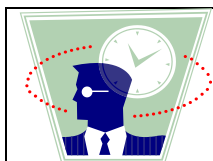
МАВЗУ: Урологик беморларнинг текшириш усуллари.



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

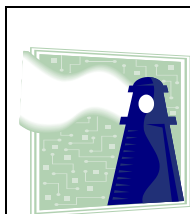
- урология кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

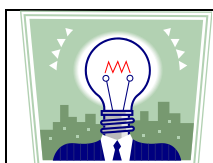
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- урологик касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

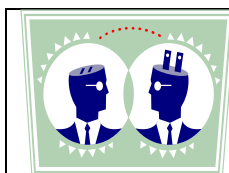
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши – урологик касаликлар билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



4. Мотивация

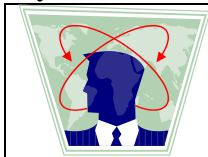
Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган

билимлар рентген радиология ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

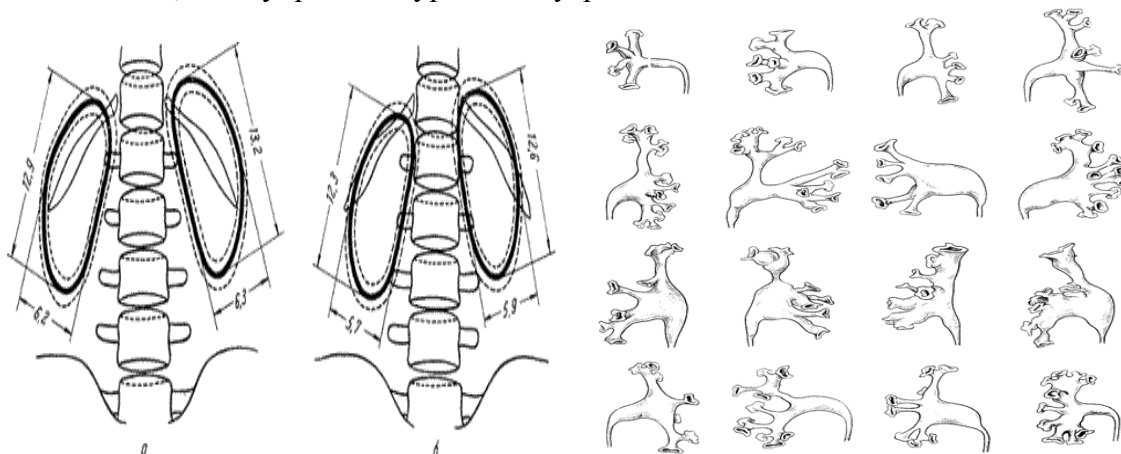


6. Дарсининг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Сийдик йўллари аъзоларининг рентгенологик анатомияси.

Буйраклар қорин орти бўшлиғида пастки 2 та кўкрак ва юқориғи 3 та бел умуртқалари тўғрисида ёғ клеткасининг ичида жойлашган, буйраклар умуртқа поғонасига нисбатан қўйидагича жойлашган: ўнг буйрак Th_{xii} -L_{iii}, чап буйрак Th_{xi} – L_{ii}. Ўнг буйрак чапга нисбатан пастроқда жойлашган, XII қовурға тахминан ўнг буйракни юқори 1/3 қисмига, чап буйракнинг ўртасига тўғри келади.



(Нормал учрайдиган жом – косачалар).

30 % (1/3) ҳолларда иккала буйрак бир хил текисликда, 5% одамларда чап буйрак ўнгдан пастда жойлашиши ҳам мумкин. Буйракларнинг бўйлама ўқи m. Psoas тауог четларига паралел, яъни иккала буйрак бўйлама ўқларидан ҳосил бўлган бурчак пастга очилган бўлиб у 20-30 ° ни ташкил қилади. 1.Кичик косача. 2 — форникс; 3 — косача бўйинчаси; 4 — буйрак сўрғичлари.

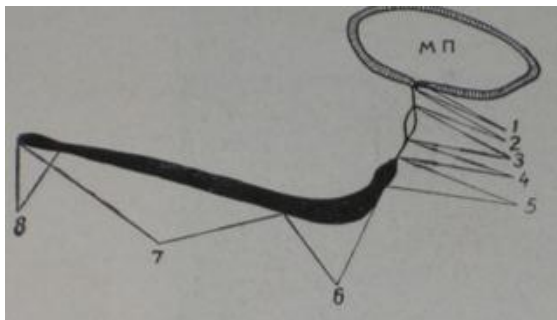


Буйракларнинг ўлчамлари: узунлиги 10-12см, эни 5-6см (чақалоқларда 4,5x2,7 см). Буйраклар нафас вақтида ва тана ҳолатини ўзгартирганда 3-4см ёки 1 умуртқага тенг ҳаракат қилади. Буйрак жомлари тахминан I-II бел умуртқалари тўғрисида жойлашган, ўнг томонда чапга нисбатан пастроқда бўлади. Жомнинг клиник жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган 3 хил шакли мавжуд: буйрак ичи (шоҳланган, учбурчаксимон), буйракдан ташқари (шарсимон, ноксимон, ампуляр) ва аралаш. Буйрак жомининг ҳажми ўртача 5-6 мл. Жом торайиб уретерга ўтади. Сийдик йўли узунлиги 25-30 см (чақалоқлар 5-7 см), ташқи диаметри 1-1,3 см, ички диаметри 0,4-0,8 см га тенг. Сийдик йўллариининг бир неча тораймалари бор: 1) жом- уретер сегменти, 2) ёнбош томирлари тепасида, 3) уретернинг юкставезикал соҳасида,

4) интрамурал қисмида. Сийдик йўли бир нечта эгриликлардан иборат: 1 – жомдан чиқгач (flexura renalis), 2- катта ва кичик чанок чегарасида , бу ёнбош – думғаза бирлашмасига тўғри келади (flexura marginalis), 3- сийдик йўли ёй ҳосил қилиб қайирилиб қовуқ деворига ўтади. Сийдик йўлининг қисмлари: 1)Қорин қисми (Pars abdominalis), 2) Чанок қисми (Pars pelvina) 3) Қовуқ қисми -1 см атрофида (Pars vesicalis- intramuralis). Уретер умуртқа поғонасининг икки томонидан параллел ҳолатда пастга томон йўналиб чанокга ўтганида медиал томонга бурилади. Қовуқнинг 4та қисми фарқланади: чўққиси, танаси, туби ва бўйинчаси.Қовуқ тўлганда қуйидаги деворлари фарқланади: олдинги, орқа, тепа, ўнг ва чап.Қовуқни контраст модда билан тўлдирганда овал(аёлларда) ёки шарсимон (эркакларда)шаклда бўлиб, контурлари текис бўлади. Қовуқнинг пастки чегараси одатда симфиз текислигида ёки бироз пастроқда бўлади. Рентгенда сийдик йўли тўлқинсимон, ҳар хил кенгликда (3-10мм) кўринади. Қовуқда 50мл атрофида суюқлик бўлса юқори четлари пастга ботик, кўп тўлганда эса атрофга бўртиб чиқган бўлади. Қовуқ ҳажми 200-300 мл (чақалоқларда 50-80 мл). Сийдик чиқариш канали – уретра, сийдик йўлидан кенгроқ бўлади. Уретра рентген анатомияси : узунлиги -16-22см ,эни 5-10 мм. Орқа ва олдинги уретрага бўлинади.

Уретранинг қуйидаги қисмлари фарқланади.

1) Pars intramuralis – узунлиги 0,5см . 2) Pars retrocollicularis(seu supracollicularis) – узунлиги 1,0- 1,5см. 3) Pars collicularis (seu pars montana) – уруғ дўмбоғчаси қисми бўлиб , узунлиги - 1-2 см. 4) Pars infracollicularis - узунлиги 0.5- 1 см. Булар орқа уретра ҳисобланади. 2-3 ва 4 лар pars prostatica бўлиб, узунлиги -4см . 5) Pars membranacea – узунлиги 1-2 см, уретранинг чанок диафрагмасини тешиб ўтадиган қисмидир. 6) Pars bulbosa – пиёзча қисми бўлиб, узунлиги – 7 см. 7) Pars pendula - уретранинг осилган қисми ,узунлиги 8-10см.



8) Pars navicularis – уретранинг қайиқсимон қисми (ладьевидная часть), узунлиги– 1,5- 2см. 5,6,7 ва 8 қисмлар олдинги уретрадир. Уретранинг осилган қисмида безлар (Литтри безлари) ва чуқурликлари (Лакуны Морганьи) бор, пиёзча қисмида 2 та тешикча бўлиб улар Купер безлари оғизчаларидир.

Урологияда рентгенологик текширув усуллари

- Шархловчи урография

- Экскретор урография
 - а) Ортостатик б) Компрессион в) Инфузион
- Ретроград уретеропиелография
- Антеград пиелоуретерография
- Уретрография (ретроград, микцион).
- Буйрак ангиографияси ва флебографияси.
- Уротомография (компьютер томография, ядро магнит резонанс томография, мультиспирал компьютер томография)
- Урокимография
- Пневморен.
- Цистография (тушувчи, кўтарилиувчи).
- Урокинематография;

Урологик беморларни рентген текширишига тайёрлаш.

Буйрак ва сийдик йўллари ретроперитонеал жойлашганлиги сабабли уларни рентген текширишдан олдин ичакларни ахлат, газлардан тозалаш ва бемор қовуғи бўшатилиши керак. Беморларни тайёрлашда унинг ёши, ичаклар функционал ҳолати, диетасига эътибор қаратилади. Рентген текширишдан 2-3 кун олдин беморларга диета буюрилади , яъни овқат маҳсулотларидан сутни, қора нонни, сабзавотлар,ширинликлар, нўхат (дуккакли

махсулотлар)ни ва бошқа газ ҳосил қилувчи махсулотлар инкор этилади . Бундан ташқари ичакларини газлардан, тозалаш мақсадида беморларга карболен (3 кун давомида актив кўмир ичиш, 5-10 таб. 3 маҳал), мойчечак дамламаси, валерианани, кастор мойи, вазелин мойи , кўнгабоқар мойи 30 мл ичишга кўшиш мумкин. 1-2 кун олдиндан ичиладиган суяклик микдори камайтиради(буйракдан чиқаётган контраст яхши кўриниши учун). Ичакларни тозалаш учун айниқса қарияларда тозаловчи хўкна қилиш мақсадга мувофиқ, уни кечкурун ва текширишдан 2 соат олдин қилиш керак. Баъзи авторлар рентген текширишдан 15-30 минут олдин 5 гр. танин кўшилган 1-1,5 литр иссиқ сув билан ичакларни тозалашни тавсия қиладилар. А.Я. Пытель буйрак ва сийдик йўллари ретген текширишни очликда ўтказишни маслаҳат бермайди, чунки енгил нонушта (1 стакан ширин чой ва бутерброт ёки сувсиз куруқ пишириқлар - сухары, печенье) ичакларда газ ҳосил қилмай, балки газ ҳосил бўлишини (голодные газы) олдини олади дейди. Бу ҳолат кўпинча очликга чидамсиз ёш боларларда ва диабетикларга маъқул бўлади. Ангиография, пневморетроперитонеум текширишларига операция сифатида қаралиб улар оч ҳолатда қилинади. Ошқозон - ичак системасини рентген текширишдан 10 кун кейин рентгенурологик текширишни бажариш мумкин, чунки ичакларда қолган контраст моддалар натижани нотўғри талқин қилишга олиб келади.

Сийдик йўллари шархловчи рентгенографияси .

Урологияда барча рентген текширишлари шархловчи рентгенографиядан бошланади. Шархловчи рентгенограммани талқин (интерпретация) қилишда суякларга алоҳида эътибор берилади.

Яхши чиқган рентген суратда буйраклар контурлари ва қовуқ кўриниши (65 – 74 %) мумкин: ўнг буйрак Th_{xii} кукрак умуртқаси L_{iii} бел умуртқа соҳасида, чап буйрак эса Th_{xi} кукрак умуртқаси L_{ii} бел умуртқасида жойлашган. XII қовурға буйракларни, ўнгдан юқори 1/3 қисми, чапдан ўрта 1/3 қисмидан кесиб ўтади. Шу соҳаларда буйракларни формасига, катталигига ва контурларига, бел мускули (**m.psoas**) контурига эътибор берилади.

Қорин орти бўшлиғи яллиғланишларида, ўсмасимон ҳосилаларда бу соя йўқолади. Яна рентгенда ичакдаги газлар (аэроколия) кўндаланг бурмалар (*haustra coli*) шаклида, буйракларда, сийдик йўлида, қовуқдаги тош соялари ҳам кўринади.

Бундан ташқари сийдик йўлларида симуляцияловчи тошга ўхшовчи қўшимча соялар кузатилади.

1) Ошқозон - ичак системаси томонидан - ичаклар ва бошқа бўшлиқлардаги ёт жисмлар, ичакдаги таблеткалар, ахлат тошлари, ўт йўллари тошлари.

2) Лимфа системаси томонидан - қорин парда ва қорин орти бўшлиғидаги оҳакланган лимфа тугунлари.

3) Суяк бўғим системаси - оҳакланган қовурға тоғайлари, спондилитдаги оҳакланиш , думғаза – ёнбош бўғимидаги склерозланиш, деформацияловчи спондилёз, анкилозловчи спондилоартрит, туберкулез, чанок ва қовурға суякларнинг метастатик ўсмалари (гипернефроид раки, простата беши ракида).

4) Буйрак касалликлари - буйрак туберкулёзида оҳакланган ўчоқлар, буйрак ўсмасининг ёки эхинококки кистасининг оҳакланиши.

5) Қон томирлари – флеболитлар (кўпинча чанок веналарида), томирлар атероматозиди аорта ва ёнбош артериялари, улар тармоқларининг оҳакланиши. Флеболитлар кўпинча кўп сонли, юмалоқ, соя интенсивлиги юқори.

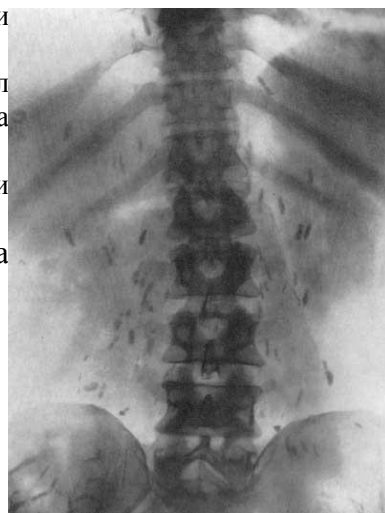
6) Аёллар жинсий аъзолари касалликлари – бачадон фиброматоз тугунларининг оҳакланиши.

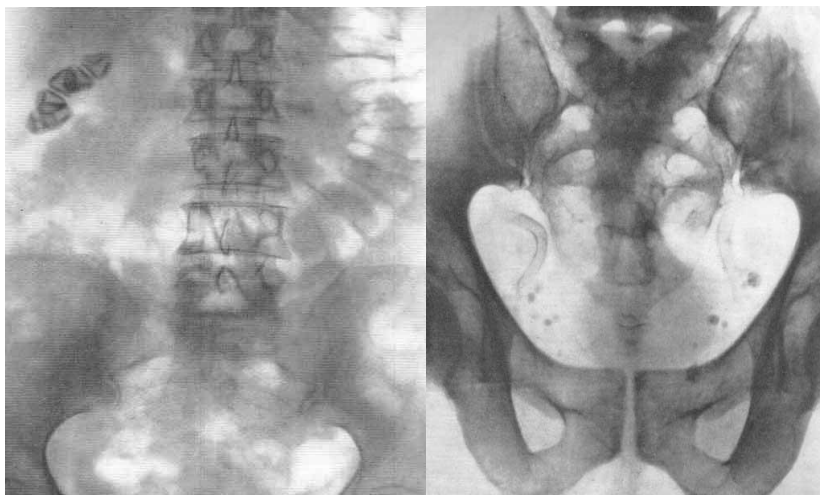
7) Мушаклар касалликлари – чанок ва бел мушаклари цистицеркозининг ва эхинококк кистасининг оҳакланиши.

8) Ёт жисмлар соялари - снаряд бўлаклари, ўқлар, тугма, ҳар хил метал буюм- лар. Улар маълум шаклга эга, юқори интенсивликка эгадир.

Кўпинча бел умуртқалари ва буйрак касалликларида белдаги кучли оғриқларни дифференциал ташхислаш керак.

Ташхисни аниқлаштириш учун беморга контраст модда юбориб рентген қилинади.





1.(Калькулёз холецистит)

2.Оҳакланган ёнбош аретриялар,
флеболит, қонцентрланган
сийдиги бор қовуқ

3.бел ва думба мушаклари
цистицеркози.

Контраст модда турлари: 1) газсимон (CO_2 , NO , гелий, O_2). 2) суюқ, 1,2,3 атомли I_2 - йод сакловчи органик моддалар (1 атомлик- сетгозин, 2 атомли- кардиотраст, 3 атомлик – трийотраст, 2 ёки 3 атомлик -урографин, уротраст, ренографин, верографин, гипак) уларда йод миқдори 60-76% ни ташкил қилади. Энг кам токсик контраст модда гипак ва верографиндир. Генитография ва лимфаденографияда қўланиладиган ёғли контраст моддаларга киради: йодолипол (30%), йодипин (20%) , этиодол, липиодол. 3)

сувда эримайдиган аралашмаларга- BaSO_4 нинг 10-15% эритмаси киради. **Экскретор урография-** 1929йилда Binz, Roseno, Swick ва Lichtenberg лар тиббиёт амалиётига киритганлар. Бу оддий , зарарсиз ва физиологик усул бўлиб, уни клиника, касалхона, ҳаттоки амбулатор шароитда ҳам қилиш мумкин.

Мақсад.Экскретор урография буйрак ,сийдик йўллари ва қовуқ касалликларини текширишда жуда кенг тарқалган ноинвазив текшириш усулидир.

Сийдик трактини тез ва сифатли диагностика қилишда бу усулга тенг келадигани йўқ.

Кўрсатма.

Буйраklar, косача жом системаси, сийдик найлари ва қовуқнинг анатомик ва функционал ҳолатини аниқлаш учун қўлланиладиган рентгенологик усулдир.

1. Гематурия(макро ва микрогематурия).
2. Буйрак сўргичлари некрози ва ракига шубҳа қилинганда.
3. Анамнезида онкологик касалликлари бор беморларни назорат қилиш.
4. Эндоскопик текшириш усулини танлашда .
5. Урологик муолажаларда операциядан кейинги даврда беморларни назорат қилиш.
6. Сийдик йўллари асоратланган ва кам учрайдиган инфекцияларида (туберкулёзиди хам).
7. Сийдик тош касаллигида.Кўпинча УЗИ ва компьютер томография билан биргаликда қўлланилади.
8. Буйрак ва сийдик йўллари туғма нуқсонлари (аномалия)ни аниқлашда.

Қарши кўрсатмалар:1)Йод препаратларига алергик реакцияси (йодга идиосинкрозия) бўлган беморлар. Анамнезида йод препаратларини қабул қилганлиги сўралади, в/и га 2 мл контраст модда юбориб кўрилади.

Агар ноҳуя таъсири (беморда исиб кетиш, қичишиш,кўнгил айнаш, қусиш, юзларида шиш,калтираш, терида тошмалар (крапивница)белда ва юрак соҳасида оғрик, кўзларида қизариш) кузатилса,контраст модда юборилиши тўхтатилади.

2) тиреотоксикоз (йодга сезгирлик юқори бўлади)

3)Буйрак етишмовчилиги бўлган беморлар(азотемияда, солиштирама оғирлик 1005- 1008 дан паст бўлса,қонда мочевино 70 мг% дан юқори бўлганда контраст модда буйраklar орқали секин чиқарилади ва организмда интоксикация юз беради).

4) Жигар функциясининг оғир етишмовчилиги.

5) Юрак – қон томир етишмовчилиги, гипертониянинг охириги босқичлари, қон айланиш етишмовчилиги.

6) Миелом касаллиги (каналчалар тизими майда дисперс оқсилар билан тиқилган бўлади).

7)Шок, коллапс (артериал қон босими тушади ва буйрақларда қон айланиш етишмовчилиги юзага келади).

8)Гломерулонефрит, нефросклероз, актив туберкулёз, протромбин индекси ва қон ивиш вақти юқори бўлган беморлар.

Юқори ҳарорат ва ҳомиладорлик экскретор урографияга қарши кўрсатма эмас.

Ножуя таъсирлари: Ўртача 25% ҳолларда асоратлар кузатилиши мумкин.

1.Енгил ножуя реакциялар

2.Асоратлар

Қўлда оғриқ

А. Аллергик характерда. Б.Кардиоваскуляр

характерда.

Қўнгил айнаш

Астма

Цианоз

Қусиш

Хансираш

А/Б тушиши.

Қўлокда шовкин

Конъютивит

Гипертензия

Бош айланиш

Ринит

Шок

Металик таъм

Крапивница

Коллапс

Бош оғриқ

Эритема

Тутканок(судороги)

Юзи қизиши

Юзи шишади

Эс ҳушини йўқотиши

Аксириш,йўтал

Хиқилдок шишади.

қўнгил айнаш, қусиш, исиб кетиш,юзнинг қизариши, вена бўйлаб оғриқ,оғизда ёқмас ҳид, бош айланиш,бош оғриқ,қалтираш,нафас қисиши, коллапс, қон босими кўтарилади(контраст модда қуюқлигидан),анафилактик шок. Экскретор урографияда 20 – 150 мингдан бир кишида анафилактик шокдан ўлим бўлиши мумкин.

Шунинг учун биринчи ёрдам қутичасида бўлиши керак бўлган воситалар.

1. Контраст моддаларнинг антидоти сифатида 30% натрий тиосульфат эритмаси(20-40мл)ишлатилади.

2. Аллергияга

қарши воситалар(кальций хлор, кальций глюконат, димедрол, супрастин, пиполфен, тавегил, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон)

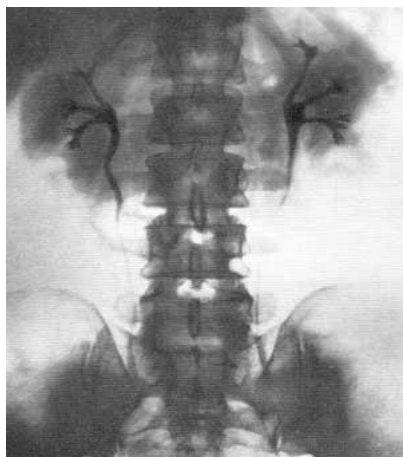
3. Юрак – қон томир дорилари (кордиамин, норадреналин, адреналин)

4. Нафас марказини қўзғатувчи дорилар (кофеин, лобелин).

5. Кислород, оғиз кенгайтиргич (роторасширитель), тил ушлагич (языкодержатель).

Контраст моддани организмга киритиш йўллари: болаларда ректал ва мускул орасига, катталарда суяк ичига тери остига, вена ичига. Контраст модда катталарга (ўртача 60-70 кг) 7 г атрофида (100 мг/ кг дан ошмаслиги керак) врач назоратида 2 минут ичида юборилади. Баъзи адабиётларда 60-76%ли контраст 1мл/кг га ҳисобланиб вена ичига юборилади. Ёшларда буйрақлар фаолияти қоникарли бўлса биринчи минутда нефрограмма кўринади, 4-5 нчи минутда косача жом системаси, 12-15 минутларда уретерлар ва қовуқ кўринади. Зарурат туғилганда кейинги суратлар врач назорати билан 50- 60-120-180 минутларда, баъзан эса 12-24 соатлардан кейин ҳам қилинади. Нормал ишлаётган буйрақлардан чиққан сийдикдаги контраст модда концентрацияси максимум 5% ли бўлади.

Бир суткалик сийдик миқдорини 1500 мл, 1 соатда 62,5 мл деб олсак, 20мл 35% контраст модда юборсак (7 г қуруқ модда), 1- соатда контраст модданинг 50% ажралади (яъни 3,5 г препарат чиқади), контраст модда 5,6% лик эритма бўлиб чиқади. Буйракланинг ўткир йирингли яллиғланиш касалликларида (апостематоз нефрит, буйрак карбункули, паранефрит) экскретор урография бемор турган ва ётган ҳолатда ёки чуқур нафас олиш ва чиқариш вақтида битта рентген пленкага суратга олинади. Агар юқоридаги касалликлар



бўлса, буйрак ҳаракати чекланган ва бир жойда қотган бўлади. Буйрак санчиғи вақтида ўша томон буйрак фаолияти кўринмаслиги мумкин, чунки қон томирлар, косача жом системаси, уретерлар спазмга учраган бўлади. Нефроптозда, қорин орти бўшлиғи органлари билан битишганда, қўшимча томир бўлганда уретерни эгриланиши ва силжиши кузатилади. Артериал гипертонияда сийдик йўллари тонуси юқорилиги ва гиперкинез кузатилади, шу сабабли рентген суратга олиш бироз тезроқ бажарилади.

Бу нормал экскретор урограмма.

Экскретор урограммани интерпретация қилиш алгоритми:

1. Косача жом системасининг ўз вақтида контрастланиши
 2. Косача жом системасининг кенгайганлиги (бор, йўқ)
 3. Косача жом системасининг қисқаришлар сони (нормада 1 минутда 3-4 марта)
 4. Жом- косача рефлюкси борлиги (бор, йўқ)
 5. Жом ва жом уретер сегменти ишининг мутаносиблиги (ҳа, йўқ)
 6. Сийдик йўли кўринадими (ҳа, йўқ)
 7. Сийдик йўлида кенгайиш борми (бор, йўқ)
 8. Сийдик йўлининг 1 минутда қисқаришлар сони (нормада 3-4 марта)
 9. Жомдан битта ҳосил бўлган «болюс» нинг қовуққа ўтиш вақти (8-10 сониядан кўп эмас)
 10. «Болюс» сийдик йўлида ушланиб қоладими (ҳа, йўқ)
- Нормада контраст модда уретерни ҳамма қисмида бир вақтда кўринмаслиги керак, чунки уретер қисмлари систола ва диастола билан алмашилиб туради. Агар ҳамма қисми бирданига кўринса, демек сийдик димланиши борлигидан далолатдир.
12. Қовуқ – уретер, уретер-жом рефлюкслари борлиги (бор, йўқ).

Экскретор урограммада маълумотнинг кам бўлиши қуйидагиларга боғлиқ.

1) Беморни рентген текширишига яхши тайёрламаслик оқибатида ичкадаги газларни тўлиқ чиқмаслигидан.

2)

Юбориладиган контраст модданинг миқдори камлигидан. Бир томонлама буйрак фаолияти бўлмаслиги (“немая почка”) ҳали буйрак фаолияти бузилди дегани эмас. Чунки юқори сийдик йўлларида тикилиш туфайли сийдик пассажининг ўткир бузилиши ва буйрак санчиғи оқибатида, уретер, буйрак жом – косачаларида ва қон томирларининг мушакларида кучли спазм юз беради. Натижада артерио – веноз шунт (Труета шунти) ҳосил бўлиб, қон буйрак пўстлоқ қаватигача бормасдан айланиб кетади. Баъзи экзоген факторлар таъсирида буйраклардан контраст модда экскрецияси пасаяди ва контраст кечроқ чиқарилади: атроф муҳитнинг совуқлиги, оғрик, психик таъсиротлар, аэроколия, гипотония ҳолати.

Кўпчилик урологик касалликларда экскретор урографиянинг аҳамияти жуда каттадир.

1) **Уролитиазда** – қуйидаги саволларга жавоб беради: конкремент локализацияси, касал ва қарама – қарши буйракнинг функционал ҳолати , юқори сийдик йўллариининг ҳолати (гидрокаликоз, гидронефроз) ва бошқалар.

2) **Гидронефрознинг** эрта босқичларида экскретор урограммада бел мушакларининг латерал чегаралари кесиб олинганлик белгиси - psoas-raml symptom (краевой симптом псоаса) (Hutter, 1930, 1934) кузатилади.

3) **Буйрак ёпик травмаларида** экскретор урография аъзонинг жароҳатланиш даражасини , қарама – қарши буйракнинг борлигини, функционал ҳолати ҳақида маълумот беради.

4) **Буйрак туберкўлезид**а – аъзонинг функционал ҳолати, ёпик каверналар борлигини кўрсатади.

5) **Буйрак ўсмаси** – буйрак контурини (нефрография) аниқлаб беради, қарама – қарши буйракнинг борлигини, функционал ҳолати ҳақида маълумот (нефрэктомиядан олдин) беради.

6) Юқори сийдик йўллари **функционал касаликлари** ва **артериал гипертония** билан кечадиган буйраklar **қон томир касалликлари** ҳақида маълумот олиш мумкин.

7) **Акушер гинекологияда** - ҳомиладорлик (*экскретор урографияга қарши кўрсатма эмас*) да, бачадон ва ортиғи касалликларида операциягача ва ундан кейинги асоратларини аниқлашда, юқори сийдик йўллари **қўшимча касалликлари**ни аниқлашда, кўпинча жинсий аъзолар ўсмаси деб қабул қилинадиган буйраklar дистопиясини аниқлашда шу усулдан фойдаланилади.

8) **Қовуқ** (тушувчи цистография) ва **простата беzi** ҳолатини аниқлашда экскретор урографияни аҳамияти бор: қовуқ ўсмасида тўлишиш дефекти бўлади, простата беzi хавфсиз гиперплазиясида қовуқ бўйинчасида аниқ контурли тулишиш дефекти бўлади.

9) Тушувчи цистографияда **қовуқ дивертикули** ва **тошларини** аниқлаш мумкин.

10) Тушувчи цистографияда **қовуқ жароҳатлари** ва **чаноқ суякларини синганини** аниқлаш мумкин.

11) Экскретор урографияда **сурункали пиелонефрит**нинг белгилари қуйидагилар:

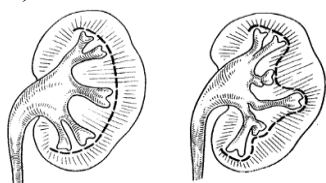
а) Буйраklarнинг ўлчамлари ва контурлари ўзгаради.

б) Буйраklarнинг контраст ажратиб чиқариш фаолияти бузилади.

в) Рекнал кортикал индекснинг патологик кўрсаткичлари (РКИ).

г) Косача жом системасининг деформацияланиши.

е) Ходсон симптоми.



Hodson феномени 1/3 қисм сурункали пиелонефритларда учрайди. Буйрак сўргичларини тўташтирувчи чизиқнинг эгри-бугри бўлиши.

(чапда нормал қабаррик, ўнгда патологик).

Ортостатик урография:

Кўрсатма: нефроптозда, буйрак ҳаракатчанлигини аниқлаш.

Техникаси. В/и контраст модда юборилгандан кейин горизонтал ва вертикал ҳолатларда рентгенография қилинади.

Компрессион урография (С.Н. Финкельштейн, 1929 йилда Ziegler ва Kohler биринчи марта қорин деворидан уретерларини босишни таклиф қилган).

Кўрсатма: *«айрим ҳолатларда»* юқори сийдик йўллари тўғрисида тўлиқ информация олиш мақсадида.

Техникаси: в/и контраст

модда (1мл/кг) юборилади, 5-10 минутдан кейин биринчи сурат олинади, ёнбош суягининг ўсиғи - spina iliaca anterior superior дан 3-4 см медиал ва 2 см паст томонга икки томонлама, қорин олд деворидан компрессия (резина баллончик) қилиб уретерлар босилади. Шундан 5 минутдан ўтгач 2 - сурат олинади, компрессия бартараф қилингач 5 минут- дан кейин 3- сурат (назорат учун) олинади.

Инфузион урографияга (1964й. Schenker таклиф қилган) **Кўрсатма**

:Сурункали буйрак етишмовчилигининг эрта босқичларида (қонда креатинин миқдори юқори ва сийдик солиштира оғирлиги 1010 дан паст бўлган ҳолатларда); Экскретор урографияда информациянинг тўлиқ бўлмаган ҳолатларида;

Техникаси: 1мл/кг миқдорда контраст модда + 5% глюкоза 80 – 100 мл (NaCl 0,9% эритмаси) 5-10 минут давомида в/и юборилади, аралашманинг 2/3 қисми биринчи 5 минутда кетиши керак. 10 минутдан кейин биринчи рентген сурати олинади, кейингилари эса 10, 20, 40, 60 ва 100 минутларда қилинади.

Ретроград уретеропиелогграфия (сийдик оқимиға қарши). 1906 йилда Волкер (Voelcker) ва Лиденберг (Lichtenberg) томонидан таклиф қилинган.

Мақсад ва кўрсатма.

1. Экскретор урографияда аниқлаб бўлмайдиган сийдик йўли ва буйрак косача жом системаси жароҳатланишларида.

2. Сийдик йўли ва буйрак косача жом системасини кўриш керак, лекин экскретор урографияга қарши кўрсатма бўлганда (азотемия, анамнезида контраст моддаларга қарши кўрсатма бор).

3.Баъзи муолажалардан олдин (М : буйрак биопсияси) сийдик йўллари топографиясини аниқлашда.

4.Нефрэктомиядан кейин гематурия ёки сийдикда атипик хужайралар топилганда сийдик йўли топографиясини аниқлаш мақсадида.

5.Сийдик йўлини ўтказувчанлигини аниқлашда (стриктура, рентген негатив тошлар, сийдик йўллари ўсмалари, сийдик йўллари аномалиялари).

Техникаси: Бемор цистоскопия қилиб, керакли томон уретерга катетер (Шарьер шкаласи бўйича № 4, 5, 6) киритилади, катетерни жойлашган жойини аниқлаш учун биринчи шархловчи рентген қилинади, кейин контраст модда – газсимон (O_2, CO_2) (рентген негатив тошлар яхши кўринади) ёки суюқ ($t^0 - 37^0 C$ иссиқликда 15-20% ли) ҳолатда сийдик йўлига катетер орқали 5 -10 мл гача ёки буйрак соҳасида енгилгина оғриқ пайдо бўлгунгача юборилади. Сийдик йўллари катетеризацияси кўпинча бир томонлама қилинади, икки томонлама қилганда косача – жом ва уретерда бирдан спазм бериб бемор аҳволи оғирлашиши мумкин. Профуз қон кетишда бу усул қўлланилмайди, чунки, қон лахталари тўлишиш дефектидай (ўсма, тош) кўринади ва хатолик бўлиши мумкин.

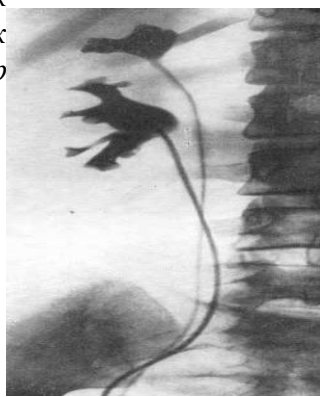
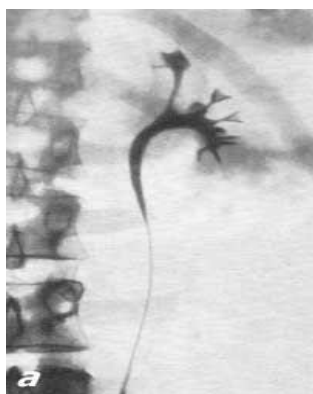
Нормал ва патологик

а) Шохланган, буйрак иккиланиши, Агар

ретроград

уретропиелография.

ичи типидagi жом. б) Ўнг буйракнинг уретер тўлиқ иккиланса - ureter duplex



бўлиб, Weigert—Meyer қонунига биноан тепадаги жомдан

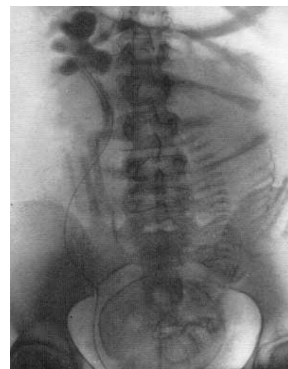


келаётган уретер пастки тешиги қовуқга пастрокдан, пастдаги уретер тешиги эса тепадан очилади.

Агар юқори қисми иккиланиб пастидан қўшилиб кетган бўлса -ureter fissus дейилади.

в) Ретроград пиелограмма. Аёл киши 42 ёшда. Сурункали пиелонефрит.Бошланғич босқичи.

г) Ретроградная пиелограмма. Киз бола 14 ёшда. Пиелонефритдан кейин бужмайган буйрак.



Чандан ўнгга томон.

1)Бу икки томонлама ретроград пиелоуретрограмма.Эркак 20 ёшда. Қовуқ экстрофияси ва чап уретер ахалазияси.

2)Бу икки томонлама ретроград

пиелоуретро-грамма. Аёл 36 ёшда. Икки томонлама уретер ахалазияси,кўпроқ ўнгдан. Илон боши симптоми (“Симптом головы змеи — кобры”).3)Ўнгдан пиелография.Аёл 26 ёшда.Ўнг буйрак пастки косачаларидан

форникал қон кетиш, ҳомиладор 32 ҳафталик. Ўндан юқори сийдик йўллари кенгайган.

1961 йилда Вгооме усулида газсимон(CO_2) ва суюқ контраст модда билан ретроград пиелография қилиш бошланди.

Бунда уретерал катетер орқали 2—3 мл суюқ ва 6—8 мл газсимон контраст юборилади, кейин рентген қилинади. Бу усул жомда ва уретердаги папилляр ўсмалар, негатив тошларни аниқлашда жуда яхши ҳисобланади.

Бу усулнинг камчиликлари: албатта инструментал инвазия қилиш керак, уретра, сийдик йўли ва буйраклар жароҳатланишлари, буйрак рефлюкс- (пиело-тубуляр, пиелолимфатик, пиело-венот) лари кузатилиши мумкин. Пиелонефрит профилактикаси учун беморга антибактериал препаратлар (уротропин, антибиотиклар, нитрофуранлар) тавсия қилинади.

Қарши кўрсатма: 1) Юқори температура. 2) Буйракдан қон кетганда. 3) Простатит. 4) Эпидидимит. 5) Уретрит. 6) Уткир пиелонефрит. 7) Юрак етишмовчиликлари. 8) Аденомаси бор қариялар (нисбий қарши кўрсатма). 9) Уретра спазми, стриктураси, аденомаси бор бўлиб цистоскопни киритиб бўлмаса.

Бу усул ёрдамида уретер букилганда нефроптоз ёки калта уретер бўлса буйрак дистопиясини фарқлаш мумкин.

Антеград пиелоуретерография (Kapandi 1949 й. да Ainsworth ва Vest 1951 йилда таклиф қилганлар).

Контраст моддани буйрак жомига киритиш йўллари: Перкутан (тери орқали) ёки нефро – пиелостомик найчадан юбориш орқали амалга оширилади.

Мақсад ва кўрсатма.

1. Экскретор урографиядан маълумот аниқ эмас, ретроград урография қилишни иложи йўқ, лекин юқори сийдик йўллари кўриш керак бўлганда.

• 2. Юқори сийдик йўлларидаги обструкцияни ретроград уретерография ва бошқа текшириш усуллари (компьютер томография, ядро магнит резонанс томография, мультиспирал компьютер томография) билан аниқлаб бўлмаса.

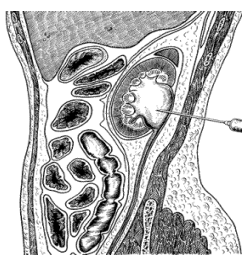
3. Азотемия ва ёки буйрак трансплантациясидан кейинги олигурия бўлганда косача – жом системасини кенгайганлигини сабабини аниқлаш мақсадида.

4. Юқори сийдик йўллари уродинамикасини баҳолашда (Уайтейкер тести).

5. Нефростомик дренажни олишдан олдин сийдик йўллари ўтказувчанлигини текширишда.

6. Операциядан кейинги жом-уретер сегментининг ҳолатини аниқлашда.

Техникаси: Бемор қорнига етказилади, қорнига буйрак соҳасига каттиқ валик (ёстикча) қўйилади (мақсад буйракни фиксация қилиш). УЗИ ва рентгеноскопия назорати остида,



ХП ковуғанинг остида чапга ва ўнгга умуртқа ўрта чизигидан 10-12 см ташқарига диаметри 1-1.5 мм лик нина (йўналиши ташқаридан ичкарига, пастдан юқorigа ва медиал) билан буйрак жоми пункция қилинади. Буйракга тушганлигимизни сийдик йўринг ёки қон аралаш сийдик чиққанлигидан билиш мумкин. Контраст модда юбориб кўрилади, косача – жом системаси кўринса, демак нина жомга тушганлигидан далолат беради. Инфузион система бемордан 40 см баландликда бўлиши керак. Контраст модда нефростомик найча

(дренаж – Ch 24, 8, 9, 10) дан минутига 20 томчи тезликда юборилади.

Антеград пиелоуретерографияда қуйидаги маълумотлар олинади.

- Буйракларни жойлашиш сатхи.
- Буйракларнинг ҳаракатчанлиги.
- Косача жом системасининг кенгайганлиги.
- Косача жом системасининг деформацияланганлиги.
- Уретерни кенгайганлиги.
- Жом – уретер сегменти ва уретернинг ўтказувчанлиги.
- Уретерда девиация (букланиши, буралиши) борлиги.

- Контраст модданинг ковуқга ўтиши.
- Жом – уретер сегменти ва уретерда тўлишиш нуқсони борлиги (қон лахтаси, ўсма, рентген негатив тошлар бўлса, уларнинг ўлчами, сони, жойлашиши).
- Нефростоманинг ўрнатилиш ҳолати, фаолияти.

Сийдик йўллари томографияси (уротомография – биринчи амалиётда қўллаган Deutschmann 1939.; Wilhelm, 1943; Andersen, 1948). Совет иттифокида Л. К. Лиссов ва Ю. Г. Един (1954)лар қўллаган.

Кўрсатма: Буйрақларнинг коралсимон тошлари, ўсмалари, гидронефроз, поликистозларда.



Бу усулда буйрақлар, сийдик йўллари ва қорин орти бўшлиғи органларини ҳолати ҳақида маълумот олинади. Бу усулда буйрақни рентген кўринишига жигар, талок, ичакдаги газлар соялари тушиб ўтирмасдан маълумот аниқ олинади.

Техникаси: Бемор рентген столига ётқизилади, тизза бўғимидан 90° гача букилади (белдаги лордозни тўғирлаш). Нефротомографияда ҳар 0,5 – 1 см дан бир марта кесим қилиб рентген суратига олинади, асосий кесим буйрақ

Бу томография экскретор урография билан бирга қилинган.

дарвозасидан ўтади. Беморга махсус тайёргарлик керак эмас. Кўпинча маълумотни яхшироқ олиш учун томографияни экскретор урография, ретроград уретеропиелография, пневморетропериторнеумлар билан бирга бажарилади.

Инструментал текширувлар.

УЗИ текшириши.

Буйрақ бор йуқлигини аниқлаш, жойлашган жойи, улчамлари, структураси, тош борлиги киста борлиги, усма борлиги, аномалиялар борлиги, пастга тушганлиги, паренхимаси калинлашганлиги, ЧЛС деформацияланганлиги.

нормада буйрақ кутбларида ТПП – 20 – 25мм, колган жойларида 15 – 20 мм ни ташкил қилади.

Сийдик пуфагининг катетеризацияси – диагностик ва даволаш мақсадида – ковуқни бушатиш, ювиш, дори юбориш, рентген контраст мода юбориш. Катетер турлари: 1. Юмшок (резинали) 2. Каттик (металдан) 3. Ярим каттик, эластик (полимердан). Қўл кулланиладиган катетерлар – резинали Нелатон, Тиман, Пеццер, Малекко, Померанцева – Фоли.

Катетеризация қилиш учун аёлларда ташки жинсий аъзолар антисептик суюқлик билан ювилиб, стерил пинцет ёрдамида ковуқка уретра орқали киритилади.

Эркакларда биров мураккаброк бўлиб, бемор горизонтал ётқизилади, чанок остига валик қуйилади. Жинсий олат бошчасини чап қўл билан ушлаб, унғ қўл билан катетер уретрага киритилиб аста секин ковуқка туширилади, у ердан сийдик чиқади, агарда чикмаса ковуқ ювиб қурилади.

Ковуқ фаолиятини текшириб қуриш.

1. **Цистометрия:** цистометр - резина катетер ва манометрдан тузилган. Техникаси - ковуқ тулик бушатилиб, ковуқга бўлиб бўлиб 50 млдан суюқлик юборилади ва регистрация қилинади.

А) Ёнгил сийиш хохиши пайдо бўлиши

Б) Императив сийиш хохиши пайдо бўлиши

В) Сийиш акти

Нормада ковуқда 10 – 15 см сув устунига тенг босим пайдо бўлганда сийиш хохиши пайдо бўлади. Ковуқга 250 – 300 мл суюқлик юборганда босим 30 – 35 см сув устунигача ортади. Агар ковуқ тонуси пасайса 600 – 800 мл суюқлик юборганда ҳам ковуқ ичида босим 10 – 15 см сув устунига тенг бўлиб қолаверади.

Цистометрияга курсатма; ковок обструктив ва невроген касалликларида

2. **Сфинктераметрия:** ковок ички (силлик) ва ташки (кундаланг таргил) сфинктерларининг фаолиятини текшириш. Сийдик йулига катетер киритилиб, манометрга уланади ва кислород юборилади. Ички сфинктер 65 ± 2 мм.рт.ст. Ташки сфинктер 77 ± 3 мм.рт.ст. тенг сийдик тута билмаслик холатида ковок сфинктерлари тонуси 40 мм.рт.ст. дан паст булади.
3. **Урофлоуметрия** – сийдикнинг хажмий тезлигини аниклаш. Ковук детрузори тонуси ва ковок уретрал сегмент каршилиги хакида маълумот беради. Чикган сийдик микдорини кетган вақтга буламиз. Нормада эркакларда 15 – 20 мм/сек, аёлларда 20 - 25 мм/сек.

Эндоскопик текширишлар

Уретроскопия икки хил булади: курук – уретрани суюклик билан кенгайтирмасдан курилади, ирригацион – уретра орка кисмларини куриш учун кулай канални суюклик билан тулдирилади.

Курсатма уретра патологиясини аниклаш, Карши курсатма сийдик йуллари ва жинсий органлар уткир яллигланишлари.

Цистоскопия ковок деворини цистоскоп ёрдамида куриш. Биринчи марта 1879 йилда М.Нитце томонидан цистоскоп яратилган. Цистоскопия учун шарт шароитлар;

1. Уретранинг утказувчанлиги
2. Ковук хажми 75 мл дан катта булиши
3. Ковук ичидаги мухит тиник булиши

Курсатма ковок девори патологиясини аниклаш, уретерлардан сийдик чикаётганлигини аниклаш. Карши курсатма ковок сийдик йули, жинсий органлар уткир яллигланиш касалликлари.

Цистоскоп турлари: 1.Курадиган – смотровой .2. Катетеризацион.

1. Операцион

Цистоскоп кисмлари: Сийдик йулига тубус (ичида мандрен бор) киритилиб, мандренни олиб урнига оптик кисм киритилади, оптик кисм учиди Альбарран тилчаси бор, у цистоскоп оркали киритилган инструментларни аник жойига йуналтириш учун хизмат килади.

Ковук ичида деворлари курилгандан кейин Лъето учбурчаги топилади. Соат миллари буйича 7 (унг) ва 5 (чап) сийдик йуллари пастки тешиги топилиб, улар симметриклиги, шакли – ёриксимон, овал, юмолоқ, нуктали. У ердан сийдик, кон, йиринг келаётганлигини аниклаш, агар сийдик келмаётган булса уретерларга катетер киритиб утказувчанлигини аниклаш.

Хромоцистоскопия

Бунинг учун 2-3мл 0,4 % ли индигокармин ва цистоскоп аппарати керак булади . Биринчи цистоскоп билан ковокга кириб уретерлар тешиглари топилади , индигокармин в/в юборилади 3-5 минутдан кейин рангланган сийдик уретер тешигидан чиқиши керак.Агар в/в оркали юбориб булмаса мускул орасига (в/м) юборилади унда эса 15 – 20 минутдан кейин рангланган сийдик чиқади. Агар шу чиқишлар кечикса демак сийдик йулида тусик борлигидан дарак беради.(тош ,хомила).

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол катнашишини кўзда тутати, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулохаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

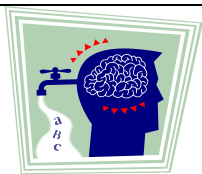
6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, буйракларни пайпаслаш, локализация топиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

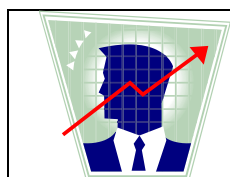


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло” 5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади

			- саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши "4"	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди

		Қони қарли ”3”	- билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қони қарси ”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги(мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лабораторанжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Урологик беморларни текшириш усуллари
2. Инвазив ва ноинвазив усуллар
3. Беморларни текширишга тайёрлаш
4. Тешириш давомида булиши мумкин асоратлар

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
- а. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.

- б. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
 с. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

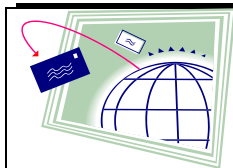
<http://www.mediasphera.aha.ru>

4 -Мавзу: Юқори сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали пиелонефритлар.

Таълим технологияси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди

(10 дақиқа)	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади
-------------	--	--------------------------



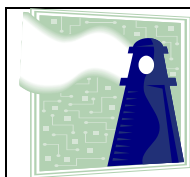
1. МАШҒУЛОТ ЎТКАЗИШ ЖОЙИ, ЖИХОЗЛАНИШИ:

- урология кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга Юқори сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали пиелонефритлар билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

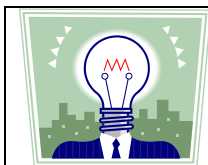
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- уткир аппендицит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

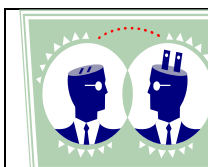
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Ўткир ва сурункали пиелонефритлар билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



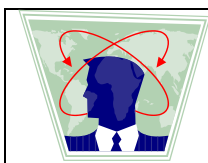
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар терапия, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Сийдик ва жинсий аъзоларнинг яллигланиш касалликларига қуйидагилар киради: уткир ва сурункали пиелонефрит, апостематоз пиелонефрит, буйракнинг карбункул ва абцесси, буйрак тирсакларининг некрози, пионефроз, паранефроз, цистит, парацистит, уретрит, простатит, везикулит, эпидидимит, орхит, биланит, баланопостит, кавернит.

Урологик касалликларни 3/2 қисми сийдик ва жинсий аъзоларнинг узига хос бўлмаган яллигланиш касалликларини ташкил қилади. Уларнинг ичида энг куп учрайдиган пиелонефрит бўлиб хисобланади.

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит – узига хос бўлмаган инфекцион яллигланиш жараёни бўлиб, бунда бир вақтда ёки кетма-кет буйрак паренхимаси ва буйрак жоми зарарланади (купинча оралик тукима). Гистологик ва клиник текширишлар шуни исботладики, «пиелит» деган тушунча узини оклаши мумкин эмас, чунки яллигланиш жараёни буйрак жомидан теликда буйракнинг паренхимасига утади ёки аксина.

Пиелонефрит эрта болаликдан бошланиб, одамларнинг ҳар хилёшида учрайдиган энг куп касалликдир. Шу сабабли пиелонефрит булган беморлар

билан узининг малый иш фаолиятларида ҳар хил мутахассисидаги шифокорлар – урологлар, нефрологлар, жаррохлар, акушер –гинекологлар ва педиатрлар учрашадилар. Ёш болаларда пиелонефрит узининг сони жихатдан нафас олиш аъзоларининг касалликларидан кейин иккинчи уринни эгаллайди, шу сабабли касалхонага ётқизилган ва даволанаётган беиорларнинг 4% ни ташкил қилади. Хомиладор аёлларнинг орасида уртача 2,5 % да уткир пиелонефрит кузатилади. оналарнинг хомиладор вақтида уткир пиелонефритнинг хужумлари бўлса, купинча уларнинг болаларида пиелонефрит пайдо бўлади (10% дан купрок беморларда) катта ёшдаги аҳоли орасида 100 000 киши ичида 100 кишида пиелонефрит учрайди.

Патологоанатомик ҳисоблар буйича ҳамма ёриб очишларнинг 6-20% да пиелонефрит аникланади, ҳаётда эса бу ташхис беморларнинг факат 20-30 % да қуйилади. Ёш аёллар пиелонефрит билан эркакларга караганда 5 марта куп хасталанадилар. Бунга аёлларнинг сийдик чиқариш каналининг хусусияти қисман сабб бўлиб, инфекция осонликча кутарилиш йули билан қовуққа қиради. Шу туфайли асимтоматик бактериурия киз болаларда угил болаларга нисбатан 10 марта куп учрайди. Киз болаларнинг сийдик йулларига купинча инфекциянинг тушишига бирдан бир вульвовагинит сабаб бўлади. Шамоллаш ёки бўлиб утган касалликнинг асимтоматик бактериурияси туфайли танасининг иммунологик реакция қурсатиш қобилятининг пасайиши уткир пиелонефритга олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, 5-10 % ҳамма беморларда асимтоматик бактериуриянинг бўлиши ва қосача – буйрак жоми, сийдик йуллари, қовуқларнинг қучқувватининг пасайиши ва уларда гормонларнинг узғариши ҳамда хомиласи бўлган бачадоннинг сийдик йулларини босиши натижасида, хомила даврида уткир ёки сурункали пиелонефритларнинг қузғалишига имкон беради.

Ёш ва урта ёшдаги эркакларда пиелонефрит, айниқса сийдик тош қасаллиги, сурункали простатит, сийдик чиқариш каналининг торайишида ёки буйрак ва сийдик йулларининг табиий қуринишдан узғача бўлишига боғлиқ. Кекса ёшдаги эркакларда простата безининг аденомасида сийдикнинг оқиши қийинлашганлиги сабабли пиелонефрит бирданига қупаяди.

Этиологияси. Пиелонефрит инфекцион жараён бўлиб, бу қасалликнинг қузғатувчиси бўлмайди. У киши танасида доимо бўладиган (эндоген флора) микроблар ва ташқи муҳитда яшаётган (экзоген флора) миуроблар қачириши мумкин. пиелонефрит билан оғриган беморнинг сийдигидан купинча ичак ва паричак таёқлари, протей гуруҳидаги бактериялар, энтерекокк ва қуқ йиринг таёқчалари ажратилади.

Яқин орда йиринг-яллиғланиш қасалликлари (фурункул, мастит, панариций, ангина, пульпит, синусит ва бошқалар) туфайли пиелонефрит билан хаталанганларнинг сийдигидан купинча қасалликни қузғатувчи стафилококк ажралиб қикиши аниқланганлиги маълум бўлди. Шамоллаш ёки ошқозон ичак қасалликларидан кейин пиелонефрит пайдо бўлган беморларнинг сийдигида купинча ичак таёқчалари бўлади. Аввал бир неча марта қовуқ ва сийдик йуллари асбоблар билан текширилган ёки операция

килинган булса, госпиталь инфекция штамmlарига кирадиган протей гурухидаги бактериялар ва кук йиринг таёкчалари сийдикдан топилади.

Баъзида пиелонефрити булган беморларнинг микроорганизмлари, асосан ичак таёкчаси ва протей нокулай шароитлар таъсирида (антибиотик ва химиопрепаратлар, сийдикнинг рН узгариши, антибактериал антителалар титрининг кутарилиши) узининг пардасини йукотиб, - шакл ва протопластларга айланиб, одатдаги озикловкат мухитида усмадилар. Бу шаклдаги микроорганизмлар ташки таъсирларга анча мустахкам билиб, улар гипотоник мухитда осонликча емирилади. Агар кулай шароит яратилса, улар яна тегишли вегетатив шаклларга айланадилар. Микроорганизмларнинг протопласт шакллари даволаш усуллари яхши таъсир килмайди. Бу эса уткир пиелонефритнинг сурункали шаклига утишига имкон беради. Бу билан шу холатни хам тушунтириш керакки, узок ваqt касаллик тинч туриб, пиелонефрити кайталаган беморларнинг сийдигидан худди шу хилдаги микроорганизмлар аникланади.

Патогенези. Буйракка инфекциянинг турт йул билан кириши кабул килинган:

1- гематоген, 2- сийдик йули оркали кутарилиши (уриноген), 3-сийдик йулининг девори буйлаб кутарилиши, 4-лимфоген. Хозирги ваqtда гемотеген йули асосий булиб хисобланади.

Инфекциянинг бирламчи жойи сийдик йулларида (цистит, уретрит) ёки жинсий аъзоларда (простатит, везикулит, эпидидимит, аднексит) хамда яллигланиш тананинг узокрок жойида булса (тонозиллит, синусит, отит, кариоз тишлар, бронхит, пневмония, фурункул, карбункул, мастит, остеомиелит, инфекци тушган яра ва бошкалар). Инфекция буйракка гематоген

Йул билан кириши мумкин. Охирги хилида гематоген пиелонефритнинг кузгатувчиси купинча стафилококк булиб хисобланади.

Н.И.Пирогов номли II ЛОДТ олийгохининг урология клиникасида куёнларда килинган тажриба текширишлар шуни курсатдики, ичак таёкчаси, протей ва кук йиринг таёкчаси, хайвоннинг конига юборилса, одатдаги буйракда яллигланиш жараёни пайдо килмайди. Бунинг чун бактериемиядан ташкари, шароит яратадиган омиллар булиб, улардан энг мухими буйракдан сийдикнинг окиб чикишини, лимфа ва кон айлананишининг бузилишлари булиб хисобланади. Бунга аксинча, юкори патогенли плазмакогуляция киладиган хилдаги стафилококклар, одатдаги буйракда кушимча шароит яратадиган омилларсиз, уткир гематоген пиелонефритни пайдо килишга қобилиятли булади.

Агар бактериемия булса, соғлом буйракдан сийдик билан бактерияларнинг чикиши мумкин. (физиологик бактериурия деб аталган) деган аввалги фикрни замонавий текширишлар тасдикламайди.

Буйрак коптокча томирининг чигалларида, чукиб колган микроблар, эндотелийда дегенератив узгаришлардан тортиб бутунлай емирилишларгача пайдо килиб, найчаларнинг ичига кириб, у ердан сийдик билан чиқади.

Буйрак яллигланишининг биринчи даврида бактериуриянинг куп булши касалликнинг бирдан бир аломати булиб хисобланиши мумкин.

Кейинги кунларда бактериял тромблар атрофида яллигланиш жарёни ривожланиб, оралик тукумасида лейкоцитар инфильтрациялари хосил булади. Шу даврда микроорганизмлар сийдикда куп булиб, лейкоцитлар сони ҳам анча булади. Яллигланиш лейкоцитар инфильтрациясининг утиш жойида найчалар деворидаги дегенратив ва деструктив узгаришлар дейкоцитурияга сабаб булади.

Агар касалликнинг 7-10 кундаги даври яхши утса, уткир яллигланиш аломатларининг пасайиши бошланади. Коптокчалар шу вақтда, коидага биноан, инфекциядан холис булади. Буйракдаги оралик тукумаларида, лейкоцитар инфильтрация аста-секин тукумаларнинг профиферация элементларига алмаштирилади. Лимфоцитлар, гистиоцитлар, фибробластлар, плазматик хужайралар пайдо булади. Учинчи хафтада буйракнинг пустлоги ва мия моддасида бириктирувчи грануляцион тукума хилига ухшаган, купрок томчи ёш шаклидаги бириктирувчи таркибий кисмлар ва капилярларнинг усганлиги аникланади. Вақт утиши билан, грануляцион тукуманинг хужайра таркибий кисм ва томирлари камайиб, у зичланиб ва хаёми озайиб, чандика айланади.

Кутарилаётган ёки уриноген йули билан ковуқдан буйракнинг инфекцияланиши, факат ковуқ-сийдик йулининг рефлюксининг булишига боглик. Инфекцияни буйрак жомидан унинг паренхимасига кириши купинча шу йул билан булади. Буйрак жомида юкори босимнинг пайдо булган вақтида, касалликнинг кузгатувчилари пиеловеноз ва пиелолимфатик рефлюкслар оркали умумий кон айланиш тузилмасига кириб, яна кон оркали буйракка кайтади. Шундай килиб, бу холда ҳам буйракнинг зарарланиши гематоген йул билан булиб, кейинчалик буйракда яллигланиш жараёнининг ривожланиши худди юкорида ёзилгандек булади. Бундан ташкари, инфекция буйрак жомининг шикастланган форникал кисмидан (форникал рефлюкс) ёки сийдик чиқариш каналлари (тубуляр рефлюкс) оркали буйрак тукумасига кириши мумкин.

Сийдик йулларининг деворлари буйлаб кутарилган йул ковуқбилан буйрак паренхимасининг орасида, сийдик йулининг субэпителиал тукумалари туфайли узвий алока булиб, бу тукума , буйрак дарвозаси сохасида бевосита буйракнинг оралик тукумасига утиб кетади. Бу суюэпителиал тукумалар оркали инфекция пастки сийдик улларидан, буйракнинг оралик тукумасига таркалиш мумкин деб хисоблайдилар. Сийдик йулининг субэпителиаль тукумасига инфекциянинг кирганлиги сабабли, унинг деворида яллигланиш инфильтрацияси пайдо булиб, у сийдик йулининг кискариш иш фаолиятини бузади. Бундай шароитда, ковуқдан рефлюкс оркали сийдик йули буйлаб, инфекция буйракка кириши мумкин.

Лимфа йули, лимфа томирлари оркали инфекцияни буйракка кириш эхтимоли хали тула ҳам булмаган масала булиб хисобланади. Буйрак ва овкат хазм килиш аъзоларининг уртасида лимфа алокасини ҳамда уларда сийдик инфекциясига ухшаш микробларнинг куп булганлиги сабабли, лимфа

йуллари оркали инфекция буйракка кириб , яллигланиш жараёни пайдо килиш мумкин. Хозирги экспериментал текшириш ва клиник тузатишлар шуни тасдиқладики, пиелонефритда буйракнинг кенгайган лимфа томирларидан инфекция чиқарилади, лекин унга микроблар кирмайди.

Юқорида айтилганидек буйракда яллигланиш жараёнининг ривожланиши учун унга инфекциянинг кириши билан бирга қулай шароит яратадиган омиллар керак. Уларни умумий ва маҳаллий хилларга бўлиш мумкин.

Тананинг умумий ҳолати пиелонефритнинг пайдо бўлишида ва ривожланишида муҳим уринни эгаллайди. Умумий омиллардан энг муҳими иммунологик қаршилик қурсатиш қобиляти бўлиб ҳисобланади. У қупинча узок ва суст давом этиб, тананинг ҳар қандай жойида яллигланиш жараёни бўлган беморларда пасайган бўлади. Иммунологик қаршилик қурсатиш қобилятидаги нуксон, тананинг қабул қилиш фаолиятини, ҳаттоки қучсиз вирулентли инфекцияларни ҳам қабул қилишни ошириб, пиелонефритнинг қайтадан пайдо бўлишига имкон яратади. Бирламчи сурункали пиелонефрити бор беморларнинг 40% да қушимча сурункали касалликлар (остеомиелит, холецистит, ошқозон яраси ва бошқалар) бўлиб утган инфекцион касалликлар, ҳаддан ташқари совиб кетиш, чарчаш ва авитаминозлар иммунологик қаршилик қурсатиш қобилятини пасайтиради. Қандли диабет ҳам шундай омиллардан бўлиб, пиелонефритнинг пайдо бўлишига шароит яратиб, шу касаллиги бор беморларда пиелонефрит 4 марта қупрок бўлиб, қупинча папиллит некрози асорати билан бўлади. Бу туқималарни инфекцияга нисбатан мустаҳкамлигини пасайган бўлиб, қупинча папиллит некрози асорати билан бўлади. Бу туқималарни инфекцияга нисбатан мустаҳкамлигини пасайганлигига боғлиқ.

Пиелонефритнинг пайдо бўлишига маҳаллий омиллардан. Қупинча қулай шароит яратадигани сийдик оқиб чиқилишининг бузилиши бўлиб, уларнинг сабабларидан: буйрак ва сийдик йулларини ҳар хил табиий қуринишдан узгача бўлиши, буйрак ва сийдик йули тоши, простата безининг аденомаси ва сийдик йулларининг торайишилари бўлиб ҳисобланади.

Пиелонефрит табиий қуринишидан узгача бўлган кишиларда буйрак поликистози, такасимон буйрак, қушалоқ буйрак ва бошқаларда 7 марта қупрок пайдо бўлади. Аёлларда юқори сийдик йуллари бушатилишининг бузилиши, ҳомиладорликнинг асоратларида, гинекологик касалликларда ва жинсий аъзоларда бўлган операциялардан кейин бўлиши мумкин.

Баъзи сийдик оқилишининг бузилиши сийдик йулини ташқаридан усма, яллигланиш инфилтрати ёки ривожланган ретроперитонеаль фиброз (ормонд касаллиги) билан босилганда пайдо бўлади.

Ҳар қандай сийдик оқилишининг бузилишида, косача-буйрак жоми ва буйракнинг найча асбобларида гидростатик босим қутарилади. Бундан ташқари буйрак жоми тулиб тошганида, юмшоқ юпка буйрак веналари босилиб, унда босим юқори бўлиб қутарилади. Венада қоннинг тухтаб қолиши, буйракда қон ва лимфа айланишининг бузилишига олиб келади.

Венанинг кон билан тулиши ва стромада шишни пайдо булиши натижасида буйрак ичидаги босим кутарилиб, тукималар трофикаси бузилади. Бу буйрак тукимасининг инфекцияга карши булган кобилиятини пасайтириб, бактерияларнинг тезда купайишига олиб келади.

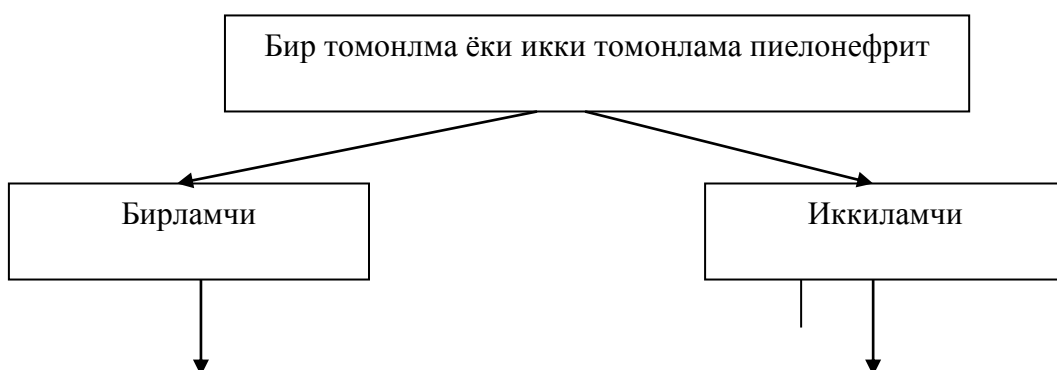
Ковук-сийдик йули рефлюкси мухим шароит яратадиган махаллий омиллардан булиб, купинча у ёш болаларнинг интравезикаль бузилишида (ковук буйнининг контрактураси, сийдик чикариш каналининг стенози ёки копкоги, уруг дунглигининг гипертрофияси, фимоз) простата бези аденомаси ёки сийдик канали торайган ва ковугида узок вақт давом этаётган яллигланиш жараёни булган беморларда учрайди.

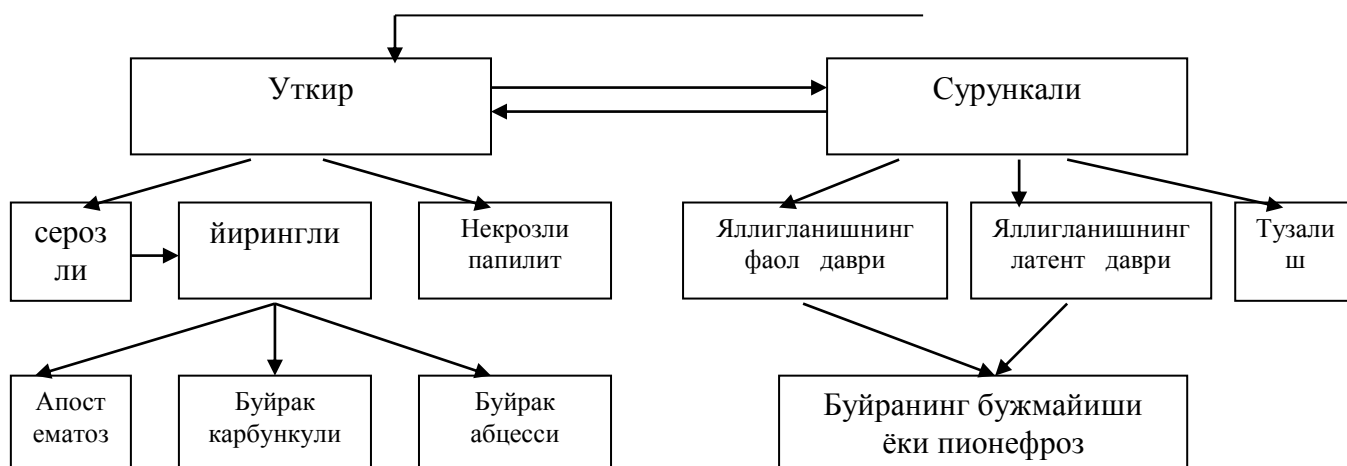
Купинча буйрак ва сийдик йулларини хар хил асбоблар оркали текширганда пиелонефритнинг ривожланишига имкон яратилади. Цистография ва цистоскопия, уретрография, айникса ретроград пиелография «госпиталь» инфекциянинг борлиги сабабли, бу текширишлар катта хавф тугриради, чунки улар жуда куп антибиотик ва кимёвий антибактериал моддаларга юкори даражада мустахкам булади. Хатто ковуқни оддий катетеризация килишга бефарк булиш керак эмас, купинча бундан сунг сийишнинг бузилиши, сийдикда инфекция, уретрит, цистит, простатит, кейинчалик эса пиелонефрит пайдо булади. Доимий катетернинг ковуқда 2-3 суткадан ортик туриб колиши, одатда барча касалларда сийдик инфекциясининг ривожланишига олиб келади.

Пиелонефритнинг ривожланишига имкон яратадиган буйракдаги нокулай махаллий шароитлар сурункали гломерулонефрит, диабет нефросклерози ва буйракнинг сил касалликлари булади. Пиелонефрит бу вақтда касалликнинг боришини ва натижасини анча кескинлаштиради.

Пиелонефрит хозирги вақтда бир неча туркумларга ажратилган Н.И.Пирогов номли II ЛОМД олийгоҳининг урология клиникасида ишлаб чиқарилган пиелонефритнинг туркумланиши содда булиб, буйракдаги инфекцион-яллигланиш жараёнининг давр ва турларини тула ифодалаб беради. (тасвирга қаранг).

ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ ТУРКУМЛАРИ





УТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ

Уткир пиелонефрит куп холларда огир инфекцион касалликка ухшаб, тананинг куринган яккол захарланиши билан кузатилади. Аввал буйрак ва сийдик йуллари касалликлари булмаган булса, уткир пиелонефрит бирламчи булиши мумкин. Агар биронта урологик касаллик сабабли сийдикнинг окиши ёки буйракда кон ва лимфа айланиши бузилса, иккиламчи пиелонефрит деб аталади. Уткир пиелонефрит ахолининг хамма ёшидаги гурухларида учраб, лекин болалар хамда ёш ва урта ёшдаги аёллар купрок хасталанадилар.

Уткир пиелонефритнинг бориши икки даврга булинади: сероз ва йирингли яллигланиш. Буйракнинг огир яллигланиш жараёнига апостематоз (йирингли) пиелонефрит, буйракнинг карбнкли ва абцесси киради. Айрим холларда касаллик тирсаклар некрози асоратини бериши мумкин.

БИРЛАМЧИ УТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ

Илгари буйрак ва сийдик йуллари касаллиги билан огриманган булса бу шартли равишда бирламчи пиелонефрит деб аталади, лекин куп холларда бирламчи пиелонефритдан аввал киска муддатли, одатдаги текшириш усуллари билан аникланмайдиган уродинамикани бузилишлари булади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ.

Уткир серозли пиелонефритда буйрак катталашиб, танглашади, буйрак олди ёг пардаси эса шишган булади. Буйракнинг мия катлами оралик тукималарида куп яллигланиш инфилтратларини асосан кон томирлар буйлаб жойлашган микроскоп остида куринади. Уткир серозли пиелонефритнинг яллигланиш инфилтратларидан йиринглисига утишид, йирингчалар пайдо булиб, куп майда абцесслар факат мия катламида булмай, буйракнинг пустлок моддасида хам хосил булади – апостематоз пиелонефрит ривожланади.

Буйрак пустлогидан пирамидаларнинг тирсакларигача яллигланиш инфильтратлари кулранг-саргиш йулга ухшаб таркалади, баъзида эса тирсакларни некрози ва уларнинг зурлик билан тортиб олинганлиги кузатилади. Микроскоп оркали текширганда лейкоцитар инфильтрация, буйракнинг оралик туқималарида ҳамда буйрак найчаларининг ичидатопилади. Буйракнинг пустлогиди майда йирингчаларнинг кушилишида ёки катта томирларни септик эмбол билан тусилганида буйрак карбункули ривожланиб, унинг юзасидан буртиб чикиб, мия катламининг ичигача таркалади. Яллигланган жойларнинг битишида улар фиброз туқималарга айланиб, буйрак юзасида тортилган чандикларнинг ҳосил булишига олиб келади.

АЛОМАТИ ВА КЛИНИК КУРИНИШИ.

Учта аломат бирламчи уткир пиелонефритга хос булади: танадаги юкори харорат, буйрак соҳасидаги огрик, сийдикдаги яллигланиш жараёнига хос булган узгаришлар (лейкоцитурия, бактериурия). Одатда касаллик лоҳаслик, безгак титроги, тана хароатининг $39-40^{\circ}\text{C}$ кутарилиши, яллигланиш жараёни билан зарарланган буйрак соҳасида огрикнинг пайдо булиши билан бошланади (яъни бел соҳасида, ковурга тагида). Огриклар жадал булиши мумкин, лекин доимо симиллаган булиб, санчик огрикларга хос булмайд. Беморлар бош огригига, умумий кучсизликка, чанкокга, иштаҳанинг йуклигига, баъзида кунгил айнаш, қусиш, кориннинг дам булишига ва ичнинг котишидан шикоят қиладилар. Тил қуруқ ва оппок булади. Томир уриши тез-тез булади.

Кечкурунлар тананинг $39-40^{\circ}\text{C}$ кутарилиб, эрталаб $37-38^{\circ}\text{C}$ пасаяди (82-расмга қаранг). Пастернацкий аломати мусбат булади. Қоидага биноан сийиш бузилмайди, бундан бошқа ҳолларда, қачонки уткир пиелонефрит уткир циститнинг асорати булиб ёки қовукнинг яллигланишга олиб келса, сийишнинг бузилиши мумкин. Қуп терни ажралганлиги сабабли сийдикнинг микдори қамаяди.

Болаларда айниқса ёш болаларда қупинча уткир пиелонефрит тананинг юкори харорати, қусиш, нотинчлик, менингеаль аломатлари билан қуринади. Худди шундай клиник қуриниш ёш болаларда баъзи бошқа инфекцион-яллигланиш касалликларида кузатилади. Шунинг учун уларда айниқса уткир пиелонефритни аниқлаш анча мураккаб.

Таъхиси. Бирламчи уткир пиелонефритнинг бошланиш даврида, қачонки лейкоцитурия булмаган вақтда, касалликнинг клиник қуриниши қупинча холецистит, аппендицит, грипп, ич термала ва бошқа юқумли касалликлар деб ҳато изоҳланади. Шу сабабли бирламчи уткир пиелонефритни аниқлаш муҳим ва маъсулиятли масала булиб ҳисобланади.

Анамнезда тананинг йирингли жойларини борлигига (фурункул, гайморит, пульпит, мастит ва бошқалар) ҳамда булиб утган юқумли касалликларга (грипп, ангина, пневмония, холецистит, энтероколит ва бошқалар) эътибор берилади. Бирламчи уткир пиелонефритга хос аломатлар булган ҳолларда (яллигланиш жараёнини қурсатадиган тана хароратининг

кутарилиши, бел сохасида огриклар ва сийдикнинг узгариши) касалликни аниклаш кийин булмайдию

Уткир пиелонефритнинг ташхисида куп ахамиятга эга булган текшириш тахлил усулларидан биринчи навбатда бактериурия ва лейкоцитуриялар хамда уларнинг даражаларини аниклайдиган сийдикдаги фаол лейкоцит ва Штергеймер-Мальбин хужуайралари булиб хисобланади.

Сийдикни бактериологик текширишда факат микробларнинг хилини аниклаш мақсад булмай, унинг сонини аниклашдан иборат булиб, яъни 1мл сийдикдаги микроорганизмларнинг сони хисобланади. Хозирги вақтда шу нарсa аникландики, соғлом кишиларнинг сийдикдагидан купинча микроорганизмларни аниклаш мумкин, шулар каторида шартли-патогенлилар хам булади (ичак таёкчаси ва протей), чунки аёл ва эркакларнинг сийдик чиқариш каналининг дисталь булимида доимо микроорганизмлар яшайди. Агар соғлом кишиларнинг янги чиқарган 1 мл сийдигида коидага биноан 2^0 - 10^3 гача микроорганизмлар топилса, буйрак ёки сийдик йулларида инфекцион яллигланиш жараёни пайдо булганда, бактериурия сезиларли даражада – 10^5 купайиб, 1 мл сидикда эса ундан хам купрок микроорганизмлар топилади.

Шуни уктириб утиш керакки, аввал сингиб кетган бактериологик текширишлар учун сийдикни аёллардан албатта ковуқни катетеризация килиб олиш керак деган фикр нотугри, чунки катетерни уретра оркали утказган вақтда, ковуқни инфекцияланиши мумкин. Шу сабабли текшириш учун ташки сийдик аъзолар антисептик суюклиги (1:5000 фурацилин эритмаси, 2% борат кислота ва бошқалар) шимдирилган пахта соккача оркали диққат билан тозаланиб, сияётган вақтда сийдикнинг урта кисми олинади. Ажралиб чиқкан сийдик хона хароратида сакланса 1 соатдан, агар музхонада сакланса ($+4^0\text{C}$) 4 соатдан кеч колдирмай сийдик экилиши керак.

Уткир гематоген пиелонефрит ташхисида бактериурия даражасини аниклаш муҳим уринни эгаллайди, чунки бу аломат касалликнинг биринчи кунларида лейкоцитуриядан анча аввал пайдо булади, баъзи холларда бу ягона касалликка хос белгилардан бири булиб хиобланиши мумкин. Лейкоцитурия касалликнинг бошланишидан факат 3-4 кеча-кундуз ва ундан купрок утгандан *****кейин ривожланиши мумкин. Бунини ва пиелонефритнинг кенг тарқалганлиги сабабли шифокор хамма ноаник уткир касалликларда, тана харорати юкори даражага кутарилганда, уткир пиелонефритнинг борлиги хакида уйлаб, одатда килинган сийдик тахлили билан бирга бктериурия даражасини хам аниклаш керак. Бу текшириш хар хил соддалаштирилган усулларини куллаш билан бажарилиб, каттик озик-овкат мухитига (агар) сийдикни экиш, ТТХ нинг (трифенил тетразолийхлорид) кимёвий моддалар билан узаро таъсир этишида, тезликда буялишига караб ва ундан афзалрок ФК-4 ва МФА –2 фазовоконтраст усули билан микроскоп оркали сийдикнинг чуқмасидаги бактериурия даражасига баҳо бериши мумкин.

Бактериурияни бактериологик ва бактериоскопик усуллар билан бирга аниклаш муҳим ахамиятга эга. Баъзи бирламчи уткир пиелонефритли

беморлар антибактериал дориларни 12-24 соат олгандан кейин сийдиги экилса, микроорганизмларнинг усиши булмайди, лекин ёмл сийдикнинг чукмасида 10^5 ва ундан купрок бактерияларни аниклаш имкони булади. Лейкоцитурия пиелонефритнинг мухим белгиларидан булиб, у коидага биноан анча купрок булиб, (микроскопнинг бир куринишида 3-40 лейкоцитлардан купрок) хамма беморларда фаол лейкоцитлар аникланиб, Штернгеймер-Мальбин хужайралари уларнинг ярмидан купрогини ташкил килади. Купчилик беморларда протеинурия кузатилиб, лекин сийдикда оксилнинг микдори 1г/л дан ошмайди. Баъзида бироз цилиндрурия булиб, у копток асбобида яллигланишни курсатади. Ок коннинг ифодаси лейкоцитозга ухшаб, чап томонга силжиши ва СОЭ кутарилиши билан узгариши куринади.

Хромоцистоскопия бирламчи ва иккиламчи уткир пиелонефритнинг фаркловчи ташхис усули булиб хисобланади. Индигокарминни одатдагидек булиб ажралиб чикиши, буйракда бирламчи яллигланиш борлигини айтишг имкон беради. Лекин экскретор урография ёрдамида бу ташхисни ишонч билан куйиш мумкин, чунки бу буйракнинг одатдаги ёки зарарланган буйракнинг иш фаолиятини бироз пасайганлигини ва сийдикнинг окиши учун тусикнинг курсатади. Текширишни сийдик йулларининг умумий рентгенографияси билан бошлаш керак.

Фаркловчи ташхиси. Уткир пиелонефритни купинча умумий юкумли касалликлар (сепсис, грипп ва бошкалар) хамда уткир аппендицит ва уткир холециститлар билан фарклай олиш керак. Касалликнинг биринчи кунларида қачонки унга хос клиник белгилари куринмаса, фарклаш ташхисида кийинчиликлар пайдо булади. Купинча уткир пиелонефрит касаллигининг биринчи кунларига хос белгилардан бри, лейкоцитурияси булмаган бактериурия булиб хисобланади.

Агар буйракда яллигланиш жараёни чегараланган булиб, килинаётган антибактериал даволаш таъсирида аста-секин пасайиб борса, касалликнинг клиник белгилари тобора ноаник булиб, умумий юкумли касалликлар билан фарклаш ташхиси анча кеч булганлиги сабабли кийинчилик пайдо килади. Бу холларда, бироз булган лейкоцитурия ва сийдикда фаол лейкоцитларнинг булиши, пиелонефритнинг хисобига эканлигини унутмаслик керак.

Куричакнинг чувалчаксимон усимтаси чанокка жойлашган вактида сийиш тез-тез булиб, уткир пиелонефритни уткир аппендицитдан фарклаб олиш зарур булади.

Лекин аста-секин чот ва ёнбош соҳасига огрикларнинг кучайиши ва корин пардасининг таъсирланиш белгилари, уткир аппендицитнинг борлигининг гувоҳи булади. Бундан ташқари, тугри ичак оркали пайпаслаганда кескин равишда булган огрик аникланади. Куричакнинг чувалчангсимон усимтаси ретроцекаль жойлашган булса, одатда корин пардасининг таъсирланиш белгилари йук булади, лекин огрикларнинг хусусиятлари ва уларнинг жойлашиши аппендицитга хос булади. Уткир пиелонефритни уткир аппендицитдан фарқи, бунда огрик эпигастрия соҳасида пайдо булиб, кунгил айнаш ва кусиш билан кузатилиб, ундан сунг

огрик унг ёнбош соҳасига утади. Уткир аппендицитда тананинг харорати аста-секин кутарилиб, юкори ракамларда тургун булиб туради, уткир пиелонефритда бирданига 38,5-39⁰ С гача кутарилиб, калтирок ва куп тер чикиш билан кузатилиб, эрталаб бирданига тушиб одатдаги ракамларгача пасайиши мумкин.

Уткир пиелонефритни ва уткир холециститдан фарклаш ташхисида шуни хисобга олиш керакки, холециститда огрилар унг ковурга тагида булиб, курак ва елкага таркалиши ва корин пардасининг китикланган белгилари булиши унга хос булади.

Уткир пиелонефрит, уткир аппендицит ва уткир холециститларнинг фарклаш ташхисида, сийдикнинг таекширилган маълумотлари муҳим аҳамиятга эга лейкоцитурия, анча булган бактериурия ва сийдикда фаол лейкоцитлар сонинг куп булиши – уткир пиелонефритнинг белгисидир.

Давоси. Бирламчи уткир пиелонефритнинг давоси куп холларда консервативдир.

Беморнинг кун тартиби курпа-ёстик килиб ётишдан иборат булиши керак. Куп суюкликларни истеъмол килиш (шарбатлар, ширали ичимликлар), бир кеча-кундузи 2-2,5 литргача, углеводга бой булган овкатларни (пудинглар, енгил хамир овкатлар, хул ва пиширилган мевалар ва бошқалар) ва сутли, нордон оксиллар (сузма, катик ва бошқалар) тавсия қилинади. Уткир пиелонефритда куп оксилларнинг парчаланиши сабабли беморларга парентераль орқали оксил суюкликларини юбориш керак.

Беморларнинг ахволи яхшилангандан кейин, енгил хазм буладиган оксиллар (тухум ва сут билан қилган куймок, бузук гушти) хисобига пархез кенгайтирилади. Агар беморда икки томонламам огир буйрак зарарланиши, юкори артерия босими билан булмаса, ош тузи чегарланмайди.

Даволанишнинг асосий мақади касалликнинг таркатувчисига антибиограмма маълумотларига асосланиб , антибиотик ва кимёвий антибактериал моддалар билан таъсир қилишдан иборат.

Уткир пиелонефритнинг давоси , буйрак яллигланишжараёнини тез йукотадаи, унинг йиринг-некротик босқичига утишга йул қуймайдиган, сийдикнинг микрофлорасига сезгир булган, энг фойдали антибиотик ва кимёвий антибактериал моддаларни беришдан бошлаш керак. Сийдик флорасини антибактериал моддаларга сезгирлигини аниқлаш учун нусха гардиш ёрдами орқали 2 кеча-кундуз керак булиб, ТТХ-тестга асосланиб, тезлаштирилган усулида натижасини 6-9 соатдан кейин олиш мумкин. Бу усулни хар қандай поликлиникада қуллаш мумкин, чунки буни ишлатишда бактериологик таҳлилхона талаб қилинмайди.

Усулнинг моҳияти шундан иборатки, бир нечта тоза бир томони берк шиши найчаларга беморнинг 2 мл сийдиги ва 0,5 мл ТТХ эритмаси қуйилади. Ундан кейин ҳамма бир томони берка шиша найчаларга (назоратдан ташқари) қандайдир антибактериал моддалар маълум микдорда қуйилиб, улар 6-9 соат харорати 37⁰ С булган термостатга қуйилади. Бундан кейин текширишлар натижасига баҳо берилади. Микроорганизмнинг усиб ва қупайиш жараёнида дегидрогенезалар ҳосил булиб, улар рангсиз ТТХ

эритмасини кизил рангли булган трифенилформазинга утказадилар. Сийдикнинг флорасини ТТХ таъсири тула босса, сезгирлиги шу моддага бор деб хисобланади, назоратда турган бир томони берк шиша найчадагига караганда, унинг таъсири тезлиги пасайган булса – кучсиз сезгирли, таъсир тезлиги назоратда турган бир томони берк шиша найча тезлиги билан худди ухшаш булса, сезгирли эмас деб айтилади.

Агар касалликнинг кузгатувчисини замонавий антибактериал моддаларга сезгирлигини тезлик билан аниклаш мумкин булмаса, микроорганизмларнинг хилига караб сезгирлигига тахминан хукм чикаришга тугри келади. (2-жадвал), чунки пиелонефритнинг асосий кузгатувчиларини замонавий антибактериал моддаларга тахминан сезгирлик маълумотлари мавжуд. Агар уткир пиелонефритли беморнинг сийдигидан касаллик кузгатувчисини ажратиб чикаришнинг иложи булмаса, касалхона ётгунга кадар килинган антибактериал даволаш фойдали булса, уни давом эттириш керак.

2-жадвал.

Пиелонефритнинг асосий кузгатувчиларини антибактериал

моддаларга сезгирлиги

Микробнинг тури	Антибактериал моддаларга сезгирлик %													
	пенициллин	стрептомицин	левомицетин	тетрациклин	эритромицин	мономицин	неомицин	тетраолеан	ампициллин	карбеницилли	Неграм (невиграмон)	Гарамидин(гентамицин)	фурагин	5-НОК
Ичак таёкчаси	5	12	52	23	8	56	54	43	65	72	54	78	48	74
Протей таёкчаси	0	11	37	14	5	33	29	31	67	13	43	61	31	44
Кук йиринг таёкчаси	0	2	13	2	1	12	10	15	8	58	23	33	24	27
Стафилококк	22	12	10	18	45	35	38	59	62	73	27	61	32	44

Бисептол ва потесептилнинг тадбир килиниши ва клиник амалиётда кулланиши сабабли пиелонефритни даволашда сульфаниламид моддаларнинг ахамияти куринарли даражада ошди. Улар бир кеча кундузи 1 граммадан 2 марта 7-10 кун давомида кулланиладиган булади. Улар кук йиринг таёкчасидан ташкари купчилик узига хос булмаган буйрак яллигланиш касалликларига нисбатан кенг таъсир килиш қобилятига эга. Бироз фойдаси булган сульфаниламид моддаларни (сульфадиметоксин, этазол, уросульфан ва бошқалар) бир кеча-кундузи 0,5 грамдан 4-5 марта

беради. Сульаниламид моддалари суюкликни куп истеъмол килиш билан (бир кеча-кундузи 2 литргача) кабул килинади.

Урологияда кейинги 20 йил мобайнида нитрофуран каторидаги моддалар (фурагин, фурадонин, солуфар ва бошкалар) муваффакият билан ишлатилмокда. Улар грамманфий флорага сульманиламид моддаларга ухшаб таъсир килиб, энтерококк ва стафилококкга мухим таъсирини утказди. Нитрофуран моддаларнинг яхши томонидан бири шундан иборатки, уларнинг сийдик инфекциясига аста-секин резистентлиги ривожланади. Фурагиннинг калий тузи- солафур сувда яхши эриб, моддани венага юбориш учун имкон беради. Нитрофуран моддаларини кенг ва узок йиллар давомида кулланилишига карамай, сийдик флорасининг сезгирлиги узига хос булмаган буйрак ва сийдик йуллар яллигланишлари булган беморларда уларга нисбатан деярли пасаймайди. Киши танасидан нитрофуран моддаларининг асосий чикиш йули – сийдик билан булиб, шу сабабли сурункали буйрак етишмовчилиги булган беморлар танасида унинг тухтаб колиши туфайли захарланиши кузатилади.

Невиграмон (синонимлари: неграм, налидиксин кислотаси) купчилик грамманфий микробларга, булар каторида вульгар протейга хам таъсир кучи булади. Кук йиринг таёкчаси бу моддага чидамли булади. Налидиксин кислотаси нордон ва ишкорий мухитда хам инфекцияга бактериоцид таъсир курсатади. Бу модданинг нисбий захарлигининг борлиги сабабли 2 хафтадан купрок бериш мумкин эмас. Агар бу моддани бериш зарурати булиб колса, унда модданинг меъёрини икки марта озайтириш керак.

Грамури (оксолин кислотаси) – хозирги замонда энг куп фойдали кимёвий антибактериал моддалардан бири булиб хисобланади. Уни 0,25 граммдан бир кеча-кундуз 4 марта 12-15 кун давомида берилади. Бу модданинг кадр-киммати шундан иборатки, унга госпиталь штамм микроорганизмлар купинча сезгирли булиб, улар одатда купчилик кулланилаётган антибиотик ва антибактериал кимёвий моддаларга мустахкам булади.

Ватанимизда ишлаб чикарилган нитроксолин моддани, кимёвий тузилиш ва узининг яхши таъсир кучини курсатган Югославия 5-НОК моддасига ухшайди. Буйрак ва сийдик йулларининг узига хос булмаган яллигланиш касалликларининг асосий кузгатувчиларига нисбатан нитроксолин кенг спектрли таъсир этиш кобилиятига эга. Агар бошка моддаларни (невиграмон, сульфаниламидлар) сийдикда етарли даражада концентрацияси йигилмай, керакли терапевтик таъсири булмаса, куп микдорда сийдик билан ажралиб чикса, сурункали буйрак етишмовчилиги билан хасталанган беморларни даволаш учун куллаш мумкин.

Пиелонефритнинг кузгатувчиларига нисбатан энг куп фойдали антибиотиклардан карбенициллин (бир кеча-кундуз 1 г дан ; марта), ампициллин (биркеча-кундузи 0,5 г дан 6 марта), гентамицин сульфат (бир кеча кундуз 40 г дан 4 марта ёки кеча-кундузи 80 мг дан 3 марта мушак ичига юборилади), цепорин, кефлин (бир кеча-кундузи 0,25 г дан 4 марта мушак ичига юборилади), левомецетин (бир кеча-кундузи 0,5 дан 4 марта

ичирилади), дисульфат канамицинлар (бир кеча-кундузи 0,5г дан 2 марта мушак ичига юборилади) булиб хисобланади. Пиелонефритни даволанаётган вақтда кулланилаётган антибиотик ва кимёвий антибактериал моддаларга инфекцияни мустахкам булиб колмаслиги учун уларни хар 5-7 кунда алмаштириб туриш керак.

Карбенициллин кук йиринг ва вульгар протейига таъсир этиш учун танланган моддадир., чунки, шифокорнинг ихтиёрида бу хил микроорганизмларга таъсир этиш кобилиятига эга булган моддалар оз булади. Буйракда инфекцион-йиринг жараёни огир булиб, септицемия билан кузатилса, бу модданинг захари озрок булганлиги туфайли унинг меъерини 30 г гача купайтириш мумкин. Модда вена ичига юборилади. Карбенициллинни пенициллинга аллергияси булган беморларга бериш мумкин эмас, чунки бу холларда худди шундай аллергия булиши мумкин.

Ампициллин грамманфий ва граммаусбат микроорганизмларга карши фаол булиб хисобланади. Пенициллиназани хосил килаётган стафилококклар, ампициллинни инактивация килади, шунинг учун уларга таъсир эта олмайди. Сийдикнинг хар кандай таъсирига бу модда фаол булади.

Ярим синтетик цефалоспоринлар протей, ичак таёкчаси-гемолитик стрептококк, плазма коагуляция киладиган стафилококк хамда пенициллиназани хосил киладиган стафилококк инфекцияларига фойда беради. Буйракнинг одатдаги иш фаолиятида моддаларнинг меъери бир кеча-кундузи 160-240 мг булади. Гентамицин сульфат буйракдан фильтрация йули билан чиқади, шунинг учун иш фаолияти паст булган беморларга у эхтиёткорлик билан тайинланади. Коптокчалар фильтрацияси 60 мл дакикадан паст булса, модданинг меъерини икки марта озайтириш керак.

Канамицин дисульфат гентамицинга ухшаб бактериоцид хусусиятга эга булиб, битта гурухдаги антибиотикларга – аминокликозидларга киради. Бу моддалар сийдикнинг ишкорий таъсирида анча фаолдир. Модданинг мухим бахоси шундан иборатки, у вульгар протейга анча фойдали, чунки у одатда жуда куп антибиотикларга мустахкам булиб хисобланади. Бу модда гентамицин сульфатга ухшаб, асосан коптокчалар фильтрацияси оркали сийдик билан ажралиб чиқади. Шунинг учун уни буйрак иш фаолияти паст булган беморларда эхтиёткорли билан куллаш керак, ундан ташкари, у VIII жуфт мия нервларига нисбатан захарли хусусиятга эга булиб, кар булишга олиб келадию

Тетраолеан (синоними : сигмамицин) кенг спектрли таъсир этиш кобилиятига эга булиб, биринчи куллашда у жуда фойдали антибактериал модда булиб хисобланади. Хозирги вақтда граммусбат ва грамманфий бактерияларнинг куп хиллар узининг сезгирлигини бу антибиотикларга йукотди, шунингучун уларни антибиограммаларнинг маълумотисиз тайинлаш ва венага хам юбориш мумкин эмас.

Касалликнинг рецидив булиш эхтимолини ва унинг сурнкали шаклига утиб кетмаслигиучун антибактериал даволашни узлуксиз 6 хафтагача давом эттириш мумкин. Бу шу нарса билан боглики, буйракка инфекцияни кириш

вактидан бошлаб уткир пиелонефритнинг даври яхши кечса, яллигланиш жараёнини тула йук булиб кетиши учун уртача 5 ҳафта утади.

Кейинги йилларда антибактериал моддаларнинг иммунологик ахволини кучлантирадиган дорилар муваффақият билан кушиб берилмоқда. Булардан энг фойдалироғи текарис (левамизол) булиб, уни 150 мг дан ҳафтада бир марта ичиш учун 6-8 ҳафта давомида берилади, продигиозан – 50 мг дан ҳафтасига мушак ичига 6-8 ҳафта давомида берилади. Танада иммунологик ахволни кучайтирадиган кобилиятга эга булиб, витаминлар, алоэ экстракти ва бошқа моддалар ҳисобланади.

Бирламчи уткир пиелонефрит давоси эрта бошланган купчилик беморларда унинг даври яхши булиб утади. 3-5 кеча-кундуздан кейин тана ҳарорати одатдаги рақамгача пасаяди, беморнинг умумий ахволи яхшиланиб, бел соҳасидги оғриқлар озайиб, кейинчалик йук булиб кетади. Биринчи ҳафтада бактериурия, кейинчалик лейкоцитурия, 7-10 кундан кейин йук булиб кетади. Яқин 3-4 ҳафтада СОЭ одатдаги рақамларгача пасаяди. Умумий бушашлик анча вақт давом этиб, касалликнинг бошланишидан 3-4 ҳафта кейин купчилик беморларда клиник соғайиш бошланади.

Лекин баъзи шароити яхши булмаган беморларда (айрим вирулентли инфекция, тана иммунологик кучининг анча пасайиши бирламчи уткир пиелонефрит жуда шиддат билан утиб, 2-3 кеча-кундуздан кейин апостематоз пиелонефрит ёки буйракда куп каббункуллар ривожланганлиги сабабли операция қилиш зарурати булиб, буйракнинг декапсуляцияси бажарилиб, йирингли жойлар ёрилади, буйрак тотал равишда зарарланса, нефрэктомия қилинади.

Уткир бирламчи пиелонефритнинг даври яхши утса, беморлар касалхонада даволаниш учун уртача 10-12 ку булиб ундан кейин амбулатория шароитида узлуксиз антибактериал моддаларни қабул қилб, 6 ҳафта давомид мунтазам равишда уролог назоратида булади. Клиник соғайгандан кейин антибактериал даволанишдан 2-3 ҳафта таннафус қилиш керак. Ундн сунг беморнинг қон ва сийдигини синчиклаб текшириб, назорат қилиш керак. Сийдик текширишига қуйидагилар қиради: умумий таҳлил, усулларнинг бири билан лейкоцит, эритроцит ва цилиндрларнинг сонини ҳисоблаш, ҳамма бактериуриянинг даражасини ва сийдик микрофлорасининг хусусиятлари аниқланади.

Агар беморда касалликнинг ремиссияси булса, рецидивга қарши унга 6 ой мобайнида, ҳар ойда 7-10 кун давомида антибактериал даволаш олиб борилади. Даволаш учун аввал пиелонефрит кузгатувчисининг сезгирлиги аниқлб, шу тегишли моддаларни ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Кейинчалик касалликнинг авж олиш белгилари булмаса, 2 йил мобайнида, ҳар 3 ойда бир марта назорат текшириши утказилади. Бирламчи уткир пиелонефрит булиб утган беморларни рецидивга қарши даволаш ва уларда узок вақт диспансер назоратини кузатиш зарурати шундан иборатки, бу беморларни узок вақтдан кейин (пиелонефрит хужумининг 2-2,5 йилидан кейин) текширганда, уларнинг 20-28 % да касалликнинг сурункали шакли аниқланади.

Натижаси. Агар утказилган антибактериал даволаш касалликнинг тургун ремиссиясига олиб келса, уткир бирламчи пиелонефритнинг натижаси яхши булади. Агар уткир пиелонефрит касалликнинг сурункали шаклига утса, асоратларнинг (сурункали буйрак етишмовчилиги, нефроген гипертензия, сийдик тош касаллиги) ривожланиши туфайли натижаси. Равшан булмайди.

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:
«Қора қутича, ўргимчак ини»**

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 соат олдин эпигастрал соҳада бошланган оғриклар кейинчалик унғ енбош соҳага утди, бир марта қайд қилиш кузатилди. Сизни ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Беморнинг тана ҳарорати баланд, этининг увушиши ўнг бел соҳасида симмилаган оғриқ бел соҳалари носиметрик, беморнинг ҳолати мажбурий – сколиоз чапга. Ўнг оёғи қорин томонга тортилган. Ўнг буйрак соҳаси уриб қурилганда оғрикли. Умумий рентгенда касалланган томонда бел мускуллари контури аниқ билинмайди.

Сизнинг ташҳисингиз ва тактикангиз?

2. 40 ёшли беморда вақти – вақти билан юраги иситманинг бўлиши, ўнг бел соҳасида оғриқ борлиги безовта қилади. Пальпация қилинганда ўнг буйрак катталашган, озроқ оғрикли. Сийдик тахлили ўзгаришсиз. Қайси касалликлар тўғрисида ўйлаш керак ва беморни қандай текшириш керак?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташҳис ўтказиш ва сўнги ташҳисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, Роздольский симптоми)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШҲИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШҲИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташҳис ўтказиш ва сўнги ташҳисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташҳисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташҳис ўтказиб сўнги ташҳисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. Буйракларни пайпаслаш ва тукиллатиш симптоми

Босқич №	Тадбир	Максимал балл	Тўғри жавоб	Нотўғри жавоб
1.	Буйраклар беморнинг куракда ётганда, ёнбош ҳолатида ва эхтиёж бўлганда тик турган ҳолда пайпасланади. Қорининг олди мушаклари таранглигини камайтириш учун беморга оёқларини тизза ва сон бўғимларида букиб ётиш сўралади.	20	20	0
2.	Буйраклар пайпаслаганда врач беморнинг ўнг тарафида, юзи билан кроватнинг бош тарафига қараб ўтиради.	20	20	0
3.	Ўнг буйракни пайпаслаш учун чап	30	30	0

	кўл бемор белининг остига қовурға-умуртқа бурчагига кўйилади. Ўнг кўлининг бармоқлари қориннинг олдинги девори орқали қовурға ёйи остига жойлаштирилади ва иккита кўлининг бармоқлари бир-бирига яқинлаштириб пайпасланади. Чап буйракни пайпаслаганда ўнг кўлни бел тарафдан қовурға-умуртқа бурчагига, чап кўл эса чап қовурға-ёйи остига жойлаштириб пайпасланади. Буйракни ёнбош ҳолатда ва тик турганда ҳам худди шундай усул билан пайпасланади.			
4.	Тукиллатиш симптоми бемор ёнбошга ётганда ёки тик турганда белнинг қовурға-умуртқа бурчагига ҳар томондан қафтнинг қирраси билан қиска-қиска қилиб секингина уриб кўрилади. Соғлом одамда тукиллатиш симптоми манфий. Агар уриб кўрилганда оғрик сезилса, тукиллатиш симптоми мусбат ҳисобланади, бу эса буйрак ва буйрак атрофидаги ёғ клетчаткасида патологик ҳолат бўлганда кузатилади.	30	30	0
	Жами	100		



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

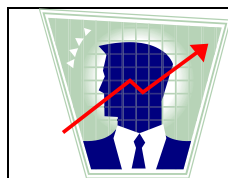


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб

			беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни

			исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги(мин.)	
			180	225

1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти- риш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармо н ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник- лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижалар ини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрлани ш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

- Асоратланган пиелонерфит касаллиги хақида тўлиқ маълумот?
- Буйрак апостематози хақида тушунча?
- Буйрак абсцесси хақида тушунча?
- Буйрак карбункули хақида тушунча?
- Буйрак апостематози, карбункули, абсцессини диагностикаси?
- Буйрак апостематози, карбункули, абсцессини диагностикаси?
- Буйрак апостематози, карбункули, абсцессини оператив даволаш усуллари?
- Паранефрит . Тасниф. Даволаш йўллари?

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
4. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

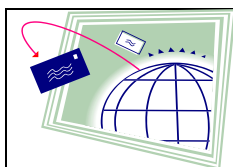
5-Мавзу: Пастки сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали цистит. Простатитлар. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Замонавий ташхислаш усуллари ва даволаш.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	5. Аудитория тозаллигини назорат қилади 6. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 7. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

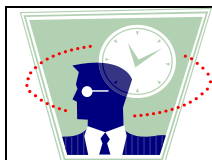
	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Пастки сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир ва сурункали цистит. Простатитлар.



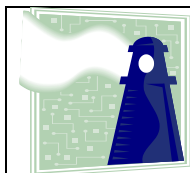
1. Машғулоти ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўткир аппендицит асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини таҳлили қилиш.

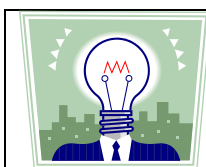
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

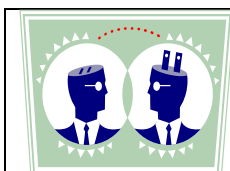
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



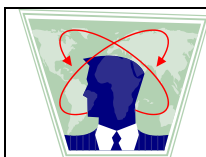
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Цистит – қовуқ деворидаги инфекция – яллиғланиш жараёни кўпроқ қовуқни шиллиқ қаватини эгаллайди. Бу қовуқни энг кўп учрайдиган касаллиги. Бу қовуқнинг фаолиятини бузулиши ва сийдик чшкмасининг ўзигахос ўзгаришлари билан кечади.

ЭТИОЛОГИЯСИ: касаллик жуда кўп тарқалганлиги илан айниқса аёллар ўртасида жиддий тиббий муаммо туғдиради. Тахминан 20-25 % аёлларда у ёки бу кўринишда цистит билан оғрийди., 10 % аёлларда сурункали қайталанувчи цистит билан

оғрийди. АҚШ да ҳар йили 3 млн аёл дизурия сабабли ҳакимларга мурожаат қилади. Цистит эркакларга, болаларга нисбатан 3 маротаба кўп кузатилади. (асосан 4-12 ёшларда). Ҳамма циститлар ўзининг генезида инфекция билан боғланган.

Циститни келиб чиқишида баъзи бир химик моддалар – шиллиқ пардани таъсирловчи, масалан терпенла, кантаридлармаълум бир рол ўйнайди.

Шундай ўзгаришлар уротропин, нитробензолни кўп миқдорда қўллаганда келиб чиқади.

ПАТОГЕНЕЗИ: Микроорганизм сийдик пуфагига ҳар хил йўллар билан тушиши мумкин.

- юқорига кўтарилувчи
- сийдик каналидан ҳамда аногенитал соҳадан
- пастга тушувчи – буйраклардан ва юқори сийдик йўлларида
- лимфоген – қўшни чанок аъзоларидан.

Инфекциянинг тушиш жойи ёнма-ён жойлашган.

Уретра стриктуралар: простата беги гиперплазияси уретра ва простата безининг жароҳатланиши, ҳомиладорлик, бачадон миомаси, кичик чанок аъзоларининг касалликлари, қовуқни механик қисилиши, унинг деворларини трофикасининг бузилиши, нейроген бузилишлар, ёт жисмлар, тошлар, эндоскопик текширишлар жараёнидаги жароҳатланишлар циститга олиб келади. Циститга олиб келадиган умумий касалликлардан қуйидагиларни кўрсатиб ўтиш лозим: анемия, қон кетиш, қон айланишининг бузилиши, юрак фаолиятининг бузилиши, диабет, тананинг совуқ қотиши оми асосий аҳамиятга эга. циститга олиб келадиган асосий омиллардан бири бактерияларнинг адгезияси уроэпителиал тўқималарга инвазияси ҳамда қуйи сийдик йўлларида уродинамиканинг бузилиши тан олинган.

Циститга олиб келувчи патогеник механизмлар қовуқнинг антибактериал механизмларни декомбинация олиб келувчи омиларни аниқ бир схема шаклида намоён қилиш мумкин.

Патоген микрофлорадан ташқари циститга олиб келувчи омиллар қуйидагилар ҳисобланади:

1. Қовуқ деворларида ҳамда кичик чанок аъзоларида қон айланишининг бузилиши
2. Қовуқнинг эвакуатор фаолиятининг бузилиши
3. Организмнинг қаршилик кучининг пасайиши (гиповитаминоз, совуқ қотиш, чарчаш).
4. сийдик билан ажралувчи кимёвий, захарли моддаларнинг қовуқ деворига салбий таъсири ҳамда радицион терапия.

ТАСНИФИ. Циститлар таснифланади:

- босқич бўйича: ўткир, сурункали;
- кечиши бўйича: бирламчи, иккиламчи.
- этиология ва патогенези бўйича, инфекцион, кимёвий, радиациядан сўнг аллергия ҳамда ҳоказо;
- морфологик ўзгаришларга бўйича: катарал, геморрагик, гангреноз, интерстициал х.к

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ:

Цистит жуда кам учрайдиган патолог - анатомик топилма бўлганлиги учун циститлардагистологик кўриниш асосан биопсия материаллари ва таҳсисдан кейинги олинган материал асосида ўрганилади. Ўткир циститда шиллиқ қаватда гиперемия пайдо

бўлади, у ўз ялтироклигини йўқотиб, шишиб туради. оқибатда уни юзасидан фибрин пардалари ёпишиб туради.

Аниқ бир ҳолатларда ўткир цистит геморрагик тус олади. Субэпителиал қават эритроцитлар билн инфильтрацияланади, шиллиқ қват қонаб туради. кейинги кечиши грануляцион тўқиманинг ҳосил бўлиши билан кечади.

Агар мушак толаси йирингли эриб кетиш ҳолати бўлса, унда Суз флегмоноз цистит ҳақида боради, бунда тўсатдан қовуқ перфорацияси кузатилади. Оғир ҳолатларда қовуқ деворининг гангреноз эриб кетиши мумкин.

Сурункали цистит ҳар қандай ҳолатда ўткир яллиғланиш жараёни билан кечади. Баъзан микрообцесслар пайдо бўлиб, улар қовуқ бўлиши ёрилиши мумкин. Сурункали циститнинг оғир ҳолатларида ҳама ўзгаришлар ўткир дегенератив ўзига хос ўзгаришига эга бўлади. Қовуқда бу шаклда инфекциянинг кириш эшиги (уретернинг қуйилиш жойида, окма яралар, срункали жароҳат соҳаси тошлар ва ҳ.к) шиллиқ қават меплазияга учрайди, кистоз ва грануляцион цистит элементлари пайдо бўлади. Кўрсатилган элементлар чуқур қаватларни эпители некрозга олиб келиб, қовуқга яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Некроз бўлган соҳаларда тузлар чўқади. Кейинчалик жараённи авж олиши охир оқибатда қовуқ деворининг перфорациясига олиб келади. Мушак қавати тўлиқ йўқ бўлиб кетиб, чуқур қайтмас функционал бузилишлар келиб чиқади.

Қовуқ деворининг сурункали таъсирлашдан кўпинча кистоз цистит элементлари пайдо бўлади. Кисталар кўпинча шиллиқ ости қаватида жойдашиб, майда шарсимон донга ўхшаб, қовуқ ичига бўртиб чиқиб туради. Шиллиқ қават улар атрофига яллиғланган бўлиши кўпинча мўтадил кўринишга эга бўлади. Агар бу кисталар кўп миқдорда бўлса, гистологик кўриниш, йўғон ичак кўринишин эслатади. Қовуқ деворини эпителия қаватида узоқ давом этган ўзгаришларга эпителий метаплазияцияси цилиндрик эпителийга айланади. Қовуқ лейкоплакияси қовуқ шиллиқ пардасини сурункали инфекция ёки механик таъсирларга бўлган реакцияси

(жавоби) бунда кўп қаватли ўтувчан юпқа эпитей билан алмашади.

КЛИНИК КЕЧИШИ:

Ўткир цистит одатда бирор провокация қилувчи омилдан сўнг тўсатдан пайдо бўлиб (сов қотиш асбоб – анжмлар текширувидан сўнг, коитус ва ҳ.к) тез – тез оғриқ билан сийиш (дизурия). Қовуқ соҳасида ва оралик соҳасида оғриқ бўлиши, сийиш акти охирида қон кетиш биан кечади.

Яллиғланиш жараёни қовуқда кучли бўлса, шунча кўп сийишга чақириқ ва оғриқ интенсив бўлади. Циститнинг оғир шакларида беморлада ҳар 15-20 дақиқада кеча ва кундуз сийишга мажбур бўладилар. Шииллиқ қаватдаги яллиғланиш жараёни доимий оғриқ импульслари детрузорнинг қисқаришига ва қовуқ ичидаги босимнинг ошишига олиб келади. Шу сабабли қовуқда тўпланган озгина сийдик ҳам императив сицйишга чакиради. Ўткир цистит билан оғриган беморларнинг сийдиги кўп миқдорда, лейкоцитлар, эритроцитлар, бактериялар, эпителийларнинг узулиб тушиши оқибатида лойқа бўлиши мумкин. Ўткир цистит кам ҳолларда тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади, амалда қовуқдан сийдик резорбция бўлмайди.

Сурункали цистит ҳар хил клиник кўринишга эга. қориннинг пастги қисмларида енгил дискомфорт сезишдан то кучли ривожланган қовуқ соҳасидаги оғриққача, кеча ва кундузги поллакиурия императив сийишга чакирадиган кўринишда бўшлади. Сурункали цистит синдромларини ривожланиш даражасига қараб 2 та асосий гуруҳга бўлиш мумкин.

1. биринчи гуруҳ тўлқинсимон кечиши. Даврий равишда хуруж олиши худди ўткир циститдек кечиши ёки ярим ўткир шаклда даврий равишда қайталаниб кечиши, ремиссияланиши, қачонки клиник лабаратор бактериологик кўрсаткичлар фоал яллиғланиш жараёни бўлмаса.

2. – гурух. Клиник лабаратор кўрсаткичлари қовукда барқарор фаол яллиғланиш жараёни бўлган беморлар ташкил этадилар.

Қийноқли, доимий ва ривожланган дизурияни интерстициал радиациядан сўнг химик цистит билан оғриган беморларда учрайди. Кўпроқ аёлларда учровчи интерстициал цистит касалликни мустақил нозологик шакли бўлиб ҳисобланади. Беморлар қовук соҳасида доимий қийноқли оғриқ сезадилар, қовук тўлиши билан оғриқнинг кучайишини оралиқ соҳасида оғриқ сийишга императив чақириқни бўлиши билан кеча – кундузида 100-150 марта такрорланиши мумкин.

Интерстициал цистит билан оғриган тахминан 10 % беморларда қовукнинг бужмайиши кузатилиб, микроцистис пайдо бўлади.

Касаллик аутоиммун табиатга эга.

Муциннинг танқислиги (қовукнинг юза қисмидаги нордон мукополисахаридлар) интерстициал циститнинг патогенетик омили деб тан олинган. Бу гурух беморларнинг сийдигида эндоген метаболитоксинларнинг экзоген омилларнинг токсик таъсири бўлишимумкин деб қаралади. Радиациядан кейинги қовукнинг шикастланишига ҳам жуда кучли дизурия кузатилади. Дастлабки реакциялар 10-15% кейинроқ 3-10% беморларда кузатилади. Нурланишдан кейинги дастлабки симптом оғриқ билан тез-тез сийишдир. Баъзан нур билан даволашдан сўнг ўз – ўзидан сийдикни ноҳуш ҳид билан кам – кам кузатилиши кузатилади.

ТАШХИСЛАШ:

Ўткир циститнинг ташхиси қуйидаги белшилarga асосланади:

- дизурия
- пиурия
- терминал гематурия
- қов соҳасида оғриқ.

Ташхисни лаборатортекширишлар тасдиқлайди (сийдикни ўрта порциясида лейкоцитларнинг кўп бўлиши).

Сурункали циститнинг ташхиси қийин муаммо бўлиб, уролог ҳақимдан жуда машаққатли интилишни ва қатор клиник ва параклиник текшириш усулларида фойдаланишни талаб қилади. Узоқ давом этувчи рецидивли дизурияда бир нечта тамойилли масалани ечиш керак:

- биринчи ўринда сийдик тизимини инфекцион – яллиғланиш жараёни билан жароҳатланганлигини тасдиқлаш;

- жараёни топиқ ташхислаш, сийдик тизимини шикастланиш ўрнини аниқ қилиш (юқори ёки пастги сийдик йўллари), циститни бошқа буйрак касалликларидан фарқлай билиш;

- асосий диагностик масалани ҳал қилишда катта ахборотга (маълумотга) эга текширишлар қуйидагилар:

- а) гигиеник ва сексуал одатларни аниқлаб, анамнез йиғиш;
- б) лаборатор текширишлар
- в) креслода сийдик таносил аъзоларини текшириш
- г) асбоблар билан текшириш
- д) уродинамик текширувлар
- е) ультрасонография
- ж) цистоскопия ва қовукни миктифокал биопсия қилиш.

Бактериологик текширишда бактерияларнинг бўлмаслиги қовукда инфекцион – аллергик жараёни йўқлигини инкор қилмайди. Бундай ҳолларда янада кенгрок текширишга кўрсатмалар бор.

Интерстициал цистит билан оғриган беморларни сийдиги стерил бўлади. Сийдик йўллариининг сили гумон қилинганда 24 соатлик сийдикни бир неча маротаба махсус

мухитга экиб кўриш лозим. Патенциал қўзғатувчиларни экилган мухитда топилиши ўз – ўзидан сийдик йўлларида инфекция бор деган гап эмас.

Бунда экилган микробларнинг миқдори аҳамиятга эга. Микроблар миқдори 1 мл сийдикда 10.000 бўлиши клиник белгилари бўлмаса ҳам, сийдик йўлларида инфекцияланганлигидан далолат беради. Симптомлар йиғидисининг ўхшашлиги билан цисталгия ва сурункали циститнинг дифференциал ташхиси қийинчилик туғдиради. Цисталгиянинг пайдо бўлиши ҳар хил интенсивликдаги қов соҳасидаги уретрада оғрикнинг бўлиши, поллакиурия бактериал циститни эслатади. Оғрикнинг кучайиши менструал цикл, сексуал контакт, эмоционал бузилишлар билан боғлиқ.

Сийдик таҳлилида патологик узгаришлар бўлмайди. Бу синдромда сийдик инфекциясининг аҳамияти исботланмаган.

Ҳозирги замон уродинамик текширишлар қуйи сийдик йўлларида анатомо-физиологик ҳолатини чуқур билиш аёлларда дизурия сабабини аниқлаш учун тулиқ шароит яратади.

Цисталгия, ниқоби остида қуйидаги касалликлар юкиши мумкин: детрузор - сфинктер диссенергияси, уретранинг бекарорлиги, парауретрал фиброз, хламидиоз. Шунинг учун клиник белгилари “цисталгия” хос бўлганда сийдик бузилишининг аниқ сабабини аниқлаш учун сийдик йўлларида чуқур текшириш керак.

ДАВОЛАШ: Циститларни даволашнинг асосий масаласи қуйи сийдик йўлларида санацияси ва сийдик йўлларида табиий ҳимоя механизмини тиклаш. Асосий даво йўналиши:

- антибактериал терапия (уросептиклар);
- умумий ва маҳаллий яллиғланишга қарши терапия;
- қуйи сийдик йўлларида уродинамикасини бузилишини йўқотиш;
- гигиеник ва сексуал омилларни коррекция қилиш;
- иммуностимуляция.

Ҳозирги вақтда антибактериал моддалардан хинолон гуруҳидагилар кўп қўлланилади. Граммусбат, грамманфий микробларга кучли таъсир қилувчи карбон кислоталар ҳамда тезистент штаммлар протей, клебсиеллалар, псев домонат ва х.к. (типрофлоксацин, офлоксацин). Даво муддати 7 – 14 кунни ташкил этади.

Самарали антибактериал дориларни излаш охириги 10 йилда янги макролитларни синтез қилишга олиб келди: рокситромицин (рулид, руссель) ва азитромицин (сумамед, плива), уларни кимёвий стриктурини ўзгартириш сабабли фармакологик хусусияти ҳамда биологик фаоллиги яхшиланди. Бу дорилар қуйи сийдик йўлларида яллиғланишида муваффақиятли қўлланилмоқда.

Агар сийдик йўлларида қуйи қисмларида (инфравезикал обструкция, анатомик ўзгаришлар, қандли диабетларга) олиб келувчи хавфли омиллар бўлмаса, қисқа курсли антибактериал терапия ўткир циститни даволаш ўзини тўлиқ оқламайди. Беморларда узоқ вақт давом этувчи сийдик инфекцияси бўлса, даволаш дастурига узоқ муддатга таъсир этувчи антибактериал терапия ўтказиш, яъни маҳаллий даволаш билан биргаликда 7-10 кун даволангандан сўнг ҳам. Кетма – кет бисептол – 480, грамуриин, невивграмон, палин, фурагин, кечқурунлари вагинал шамчаларни – қўллаш мақсадга мувофиқ.

Агар цистит нонспецифик колит билан биргаликда бўлса, локал (маҳаллий) антимикроб даволаш ўтказилади.

Кўпинча сурункали циститда қуйи сийдик йўлларида уродинамикасини жаррохлик йўли билан коррекция қилиш даволашни биринчи босқичи ҳисобланади.

Умумий яллиғланишга қарши терапияга қуйидаги препаратлар кирди:

Волтаре (ортофен) 0.25 гр 2-3 марта кунига, протектин (парлещин) 0.25 – 0.75 г 3 марта кунига то 2 ойгача, гепарин 5000 ед 3 марта кунига, перитол 2 мг 1 марта кунига (аста-секин дозасини ошириб, 4 мг 3 марта кунига), задитен 0.5 мг 2 марта кунига 2-3 ой давомида.

Иммуностимуляция қўлланишига асос қилиб, тималин вакциналар, алоэ экстракти қўлланилади.

Детрузор – сфинктер диссенергиясида миорелакция таъсир этувчи транквилизаторлар қўлланилади: реланиум, феназепам, баклофен.

Қовуқ бўйни ва уретра сфинктерининг силлиқ мускулларини гипертонусида & - адреноблакторлар (прозерин) қўлланиши мумкин.

Маҳаллий яллиғланишга қарши даволашда дори препаратларни ёки уларни аралашмаларини қовуққа инстилляция қилишни ўз ичига олади:

0.1 – 0.2 % кумуш нитрат, 2-3 % колларгол, 2 % новокаин эритмаси, гидрокортизон, 1 % диоксидин эритмаси, солкосерил, химопсин, гепарин. Даволаш курси:

10 - 12 муолажа. Эндоуретрал ионофорез усули билан даволашдан яхши натижалар олинган.

Интерстициал цистит билан оғриган беморларни даволаш жуда мураккаб ва ҳал қилинмаган муаммо бўлиб келмоқда.

Интерстициал циститнинг сабаби омиллари аниқ бўлмаганлиги учун *ex juvantibus* терапия ўтказилади ва у оғрикни, поллакиурияни ва императив сийишга чакиришни, бартараф қилишга қаратилади. Қовуқни умумий оғриқсизлантириш билан диляция қилиш ва лазеротерапия фақатгина 30-60 % беморларга вақтинчалик самара беради. Ногиронликка ва социл дезадаптацияга олиб келади. Бундай ҳолларда бирдан – бир узил кесил даволаш тахсис усулидир.

Қовуқни супратригонал ёки субтотал резекция қилиб, ичакдан сунъий қовуқни шакллантиришдир.

Ҳар бир беморда қовуқ яллиғланишини индивидуал кечиши адекват этиологик ва патогенетик омиллар, дифференциал терапия усулларини киритиш даволаш натижаларини яхшилайдди.

ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ АНАТОМИЯСИ

ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.

Простата бези эркакларда қўшимча жинсий аъзо ҳисобланиб, қовуқ асоси билан уретрадаги сфинктер орасида жойлашган. Без уретранинг проксимал ёки простатик қисмини қамраб олади.

Без гистологик жихатдан силлиқ мушаклар, без, фиброз ва бириктирувчи тўқимадан иборат. Безлар эпителиал хужайралар билан қопланган. Простатанинг безлари ва найчалари стромал тўқиманинг мушак-толали «боғлам»лари билан ўраб олинган. Стромал силлиқ мушакларнинг қисқариши безлар ва найчалардан суякликнинг ажралишига сабаб бўлади. Б.И.Ключарёвнинг (1954) берган маълумотларига қўра безли элементлар аъзо тўқимасининг тахминан ярмини ташкил қилади, силлиқ мушак ва бириктирувчи тўқима эса чорак қисмини ташкил қилади.

Простата безида 2та ён ва 1та ўрта бўлак фарқ қилинади. Мс Neal гистологик жихатдан периферик, марказий, транзитор ва периуретрал зоналарни ёзган. Периферик зона безнинг 70%-ни ташкил этиб, капсула остида жойлашган, марказий қисми эса 25%-ни ташкил этади.

ПРОСТАТА БЕЗИ ФУНКЦИЯЛАРИ.

1. Простата безининг мотор функцияси 2 йўналишда намоён бўлади: капсулада жойлашган, ҳамда уретранинг простатик қисмининг каудал ва краниал қисмида жойлашган циркуляр силлиқ мушаклар қовуқнинг ихтиёрсиз сфинктерини ташкил қилади. Простата беи ацинусларини камраб олувчи силлиқ мушак толалари эякуляция вақтида простата беи суюқлигининг ажралиб чиқишига имкон беради.
2. Секретор функцияси. Простата беи эякуляция бўлмаган вақтда ҳам соатига 20-80мкл суюқлик ишлаб чиқаради. Эякуляция вақтида секреция хажми 2000 мартадан кўп ошади. Простата безининг секретор функцияси холинэргик иннервация билан тос гипогастрал нервларидан амалга ошади. Шу билан бирга қисқариш функцияси – адренэргик рецепторлари ёрдамида бўлиб, булар кўп миқдорда стромада мавжуд.

Простата беи суюқлиги синтезланган моддалардан иборат бўлиб, простатик ацинар

хужайраларда ишлаб чиқарилади ва уларда сақланади. Простата беи суюқлигининг асосий

компоненти бўлган цитрат сперматозоидлар учун яхши харакатланиш мухити ҳисобланади, ҳамда

простата беи суюқлигида осмотик мувозанатни сақлаб туради. Простата беи суюқлигида спермин ва

бошқа полиамидлар, холестерин, ЛДГ ва ёғлар кўп миқдорда бўлади, бундан ташқари простатанинг

кислотали фосфатазаси ва специфик антигени (СПА) мавжуд. Сперминда кўп миқдорда рух моддаси

бўлиб, у асосий катион компоненти ҳисобланади ва антибактериал хусусиятга эга (простатанинг

антибактериал фактори ёки ПАФ). Простата беи суюқлигида кўп миқдорда фруктоза бўлади, унинг

парчаланиши натижасида энергетик моддалар ҳосил бўлади. Бу моддалар сперматозоидлар ҳаёт

фаолияти ва фаоллашуви учун зарурдир.

3. Инкретор функцияси. Простата безининг инкретор функцияси туфайли уни «эркакларнинг иккинчи юраги» деб аташади. Простата безининг инкретор функцияси ҳосил бўлган қондаги баъзи бир кимёвий реагентларининг простата беи эпителиал хужайралари томонидан резорбция қилиниши билан боғлиқ. Хозирги пайтда секрет моддаларидан простагландинлар энг кўп ўрганилган. Улар бутун организмдаги ва безнинг ўзидаги силлиқ мушакларнинг тонусини оширишга таъсир қилади. Простата беи билан уруғдонлар орасида узвий функционал боғлиқлик бор. Уруғдонлар олиб ташланганда (кастрация) простата беи функцияси кескин пасаяди, сўнг барча биосинтез жараёнлари тўхтади, безнинг эпителиялари ўлиши ҳисобига аста-секин кичиклашиб боради.
4. Барьер функцияси. Простата беи инфекцияни уретрадан юқори сийдик йўлларига ўтишига қаршилик қилади. Бу без суюқлиги таркибида Ig A, G, лизоцим, простатик антибактериал омил – рух моддаси борлиги билан боғлиқ.

ПРОСТАТИТ – простата безининг инфекцион яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўсмирларда кам учрайди,

у етук ёшдаги эркаклар орасида кенг тарқалган. Ҳар йили деярли эркакларнинг 25%-ида простатит

аниқланади.

Ҳозирга даврда простатитнинг қуйидаги турлари фарқланади:

Кўп тарқалган турлари:

1. Ўткир бактериал простатит.
2. Сурункали бактериал простатит.
3. Сурункали калькулез простатит.
4. Абактериал простатит.
5. Простатодиния.

Кам тарқалган турлари:

1. Гонококкли простатит.
2. Туберкулезли (силли) простатит.
3. Паразитли простатит.

4. Носпецифик гранулематозли простатит.
5. Уреаплазма чакирган простатит.
6. Хламидия чакирган простатит.
7. Вирусли простатит.

Америка Кўшма Штатлари Соғлиқни Сақлаш илмий институтлари классификацияси ва «простатит»

тоифаларини аниқлаш (7-8 декабр, 1995).

Классификацияси	Аниқлаш
1 тоифа - Ўткир бактериал простатит.	Простата безидаги ўткир инфекция.
2 тоифа - Сурункали бактериал простатит.	Простата безидаги рецидив инфекция.
3 тоифа - Сурункали абактериал простатит (ЧСОС).	Аниқ инфекция йўқ.
3а тоифа - Яллиғланиш компоненти бўлган ЧСОС.	Спермада, простата суюқлигида, VB3да лейкоцитлар меёрдан кўп.
3б тоифа - Яллиғланиш компоненти бўлмаган ЧСОС.	Спермада, простата суюқлигида, VB3да лейкоцитлар меёрда.
4 тоифа - Симптомларсиз яллиғланиш компоненти бўлган простатит.	Ҳеч қандай субъектив симптомлари йўқ. Простата безини биопсия қилганда аниқланади. Спермада, простата суюқлигида, VB3да лейкоцитлар аниқланмайди.

“VB3” – простата безини массаж қилингандан кейинги қовуқдаги сийдик.

“ЧСОС” – чанокдаги сурункали оғрик синдроми.

СУРУНКАЛИ БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ (СБП).

Сурункали бактериял простатит нисбатан кам учрайди. Сурункали простатит синдроми бўлган факат 5% эркаларда простата безининг бактериялар билан инфекцияланиши борлиги тасдиқланган.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

СБП простата безининг ўткир бўлмаган инфекцияланиши бўлиб, битта ёки кўп носпецифик бактериялар кўзғатади. СБП-нинг кўзғатувчилари худди ўткир бактериял простатитдагидек грам-манфий аэроблар: *E.coli*, *Pseudomonas aeruginosae*, *Enterobacter*; грам-мусбат бактериялар: *Staphylococcus*, *Streptococcus* ва бошқалардир.

ПАТОГЕНЕЗИ ВА ПАТОЛОГИЯСИ.

СБП инфекциянинг кириш йўллари худди ўткир бактериял простатит билан бир хил. Баъзи бир эркаларда СБП уретрадан юқорига кўтарилувчи инфекция туфайли бўлса, бошқаларида эса инфекцияланган сийдикнинг простата бези ичи рефлюкси оқибатида ривожланади. Инфекциянинг бошқа кириш йўллари: тўғри ичакдаги бактерияларнинг тўғридан-тўғри ёки лимфоген йўл билан кириш ва гематоген йўл билан инфекциянинг тушиши фарқ қилинади.

Бактериял простатитнинг равожланиши учун ҳавфли омил бўлиб ҳисобланади:

1. Қиндаги патоген бактерияларнинг уретра орқали кириши;
2. Эҳтиёт бўлмасдан орқа тешик орқали жинсий алоқа қилинганда;
3. Уретранинг патоген бактериялар билан колонизациясида;
4. Уретрадаги доимий катетерлар ёки уретра орқали асбоблар билан текширишлар ўтказилганда;
5. Простата безининг трасуретрал резекциясидан кейинги назорат қилинмаган сийдик йўллари инфекциясидан.

СБП-да гистологик ўзгаришлар специфик эмас: ацинуслар ва стромаси ичкаридан ва ташқаридан одатда плазмацитлар, макрофаглар ва лимфоцитлар билан инфильтрацияланган бўлади.

Kohnen ва Drach (1979) простата безининг ҳавфсиз гиперплазияси туфайли простатэктомия бўлган 162 эркаларни текширганда 98% худди юқоридагига ўхшаш гистологик ўзгаришлар борлигини кузатдилар.

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ.

СБП-нинг клиник белгилари хилма-хил. Баъзи беморларда касаллик ҳеч қандай белгиларсиз кечади ва тасодифан аниқланадиган симптомларсиз бактериурияга асосланиб ташхис қўйилади. Бошқаларда эса ирритатив симптомлар (тез-тез сийиш, сийдикни тута олмаслик, никтурия), оралиқда ва думғазга соҳасида оғриқ ёки қулайсизлик кузатилади. Баъзи эркаларда эякуляция пайтида оғриқ, гемоспермия кузатилади. Қалтираш ва тана ҳароратининг кўтарилиши камдан-кам ҳолатларди бўлади. Простата безининг сурункали инфекцияси кўзғаганда бирозгина тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиши мумкин.

ТАШХИСЛАШ.

Кўпгина беморлар анамнезида қайталанувчи (рецидив) сийдик йўллари инфекцияси борлигини таъкидлайди. Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириб кўрилганда ўзгаришсиз, ёки ҳар хил, ёки баъзи жойлари қаттиқлашган, оғриқли бўлиши мумкин. Тош бўлганда эса крепитация сезилиши мумкин.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР.

Қон тахлили – агар сурункали инфекция кўзғалмаган бўлса ўзгариш бўлмайди. Простата бези суюқлигида кўп микдорда лейкоцитлар (кўрув майдонида 10-15 дан кўп) аниқланади. Простата суюқлигини бактериологик экмасы текширилганда кўзғатувчиси аниқланади. Инфекциянинг уретрада, қовуқда ёки простата безида жойлашган жойини аниқлаш учун Meares – Stamae (1968) синамаси ишлатилади.

Модимики, ўткир ёки сурункали бактериал простатит бўлган беморлар простата суюқлиги таркибида инфекцияга қарши кўп миқдорда антиген – специфик антитела (иммуноглобулин IgG ва IgA) бўлганлиги учун, бундай антителалар борлигига қилинадиган таҳлил кундалик клиник практикада кам ишлатилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСЛАШ.

Ўткир ёки сурункали уретрит ва цистит симптомлари простатит симптомларига ўхшаш бўлиши мумкин. Лекин Мейерс – Стамея синамеси одатда яллиғланиш ва инфекция жойлашган жойни аниқлашга имкон беради.

Ташқи чиқариш канали ва тўғри ичак касалликлари (оқмалар, геморраидал веналарнинг тромбози, проктит) оралиқ соҳасидаги оғриқга, ўткир сийдик тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Физикал ва бошқа махсус текширишлар ташхис қўйишга ёрдам беради.

ДАВОЛАШ.

СБП даволаш учун бактериологик текширувлар натижаларига қараб антибактерал дорилар ишлатилади.

Фтор-хинолон антибиотиклар (офлоксацин, цiproфлорксацин, норфлорксацин, абактал) 4-6 ҳафта давомида буйирилади. Бисептол 12 ҳафта давомида буюрилади.

Специфик даволаш ҳар-бир беморнинг зарурияти ва дориларнинг чидамлигига қараб махсус ўтказилиши керак.

Агар беморлар СБП дан ўз вақтида буюрилган дорилар туфайли тузалмаса, простата безидаги тошлар доимий равишда сурункали инфекцияни сақлаб туради, бу эса жаррохлик йўлини ишлатишга кўрсатма бўлади. Трансуретрал простатэктомия агар ҳамма инфекцияланган тошлар ва тўқима олиб ташланса яхши натижа беради.

Умумий даволаш. Илик микроклизмалар яллиғланишга қарши дорилар билан биргаликда, простата безини массаж қилиш, физиотерапевтик даволаш, магнит ва лазер нури билан даволашлар ва бошқалар ишлатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ.

СБП профилактикаси организмдаги инфекция ўчоғини йўқотишдан иборат. Уретрани асбоблар ёрдамида текширганда ва уретрага катетер қўйилганда жиддий асептик шароитга риоя қилиш керак.

АБАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ (АБП) - чаноқдаги сурункали оғриқ синдроми (ЧСОС).

ЭТИОЛОГИЯСИ.

Абактериал простатит ёки яллиғланиш компоненти билан кечадиган чаноқдаги сурункали оғриқ синдроми энг кўп тарқалган простатит синдроми ва этиологияси номаълум яллиғланишдан иборат бўлади. Абактериал простатитни чақирувчи кўзгатувчини аниқлаш, исботлаш ҳаракати одатда натижасиз бўлиб чиқди. Шунга қарамасдан кўпгина клиницистлар ишонадиларки АБП кўзгатувчилари хламидия, уреоплазма, микоплазмалар ва вируслар ҳисобланади. Бундай микроорганизмлар ҳамма вақт ҳам простата суюқлигида аниқланмайди ва АБП беморларнинг простата суюқлигида ҳеч қандай антигенга специфик антитела ишлаб чиқармайди.

Шу нарсани қайд қилиш керакки, абактериал простатит беморларда простата бези – ичи сийдик рефлюкси борлиги аниқланди. Баъзи бир текширувчилар АБП-ни простата безининг аутоиммун касаллиги деб фарқ қиладилар.

ПАТОГЕНЕЗИ ВА ПАТОЛОГИЯСИ.

Абактериал простатитнинг патогенези номаълум сурункали бактериал простатитдаги ўзгаришларга ўхшашдир.

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ.

Абактериал простатит ва сурункали бактериал простатит симптомлари бир хил, фарқи шундан иборатки, сурункали бактериал простатитда унинг келиб чиқишини тасдиқловчи хужжатлар мавжуд. Беморда ирритатив симптомлар, оралиқда оғриқ ва думғазада қулайсизлик кузатилади.

ТАШХИСЛАШ.

АБП бўлган беморларнинг простата беи суюқлигида кўп миқдорда лейкоцитлар ва ёгда эрийдиган макрофаглар аниқланади. Бактериологик экмаларда ва бошқа усулларда кўзгатувчиси аниқланмайди.

ДИФФЕРЕЦИАЛ ТАШХИСЛАШ.

Абактериал простатит простатитнинг бошқа турларидан дифференциалланиши керак. Булардан ташқари уретрит, цистит ва қовуқ ўсмаси билан дифференциал ташхис ўтказилиши керак.

ДАВОЛАШ.

АБП бўлган беморларнинг простата беи суюқлиги экилганда кўзгатувчиси аниқланмайди, сабаби бўлиши мумкин хламидия, уреоплазма ёки микоплазма. Клиницистлар бундай ҳамма микроорганизмларга қарши антибактериал даволаш ўтказишни тавсия қиладилар. Эритромицин, доксациклин, сумамед ёки офлоксацинни бир ҳафта давомида қабул қилиш керак.

Булардан ташқари яллиғланишга қарши даволаш (ибупрофен) ва альфа-адреноблокаторлар (теразозин, альфузозин, омник) буюрилади.

Симптоматик даволаш, иссиқ микроклизмалар, простата беи массажи, физиодаволаш ва бошқалар баъзи бир енгилликни таъминлайди.

ПРОСТАТОДИНИЯ (ПД) – чанокдаги сурункали оғриқ синдроми.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

Простатодиния сурункали абактериал простатитнинг яллиғланишсиз турини белгилаш учун киритилган эди. Простатодиния бўлган беморларда сурункали простатит симптомлари бор, лекин анализида сийдик йўллари инфекцияси йўқ, простата беи суюқлигида ўзгариш йўқ ва экмада кўзгатувчилар аниқланмайди.

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ.

Простатодиния бўлган беморларда худди сурункали абактериал простатит беморларига ўхшаш симптомлар мавжуд. Булар асосан сийишнинг бузилиши бўлиб, улар таъсирланиш ва ҳар хил даражадаги тўсилиш симптомлари билан боғлиқ, чанок соҳасида оғриқ симптомлари биргаликда кузатилади.

ТАШХИСЛАШ.

Бармоқ билан тўғри ичак орқали текширганда одатда анал сфинктери “тараглашган”, простата беида ёки простата беи атрофидаги тўкимада оғриқ аниқланади.

ПД бўлган беморларда видеоуродинамик текширишлар ўтказилганда, кўпгина беморларда қовуқ бўйинчаси ва уретранинг простата қисмида “спастик” дисфункция борлиги - қовуқ ички сфинктери диссенергияси аниқланади.

Кўп клиницистлар ПД этиологиясида стресс ёки кичик чанок аъзолари ва тўғри ичакнинг ёндош касалликлари алоҳида аҳамиятга эга эканлигини тахмин қиладилар.

ДАВОЛАШ.

ПД бўлган беморларга альфа-адреноблокаторлар (альфузозин, теразозин, омник, дельфаз) кичик дозада буюрилади, сўнгра аста-секинлик билан дозаси ошириб борилади.

Чанок тубидаги мушаклари таранглашган беморларга диазепам ёки теразозин билан биргаликда даволаш буюрилади. Булардан ташқари симптоматик даволашлар, яллиғланишга қарши стероид бўлмаган дорилар ишлатилади.

ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

Кўп ҳолларда ўткир бактериал простатитнинг энг кўп кўзгатувчиси грам-манфий аэроб бактериялар

(E.coli, Pseudomonas aeruginosae ва бошқалар) ҳисобланади. Грам-мусбат аэроб бактериялар ҳам кўзгатади.

Анаэроб бактериялар кам ҳолларда простатадаги инфекциянинг сабаби бўлиши мумкин.

ПАТОГЕНЕЗИ.

Простата безига инфекциянинг кириш йўллари:

1. Уретрадан юқорига қўтариловчи.
 2. Инфекцияланган сийдикнинг уретранинг орқа қисмидан простата беги йўлларига рефлюкси.
 3. Тўғри ичакдан тўғридан-тўғри ёки лимфоген йўл билан.
 4. Гематоген йўл.
- Юқорига қўтариловчи ёки инфекцияланган сийдикнинг простата беги йўлларига рефлюкси простатага инфекция тушишининг асосий ва энг кўп учрайдиган йўллари.

Простата бегидаги ўткир бактериал инфекция одатда ўткир цистит билан биргаликда кузатилади ва кўпинча ўткир сийдик тутилиши келиб чиқади. Простата бегининг бирор қисми ёки ҳаммаси яллиғланиши мумкин. Строманинг диффуз шиши ва гиперемияси кузатилиши мумкин.

КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ.

Ўткир бактериал простатитда тана хароратининг кўтарилиши, калтираш, оралик соҳасида, думғазада ва беда оғриқ, тез-тез сийиш, кучли сийиш сезгиси, никтурия, дизурия ва қовуқни йиғиш функциясининг пасайиши симптомлари кузатилади. Булардан ташқари миалгия ва артралгия кузатилади.

ТАШХИСЛАШ.

Бармоқ билан тўғри ичак орқали текширганда кучли оғриқ, простата бегининг шишганлиги, капсуласининг таранглашганлиги, хамирсимон консистенцияси ва маҳаллий гипертермия кузатилади.

Ўткир яллиғланиш жараёни простата бегининг бирор қисмини ёки ҳамма бўлагини эгаллаши мумкин. Агар ўткир простатит цистит билан давом этса, сийдик лойқаланиши мумкин, баъзан микро- ёки макрогематурия кузатилади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР.

Кон тахлилида одатда лейкоцитоз ва лейкоцитлар формуласининг чапга силжиганлиги аниқланади. Сийдик тахлилида пиурия, бактериурия ва макрогематурия аниқланади. Бактериологик текширувда кўзгатувчиси аниқланади. Простата беги массаж қилиш мумкин эмас, чунки у бактериемияни келтириб чиқариши мумкин.

АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ.

Бактериал простатитнинг ўткир стадиясида трансуретрал текширишларни қилмаслик мақсадга мувофиқдир. Ўткир сийдик тутилишини қов устидан тери орқали дренаж қўйиб даволаш яхши.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

1. Ўткир пиелонефрит қовуқни кучли таъсирлаш билан кузатилиши мумкин. Простатитда оғриқ одатда думғаза соҳасида жойлашади, пиелонефритда эса оғриқ белда бўлади. Простата безини бармоқ билан текширгандаги ўзгаришлар ўткир простатитни юқори сийдик йўллари ўткир инфекциясидан осонгина дифференциялаш мумкин.
2. Қовуқнинг ўткир дивертикулитини ўткир простатит билан адаштириш мумкин. Қунт билан йиғилган анамнез ва физикал текширишлар ёрдамида одатда бу иккала касалликни ажратиш мумкин.
3. Ўткир носпецифик гранулематозли простатитни ўткир бактериал простатитдан дифференциялаш керак. Ўткир эозинофил вариантли гранулематоз простатит анамнезида аллергия реакцияси ва бронхал астмаси бўлган одамларда кузатилади. Одатда кучли ривожланган васкулит ва қонда эозинофиллар юқори бўлиши билан кузатилади. Гранулематозли простатитнинг эозинофиллик бўлмаган тури простата безида коли-формалик инфекция билан давом этади. Бундай ҳолларда ташхис простата безининг биоптатларини гистологик текширувларига асосланиб қўйилади.

ДАВОЛАШ.

Антибактериал дорилар бактериологик текширув ва микробларнинг сезувчанлигига қараб танлаб олиниши керак. Дориларнинг дозаси бактерияларнинг колония ҳосил қилиш бирлигига қараб аниқланади.

Бактериал простатитни даволашда цефалоспорин ва фторхинолон каторига кирувчи антибиотикларнинг янги авлодлари жуда яхши натижа беради (офлоксацин, ципрофлоксацин, норфлоксацин, триметоприм-сульфаметоксазол).

Ўткир сийдик тутилиши бўлганда тери орқали цистостомик дренаж ўрнатилади. Агар простата абсцесси ривожланса оралиқ соҳа орқали игна билан дренажлаш ва антибиотикларни киритиш талаб қилинади.

Умумий даволаш. Беморни ўрнида ётказиш режими, симптоматик даво.

АСОРАТЛАРИ.

1. Ўткир сийдик тутилиши.
2. Простата бези абсцесси.
3. Ўткир бактериал цистит.
4. Эпидидимит.
5. Бактериемия, бактериал шок.

ПРОФИЛАКТИКАСИ.

1. Сийдик йўлларининг юқorigа қўтариловчи инфекциясини профилактикаси.
2. Уретрани асбоблар ёрдамида текширганда асептика қоидаларига жиддий риоя қилиш.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, оҳирга талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Таҳлилий қисми

1. Цистит ва простатит касалликлари ҳақида тушунча ?
2. Асоратсиз пиелонерфит касаллиги ҳақида тўлиқ маълумот?
3. Цистит таснифи?
4. Ўткир ва сурункали цистит белгилари ?
5. Ўткир ва сурункали цистит диагностикаси?
6. Ўткир ва сурункали циститни консерватив даволаш усуллари?
7. простатит таснифи?
8. Ўткир ва сурункали простатит белгилари ?
9. Ўткир ва сурункали простатит диагностикаси?
10. Ўткир ва сурункали простатит консерватив ва оператив даволаш усуллари?
11. Уркир ва сурункали пиелонефритнинг оператив даволаш усуллари?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентген)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: Простата безини бармоқ билан ректал текшириши.

Босқич №	Тадбир	Максимал балл	Тўғри жавоб	Нотўғри жавоб
1.	Простата безини бармоқ билан текшириш бемор тик турган ҳолда 90% олдинга эгилган, тизза-тирсак ёки ёнбошга ётган ҳолатда ўтказилади. (топшириқ муляжда бажарилганлиги сабабли, талаба беморнинг ҳолатини оғзаки тушунтириб бериши керак).	20	20	0
2.	Врач кўлига резинали кўлкоп кийади ва ўнг кўлининг кўрсатгич бармоғига вазелин ёки глицерин суркайди. Кўрсатгич бармоқ тўғри ичакка киргазилганда унинг олдинги деворида простата беги пайпасланади.	20	20	0

3.	Пайпаслаганда куйидаги текширув алгоритми бажарилади: - Простата безининг ўлчамлари – меъёрга, катталашган, кичиклашган. - Юзаси – силлиқ, ёки ғадири-будир. - Бўлақларининг симметриклиги - симметрик, носимметрик. - Ўртадаги эгатча – яққол ривожланган, силлиқлашган, аниқланмайди. - Консистенцияси - эластик, қаттиқ, юмшоқ, хамирсимон. - Оғриқлилиги – оғриқли, оғриқсиз. - Тугунчалар борлиги - бор ёки йўқ. - Тугунчалар жойлашиши – ўнг ёки чап бўлагида. - Простата безининг қирралари - текис, нотекис. Пайпаслагандан сўнг, массаж қилиб простата суюқлигини лаборатор текширувга олиш мумкин.	30	30	0
4.	Пайпаслаб простатит, простата бези аденомаси ёки ракини аниқлаш мумкин.	30	30	0
	Жами	100		



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
---	-----------------------	------	---------------------------

1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори

		Яхши ”4”	фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қони қарли ”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатолик- ларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга

10.	54 ва ундан паст	Қони қарси 3”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди
-----	------------------------	-----------------------	--

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси
---	-------------------------------------

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	22 5
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти- риш	50	50
3	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулоти мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулоти бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

Вазиятли масалалар:

1. 30 ёшли ерак охириги 5 кун давомида тез – тез сийган, тана ҳарорати 30 - 40 °С бўлган ва оралик қов сохаларида қаттиқ оғриқ борлигидан шикоят қилади. Шу эрталабдан буён беморда ўткир ишурия пайдо бўлган. Қайси касаллик тўғрисида фикр юрутиш керак?
2. Чап бел соҳасида оғриқ, тана ҳароратининг ошиши 3 кун мобайнида 39 - 40 °С. Этининг увушиши, лейкоцитурия. Анамнезидан беморда чап сийдик йўлида тош 2 x 1 см. Сизнинг таъхисингиз ва қайси текширишларни зудлик билан ўтказиш керак ва қайси терапияни ўтказишни таклиф қиласиз?

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
5. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
6. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

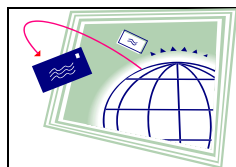
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

6-Мавзу: Уретриты. Орхиты. Эпидидимиты. Варикоцеле.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	8. Аудитория тозаллигини назорат қилади 9. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 10. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

Урология курси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9

	3. Машғулотнинг мақсади:
---	-----------------------------------

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

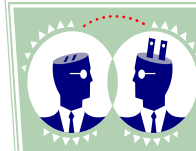
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

Талаба бажара олиши лозим:

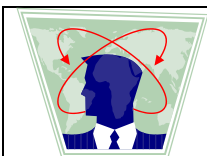
- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.

	4. Мотивация
---	-----------------------

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.

	5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик
---	--

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

УРЕТРИТЛАР

7.1 Тушунча

Бирламчи уретритларни, катетер ёки уретра стриктураси бўлган беморлар ва уропатоген ёки стафилококлар қўзғатадиган иккиламчи уретритлардан фарқлаш керак. Уретритнинг инфекциясиз

сабаби кимёвий, механик омиллар таъсирида, инфекциясиз яллиғланиш этиологияли:

Рейтер,

Бехчет, Вегенер касалликлари бўлиши мумкин. Бу бўлимда бирламчи уретрит кўрилади.

7.2 Эпидемиологияси

Терапевтик ва клиник нуктаи назардан сўзакли уретритни носпецифик уретритдан фарқлаш керак. Марказий Европада носпецифик уретрит йирингли уретритга қараганда кўпроқ учрайди.

Бу

бетартиб жинсий алоқа ва паст даражадаги ижтимоий-иқтисодий ҳолат ва N.Gonorrhoeae билан

изохланади.

C.Trachomatis учраш даражасида корреляцион боғлиқлик мавжуд.

7.3 Қўзғатувчилар

Қўзғатувчиларига N.gonorrhoeae, C.trachomatis,

Mycoplasma genitalium ва T.vaginalis киради. Қўзғатувчиларнинг турли кўринишлари касаллар орасида ҳар хил популяцияда турланади. Mycoplasma лар оиласи уретрит келтириб

чиқармайди, уретритга Ureaplasma urealyticum сабаб бўлади. Mycoplasma ва ureaplasma урогенитал

трактнинг симптомсиз колонизаторлари ҳисобланади.

7.4 Юқиш йўллари ва патогенези

Инфекция қўзғатувчилари (N.Gonorrhoeae ва C.Trachomatis) хужайра сиртида эпителиал қаватда ёки эпителийга кириб йирингли инфекцияга сабаб бўлади. Хламидийли ва гонококкли урет-

ритларда инфекция чуқурроқ тарқалиб эркакларда эпидидимит ва аёлларда цервицит, эндометрит

ва сальпингит ривожланиши мумкин.

7.5 Клиник кечиши

Уретритнинг клиник белгилари уретрадан йиринг оқиши ва оғриқ, лекин кўпинча симптомсиз кечади.

7.6 Диагностика

Уретрадаги ажралма Грамм усулида бўялганда ёки суртма олиб кўрганда кўрув майдонида 5 та лейкоцитдан кўп, хужайра ичида гонококлар, Грамм манфий диплококлар талайгина бўлиши

йирингли уретритни кўрсатади. Мусбат лейкоцитар эфир тести ёки кўриш майдонида сийдик 50

биринчи улушида лейкоцитлар 10 тадан кўп бўлиши (x400) уретритни аниқлашда диагностик мезон

ҳисобланади. Ҳамма уретрит билан оғриган беморларда венерик касалликларга шубҳа қилинганда

касалликни келтириб чиқарган микроорганизмни аниқлаш лозим. Агар микроорганизмларни аниқлашда амплификация методи қўлланилса, уретрадан суртма олиш ўрнига сийдикнинг биринчи

порциясини ишлатиш, трихомонадаларни микроскопда кўриш мумкин.

7.7 Даволаш

Уретритларни даволашда касалликнинг профилактикаси ва назорат қилиш маркази тавсияларига асосланиш лозим. Сўзакни даволашда қуйидаги антибиотиклар тавсия қилинади.

- Цефиксим 400 мг 1 марта, перорал
- Цефтриаксон 250 мг мушак орасига (махаллий анестетиклар билан) 1 марта
- Ципрофлоксацин, 500 мг 1 марта, перорал
- Офлоксацин 400 мг 1 марта перорал.

Сўзак кўпинча хламидийли инфекция билан қўшилиб келади, унда даволаш самарадорлигини ошириш учун хламидийга қарши препаратлар қўлланилади:

Биринчи танлов препаратлари:

- Азитромицин 1 г 1 марта, перорал
- Доксициклин 100 мг дан 2 марта 7 кун давомида, перорал.
- Иккинчи танлов препаратлари:
- Эритромицин 500 мг дан 4 марта 7 кун давомида, перорал.
- Офлоксацин 200 мг дан 2 марта 7 кун давомида, перорал.

Доксациклин ва азитромицин хламидий инфекциясини даволашда етарлича самара беради.

Эритромициннинг фойдасидан кура ножўя таъсири кўпроқ. Агар буюрилган даво наф бермаса мет-

ронидазол комбинацияси (2 г 1 марта перорал) ва эритромицин (500 мг 4 марта 7 кун давомида

перорал) қўшимча қилинади. Бошқа жинсий йўл билан юқадиган касалликларни даволашда жинсий

хамроҳи ҳам даволанади.

7.8 Профилактика

Венерик уретритлар билан оғриган беморларга даволаниш пайтида ва симптомлар йўқолмагунча ҳимоясиз жинсий алоқа қилиш мумкин эмас.

Эпидидимитлар ва орхитлар

8.3.1. Эпидемиологияси.

Эпидидимит - бу мойяк ортигининг яллиғланиши. Бу ўткир яллиғланиш бўлиб кўпинча бир томонлама шиш, оғриқ билан кечади. Баъзан мойякка ҳам ўтиб орхеоэпидидимит ривожланади.

Клиник кечиши бўйича сурункали кўринишда ҳам кечади. Ўткир эпидидимит билан оғриган

беморларнинг 15% индурация билан сурункаланиши, бу ҳолат тестикуляр атрофия ва спермотогенез жараёнининг деструкцияси билан тугаши мумкин.

Касалликнинг учраши ва тарқалганлиги: Дастлабки маълумотларга кўра ўткир эпидидимит, ҳарбий хизматчиларнинг касалхонага тушишнинг асосий сабабчиси бўлиб келган.

Ёш

йигитларда бу касаллик, уларнинг жинсий фаоллиги ва жинсий алоқа орқали инфекциянинг юқиши

билан учрайди деб ҳисобланган. 20-30% беморларда паротит кечирган постпубертат даврда учрайди. Кўп ҳолларда аҳолини вакцинация қилишда ҳам касаллик кенг тарқалади. 100 ҳолатда

мойяк тўқимасининг гранулематоз зарарланиши, бирламчи сурункали орхитга олиб келиши кузатилган.

8.3.2. Касалланиши.

Орхеоэпидидимит қуйидаги асоратларни келтириб чиқаради: абсцесс, мойяк тўқимасига қон қуюлиши, тестикуляр атрофия, мойяк ортигининг сурункали зичлашиши ва бепуштлиқ.

Эпидидимитнинг этиологик омил, кўпинча жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ҳисобланади. Булар асосан 35 ёшгача бўлган, жинсий фаол эркакларда кузатилади.

Кўпчилик

ҳолларда эпидидимитни юзага келишида оддий сийдик йўллари тизими инфекциялари иштирок

этиб, улар бактериуриянинг асосий сабаби ҳисобланади. Сийдик ажратув тизимининг инфравезикал

обструкцияси ва ривожланишидаги нуқсонлар бундай турдаги инфекцияларнинг вужудга келишига

замин яратади.

8.3.3. Патогенези ва патологик ўзгаришлари

Сийдик ажратув тизими инфекцияларга ва жинсий йўл билан юқадиган микроорганизмлар сийдик чиқариш канали ва сийдик пуфакдан мойак ортиғига етиб келиб - эпидидимитнинг асосий

қўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади. Носпецифик гранулематозли орхит, аутоиммун пневмония кабилар сурункали яллиғланишни келтириб чиқаради. Толалардаги орхит ва паротитдаги орхитлар

гематоген йўл билан юқади. Орхоэпидидимит шунингдек сил, сифилис, бруцеллёз, ва криптококкли

касаллик каби системали инфекцион жараёнларда ҳам кузатилади.

8.3.4. Клиник белгилари

Ўткир эпидидимитда яллиғланиш ва шиш одатда мойак ортиғининг дум қисмидан бошланади ва у мойак ортиғини ўраб турувчи тўқима ва мойак тўқимасининг ўзига тарқалади. Уруғ тизимчаси

одатда пальпация қилинганда шишган ва оғриқли бўлади. Манбаи жинсий йўл билан юқадиган

инфекциялар бўлган эпидидимит билан оғриган барча эркаклар анамнезида маълум вақтдан кейин

клиник белгилари намоён бўлган шубҳали жинсий алоқалар кузатилади. Агар беморнинг сийдик

анализи жавобини олгандан кейин бирдан текширилса, уретрит белгилари ва уретрал ажратмалар 57

бўлмаслиги мумкин, чунки сийиш чоғида сийдик чиқариш каналидаги лейкоцит ва бактериялар

сийдик билан ювилиб кетади.

Эпидидимитнинг микробиологик этиологияси одатда уретрал суртмаларни ёки сийдикнинг ўрта порциясини Грамм усулида бўяш орқали Грамм манфий бактерияларни топилишига караб

аниқланади. Суртмада хужайра ичида Грамм манфий диплококкларнинг топилиши

N.Gonorrhoeae

борлигидан далолат беради. Уретрал суртмада кўп миқдорда лейкоцитларнинг топилиши, банал

уретритдан далолат беради. С. Trachomatis 2/3 беморларда аниқланади.

ЖССТ мезонига асосланиб, эякулят тахлилида лейкоцитлар кайд этилса, бу сурункали яллиғланиш жараёнидан дарак беради. Кўпчилик ҳолларда киска муддатли сперматозоидлар

миқдори ва ҳаракатчанлигининг камайиши кузатилади. Азооспермия мойак ортиғидан ўтувчи уруғ

чиқарувчи йўлнинг бутунлай обструкцияси билан кечадиган касаллиги. Агар эпидемик паротит

сабаб бўлган орхитга шубҳа қилинса, шу касалликка хос бўлган анамнез йиғилиши ва қон зардобиддаги IgM антителолар титри топилиши билан диагноз тасдиқланади. Жинсий етилишдан

кейин келиб чиқадиган эркаклардаги орхитларнинг 20% га яқини икки томонлама зарарланиб,

тестикуляр атрофия ва азооспермия ривожланишига замин яратади.

8.3.5. Дифференциал диагностикаси.

Врач эпидидимит билан уруғ тизимчаси буралиб қолиши ўртасида дифференциал диагностика қилиши керак. Бунинг учун барча маълумотлар йиғилади, булар ичида бемор ёши,

анамнезида уретрит бор йўқлиги, клиник текширувлар ва мойак томирларидаги қон оқиш тезлигини

аниқлаш учун Доплерографик сканер текширувларини аниқлаш муҳимдир.

8.3.6. Даволаш.

Эркаклар мойак ортиғи ва мойак тўқимасига антимикроб препаратларининг киришини

аниқлаш устида анчагина текширувлар олиб боришган. Бу текширувлар натижасида фторхинолон гуруҳ препаратларининг тўқимага кириш қобиляти юқори эканлиги аниқланган. Антибактериал терапияни асосан ёш йиғитларга жинсий фаол бўлган эркакларга тавсия этилади. Бу гуруҳларда касалликнинг этиологик омили *C.trachomatis* ҳисобланади. Шунингдек антибактериал терапия катта ёшда эркакларнинг ПБХГ да ёки сийдик тизими инфекциялари сабаб бўлган касалликларда сийдик чиқилишининг қийинлашувида ҳам тавсия этилади. Текширув ишлари давомида мойк функциясидаги ва уретра суртмасидаги микробиологик натижалар бири-бирига қанчалик боғлиқлигини аниқлаш мақсадида таққосланади. Шу билан бирга антибактериал терапияни тавсия этишдан олдин, уретрал суртма ва сийдикнинг ўрта улушини микробиологик текширувдан ўтказиш керак. Бинобарин, фторхинолонлар *C.Trachomatis* лари бу гуруҳ препаратлари (афлоксацин ва левофлоксацин) га сезгир бўлган беморларга тавсия этилади. Улар кенг доирада антибактериал таъсирга, шунингдек сийдик ажратув аъзоларига сингиб кириш хусусиятига эгадир. Агар *C.Trachomatis* касалликнинг этиологияси бўлса, даволашни доксициклин билан давом эттирилади (кунига 200 мг.дан 2 ҳафта давомида). Макролидлар альтернатив препаратлар сифатида қўлланилиши мумкин. Антибактериал терапияга қўшимча равишда тўшак режими, суспензор қўйиш ва яллиғланишга қарши терапия ҳам белгиланади. Ёш эркакларда эпидидимитнинг олди олинмаса кейинчалик мойк ортиғи доимий оқими окклюзияси бўлиб, шу туфайли бепуштлик келиб чиқиши 58 мумкин. Беморга яллиғланишга қарши терапия билан бирга, метилпреднизолон кунига 40 мг дан буюрилади ва унинг дозасини ҳар икки куннинг бирида ярим дозага камайтириб борилади. Эпидидимитнинг сабаби *C. trachomatis* лиги аниқланса жинсий жуфтлик ҳам даволаниши керак. Агар касалликнинг сабаби стандарт уропатогенлар бўлса, унда сийдик ажратиш муаммоларига асосланиб врач беморни рецидив бўлмаслиги учун яхшилаб текшириши керак. Мойкда ва мойк ортиғида абсцессларнинг бўлиши хирургик даवони талаб этади. Баъзан сурункали эпидидимит урогенитал силнинг бошланғич клиник белгиси ҳам бўлиши мумкин.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол катнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ун икки бармок ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформацияси ва эвакуация бузилиши аникланди. Меъда секретцияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Беморда гриппдан сўнг бирданига ўнг ёргок шишган, териси қизарган, мойк ва ёргок катталашган, пальпация қилинганда жуда оғриқли. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

2. 45 ёшли бемор охириги 2 кун давомида конли сийган. Ўнг буйрак катталашган, ўнгдан варикоцеле борлиги аниқланади қовуққа катетер қуйилганда ва ювилганда ҳеч нарса чиқмайди, лекин қов соҳасида шиш янада катталашади. Анамнезда шикастланиш йўқ. Қайси касаллик тўғрисида фикр юрутиш керак ва қанақа асоратга олиб келган?

3. Кундузги симптомлар бўлган вақтда қайси касалликнинг ташхисини қўясиз: ёргокнинг ўнг томони катталашган, терининг ранги ўзгармаган, мойк катталашган, қаттиқ, ғадир – будур, оғриқсиз, уруғ тизимчали ўзгармаган?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал	0	40

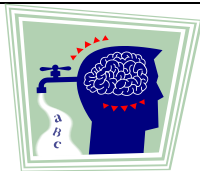
	ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш		
	Жами	0	100

2. Уретрадаги доимий катетерни парвариш қилиш

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

Босқич №	Тадбир	Макс балл	Тўғри жавоб	Нотўғри жавоб
1.	Уретрадаги катетер ёки дренаж сийдик чиқариш канали орқали ўтказилади, унинг проксимал қисми қовукда жойлашади. Уретрадаги доимий катетер сийдик тутилишида, қовуқ, сийдик чиқариш канали ва простата безида амалга оширилган операцияларда сўнг ўрнатилади.	20	20	0
2.	Уретрадаги катетер ёки дренаж учун Фолея катетери, Нелатон катетери, силиконли трубкалар ишлатилади.	20	20	0
3.	Уретрадаги дренажни парваришлаш. -Дренажни ташқаридан кўздан кечириш: букланиш, қисилиш, шикастланиш борми, табиий ранги ўзгарганми ва ундан аммиак хиди борми-йўқми. -Дренажни ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса сийдик томчилаб халтачага томиб туради. -Дренаждан чиқаётган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланганми, парчалар биланми, йиринг, қон, тузлар ёки бошқа аралашмалар борми. -Қовуқнинг адекват дренажланиши учун дренаж ва сийдик холтачанинг дистал қисми, бемор ётганда кроватдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Тик турганда соннинг пастки 3/1 қисмида бўлиши керак. -Уретранинг ташқи тешигидан (катетернинг ёнидан) ажралма ажралишини кўздан кечириш керак. Агар катетер ёнидан йирингли ажралма ажралиши аниқланса бу уретранинг ялигланиши белгиси (уретрит). -Уретрадаги катетер сийдик холтачага зинали копус орқали уланган бўлиши керак. -Бемор тушакда ётганда, сийдик холтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса унинг бактериал фильтри сийдик билан хўлланиб қолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади.	30	30	0

	-Сийдик йўллариغا инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва катетер сийдик халтачадан очилмаслиги керак. -Агар катетернинг функцияси бузилса, уни стерилланган фурациллин ёки 0,05% хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш мумкин. Катетерни ювиш инфузия учун ишлатиладиган стерилланган система ёрдамида фурациллин ёки хлоргексидин эритмасини томчилаб киритилади. Дренажни ювишни махсус ўқитилган малакаси бор тиббиёт ходими ёки беморни парвариш қилувчи одам томонидан бажарилиши керак.			
4.	Уретрадаги доимий катетерни алмаштиришга кўрсатма. - Дренажнинг тешилиши (перфорацияси). - Дренажнинг чиқиб кетиши. -Дренажнинг сийдикдаги тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахтаси билан беркилиб қолиши. -Уретрит уретрадаги катетерни олиб ташлашга кўрсатма.	30	30	0
	Жами	100		



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоёниш этиш;



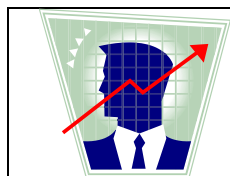
8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
---	------------	------	---------------------------

	% ва балда		
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади

			- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда - юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, - лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна

			билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийл иги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисmini бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисmini ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лабораторанжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

2. Асоратланган пиелонерфит касаллиги ҳақида тўлиқ маълумот?

3. Уретритлар, орхитлар, эпидидимитлар ва варикоцеле хақида тушунча?
4. Уретритлар, орхитлар, эпидидимитлар ва варикоцеле этиологияси?
5. Уретритлар, орхитлар, эпидидимитларда инфекциянинг тушиш йуллари?
6. Уретритлар, орхитлар, эпидидимитлар ва варикоцеле диагностикаси?
7. Орхитлар, эпидидимитлар ва варикоцеле консерватив даволаш усуллари?
8. Орхитлар, эпидидимитлар ва варикоцеле оператив даволаш усуллари?

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
4. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

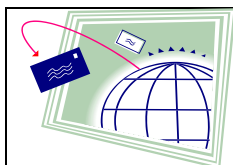
7-Мавзу: Сийдик тош касаллиги.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	Тарқалганлиги. Назариялар. Тошлар турлари. СТК. Кли-никаси. Текшириш муолажалари. Диагностика. Даволаш: консерватив, оператив, литотрипсия. Перкутан литотрипсия	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар

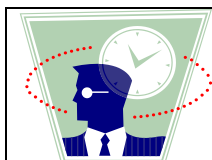
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
------------------------------	--	---------------------------------------

МАВЗУ: **Сийдик тош касаллиги.**



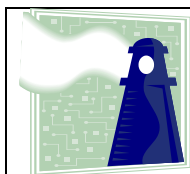
1. Машғулоти ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Сийдик тош касаллиги эпидемиологияси. Этиологияси. Патогенези. Ташхислаш. Назариялар. Тошлар турлари. СТК. Кли-никаси. Текшириш муолажа-лари. Диагностика. Даволаш: консерватив, оператив, литотрипсия. Перкутан литотрипсия. Профилактикаси ва метафилактикаси Реабилитация ва диспансеризацияси хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

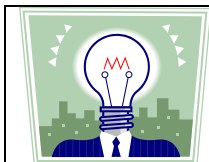
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;

- сийдик тош касалиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;

- махсус текширув усулларни ўрганиш.

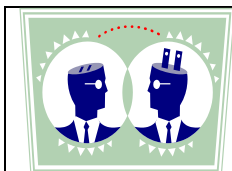
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



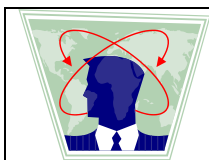
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Сийдик тош касаллиги (Urolithiasis) – полиэтиологик касаллик бўлиб, асосан хар хил хавфли омилларнинг кушилиб таъсир қилишидан келиб чиқади. Бу касаллик буйрак каналчаларида, касачаларида ёки жомида тош ҳосил бўлиши билан характерланади. Тошлар сийдик таркибига кирувчи тузлардан ташкил топади ва сийдик йулларининг юқори қисмида жойлашади.

Эпидемиологияси.

Сийдик тош касаллиги дунёдаги ҳамма мамлакатлар аҳолиси орасида учрайдиган касаллик бўлиб, лекин унинг тарқалиши бир хил эмас. Бу касаллик Жанубий ва Марказий Осиёда, Шимолий Африкада. Австралияда, Бразилия, Уругвай, Эквадор ва Аргентинада кенг тарқалган. Бутун дунёда бу касалликнинг учраши 1-3% (Норв ва муаллифдошлар, 1987) ташкил этади. Англияда 3,8%, Германияда –5%, Испанияда 3%, Японияда –2% ташкил этади.

Урта Осиё Республикаларида ҳам бу касаллик кенг тарқалган. Туркменистонда 100

минг аҳолига –23,6% (Н.И.Тарасов, 1978), Киргизистонда –48% (М.Т.Тиналиев, 1983)

ташкил этади.

Ўзбекистонда СТК таркалиши (Д.Л.Арустамов ва муаллифдош, 1985й) поликлиникага мурожаат қилган беморлар орасида 22,7% ташкил этади. 1992 йилдан Ўзбекистонда бу касалликнинг таркалиши Республика Урология Илмий маркази ходимлари томонидан кенг миқёсида ва чуқур урганилиб келинмоқда.

Коракалпоғистонда СТК таркалиши текширилган аҳоли орасида 5,7%, ва 11% туз кристаллари бўйрак ва сийдикда аниқланди. Сирдарё вилоятида 5,2%, Тошкент вилоятида 1,8% ташкил этади. Ўзбекистон шароитида ташки муҳитнинг хавфли омилларга иқлим, тупроқ ва ичимлик сувининг сифати, экологиянинг ёмонлашиши, асосан Орол денгизи атрофида, ва аҳолининг баъзи бир ижтимоий-маиший хусусиятлари қиради.

Этиологияси ва патогенези.

Тош ҳосил бўлишининг формал (шакли) ва каузал (сабабли) турлари фарқ қилинади.

Тош ҳосил бўлишининг формал тури - шу жараёнга имкон яратувчи тош ҳосил бўлишининг физик-кимёвий аспектлари ва шароитлари билан тушунтирилади.

Тош ҳосил бўлишининг каузал (сабабли) тури - шу жараёни чакирувчи этиологик омилларига боғлиқ деб қаралади.

Адабиётларда тош ҳосил бўлишига имкон яратувчи ҳар хил омиллар ёзилган. Шу билан бирга, бўйракда тош ҳосил бўлиши шу омиллардан бирортасининг таъсиридан келиб чиқиши мумкин. Булардан ташқари, беморга бирорта аниқ этиологик омил ёки бир нечта сабаб тош ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

Тош ҳосил бўлишини тушунтирувчи ҳар хил назариялар мавжуд. Улардан асосийлари кристаллизацияланувчи ва матрица (тошнинг органик негизи) назарияларидир.

Кристаллизацияланувчи назария тош ҳосил бўлиши жараёнини сийдик органик субстанциясининг беъвосита иштирокисиз тошнинг узагини ташкил қилувчи сийдикдаги тузларнинг чуқишидан ҳосил бўлади деб тушунтиради.

Бу назарияга биноан, тош ҳосил бўлиши учун сийдикдаги коллоид ва кристаллоидларнинг нисбати узғариши керак, бунинг натижасидаги қуюлтирилиш унинг чуқма ҳолатга тушишига, кейинчалик кристаллизацияланган марказ атрофида аномал кристаллар пайдо бўлишига олиб келади.

Буларга коллоидлар химоя ролининг пасайиши ҳам имкон яратади. Коллоидлар химоя роли соғлом одамда сийдикдаги кристалларни эриган ҳолатда ушлаб туради.

Матрица назариясига биноан тош ҳосил бўлишда дастлаб оксилдан ташкил топган узак

мавжуд, бунга иккиламчи туз кристаллари чиқади.

Шу парсани қайд этиш мумкинки, тош ҳосил бўлишининг физик-кимё жараёни анча мураккаб, лекин улар шунчаки қарама-қарши бўлмасдан, бир-бирини тулдиради.

Тош ҳосил бўлишда имкон яратувчи жараённинг каузал генезида қўпгина ташки ва ички омиллар фарқ қилинади.

Ташки хавфли омиллар орасида гиподинамияга, стрессга, овқат ва ичимлик сувининг таркиби ва сифати, курук ва иссик иқлимга, меҳнат шароити ва хусусияти ва бошқаларга маълум аҳамият ажратилади.

Ички омилларга тааллуқлари - сийдик инфекциясига аҳамият берилади, витаминлар ва электролитлар балансининг бузилиши, гормон (гиперпаратиреоидизм) ва моддалар алмашинуви бузилиши, сийдик пассажиининг бузилиши ва бошқалар.

Кейинги йилларда минерал олماшинуви ҳолатига катта аҳамият берилмоқда. Бундан ташқари, беморда минерал алмашинуви бузилишининг хусусияти, қоидага биноан ундан олинган тошнинг минерал таркибига тўғри келиши аниқланган.

Ҳозирги пайтда тош ҳосил бўлишининг қуйидаги хиллари фарқ қилинади ва бунинг асосида буморларни дифференцияланган даволаш принципи ва рецидив тошлар ҳосил бўлишининг профилактикаси ишлаб чиқилган.

Буйрак тошлари булган беморларнинг энг купини оксалатли тошлар ташкил этади. Бунда тошлар шовил кислотасининг кальций тузлари - вевеллит (кальций оксалат моногидрати) ва ведделит (кальций оксалат дигидрат)дан ташкил топган.

Оксалат тошлари 49-54% СТК булган беморларда кузатилади (И.С.Колпаков, 1965; Tshipeta ва муаллифдош, 1983).

Оксалатли тош хосил булишининг патогенезида шовил кислотаси алмашинувининг бузилишига асосий аҳамият берилмокда (Rose, 1985)

Бирламчи ва иккиламчи гипероксалатурия фарк килинади. Бирламчи-тугма, иккиламчи - хар хил сабаблардан келиб чикади (юкори дозадаги аскарбин кислотасини кабул килиш, антифриз билан захарланиш подагра, панкреатит, холецистит, ичак фаолиятининг бузилиши ва бошқалар). Купинча гипероксалатурия экзоген алиментар хусусиятга эга. Оксалат куйдаги махсулотларда: ровоч, исмалок, чой, кахва, шоколад ва бошқаларда купрок булади.

Оксалатли тош хосил булишининг формал генезида кальцийга ҳам муҳим аҳамият берилади. Баъзи бир муаллифларнинг фикрига караганда бунда гипероксалатурияга караганда гиперкальциурия муҳим аҳамиятга эга.

Бу жараёнда сийдикнинг РН муҳити маълум аҳамиятга эга. Knispel ва муаллифдош (1988) фикрига караганда оксалат тузларининг кристалл ҳолатга утиш хавфи сийдикнинг РН муҳити 4,55-5,3 булганда юзага келади. Сийдикнинг РН муҳити 6,0 ва ундан юкори булганда оксалат тузиининг кристалл ҳолатга утиши бирданига секинлашади.

Фосфат тошлари.

Фосфат тошларининг хосил булишида фосфор-кальций алмашинувининг бузилиши асосий роль уйнайди, булар калконсимон—олди беzi ва Д-гурух витамини фаолияти билан бошқарилади. Кальций ва фосфор организмга овқат махсулотлари билан киради ва асосан суяк тукумасида фосфор-кальций бирикмалари - апатитлар куринишида тупланади.

Фосфат тошларининг минерал таркиби-гидроксипатит, брушит, витлокит, ваплерит, ньюберитдан иборат булади.

Бундай тошларнинг пайдо булишида сийдик билан кальцийнинг экскрециясига катта аҳамият берилади. Кальций алмашинувини бошқаришда (ичаклардан сурилиши, буйрак каналчаларида реабсорбцияси ва суяк тукумасида сурилиши) паратгормон, кальцитонин ва витамин Д3 билан амалга оширилади. Бу жараёнлар бошқарилишининг бузилиши гиперкальциемиага, гиперкальциурияга олиб келади. Булар билан тугридан-тугри ноорганик фосфор алмашинуви ҳам боғлиқ, гиперфосфатурия кўринишида намоён булиб, унинг узи фосфат тошларининг пайдо булишида асосий шароитлардан бирини яратади. Бундай тошлар пайдо булишининг каузал генезида гиперпаратиреоидизм, организмга кальцийнинг куп кириши ва фосфатлар-етишмаслиги, гипо- ёки гипервитаминоз Д, буйрак каналчалари ацедози (Лайтвуд-Батлер-Олбрайт синдроми), саркаидоз, гипокинезия (узоқ имобилизация), сутли овқат ва бошқалар аҳамиятга эга.

Апатитлар кристаллари пайдо булиши учун сийдикининг оптимал РН муҳити – 6,6-7,8, брушитда –5,6-6,6 (Dosch, 1987).

Фосфат тошларининг пайдо булиши намунаси 2-нчи расмда кўрсатилган.

Цистин тошлари.

Цистин тошлари СТК бўлган беморларнинг 0,4-3%-да аникланади (Brundig P. ва муаллифдош, 1981). Цистин тошини хосил булиши патогенезининг асосида йўғон нчак шиллиқ қавати ва буйрак каналчалари эпителиясида цистин ва бошқа аминокислоталар (лизин, аргинин ва орнитин) транспортининг генетик камчилиги ташкил этиб, каналчалар филтрланган ва ишлаб чиқилган цистинни реабсорбция килиш кабилиятсизлигидан иборат бўлади (Bottone E. ва муаллифдошлар, 1973), бу гиперцистинурия билан кузатилади. Сийдик билан меъёрда 10 дан 100 ммоль/л цистин ажратилади.

Гиперцистинурияда цистин ажралиши 200-600дан 1400-4200 ммоль/л гача этади (Wickhat J, 1979).

Инфекцияланган тошлар.

Бундай тошлар пайдо бўлишида юқори сийдик йўллари инфекциясига маълум аҳамият берилади. Пиелонефрит бир томондан тош ҳосил бўлишига имконият яратади, бошқа томондан - СТК-нинг клиник кечиши асоратланади.

Инфекция туфайли ҳосил булган тошларнинг патогенезидаги муаммолар охириги 10 йилларда кўп томондан экспериментларда (Wichel ва муаллифдош, 1987) ва клиник текширишлар билан ҳал килинган. Буйракда инфекция туфайли тошлар ҳосил бўлишида уреаза ферменти ишлаб чиқарувчи бактерияларнинг ишончли роли тасдиқланган. Уреаза ферменти таъсирида сийдикдаги мочевина аммиакга ва карбонат ангидридга парчаланади. Бундан кейинги гидролизда аммиак аммонийга айланади, у эса сийдикни ишқорлантиради. Бундан ташқари аммоний уротелияни қопловчи мукополисахаридларнинг ҳимоя қаватини шикастлантиради, бу ўз навбатида бактерияларнинг бемалол буйрак жоми ва касачалари деворига киришига имконият яратади (Klippel, 1984; Sigel ва муаллифдошлар, 1986). Бу жараённинг ўзи мукополисахаридлар ва мукопротеинларнинг кўпайишига олиб келади, бу тошнинг матрицасини ташкил этади.

Шундай қилиб, сийдикнинг ишқорланиши ундаги аммоний ва карбонатнинг кўпайишига струвитларнинг (ёки карбонат апатитнинг - инфекция туфайли ҳосил бўлган тошларининг асосий минералларини ташкил қилувчи) кристалланишига имконият яратади.

Бу уларнинг минерал таркиби ва тошларнинг марказий қисмидан ўсиб чиққан бактериялар текширилганда тасдиқланган, бу эса бундай тош ҳосил бўлишининг хили бирламчи - инфекцияланган генезлигини тасдиқловчи абсолют белгиси ҳисобланади.

Беморлардан олинган сийдик тошларининг таркибини ўрганиш натижаси кўрсатдики, мономинерал тошлар билан бирга полиминерал ёки аралаш тошлар ҳосил бўлади. Бундай тошлар ҳар хил сифатли ва сонли 2-3 дан ва ундан кўп минералларни ўз ичига олади.

Аралаш тошларнинг формал ва каузал генези мономинералларга қараганда анча мураккаб ва уларнинг қўшилмасига мувофиқ бўлади.

Адабиётлар ва бизнинг 1130 беморни текшириш ва деволаш натижаларига асосланиб клиник кузатувлар, тошларнинг минерал таркибини ва тош ҳосил бўлиши патогенезининг хусусиятини эътиборга олувчи СТК-нинг классификацияси (таснифини) қуйидаги тартибда тақдим этилади.

Сийдик-тош касаллигининг тош ҳосил бўлиши хилига ва улар сонининг узаро муносабати боғлиқлигига қараб классификацияланади.

Шундай қилиб, ҳар бир беморда тош ҳосил бўлишининг у ёки бу хилини аниқлаб, уни даволашга, кейинчалик рецидив тошлар профилактикасига дифференциал ёндашишга имконият яратилади.

Клиник симптомлари.

СТК клиникаси жихатидан учта симптомлар билан намаён бўлади: оғриқ - «буйрак санчиги », сийдикда қон (гематурия) ва тошларнинг чиқиши (калькурия).

Булардан ташқари яна кузатилиши мумкин: пиурия, олигурия ва анурия. Бу симптомлар ҳамма дарсликларда, монография ва кулланмаларда ёзилган ва буларга тухталиш мақсадга мувофиқ эмас. Шунинг билан бирга инфекциянинг (бирламчи ёки иккиламчи инфекцияланиш) борлиги врачнинг эътиборини жалб қилиши керак. Куп йиллик, кузатувлар курсатдики, антибиотикларнинг кенг қўламда ишлатилиши бактерияларнинг патогенлиги ва морфологиясини анча даражада ўзгартирди. Бу кўпроқ касалхона ичидаги инфекцияга тааллуқли. Агар 60-йилларда купрок ичак таёқчаси аниқланган бўлса, кейинги ўн йилларда протей, ҳозирги пайтда эса – кўк йиринг таёқчасидир, бу билан курашиш жуда ҳам оғир. Инфекция туфайли ҳосил бўлган тошлар клиникаси жихатидан жуда оғир кечади ва бундан беморларни даволаш узок муддатни ва моддий харж қилишни талаб қилади. Бундай беморларда қайтадан тош ҳосил бўлиш жуда ҳам юқори даражасида ошади ва реабилитацияси узок муддатга чузилади, ногиронлик хавфи ошади.

Ташхислаш.

СТК ташхислаш беморнинг шикоятлари ва анамнезига асосланиб қўйилади, биринчи галда буйрак санчигининг хуружига, тошларнинг сийдик билан чиқиб туришига ва айниқса буйрак санчигидан кейин бўладиган гематурияга диққат жалб қилинади.

Охирги йилларда СТК бўлган беморларни текшириш усулларига ёндошишда баъзи бир инвазив текширишлар: хромоцистоскопия, сийдик найини катетерлаш, ретроград уретеропиелография ва бошқалардан воз кечиш каби муҳим ўзгаришлар рўй берди.

Ҳозир буйраклар, ва сийдик йулларини ультратовуш сканерлаш (УТС)га купрок аҳамият берилмоқда бу эса баъзи бир рентгенологик текширишлар олдида узининг хавфсизлиги ва юқори маълумот бериш кучи билан албатта устинлиги бор.

Экскретор урография бутунлайига ўз ўрнини экскретор уретелескопияга бушатиб берди, у фақатгина буйракнинг морфологик ва функционал ўзгаришларини аниқламасдан, юкори сийдик йулларининг урадинамикаси ҳолатини аниқлашга имкон берди.

Бу иккала текшириш усуллари ишлатиб юкори аниқлик билан касалликни ташхислаш ва даволаш тактикасини аниқлашга имконият яратилди.

Касалликни ташхисида минерал алмашинувини урганишга ва бактериологик текширувларга, тош олингандан кейин эса унинг минерал таркибига катта урин ажратилади.

Бошқа (эски) текшириш усуллари ҳалигача ўз аҳамиятини йўқотмаган, лекин улар жуда зарур бўлгандагина ишлатилади.

СТКнинг (айниқса буйрак санчиғи булганда) дифференциал ташхиси қорин бўшлиғидаги ўткир касалликлари (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, ошқозон ва 12 бормоқли ичакнинг тешилган яра касаллиги, ичакнинг ўткир ўтмай қолиши, ўткир панкреатит, бачадондан ташқарида хомиладорлик ва бошқалар) билан ўтказилиши керак.

Даволаш.

СТК булган беморларни даволаш усуллари ҳар хил. Уларни танлаш купинча тошнинг ўлчамига ва жойлашишига, буйракдаги ва юкори сийдик йулларидаги функционал ва анатомик ўзгаришларга, уродинамика ҳолатига, инфекциянинг борлигига, тошнинг таркибига ва бошқа хусусиятларига унинг натижаларига ундай ёки бундай кучли таъсир курсатувчиларга боғлиқ бўлади.

Ҳозирги вақтда СТК булган беморларни даволаш бир канча тадбирларни уз ичига олади, иккита кушилувчидан ташкил топган - бир томондан беморни тошдан ҳалос қилиш, иккинчиси унинг патогенезига таъсир қилиш, рецидив тош ҳосил бўлишининг олдини олиш мақсадида уни коррекция қилиш.

Ҳозирги кунда буйрак ва сийдик найидаги тошларни олиш учун очик усулдаги операциялар (пиелолитотомия, нефролитотомия, буйрак резекцияси, уретеролитотомия) билан бир қаторда

эндоскопик операциялар (нефро-ва уретеролитоэкстракция, литотрипсия) ҳам ишлаб чиқилган ва кулланилади. Урологиянинг энг катта илмий-техникавий ютиги тошларни ташки тулкин ёрдамида майдалаш (дистанцияли литотрипсия) бўлиб, Н.А.Лопаткиннинг (1989) фикри бўйича СТК бўлган беморларни даволашда кескин бурилиш руй берди.

Кейинги йиллардаги чоп қилинган очик турдаги операцияларга тааллуқли маълумотларда, СТК бўйича бажариладиган бутун операцияларнинг 2-3% улар зиммасига тугри келади, катта кораллсимон ва куп тошлари бўлган беморлар билан бирга (Brien ва муаллифдош, 1989).

Консерватив даволаш усуллари, беморни тошдан халос қилишга қаратилган, яъни литолитик таъсири ёки уни спонтан чиқариш йўллари ўз аҳамиятини йўқотмаган.

Лекин буйрак ва сийдик найидаги тошларни олишда янги технологияларнинг кенг кулланилиши сабабли, клиницистлар консерватив даволашга камроқ мурожаат қилмоқда.

Шунинг билан бир вақтда консерватив даволаш тадбирлари операциядан кейинги даврда рецидив тошлар ҳосил бўлишини олдини олиш нуктаи назаридан катта аҳамиятга эга бўлмоқда. Бу анчагина мураккаб вазифа, чунки уни мувоффақиятли ҳал қилиш учун тош ҳосил бўлишига олиб келувчи, (уни ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлмайди) ҳам ташки, ҳам ички хавфли омилларни, керакли тузатишлар қилиш керак.

Жаррох очик турдаги операцияни бажара туриб, буйракдаги шохланган кораллсимон ёки куплаб тошларни олиб ташлашда, айниқса жом буйрак ичида жойлашганда катта қийинчиликка дуч келади. Шу сабабли Fabricius (1989) таъкидлайдики, буйракдаги очик операцияни бажариш учун тажрибали жаррох, махсус асбоблар ва буйрак паренхимасини минимал шикастлантирадиган, авайлайдиган техника зарур.

Бундай вазиятда энг қулайи тошга парциал синусичи қириш, зарур бўлганда нефротомия қилиш керак. Тошлар ва ёки унинг булакчалари тўла олинганлигини назорат қилиш учун операция-ичи контакт рентгенография игналар-маркерлар билан ва УТТ, яна нефроскопия ишлатилади. Операция пайтида тошнинг қилиши эса, уни фойдаси қамлиги ёки фойдасиз эканлигини билдиради.

Эндоскопик операциялар буйрак ва сийдик найининг юқори қисмидаги тошларни тери орқали қиришдан (тери орқали нефролитотрипсия ёки экстракция ва антеград уретеролитотрипсия ёки литотрипсия) фойдаланиб олишга имкон беради. Сийдик найининг пастки қисмидаги тошлар трансуретрал контакт эндоскопик уретеролитотрипсия ёки уретеролитоэкстракция йули билан

олинади. Эндоскопик операцияларнинг ананавий очик операциялардан устунлиги унинг кам инвазивлиги, тери ва юмшок тукима кам шикастланиши, яра йирингланишининг ва сийдик найи оқмасининг йўқлигидир. Зарурият булганда (рецидив тошлар) такрорий эндоскопик операциялар кийинчилик туғдирмайди. Хам тери оркали ва хам трансуретрал эндоскопик операцияларни килиш учун бир талай махсус асбоблар, махсус жихозланган операция хонаси ва ўргатилган тиббий ходим керак.

Охирги йилларда буйрак ва сийдик найидаги тошларни терини кесмасдан олиш, ташки тулкин ёрдамда майдалаш усули ишлаб чиқилган (дистанцион литотрипсия). Бунда қисқа узунликдаги электрогидравлик разрядлар билан ҳосил қилинган ва фазовий фокусда муайян ҳолда йиғиладиган ташки тулкин ишлатилади.

Агар бундай фокусда буйракдаги тош жойлашган бўлса, унда тулкин зарбаси таъсирида тош майда булакчаларга бўлинади, улар буйракдан сийдик билан табиий йул оркали ажралиб чиқади.

Дистанцион литотрипсия усули бутун дунёдаги мамлакатларда кенг қўлланилмоқда.

Доимий равишда аппаратларни такомиллаштириш дистанцион литотрипсияни ишлатиш курсатмасини кенгайтиришга (тошлар улчамини катталаштириш, юқори сийдик йулларининг ҳамма қисмида жойлашган тошларни майдалаш) имкон берди.

Дистанцион литотрипсияни ишлатиш учун зарурий шароит бу буйракнинг етарли даражадаги яхши функцияси ва юқори сийдик йулларининг ўтказиш қабилитидир.

Дистанцион литотрипсиянинг юқори самарадорлигига уни амбулатория шароитидаги беморларга ишлатилишидан қуп микдордаги дориларни кон ва кон урнини босувчи суюқликларни ишлатишга зарурият йўқлигидан эришилади.

Ҳозирги вақтда ҳаммага маълум, бемордаги тошни олгани билан, уни касалликдан ҳалос қилмайди. Бундан кейинги вазифа рецидив тошлари пайдо бўлишининг олдини олишга йуналтирилган (метафилактика) даволаш тадбирларидир. Хар бир беморга тош ҳосил бўлишининг патогенетик хусусиятларига асосланиб, ички ва ташқи хавфли омилларни ҳисобга олиб метафилактика тадбирлари алоҳида танланиши керак.

Тажиба курсатдики, беморларни кузатиш ва уларни профилактик даволаш 5 йилдан кам бўлмаган диспансер кузатувларида амалга оширилиши керак. Даврийлиги ва назорат текширувининг ҳажми касалликнинг оғирлигига ва хусусиятига боғлиқ.

Ўрта Осиё региони учун ва хусусан Ўзбекистон территорияси учун биринчи галда иссиқ ва куруқ иқлимнинг таъсири ва юқори инсоляциядир. Хаммага маълум, бундай омилларнинг таъсири организмни сувсизлантиришга олигурия ва сийдик осмолярлигининг ошишига, кристаллизация жараёнининг ошишига олиб келади. Булардан келиб чиқиб, асосий даволаш-профилактика тадбирларидан биттаси сийдикнинг юқори оптимал дилюциясига кристалланишига туккинлик қилишга қаратилган бўлиши керак.

Махсус текширувлар билан аниқланган, агар сийдикнинг зичлиги 1,015 г/см паст бўлса, кристалланиш жараёни руй бермайди. Бундай диапазондаги зичлик сийдикнинг суткалик миқдори 1500 мл дан кам бўлмаганда амалга ошади (Vahlensieck, 1985). Беморларни узок муддат кузатганда шунарсиз исбот қилиндики, керакли метафилактик самарага, йилнинг фаслига қарамайдан суткалик сийдик миқдори 1800-2000 мл бўлганда эришиш мумкин.

Уролитиаз патогенезида хаммага маълум овқатланишнинг аҳамияти. Шунинг билан бирга буйриладиган пархез бемор учун маъқул буладиган ва у уйда ҳам ва ишда ҳам керакли тузатишни амалга оширишига ишонч ҳосил қилиш керак. Турли-туман пархезларни тавсия қилиш керак. Лекин уролитиазнинг турига қараб беморларга шундай маҳсулотларни ҳаддан ташқари қуп истемол қилишини таъқиқлаш керакки, уларнинг метаболизми натижасида қуп миқдорда литоген моддалар ажралиб чиқса беморда тош ҳосил бўлиши тури аниқланиб хавфли омиллардан иборат бўлса. Клетчаткани етарли даражада истемол қилиш муҳимдир (йирик тортилган ун нони, мевалар, сабзавотлар), булар ичак фаолиятини яхшилайти ва сийдик билан кальцийнинг чиқишини камайтиради. Шулар бир қаторда хайвон оксилани истемол қилишини камайтириш керак, уларни қуп истемол қилиш сийдикни рНни пасайтиради, кальций сийдик кислотаси ва оксалатлар чиқишини тезлаштиради ва тош ҳосил бўлиши хавфини оширади.

Беморларга бир кунда 100 г дан қуп бўлмаган қайнатилган гушт ёки балиқ тавсия қилинади, оксалатли ва сийдик кислотали тош бўлган беморларга қайнатилган шурва ва яна қуп миқдорда ёғ истемол қилиш тақиқланади.

Охирги йилларда сийдик тошлари ҳосил бўлишининг тезлиги углеводлар истемол қилишга туғридан-туғри узаро боғлиқлиги туғрисида маълумотлар пайдо бўлди, буни глюкозаиндуцияланган гиперкальцийурия билан боғлайдилар. Махсус текширувлар курсатдики, бунда сийдикда магний ва оксалатлар экскрецияси ошади. 100г глюкоза истемол қилинганда сийдикнинг Рн курсатгичи пасаяди. Шунинг учун уролитиаз беморлар рационда углеводлар чегараланган бўлиши керак.

Натрий хлор истемол килиш хам (5-6 г бир суткада) чегараланган булиши керак, чунки сийдикдаги кальций ва натрий узаро микдори мусбат карелляцияга эга.

Литогенезда хавфли омиллардан биттаси стресс булиб хисобланади, сийдик кислотали ва баъзи бир аралаш хилли уролителиз стрессга боглик касалликлардир. Буни шунинг билан боглаш мумкинки, стресс-индуцияланган вазопрессиннинг ишлаб чикилиши гипертоник сийдик хосил булишини тезлаштиради, адрено-картикотроп гармонининг (АКТГ) ишлаб чикиши кон зардобиди кальцийнинг ошишига ва гиперкальцийурияга олиб келади. Бундан ташкари, бунда оксалат, сийдик кислотасининг экскрецияси ошади, сийдикнинг рН пасаяди, сийдик билан магний ва цитратнинг экскрецияси ошади. Шунинг учун уролителиз булган беморларни стресс тасиридан чикариш керак.

Сийдик тош касаллигининг метафилактикасида тошлар хосил булишининг хиллига караб сийдик рНни коррекция килиш асосийлардан биридир.

Рецидив тошларининг профилактикасида умумий ва селектив тадбирлар утказишни назарда тутати.

Хамма консерватив даволаш-профилактика тадбирларини утказишни операция килгангача, текшириш натижаларига асосланиб бошлаш зарур, уларни коррекция килиш олинган тошлар таркибини текшириш натижалари олингандан кейин утказилади, кейинчалик врач узининг тавсияларида беморни динамик кузатувлари натижаларига амал килади.

Нефрэктомия булган беморларга тааликлиси, улар метафилактика дастурини тулик бажариши керак, чунки тошлар билан зарарланган буйракни олиб ташлаш, организмни койдага биноан тош хосил булишининг сабаблари ва омилларидан озод килмайди, улар колган ягона буйракда давом этиши мумкин.

Уролителизнинг хилига боглик булмайдиган умумий тадбирлар уз ичига куйидагиларни олади:

1. Харакатчан турмиш тарзи (сайр килиш, эрталабки гимнастика, енгил жисмоний иш, богда, полизда ва бошкалар).
2. Уртача овкатниш, имконият даражада ортикча семизликдан кутилиш.
3. Совкатишни олдини олиш.
4. Ичаклар фаолиятини тартибга солиш, бунда сурги дориларини кулламаслик керак.
5. Инфекция учогини йукотиш (миндалина, тишлар ва бошкалар).
6. Организмни суюклик йукотишига йул куймаслик, айникса саунада узок булишилик натижасида, кучли куёш ванналарида, назоратсиз сийдик хайдовчи дориларни ишлатиш ва бошка дегидратация чакирувчилар.

Уролителиз билан беморлар консерватив даволашнинг умумий принципларига киритилган тадбирлардан ташкари селектив дифференциал даволашлар хам олиши керак.

Оксалатли уролитиаз билан беморларни даволаш специфик бузилишлар ва гипероксалатурияни коррекция қилишга асосланган. Бундай беморларга организмга чекланган микдорда кальций ва оксалат тушишини таъминлайдиган пархиз истемол қилинадиган суюклик микдорини ошириш буйирилади. Куйида оксалатли уролитиаз беморларга буйириладиган ва такикланган асосий махсулотлар ва суюликлар келтирилган.

Оксалатли уролитиаз беморларга буйириладиган махсулотлар ва суюкликлар:

1. Гушт (ёгсиз мол гушти), товук, балик кайнатилган холда 100-150 г кун ора.
 2. Хайвон ва усимлик ёғи.
 3. Тухум (каттик пиширилган)
 4. Сут махсулотлари (кефир, простокваша, смената, йогурт)
 5. Нон (ок, кора), нон-булка махсулотлари.
 6. Макорон махсулотлари.
 7. Крупалар (нухат, мош, ёсмик, ловия)
 8. Сабзавотлар (карам, кук нухат, шалгом, бодиринг, редиска)
 9. Мевалар (урик, беҳи, нок, шафтоли, олма) узум.
 10. Тарвуз, ковун
 11. Сув (кайнатилган), аччик булмаган чой (кора, кук)
 12. Соклар (нок, узум, ковок, сабзи, олма ва бошкалар)
 13. Минерал сувлар (Занги-ота, Тошкент, Нафтусия), Смирнов, Славянов)
 14. Сийдик хайдовчи утлар дамламаси.
- Оксалатли нефролитиаз беморларнинг чекланган микдорда истемол қиладиган таркибида

куп микдорда оксалат ёки кальций булган махсулотлари ва суюкликлар.

1. Гушт махсулотлари (дудланган, сосиска, сарделька)
 2. Сут ва сут махсулотлар (творог, пишлок, каймок, бринза)
 3. Шоколад ва шоколадли конфетлар.
 4. Сабзавотлар (лавлаги, картошка) шовил, исмалок, равоч)
 5. Мевалар (олхури, анжир)
 6. Мевалар (земляника, крыжовник)
 7. Чой (кора, кук)
 8. Кахва, какао
 9. Минерал сув (Жермук, Саирма)
- Оксалатли уролитиаз булган беморларга кора смородинадан бошка (чунки у сийдикни

оксидлайди) ҳамма мева сокларини чекланмаган микдорда ичиш рухсат берилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қиладиган талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

70 ёшли бемор бел умуртқалари соҳасида оғриқ борлигидан шикоят қилиб мурожаат қилди. Оғриқ кечкурун кучайди.2 Йил давомида сийдикни равонлигининг сусайишига ва тез-тез сийишини кузатган, уйкуси бузилган, бемор қовуғи тўлиқ бўша олмаслигини ҳис қилади. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак? Қанақа текширишлар ўтказиш керак?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

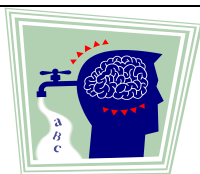
№	Чора тадбирлар	Бажарма ди	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40

	Жами	0	100
--	------	---	-----

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармад и	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоёниш этиш;



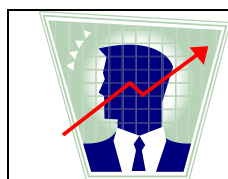
8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади

		Аъло”5”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради

			беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, - лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, - лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб

		Қониқарли” 3”	беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз” 2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомий лиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (ки- чик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун- тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лабораторанжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг ҳулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

- Сийдик тош касаллиги назариялар?
- Тошлар турлари ва СТК. Клиникаси?
- СТК Диагностика, консерватив ва оператив даволаш усуллари?
- Литотрипсия хақида тушунча?

11. Тавсия этилган адабиётлар

9. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
7. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
8. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

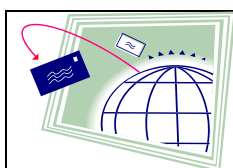
<http://www.mediasphera.aha.ru>

8-Мавзу: Простата безининг хавфсиз гиперплазияси. Простата безининг раки.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

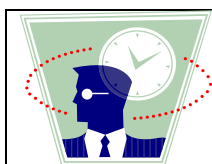
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	4. Аудитория тозаллигини назорат қилади 5. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 6. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиялардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	Простата безининг хавфсиз гиперплазияси Эпидемиологияси. Этиологияси. Патогенези. Клиник симптомлари. Ташхислаш. Реабилитация ва диспансеризацияси.Касаллик босқичлари. Клиникаси. Диагностика ва қиёсий ташхислаш. IPSS-жадвали. Ҳаёт сифати. ПБХГнинг замонавий даволаш усуллари. Простата безининг раки. Эпидемиологияси. Этиологияси. Патогенези. Клиник симптомлари. Ташхислаш. Клиникаси. Диагностика ва қиёсий ташхислаш. Простата безининг ракиннинг бошқа простата касалликларидан фарқи. Простата безининг бипсияли. Даволаш усуллари.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Простата безининг хавфсиз гиперплазияси. Простата безининг раки.



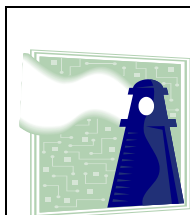
1. Машғулоти ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

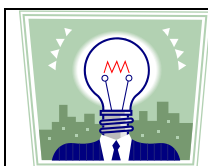
Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;

- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

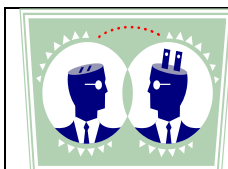
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



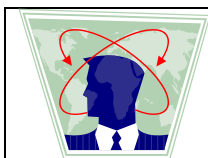
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

ПБХГ – бу шундай ўзига хос гистопатологик ҳолат бўлиб, простата безининг стромал ва эпителиал хужайраларининг гиперплазия бўлиши билан характерланади. ПБХГ безнинг катталашишига ва уродинамик тасдиқланган уретранинг тўсилишига олиб келади. Лекин кекса эркекларда пастки сийдик йўллариининг симптомлари простата бези катталашмаганда ва уретра тўсилмаганда ҳам бўлиши мумкин.

Шунинг учун кун беморларда, уларни текшириш ва даволаш кўзда тутилганда «простатизм» эмас, пастки сийдик йўллариининг симптомлари бор деб юритилса тўғрироқ бўлар эди.

Эпидемиология.

Америка Қўшма Штатларида ПБХГ касаллиги билан 1,7 млн. эркеклар врачларга бирламчи, мурожаат қилган ва 300.000 кўп операция ўтказилган (H.Guess, 1992)

ПБХГ гистологик ва клиник турлари ўртасида параллелик йўқ (Chute, 1993) маълумоти бўйича ПБХГ клиник симптомлари 50-60 ёшдаги эркакларда 13%, 70 ёшдагиларда – 20% учрайди.

Diokno (1992) маълумати бўйича, 60 ёшдан ўтган эркакларда ПБХГ симптомлари 35% кузатилади, шулардан 20%-енгил даражада, 8%-ўртача даражада, 7%-оғир даражада учрайди.

Простата безини бормоқ билан текширилганда ПБХГ-нинг гистологик тури аниқланган фақат 50% эркакларда простата безининг катталашганлиги аниқланган. Бўлардан ташқари простата бези катталашган фақат 50% эркакларда клиник симптомлари намоён бўлади ва безни олиб ташлашни талаб қилади (Edwin M.Meares, 1994).

Этиологияси. Патогенези.

ПБХГ этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаган. Лекин ПБХГ ривожланишида ёш ва гормонал ўзгаришлар катта аҳамиятга эга.

Простата бези 5-альфа-дигидротестостерон (5 альфа ДГТ) гармон тавсири остида урогенитал синусдан ривожланади ва жинсий етилишининг охирларида оғирлиги 17-20г. ташкил этади. 5-альфа ДГТ простата безининг хужайраларида тестостерондан ҳосил бўлади, тестостеронинг ўзи эса асосан (95%) мойак хужайраларидан (Лейдиг хужайралари) ва қисман (5%) буйрак усти безидан ишлаб чиқилади.

Меёردа қондаги тестостеронинг баражаси гипоталамус-гипофиз тизими томонидан бошқарилиб турилади. Гипоталамусда релизинг фактор ишлаб чиқарилади, унинг таъсирида гипофизнинг олдинги бўлаги хужайраларидан фолликулстимулловчи (ФСГ) ва лютеинловчи гормонлар (ЛГ) ишлаб чиқарилади ва қонга чиқарилади. ФСГ сперматогенезни стимуллайти, ЛГ эса Лейдиг хужайраларидан тестостерон ишлаб чиқарилишини бошқариб туради.

Организмда ишлаб чиқариладиган тестостеронинг 90-95% қон плазмасида фаолсиз ҳолатда бўлади, чунки тестостерон альбумин ва глобулин билан бириккан, фақат 5-10% плазмадаги оксил билан боғланмаган – эркин тестостерон.

Тестостерон простата безининг хужайраларига кириб 5-альфа редуктаза (5AR) ферменты таъсирида 5-альфа ДГТ фаол турига айланади, бу эса тегишли оксил рецепторлари билан бирикиб, простата безининг паренхимаси ва стромаси хужайраларини етилишини ва ўсишини кучайтирувчи, ўстирувчи омил номини олган модданинг синтезини фаоллаштиради (Habib and Grant, 1996).

Охирги йилларда простата бези хужайраларида ДГТ оксил рецепторлари билан бирикиб ҳосил бўлувчи (ўстирувчи омил) – полипептидга катта аҳамият берилмоқда.

Мухим аҳамиятга эга бўлган ўстирувчи омиллар:

1. Эпидермал ўстирувчи омил (ЭУО).
2. Ўзгарувчи ўстирувчи омил (УУО).
3. Фибропластик ўстирувчи омил (ФУО).
4. Коллаген стимулловчи ўстирувчи омил (КУО).

Ҳозирги пайтда ПБХГ патогенезида ФУО, ЭУО ва УУО-га асосий аҳамият берилмоқда.

ПБХГ ривожлашишида силлиқ мушак элементлари кучли ўзгаришга учрайди ва строма / эпителия нисбати симптомлари намоён бўлган ПБХГ бўлган эркакларда тахминан 5:1 -ни ташкил этади.

ПБХГ одатда простата безининг транзитор зонасидан ривожланади ва кўпинча тугунсимон бўлади.

ПБХГ-нинг кучайиши билан, у фиброз ва мушак қаватини сиқиб қўйиши патижасида «жоррохлик» парда ҳосил бўлади, у ПБХГ атрофидаги тўқимадан ажратиб туради.

ПБХГ ривожланганда сийдик йўллариининг тўсилишида динамик ва механик компонентлар мавжуд. Динамик тўсилиш простата бези ва пардаси силлиқ мушакларининг тонуси ошишидан келиб чиқади. Қовуқнинг силлиқ мушакларида альфа-1 адренергик рецепторлар мавжуд. Бу нерв рецепторлар асосан қовуқнинг бўйинчасида ва

Лъето учбурчагида, яна уретранинг простата қисмида ва простата безида тупланган. Уларининг таъсирланиши силлиқ мушакларнинг кискаришига олиб келади, бўлар ўз навбатида уретранинг простата қисмининг торайшига олиб келади ва уретранинг қаршилига ошади. Альфа-1 адренорецепторларининг блокадаланиши силлиқ мушак элементлари тонусининг пасайишига таъсир қилиб ва бунинг патижасида – Қовуқ ичини тўсилишининг пасайишига ва сийишнинг яхшиланишига олиб келади. Тўсилишнинг механик компоненти эса транзитор зонасидаги тукуманинг гиперплазияси ҳисабида простата безни огирлигининг, уретранинг простата қисмининг сикимишидан келиб чиқади.

Хар ҳил муаллифлар маълумотларига караганда 60-90% ПБХГ бўлган беморларда простата безида ямигланиш жараёни – простатит ёндош касаллик борлиги аниқланган. Яллигланиш ривожлаишга мойиллик берувчи омил простата суюклигининг безнинг бўлакчаларида ва йўлларида, гиперплазия бўлган қисмининг сикиб куйиши натижасида суюкликнинг тупланиб қолиши натижасида келиб чиқади.

ПХБГ патогенезида анчагина муҳим омиллардан бири – к овуқ буйничаси ва уретранинг простата қисмининг, безда ва атрофдаги тукумаларда веноз конияйланишининг бузимиши натижасида шишиши бўлиб, бу кон томирлар девори утказувчинлигининг бузимиши ва оралик тукумада тукумаларо суюклик тупланиши билан давом этади.

Шундай қилиб, ПБХГ-нинг клиник намоён бўлиши фақат унинг ўлчамларининг гиперплазия ҳисобига катташиши билан боғлиқ бўлмай, простата ва пардасининг силлиқ мушаклари тонусининг ошиши, қовуқ бўйинчаси ва уретранинг простата қисмининг шиши туфайли ва шундай шароитда яллигланишнинг қўшилиши сабаб бўлади.

Клиник симптомлари.

ПБХГ-нинг клиник симптомлари хар ҳил бўлиб, баъзи эркакларда ҳеч қандай симптомлар намоён бўлмайди. Симптомларининг келиб чиқиш сабаблари уретранинг тўсилиши ва қовуқ фаолиятнинг ўзгаришида боғлиқ бўлади. Простата безининг ўлчамлари ҳамма вақт ҳам кўрсаткич нусхаси ёки симптомлар огирлиги бўла олмайди. Баъзи эркакларда катта ўлчамдаги простата билан симптомлари минимал бўлса, бошқаларида эса кичкинагина «фиброз» без билан симптомлари яққол ривожланган бўлади.

ПБХГ-нинг симптомлари тўсиқ (обструктив) ва таъсирланиш (ирритатив) гуруҳларга бўлинади. Тўсиқ симптомлари уретранинг тўсилиши ҳисобига келиб чиқади ва қийналиб сийиш, сийишни бошланишида қийналиш, сийдик оқимининг бўлиниши, сийишининг охирида томчилаб қолиш, сийдик оқимишнинг пасайиши ва қовуқнинг охиригача бқшамаслиги сезгиларидан иборат бўлади.

Ирритатив симптомлари: никтурия, поллакнутрия, сийишга зудлик билан қистаб қолиши, сийдикни тутиб тураолмаслик ва бошқалар, қоидага биноан бу симптомлар ПБХГ-нинг бошланиш босқичларида учрайди.

Уретра тўсилишининг давом этиши детрузорнинг декомпенсациясини келтириб чиқаради ва қовуқда қолдиқ сийдик пайдо бўлади. Қолдиқ сийдик бактериянинг ва сийдик йўллари инфекциясининг ривожланиши учун қулай муҳит бўлиб ҳисобланади. Сийдикнинг димланиб қолиши ва қолдиқ сийдикнинг кўпайиши натижасида юқори сийдик йўлларида ўзгаришлар келиб чиқади (гидроуретеронефроз, гидронефроз). Беморлар қовуғида тошлар пайдо бўлади, қовуқ бўйничасидаги варикоэ кенгайган қон томирлар ёрилишидан микро- ва макрогематурия кузатилади. ПБХГ бўлган 10% кам беморларда ўткир ёки сурункали сийдик тутилиши ва буйрак етишмовчилиги ривожланади.

Ўткир сийдик тутилиши ароқ ичилгандан кейин, совуқ қотганда, қовуқ сийдик билан тўлиб кетганда, баъзи дорилар қабул қилингандан кейин бирданига кузатилиши мумкин.

Баъзи беморларда сурункали сийдик тутилиши шароитида буйрак етишмовчилиги (чанқаш, тери қопламларининг қуриши, терида қичиш ва бошқалар) белгилари кузатилади.

Хозирги пайтда простата беги касалликлари симптомларини умумий баҳолаш Халқаро шкаласи ишлаб чиқилган (IPSS), бунда беморлар симптомларнинг ривожланиш даражасини ўзлари баллар билан баҳолайдилар.

Бу туфайли беморлар ахволини, симптомларининг ривожланиш даражасини даволашгача ва даволашдан кейини унинг самарасини қиёсий баҳолаш имконияти туғилди.

Бемор анкетада кўрсатилган саволларга балл ҳисобида (0-5) жавоб беради, кейин умумий балл ҳисоблаб чиқарилади. Агар умумий балл 7-дан ошмаса - енгил даража, 8-дан 19-гача бўлса ўртача, 20-35 гача бўлса оғир даражадаги сийишнинг бузилиши борлигини кўрсатади.

Охириги 7 савол беморнинг яшаш сифатини баҳолайди.

Қанчалик балл юқори бўлса ахволи шунчалик ёмонлигини билдиради.

Ташхислаш.

ПБХГ ташхислаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Касалликнинг клиник симптомлари (тўсиқ ва таъсирланиш симптомларнинг борлиги ва ривожланиши), беморнинг ёши касалликнинг борлиги тўғрисида тахмин қилинади.

Тўсиқ ва таъсирланиш симптомларининг ривожланиш даражасини ва беморнинг яшаш сифатини аниқлаш учун IPSS анкетасидан фойдаланилади.

Анамнез йиғилганда касалликнинг бошланиши ва унинг ривожланишини, ёндош касалликлар бор-йўқлиги аниқланилади.

Физикал текширув – простата безини бармоқ ёрдамида тўғри ичак орқали пайпаслашни ўз ичига олади. Бунда простата безининг ўлчамлари, юзасининг текис ёки ноътекислиги, бўлақларнинг симметриклиги, консистенциясининг ўзгарганлиги ёки қаттиқлашганлиги, ўртадаги эгатчанинг аниқланиши ёки аниқланмаслиги, оғриқли ёки оғриқсизлигига эътибор берилади. Текширишни қз вақтида яллиғланиш бор-йўқлигини аниқлаш учун простата беги суюқлигини олиш билан тугаллаш мақсадга мувофиқдир.

Лаборатория текширувлари ўз ичига олади: сийдикни таҳлил қилиш, инфекция аниқланса, сийдикни бактериологик экиб кўриш қилинади. Кўрсатмаси бўлганда қонни таҳлил қилиш ва биохимик таҳлил (креатинин миқдори бўйрак етишмовчилигини аниқлаш мақсадида) қилинади.

Кейинги йилларда ПБХГ бўлган беморларда простата-специфик антигени (ПСА) аниқлашга катта аҳамият берилмоқда.

Бу текшириш ПБХГ билан простата беги рақини қиёсий ташхислаш учун зарур, чунки

операция пайтида олинган гистологик текширишларда «тасодиқий» простата беги

рақининг аниқланиши 8-12% ташкил этади. Лекин ПСА-ни простата рақининг

диагностикаси учун юқори баҳолаш керак эмас. Хаттоки шундай клиникаларда, ПБХГ

бўлган ҳамма беморлардан операциядан олдин ПСА аниқланганда «тасодиқий» рақ

4%-гача ташкил этади. Шунинг учун қонда ПСА-нинг меъёрида бўлиши рақ йўқ

эканлигини билдирмаслиги керак.

ПСА аниқлаш биринчи марта текширилган беморларга ҳаёт давомийлиги 10 йилдан

ошган деб тахмин қилинганда ва уларда ташхисни тасдиқлаш даволаш тактикасини

ўзгартириш мумкин бўлганда тавсия этилади.

Ультратовушда текшириш (УТТ).

Простата безини УТТ унинг ўлчамларини, эхоструктурасини, ўсиш хусусиятини, гиперплазияси тугунлар, унинг массаси, қайси зонасидан ўсиб чиққанлигини ва ўлчамларини аниқлайди. Трансректал сонография простата бези тўғрисида аниқроқ маълумот бериб, простата бези ракини ташхисида ва тахмин қилган жойлардан биопсия қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Бир вақтнинг қзида буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни УТТ текшириш муҳим аҳамиятга эга. Буйраклар касачалар-жом системасининг кенгайишининг аниқланиши сийдик найларининг катталашган простата бези бўлаклари билан сиқинганлигини билдиради. Бунда ёндош касалликлар: сийдик тож касаллиги, киста, ўсма, нуқсонлар ва бошқаларни аниқлаш мумкин. Қовуқда тошлар, ўсма, дивертикул деворининг бурмалари қалинлашганлиги, қолдиқ сийдик ва бошқаларни аниқлаш мумкин.

ПБХГ бўлган беморларни текширганда уродинамик текширишлар алоҳида ўринни эгаллайди.

Урофлоуметрия (сийдикни ҳажмий тезлигини аниқлаш). Бу инвазив бўлмаган текшириш бўлиб, ҳар бир беморнинг сийиш ўлчамларни объектив баҳолашга имкон яратади. ПБХГ бўлган беморларда тўсиқ бўлганда сийиш муддати узайган, максимал ва ўртача сийиш тезлиги ($Q_{\max}$, $Q_{\text{ўртача}}$) пасайганлиги, эгрилик «ясси тоғга» ўхшаш бўлади. Агар максимал тезлик 10-15 мл/сек бўлса, ўртача даражадаги тўсиқ, 5-10 мл/сек бўлса - яққол, 5 мл/секдан паст бўлса - оғир даражадаги тўсиқ борлигини кўрсатади.

ПБХГ бўлган беморларни текширганда тавсия қилинадиган тест бўлиб-сийиш кундалиги (сийиш сони ва ажралган сийдик миқдори графиги) ҳисобланади.

ПБХГ-ни баҳолашда кейинги ишлатиладиган уродинамик текшурув-цистометрия.

Қовуқ стерилланган суюқлик ёки оксидланган углевод газини билан тулғазилади, бу эса

ковуқ девори ва детрузор босими қайси максимал ва минимал хажмда қисқаришни аниқлашга имконият яратади.

Цистометрия ёрдамида меъёрмадаги, гипер- ёки гипоактив детрузор борлигини аниқлаш мумкин.

Детрузорнинг қисқариш қобилиятини ва тўсиқ борлигини объектив аниқлаш учун бир вақтнинг ўзида қовуқ ички босими ва сийиш тезлиги аниқланади («босим-оқим» текшируви).

Уродинамик текширув қолдиқ сийдикни аниқлаш билан яқунланиши керак. Бунда инвазив бўлмаган усуллардан (УТТ, радиоизотоп ренография) фойдаланиш яхшироқ.

Рентгенологик текширишлар (обзор ва экскретор урография) ёндош касалликлар ёки бошқа кўрсатмалар бўлганда (сийдик тош касаллиги, сийдик йўлларидаги қилинган операциялар, ўсма, гематурия, буйрак етишмовчилиги) алоҳида ҳал қилинади.

Уретроцистоскопия қатъий кўрсатма бўлганда - қовуқда ўсмага тахмин қилинганда, макрогематурия, ПБХГ узунлигини аниқлашда, трансуретрал резекция, трансуретрал игнали абляция, трансуретрал термотерапия олдидадан ўтказилади.

Пастки сийдик йўллари симптомларини ташхислаш ва даволаш Халқаро илмий

Комитет тавсия қиладиган, простата беzi тўсанлигига тахмин қилинганда ташхислаш тестлари (Простата беzi хавфсиз гиперплазиясини даволаш 4 Халқаро йиғилиши 2-5 июль 1997, Париж).

- I. Текшириш бошланиш вақтида бажариладиган мажбурий тестлар.
 1. Шикоятлари ва анамнези.
 2. Халқаро тизим бўйича простата беzi касалликлари симптомлари сонини баллар (IPSS) ёрдамида йиғма баҳолаш ва беморнинг ҳаёт сифатини баҳолаш (QOL).
 3. Физикал кўздан кечириш ва бармоқ билан тўғри ичак орқали простата безини текшириш.
 4. Сийдик тахлили (ботириш усули билан).
- II. Тавсия қилинадиган тестлар.
 1. Буйраклар фаслятиш аниқлаш
 2. ПСА даражасини аниқлаш.
 3. Сийдик тезлигини ўлчаш.

4. Қолдиқ сийдик хажмини аниқлаш.
 5. Сийиш кундалиги.
- III. Факультатив тестлар.
1. “Босим-оқим” текшируви.
 2. Простата безини ультратовушда трансабдоминал ва трансректал текшириш.
 3. Юқори сийдик йўллари УТТ ёки экскретор урография қилиш.
 4. Пастки сийдик йўллари эндоскопия қилиш.
- IV. Пастки сийдик йўллари симптомларини баҳолаш учун тавсия қилинмайдиган тестлар.
1. Ретроград уретрография.
 2. Уретранинг профил босими ўлчаш.
 3. Цистоуретрография.
 4. Қовуқ ташқи сфинктерининг электромиографияси.
 5. Тўлдириш цистометрограммаси.

Симптомлари/ параметрлари	Усул	Белгилаш	Боллар сони
Симптомлари	Анкета тўлдириш	IPSS	0-35
Хаёт сифати	Аниқ савол	QOL	0-6
Сийиш тезлиги	Сийдик тезлигини ёзиш	Q max	Мл/сек
Қолдиқ сийдик	Қолдиқ сийдикни ўлчаш	RU	Мл
Простата ўлчамлари	УТ хажмини аниқлаш	Хажм	Мл ёки гр.
Тўсиқ	«Босим-оқим» текширивчи	PQ	Q max пайтида Pdet (см.H2O)

ПБХГ даволаш учун тавсиялар.

Мувофиқ келадиган даволаш усуллари қуйидаги мезанларга жавоб бериши керак:

1. Даволашнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги ПБХГ бўйича. Халқаро Консультатив Кенгаш томонидан тасдиқланган синамалар натижасида кўрсатилган бўлиши керак.
2. Бу касалликни ҳар қандай даволаш камида битта ёки кўп қуйилган мақсадларга жавоб бориши керак: симптомларни камайтириш, тўсилишни камайтириш ва кейинги асоратлари ривожланишини олдани олиш.

Даволаш буюрилганда даволаш билан боғлиқ бўлган ўлим хавфи оқибати ёки

асоратларини ҳисобга олиш керак.

ПБХГ касаллигида жаррохлик даволаш усулига абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

1. Сийдик тутилиши
2. ПБХГ сабабли қайталанувчи кучли гематурия
3. ПБХГ тўсиши сабабли буйрак етишмовчилиги
4. Қовуқда тошлар пайдо бўлиши
5. ПБХГ туфайли сийдик йўлларида рецидив инфекция
6. ПБХГ сабабли қовуқнинг катта дивертикули

Беморлар қандай усуллар (простатани трансуретрал резекцияси, простатани

трансуретрал игнали абляцияси, аденомэктомия ва бошқалар) билан операция

қилинишига текширилиши керак.

Мувофиқ келадиган даволаш усуллари.

А. Эҳтиёткорлик билан кутиб туриш.

ПБХГ бўлган кўпгина эркакларда вақт ўтиши билан касаллик симптомларининг кучайиши биров кузатилади. Булардан ташқари, симптомларининг ривожланиш даражаси, эркакларининг ҳислатига қараб кучли ўзгарувчи бўлади. Шу сабабли эҳтиёткорлик билан кутиб туриш ҳамма беморларда, агар уларда жаррохлик даволаш усулига бирорта кўрсатма бўлмаса, қулай даволаш усули бўлиб ҳисобланади.

Агар беморга «эҳтиёткорлик билан кутиб туриш» танланган бўлса, ҳар йили бирламчи текширишни қайтариб туриш керак. Агар назорат текширишда касаллик симптомлари кучайганлиги аниқланса ёки ПБХГ-нинг асоратлари ривожлинса унда бошқа даволаш усулини танлаш керак.

Б. Дорилар билан даволаш.

ПБХГ-нинг этиологияси ва патогенезини замонавий тасаввурдан келиб чиққан ҳолда, ҳар қандай даволаш таъсири қондаги тестостероннинг даражасини пасайтиришга, унинг простата беши хужайрасида фаол турига айланишини тўхтатиш, ўстирувчи омилнинг фаоллигини пасайтириш - бўлар ҳаммаси ПБХГ патогенезига тааллуқлидир. Қовуқ бўйинчасидаги ёки уретранинг простата қисмидаги динамик тўсилиш даражасини альфа-адреноблокаторлар ишлатиш ёрдамида камайтириш касалликнинг клиник намоён бўлишини камайтиради ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайд.

**Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:
«Қора қутича, ўргимчак ини»**

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирага талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 68 ёшли бемор ҳакимга 1 кечаю – кундуз даволашда сиёлмаслигига шикоят қилиб келди. Бемор текширилиб ўткир сийдик тутилиши аденома туфайли эканлиги аниқланди. Беморга ёрдам кўрсатиш қандай тартибда бўлиши керак. Кейинги ёрдам босқичма – босқичлиги қандай бўлиши керак?
2. Стационарга 73 ёшли бемор, сийдикни тута олмаслигига, оғзининг қурийишига шикоят қилиб келди. Перкутор сийдик пуфаги киндик тўғрисида простата беги катталашган, эластик. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

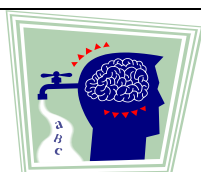
Мақсад: дифференциал таъхис ўтказиш ва сўнги таъхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал таъхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал таъхис утказиб сунги таъхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Таъхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Таъхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Таъхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, қўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий қўникмаларни намойиш этиш;

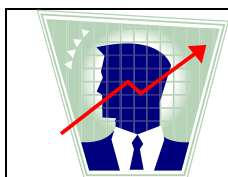


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	- хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		- ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади

			- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4 •	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5 •	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6 •	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7 •	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай

			олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8 .	61-65	Қониқар ли”3”	- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9 .	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
1 0 .	54 ва ундан паст	Қониқар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1 .	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2 .	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун- тириш	50	50
3 .	Муҳокамага якун ясаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лабораторанжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси ва раки?
2. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси босқичлари, клиникаси?
3. Простата безининг хавфсиз гиперплазияси диагностика ва қиёсий таҳлиши?
4. IPSS-жадвали ва Ҳаёт сифати хақида тушунча?
5. ПБХГнинг замонавий даволаш усуллари?
6. Простата безининг ракиннинг бошқа простата касалликларидан фарқи?
7. Простата безининг биопсияли диагностикаси?

11. Тавсия этилган адабиётлар

10. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
9. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
10. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2004г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. «Справочник врача общей практики». Джен Мёрт., М. «Практика», 1998г.

Қўшимча адабиётлар

1. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
2. Физиология человека. Мочевые пути. Пытель Ю.А., Борисов В.В., 1992г.
3. Руководство по урологии в 3-х томах. Под ред. акад. Н.А. Лопаткина М., 1998г.
4. «Секреты урологии» Мартин М. Резник, Эндрю К. Новик перевод на русский язык под ред. проф. С.Х. Аль-Шукри «Невский диалект». Санкт – Петербург, 1998г.
5. Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактика мочекаменной болезни. Сборник научных трудов. Ташкент, 1988г. 95с.
6. «Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы». Портной А.С., «Медицина». 1989г.

7. Материалы по 5-го Международного Совещания по ДГП. Рекомендации Международного Научного Комитета: Диагностика и лечение симптомов нижнего мочевого тракта у пожилых мужчин Париж.2000г.
8. Руководство по андрологии. Под.ред. О.А.Тиктинского. Ленинград. 1990.
9. Урология и андрология в вопросах и ответах. Под ред. О.А. Туктинского В.В. Михайличенко. Питер. Санкт - Петербург 1998г.
10. Неотложная урология. Ю.А.Пытель, И.И. Золотарев. М. Медицина. 1985г.
11. Урология по Дональду Смиту. Под ред. Э.Танаго и Дж.Маканинча. Перевод с англ. «Практика». М.2005г.
12. Campbells urology. Seventh Edition vol. 1 2 3.
13. Differential diagnosis of prostate disorders Edwin M. Mears Jr. M.D. Grannun R. Sant M.D. Merck Co Inc. Ed. Sh. Kule 56p. 1996.
14. Nospecific infections of the Genitourinary Tract. Edwin M.Mears Jr. M. D/ Facs Fidsa. Urology. Ch Smithis. 13. 1996.
15. www.tma.uzsi.net.

Урология курс буйича
маъсул шахс, доцент:

Ш.С. Гафаров

КАФЕДРАДА ЧОП ЭТИЛГАН ДАРСЛИКЛАР ЎҚУВ ВА УСЛУБИЙ – ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ.

КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ – ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ:

1. История, состояние и перспективы развития урологической службы Бухарской области. Зикриллаев З., Бухара, 1990
2. Алфавитный указатель урологических заболеваний и их коды. Зикриллаев З., Бухара.
3. Молниеносная гангрена мошонки. Зикриллаев З., Гафаров Ш.С., Бухара. 1994.
4. Особенности врачебной профессии. Зикриллаев З., Гафаров Ш.С. 1994.
5. Рентгенологическая, радиоизотопная и ультразвуковая диагностика урологических заболеваний. Гафаров Ш.С. 1994.
6. Симптоматология и методы диагностики урологических заболеваний. Гафаров Ш.С. 1994.
7. Гематурия ва унинг клиник моҳияти. Зикриллаев.З., Тошкент. 1997.
8. Ўтқир ишурия. Зикриллаев.З., Тошкент. 1998.
9. Урологик атамаларнинг изоҳли луғати. Зикриллаев.З., Тошкент. 1998.
10. Вазорезекция – қисирлантиришнинг оддий, хавфсиз ва энг ишончли усулидир. Зикриллаев. З., Тошкент. 1999.

11. Кечиктирилмайдиган урологик ҳолатлар ва уларга тиббий ёрдам. Зикриллаев.З., Тошкент. 2001.
12. Урология пропедевтикаси бўйича ўргатувчи дастур.Зикриллаев. З., Тошкент, 2002.
13. Урологик аъзолар ва уларнинг фаолияти ўлчов бирликларида. Бухоро. 2002.
14. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (раздел «Урология»). Бухара, 2002.
15. Урология ривожланишига хисса қўшган олимлар. Зикриллаев.З., Тошкент. 2004.
16. Урологияда биринчилар. Зикриллаев.З., Тошкент.2004.
17. Урологиянинг айрим синдромлари.Зикриллаев.З., Тошкент, 2005.
18. Урологик операциялар тарихи. З.Зикриллаев., Тошкент, 2006
19. Урологияда рентгендиагностикани урни., Гафаров Ш.С., Хайруллаев Р.Ч., Бухара 2011
20. Урологической службе Бухарской области 50 лет, Гафаров Ш.С., Бадридинов К.А., Бухара 2012

5.4. КАФЕДРАДАГИ АДАБИЁТЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2002г.
2. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
3. «Справочник врача общей практики». Джен Мёрт., М. «Практика»,1998г.
4. «Секреты урологии», Аль-Шукри 2002 г., СПб.
5. «Неотложная урология», Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Медицина, 1985
6. «Урология» Шодмонов А.К., Акилов Ф.А. Тиббиёт институтлари талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун уқув кулланма. Андижон, 2008 й.

УРОЛОГИЯ ФАНИДАН КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАР ТОМОНИДАН ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ

Урологияда рентгендиагностикани урни., Гафаров Ш.С., Хайруллаев Р.Ч.,
Бухара 2011

Урологической службе Бухарской области 50 лет, Гафаров Ш.С., Бадридинов

К.А., Бухара 2012

ИНСТИТУТ КУТУБХОНАСИДА МАВЖУД БЎЛГАН ВА МУСТАҚИЛ ФОЙДАЛАНИШ УЧУН ТАВСИЯ ҚИЛИНГАН ЯНГИ АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

№	Муаллифи	Чоп қилин ган йил	Адабиёт номи	Мавзунинг номи	Бетлар
1.	Аль-Шукри	2002, СПГ	Секреты урологии	А) Методы исследования в урологии Б) Воспалительные заболевания МПС В) Олиго- и анурия	78 бет 89 бет 112 бет
2.	Под редакцией Н.А.Лопаткина	2004	Урология	А)Опухоли мочеполовой системы Б)Нефроптоз В) Симптоматика урологических заболеваний Г)Мочекаменная болезнь Д)Гидронефроз	293-б. 160-б. 12-б. 259-б. 139-б.
3.	Шодмонов А.К., Акилов Ф.А.	2008	Урология.	Тиббиёт институтлари талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун укув кулланма. Андижон,.	2-245
4.	Под редакцией Н.А.Лопаткина	2009	«Урология. Национальное руководство»	ТравмыМПО Аномалии развития Опухоли МВП	78 б 99 б. 259 б.

5.5. ФОЙДАЛАНИЛГАН КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР, ЖИҲОЗЛАР ВА ТЕХНИК ВОСИТАЛАР РЎЙХАТИ УРОЛОГИЯ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ФОЙДАЛАНИЛА- ДИГАН КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР ВА ТЕХНИКА ВОСИТАЛАРИ

№	Техник воситалар ва ўқув-кўргазмали қуроллар номи	Сони
1	Телевизор	1 та
2	Видеопроектор	йук
3	Компьютер	йук
4	Проектор	йук
5	Таблицалар	321 та
6	Рентгенограмма	67 та
7	Кинескоп	йук
8	Ўқув фильмлари (мавзулар бўйича)	5 та
9	Мультимедиялар (мавзулар бўйича)	12 та

10	Метал катетерлар	6 дона
11	Резинали катетерлар	4 та
12	Урететрал бужлар	2 та
13	Цистоскоп	1 та

5.6. ФОЙДАЛАНИЛГАН ЎҚУВ ФИЛЬМЛАРИ РЎЙХАТИ

№	Уқув фильмлари номи
1.	ТУР простаты
2.	Урологияга куланадиган энлоскопик усуллар
3.	Литотрипсия
4.	Урология булимнинг иш фаолияти
5.	Простата безни хавсиз гиперплазияси

МУЛЬТИМЕДИЯЛАР РЎЙХАТИ

№	Мавзунинг номи
1.	Простата безининг хавсиз гиперплазияси
2.	Сийдик таносил аъзоларнинг анатомияси ва физиологияси
3.	Нефроген гипертензия
4.	Уросепсис
5.	Впросы рациональной антибиотико терапии
6.	Оперативное лечение острого орхоэпидидимита
7.	Буйраклар ва уретерлар аномалияси
8.	Уролитиаз, СТК
9.	Уткир пиелонефрит
10.	Циститлар
11.	Бактериальный простатит
12.	Современные подходы к диагностике и ведению больных с ИППП
13.	Эректил дисфункция
14.	Физиология половой сферы
15.	Физиология простаты
16.	Фимоз, крипторхизм
17.	Преждевременное половое развитие
18.	Руководство по урогенитальным травмам
19.	Травмы мочеполовой системы

5.5. ФОЙДАЛАНИЛГАН ЯНГИ АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

УРОЛОГИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА ВА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРДА 2010-2011 ЎҚУВ ЙИЛИДА КИРИТИЛГАН ЯНГИ АДАБИЁТЛАР

1. Журнал «Урология», Москва 2008, 2009, 2010, 2011 й.

2. «Урология» Национальное руководство. Под редакц. Акад. Н.А.Лопаткина, Москва 2009.
3. Ю.А.Аляев, В.А. Григорян «Расстройства мочеиспускания», Москва 2006.
4. Ю.А.Аляев, В.А. Григорян «Гидронефроз», Москва 2008.
5. О.Л. Тиктинский В. П. Александров «Мочекаменная болезнь» Санкт-Петербург 2007
6. О.Л.Тиктинский «Пиелонефриты», Москва 1996
7. Д. П. Чухриенко, А. В. Люлько «Атлас операций на органах мочеполовой системы» Киев, 2001.
8. А.С.Чиж «Нефрология и урология» Москва, 2004
9. Джеймс А.Шейман «Патофизиология почки» Санкт-Петербург 1999
10. Фрэнк Химман младший «Оперативная урология», Москва 2000.
11. под ред.акад. Н.А.Лопаткина «Урология. Национальное руководство», Москва 2009.
12. под ред.акад. Н.А.Лопаткина «Руководство по урологии», Москва 1998.
14. В.Н.Степанов, З.А.Кадыров «Атлас лапароскопических операций в урологии», Москва 2001.

УРОЛОГИЯ ФАНИДАН ТАЛАБАЛАР УЧУН ЯНГИДАН ТАЙЁРЛАНГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ

Симптоматология урологических заболеваний, Гафаров Ш.С., Арипов Т.А., Бухара 2014.

11. УРОЛОГИЯ ФАНИДАН ТЕСТ (ОБ, ЯБ) САВОЛЛАРИ

1. ОСКИ саволлари (ёзма)

Вазиятли масала - 1

Урология бўлимига 70 ёшли қария бемор мустақил сийиб билмаслик шикоятлари билан ётқизилди.

Анамнездан охириги 2 – 3 йил давомида қийналиб, суст сийиб юрган, кечкурунлари 2 – 3 марта сийишга чиқган, бемор кечкурун спиртли ичимлик истеъмол қилгандан сўнг эрталаб мустақил сия олмаган.

Таъхис ва беморга қайси даволаш усуллари қўллаш керак?

Жавоб: Простата беъи хавфсиз гиперплазияси ва ўтқир сийдик тутилиши асорати таъхиси қўйилди. Консерватив ва оператив.

МАСАЛА - 2

Урология булимига 30 ёшли эркак охириги 5 кун давомида тез – тез сийиш, тана ҳароратини 39 - 40 °С гача кутарилиши, оралиқ ва қов усти сохаларида луккилловчи оғриқ борлиги шикояти билан қабул қилинди. Анамнезидан шу эрталабдан буён беморда ўткир ишурия пайдо бўлган. Ташхис ва беморга қайси даволаш усуллари қўллаш керак?

Жавоб: Простата беи абсцесси. Даволаш: Оператив.

МАСАЛА - 3

Урология булимига 45 ёшли бемор охириги 2 кун давомида қонли сийиш шикояти билан ёткизилди.

Анамнезда шикастланиш йўқ.

Пальпацияда унғ буйрак катталашган ва ўнғдан варикоцеле аникланади. Ковуққа катетер қуйилди ва ювилганда юборилган суюклик кайтиб чиқмади, лекин қов усти соҳасидаги шиш янада катталашмоқда. Беморга қандай ташхис қуйдинғиз ва қайси даволаш усуллари қўллайсиз.

Жавоби: Унғ буйрак усмаси, ковуқнинг қонли томпонадаси ва ўткир сийдик тутилиши. Ковуқни тавтиш қилиш, қон лахталаридан тозалаш, қон кетиш манбаини топиш, қон кетишини тухтатиш, эпидистостомия

МАСАЛА – 4

Урология булимига 20 ёшли бемор 3 кундан буён қонли сийишга, юзларида шиш пайдо бўлиши, сийдик микдори қамайганлиги шикояти билан қабул қилинди.

Анамнезида 20 кун олдин анги́на билан қасалланган.

АҚБ – 160/100 мм симоб устунига тенг. Цистоскопияда иққала уретернинг ковуққа қўйиладиган тешиқларидан қонли сийдик чиқаяпти.

Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усули қўллайсиз.

Жавоби: Ўткир гломерулонефрит. Қон тухтатувчилар, сийдик ҳайдовчилар, гомонал терапия, нефролог билан биргалиқда даволанади.

МАСАЛА – 5

Урология булимига 40 ёшли аёл белида тумтоқ оғриқ, ҳолсизлик, оғиз қуриши, қанқоқлик, тез қарчаш шикояти билан ёткизилди.

Анамнезида гоҳо сийдикда қон пайдо бўлади. Онаси буйрак қасаллиғидан 45 ёшда вафот этган.

Пайпаслаганда иққала буйрак катталашган, уларнинг сатҳлари ғадир – будур.

АҚБ – 160/100 мм симоб устунига тенг.

Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усули қўллайсиз.

Жавоб: Буйраклар тугма аномалияси. Буйраклар поликистози.

СЙИ Сурункали пиелонефрит. Симптоматик гипертофия. СБЕ .
Даволаш : консерватив - антибиотиклар, уросептиклар, инфузион терапия,
ностероид яллигланишга карши дорилар, анаболик гормонлар.

МАСАЛА – 6

Урология булимига 40 ёшли бемор ўнг томондан буйрак санчиғи бўлганлиги,
1соатдан сўнг қон билан сийганлиги шикоят билан ёткизилди.
Анамнезида ўзини 3 йилдан буён касал деб ҳисоблайди, бир неча марта
сийдик билан тош чиққан.

Бемор безовта, ўтиришга, ётишга жой топа олмайди.
Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усулини куллайсиз.

Жавоб: Сийдик тош касаллиги. Унг сийдик йули тоши .

СЙИ Асорталанган пиелонефрит. Консерватив (Алгоритм буйича) ва
оператив даволаш.

МАСАЛА – 7

Урология булимига 30 ёшли аёл қовуқ соҳасида оғриқ борлиги, тез – тез ва
оғрикли сийиш шикоят билан ёткизилди.

Анамнезидан бу белгилар ҳайз кўрган кунлари кучаяди ва унинг сийдигида
қон пайдо бўлади.

Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усулини куллайсиз.

Жавоб: Қовуқ эндометриози. СЙИ сурункали цистит.

Эндометриоз туқимасини электрокоагуляция қилинади ёки қовуқ
шиллик қаватини ажратиб олиш.

МАСАЛА – 8

Урология булимига қуйидаги симптомлар билан бемор қабул қилинди:
ёргоқнинг ўнг томони қатталашган, терининг ранги ўзгармаган, мойқ
қатталашган, қаттиқ, ғадир – будур, оғриқсиз уруғ тизимчаси ўзгармаган.
Анамнезидан бу шиш ва қаттиқлик анчадан буён бор ва қатталашмоқда.
Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усулини куллайсиз.

Жавоби: Унг мойқ семиномаси. Нур ва химиотерапия, Шевассю операцияси.

МАСАЛА – 9

Урология булимига 40 ёшли беморда вақти вақти билан юқори иситма
бўлиши ва ўнг буйрак соҳасида оғриқ борлиги шикоят билан ёткизилди.
Анамнезида 5 йилдан буён пиелонефрит билан даволанган.
Пальпация қилинганда ўнг буйрак қатталашган, биров оғриқли. Сийдик
тахлили ўзгаришсиз.

Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усулини куллайсиз.

Жавоб: СЙИ Сурункали пиелонефрит фаол даври.

Асорати: унгдан пионефроз, аралаш тури.
Оператив.

МАСАЛА – 10

Урология булимига чап буйрак соҳасидаги огрик ва тана ҳароратининг баландлиги шикоят бемор ётқизилди.
Анамнезида беморда сийдик билан тош чикган, 3 кун олдин беморда чапдан буйрак санчиғи бўлган, иситмаси юқори бўлиб, эти увушган. Кейинги кунларда ҳам шу белгилар давом этмоқда.
Беморга қайси ташхис қуйилди ва қандай даволаш усулини куллайсиз.

Жавоб: Сийдик тош касаллиги. Чап сийдик йули тоши.
СЙИ Асоратланган пиелонефрит.
Консерватив (Алгоритм буйича) ва оператив даволаш.

МАСАЛА - 11

Простата беи аденомаси билан касалланган 70 ёшли беморда сийдик тўлиқ тутилиши кузатилган. Беморга УЗИ килинган, хулоса: простата беи улчамлари - 58- 62мм, ректал курганда простата беи катталашган, юзаси силлик, контурлари аниқ, булаклараро эгат силликлашган, тугеэластик консистенцияда. Бемор поликлиникада кўрилиб металл катетер билан сийдиги олинган. Колдик сийдик 600 мл ранги сарғиш.
Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоб: Прстата беи хавфсиз гиперплазияси II боскич.
СЙИ Сурункали цистит. Эпицистостомия ва консерватив даволанади.

МАСАЛА - 12

20 ёшли аёл 2 кундан буён тез – тез, кам-кам, оғриқ билан сия бошлади. Сийдикнинг охири қисмларида қон бор. Тана ҳарорати 36,8 С°. Буйраклар соҳасида оғриқ йўқ, Пастернацкий белгиси икки томондан манфий, қов устида оғриқ сезади.
Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.
Жавоби: ;Уткир цистит. Консерватив даво.

МАСАЛА - 13

70 ёшли бемор бел умуртқалари соҳасида оғриқ борлигидан шикоят қилиб мурожаат қилди. Оғриқ кечқурун кучайди. 2 йил давомида сийдикни равонлигининг сусайишига ва тез-тез сийишини кузатган, уйқуси бузилган, бемор қовуғи тўлиқ бўша олмаслигини ҳис қилади.
Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.
Жавоби: Простата беи раки. Онкоуролог консултацияси.

МАСАЛА - 14

37 ёшли беморда тўсатдан ўнг бел соҳасида ўткир оғриқ, кунгил айланиш, қусиш пайдо бўлди. Оғриқ иррадиацияси (узатилиши) ўнг сонига, бемор

Ўзини қўяргажой топа олмайди. Кон босими 140/ 90 мм рт ст .Сийиши тез-тез, сийдик тахлили ўзгаришсиз, УЗИ да унгдан гидрокаликоз.

Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: СТК Унг сийдик йули тоши. Гидронефроз унгдан II даражали.

СЙИ Асоратланган пиелонефрит.

Даволаш: Консерватив (Алгоритм буйича) ва оператив даволаш.

МАСАЛА - 15

Беморнинг тана ҳарорати баланд, этининг увушиши ўнг бел соҳасида симмиланган оғриқ бел соҳалари носиметрик, беморнинг ҳолати мажбурий – сколиоз чапга. Ўнг оёғи қорин томонга тортилган. Ўнг буйрак соҳаси уриб қирилганда оғрикли. Умумий рентгенда касалланган томонда бел мускуллари контури аниқ билинмайди.

Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Паранефрит унгдан. Оператив даволанади.

МАСАЛА - 16

Касалхонага қовуқ соҳасига тумтоқ шикаст олган бемор олиб келинди.

Беморнинг қорин пастида кучли оғриқ бор, мустақил сия олмайди,

қорин парда китикланиш белгилари мусбат.

Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Ковукнинг ёпик жароҳатланиши. Ковукнинг қорин парда ичига ёйрилиши. Уркир ишурия. Даволаш : оператив.

МАСАЛА - 17

Қабулхона бўлимига бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: қориннинг ўнг ярмида оғриқ, кунгил айланиш ва қусиш. Ўнг буйрак соҳаси оғрикли, Шёткин – Блюмберг белгиси шубҳали. Бемор ўзини қўярга жой топа олмайди.

Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Шархловчи ва экскретор урография ва хромоцистоскопиядан кейин аникланади. Даволаш: буйрак санчиги булганда, бартараф қилиш алгоритм буйича аналга оширилади. Уткир аппендицитда оператив.

МАСАЛА – 18

Ҳаким қабулига онаси 5 яшар болани қуйидаги шикоятлар билан олиб келди: жинсий олатида оғриқ борлигида, жинсий олат бошчаси цианотик, жинсий олат чекка кертмак пардаси билан қисилган. Касаллик муддати 10 соат.

Сизнинг ташхисингиз ва қайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Парафимоз. Консерватив – чекка кертмаг пардани жойига келтириш, агар иложи бўлмаса, оператив: циркумцизия.

МАСАЛА – 18

Беморда грипдан сўнг бирданига ёрғоқнинг ўнг томони шишган, териси кизарган, мойак ва ортиги катталашган, пальпация қилинганда жуда оғриқли, маҳаллий харорат юкори.Беморнинг тана харорати 38⁰ С .
Сизнинг ташхисингиз ва кайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Уткир орхоэпидидимит унгдан. Давоси: консервати ва оператив.

МАСАЛА – 19

40 ёшли беморда вақти – вақти билан юкори иситма, ўнг буйрак соҳасида оғриқ борлиги безовта қилади. Анамнезида сийдик билан тош чикган.Пальпация қилинганда ўнг буйрак катталашган, озроқ оғриқли. Сийдик тахлили ўзгаришсиз. УЗИ да косача – жом системаси кенгайган. Сизнинг ташхисингиз ва кайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: СТК унг сийдик йули тоши . СЙИ Асоратланган пиелонефрит. Унгдан пионефроз , аралаш тури . Даволаш оператив.

МАСАЛА – 20

Кабул булимига тана харорати баланд, эт увишиши, оралик соҳасида лукилловчи оғриқ, тез-тез кам кам оғриқли сийиш шикоятлари билан бемор кабул килинди. Сийдик тахлилида лейкоцитлар 7-8 в п/з. Per rectum курганда простата беи катталашган, оғриқли, флюктуация соҳалари аникланади Сизнинг ташхисингиз ва кайси даволаш усуллари аналга ошириш керак.

Жавоби: Простата беи абсцесси. Даволаш: оператив

Урологик касалликлар симптоматикаси.

I. Урологик касалликлар симптомлари неча гуруҳга булинади ва кайсилар.

Жавоб:

1. Сийдик таносил аъзолари соҳаларидаги оғриқ ва уларнинг иррадиацияси.
2. Сийишнинг бузилиши.Бу дизурия деб номланади.
3. Сийдикнинг сифат ва микдор ўзгаришлари.
4. Сийиш актига боглик булмаган холда уретрадан чикадиган патологик ажралмалар ва эякулятдаги патологик ўзгаришлар.
5. Эркалар ташки жинсий аъзоларидаги патологик ўзгаришлар.
6. Организм аъзо ва системаларидаги иккиламчи зарарланиш бешлгилари билан боглик симптомлар.

II. Урологик касалликлардаги оғриқ характери?

Жавоби: Уткир ва тумток (тупой),симилловчи, оғриқ бошка жойларга иррадиация бериши мумкин.

III.Буйрак санчигининг патогенези .

Жавоби: Уретерга тош тикилди махаллий рецепторлар кузгалади, уретер спазми булади, кейин жомда, жом – уретер сегментида ва косачалар буйинчалар кискаради, жомда босим ортади. Уретерда шундай рецепторлар борки улар буйрак томирлари билан боғланган, шу сабабли буйрак артериялари торайиб веналари кенгайади, буйракда гипоксия булади. Веноз стаз, интерстициал шиш, лимфа окиши бузилади, лимфа куп хосил булиб, буйрак паренхимаси шишади, фиброз капсула таранглашади ва огрик кучайади. Буйрак жомида босим ошади, форникал аппаратдан сийдик реабсорбция булади. Буйракда гемо ва уродинамика бузилади.

IV Сийиш бузилиш (дизурия) турлари.

Жавоби: 1.Поллакиурия , 2.Олигакиурия 3.Странкурия 4.Никтурия.5. Сийдик ушлай олмаслик 6. Сийдик туплай олмаслик 7.Ишурия .

V Поллакиурия ва унинг турлари.

Жавоби: Тез –тез кам сийиш, лекин суткалик микдори нормада (суткасига 15 -20 мартагача).

а) кундузги П-Я – ковук тошларида.

б) кечкурунги П-Я – простата беzi гиперплазиясида.

в) доимий П – Я - сурункали цистит, туберкулёз, ковук усмаси, уретрит, уретер тошларида ,дори моддаларини куллаганда(уротропин – гексаметилтетрамин, диуретикларда – лазикс,фурасемид,урегид)кузатилади

VI Странкурия нима?

Жавоби: Кийналиб тез тез огрикли сийиш – ковукда баъзан сийдик колгандай булади, ковук тулик бушамагандай, Яна сийги келгандай сезади.

Масалан- цистит, ковук тоши,ковук усмаси,туберкулёз, простатитда, везикулитда, простат беzi ракида.

VII Никтурия нима ?

Жавоби: Тунги куп сийиш.Одатда одам соат 15- 18 ларда куп сийдик ажралади, кечкурун 3 – 6 – ларда эса кам ажралади. 80 % сийдик кундузи чикади.

Юрак кон томир етишмовчиликларида кундузи юрганда оёқларда шиш пайдо булиб кечкурун улар сурилиб куп сийишга чикади ва шишлар кайтади – сердечный никтурия. Буйрак(почечная) никтурияси – полиурияда – ХПН ,ОПН, сур. гломерулонефритда, нефросклерозда, сур. пиелонефрит.

VIII Сийдик ушлай олмаслик (недержание мочи) нима ?

Жавоби: Хохишсиз сийги келмасдан сийдик чикиб кетади. Унинг икки хил тури булади.

Чин – ковук бутунлиги бузилмасдан ,ковук сфинктери яхши ишламайди.доимий ёки тана холатини узгартирганда, жисмоний ишлаганда ,йуталганда ,аксирганда,кулганда юз буради.

Сабаб – аёллар девори тушиши,бачадоннинг тушиши,чанок туби мускуллари ёки ковук сфинктери мускуллари бушашса.Климактерик даврда- гормонал дисфункция – ковук детрузори тонус ива сфинктери иши дискординациялашган..

Сохта – уретердаги,ковукдаги,уретрадаги тугма ёки орттирилган дефектлардан сийдик чикишидир. Масалан: ковук экстрофияси,эписпадия,уретер-кин- бачадон – тугри ичак окма яраларидан сийдик окишидир.

IX Сийдик туплай олмаслик (неудержание мочи) нима?

Жавоби: Сийдикни узок ушлай олмасликдир. Масалан императив сийги келиш-уткир цистит,ковук буйинчаси усимтаси,простата бези гиперплазияси III ст да кузатилади. Парадоксал ишурия -сийдик пуфаги ва буйинчасининг кенгайиши хисобига хохишсиз сийдик томчилаб оқади.

X. Ишурия нима?

Жавоби: Сийдик тутилиши (ковукда сийдик бор).

Уткир ишурия нерв рефлектор булиб операциялардан, эмоционал зурикишлардан кейин юзага келад, простата бези гиперплазияси,раки,уретра стриктураси,ковук тоши,ковук буйинчаси усмаси.

Сурункали ишурия – простата бези гиперплазияси ,раки,ковук буйинчаси склерози,уретра стриктураси да булиб унда колдик сийдик колади (N да тупланган сийдикнинг 10% ёки 15 – 20 мл).

XI Сийдикнинг микдор узгаришлари кайсилар ва уларни санаб беринг?

Жавоби: 1.Полиурия. 2.Опсоурия.3. Олигурия.4. Анурия

XII. Полиурия нима?

Жавоби: Суткалик сийдик микдори 2000 мл дан куп булиши, солиштирма огширлиги хам паст булади -1002 -1015

(М.кандсиз диабетда), кандли диабетда – 1030 булади, бемор куп – куп сияди.

М: сур. пиелонефрит, буйрак поликистози, простата бези гиперплазияси, ХПН,ОПН,медикаментоз- диуретиклар – гипотиазид,урегид,лазикс,маннитол кабул килганда.

XIII Опсоурия нима?

Жавоби: Куп суюклик ичгандан кейин 1 ёки 1 неча суткадан кейин куп сийдик ажралишидир.Сабаб – юрак етишмовчилиги,жигар, ошкозон ости бези касалликларида

XIV. Олигурия нима ва унинг турлари ?

Жавоби: Суткалик сийдик микдори кам (суткасига 500 мл дан кам).

1, Физиологик – кам суюклик ичишлар,иссик хоналарда ишлашлар,куёшда куп юриш,куп терлаш.

2. Патологик – М: уткир ва сурункали буйрак етишмовчиликларда, ич кетиш,кусишда,кон кетишда,тана харорати кутарилиши,юрак кон томир етишмовчилигидаги шишларда,уткир нефритларда фильтрация бузилади,реабсорбция кучаяди.

XV Анурия нима ва унинг турлари?

Жавоби: Буйракларда сийдик ишлаб чиқарилишни бузилиши ёки ишлабчиқарилган сийдикни ковулга тушишини бузилишидир.

I. Секретор а) Преренал – буйрак артерия- веналари окклюзияси, коллапс, огир шоклар, ич кетишлар, огир куйишлар, кусишлардаги дегидратацияларда.

б) Ренал – коптокча каналча аппаратининг иши бузилиши (филтрация ва реабсорбция бузилиши). М: уткир гломерулонефрит, пиелонефрит, нотугри гурухли кон куйишлар,

нефротоксик захарланишлар(антифриз, этиленгликоль, дихлорид ртута), криминал абортлар(анаэроб инфекциялар), аллергик инфекциялар, Краш синдроми (миоглобинлар буйрак каналчаларга тикилиб колади).

в) Реноприв холат - аренал холат, икала буйрак олиб ташланган ёки икала буйрак мажакланган, буйрак аёкчасидан узилган булганда.

II. Экскретор - Постренал М: уретерга тош, кон лахтаси тикилиши ёки атрофидан кисилиши, операция вактида боглаб куйилиши.

XVI Сийдикнинг сифат узгаришлари неча гурухга булинади ва уларни санаб беринг?

Жавоби: 1. Сийдикнинг солиштирма огирлигининг узгаришлари. (Гиперстенурия, гипостенурия, изогипостенурия). (N 1010 – 1025).

2. Сийдик ранги ва тиниклигининг бузилиши (лойка)

3. Протеинурия 4. Пиурия. 5. Гематурия 6. Гемоглобинурия. 7. Миоглобинурия.

8. Цилиндрурия. 9. Бактериурия. 10. Пневматурия. 11. Липурия. 12. Хилурия.

13. Гидатидурия.

XVII. Сийдикни солиштирма огирлиги узгариши билан кечадиган кайси касакасалликларни биласиз?

Жавоби: Гиперстенурия – солиштирма огирлиги 1025 дан юкори булишидир. М: кандли диабетда, гиперпаратиреозда, огир метал тузлари Билан захарланганда.

Гипостенурия – сийдик солиштирма огирлиги 1010 дан паст булади. – 1002 – 1012 атрофида булади.

Изогипостенурия – Буйрак етишмовчилиги кучайганда булади.

XVIII. Протеинурияни кандай турларини биласиз?

Жавоби: Протеинурия бу сийдикда оксилнинг булиши.

Сохта - буйракдан ташкарида сийдикга секрет, йиринг, кон, микроблар кушилади. Чин – 1) гломеруляр – гломерулонефрит, ОПГ гестоз, утказувчанлик бузилади, (юкори молекулали оксиллар).

2) Тубуляр – каналчалар зараланса (паст молекулали оксиллар) уткир сур. нефритда, синдром Фанкони(). 3) Аралаш тури.

XIX. Гематурияни кандай турларини биласиз?

Жавоби: Гематурия - сийдикда кон булиши. Турлари- 1. Инициал (начальная) – сийдикнинг бошланиш кисмида кон булиб бунда манбалар уретранинг олдинги кисмида жойлашган. (уретранинг жарохати, полип, раки, яллигланиши)

2. Терминал – бунда манбалар орка уретра, простата беzi, уруг пуфакчалари, ковок буйинчаси.- усмалар, травмалар, яллигланишлар, тошлар.

3. Тотал – манбалар иккита буйрак ,иккита уретерлар ва ковуқ дир- усмалар буйраклар туберкулёзи, поликистози,СТК,нефротик папиллит,геморрогик – ярали циститлар,эндометриоз, простата бе­зи гиперплазияси, раки.—баъзи кон касаллик­лари – Верльгоф касаллиги,антикоагулянтлардан нотугри фойдаланганд(гепарин,дикумарин).Баъзи дорилар – фенолфталеин ,овкатмахсулотлари ҳам – лавлаги сийдик рангини кизартиради. Кон лахтасининг шаклига караб агар чувалчангдай булса буйракдан,юмалок нотугри шаклда булса ковуқдун келаяпди деб уйлаш мумкин.

XX. Уретрадан чикадиган қандай патологик ажралмаларни биласиз?

Жавоби: Йирингни чиқиши – уретритда кузатилади,улган уретра шиллик қавати ва қуп микдорда лейкоцитлар чиқади – Гонококклар, трихомонадалар,неспецифик флоралар.

Сперматорея- эрекциясиз уруғ суюлиги оқади- эякуляция ва оргазм булмайд. Сабаб- миелитларда,орка миянинг бошқа касалликларида.

Простатитларда бемор зурикса ҳам чиқади ва микроскопда сперматозоидлар қуринади.

Простаторея – сийиш охирида ёки дефекациядан кейин сперматозоидларсиз простата бе­зи секрет­и оқиб чиқади. Микроскопда лецитин доначалари топилади. Бу ҳолат сурункали простатитда кузатилади.

Урологик беморларни текшириш усуллари.

1.Урологик беморларни текшириш неча гуруҳга бўлинади ?

Жавоби: 1.Клиник 2. Лаборатор ва инструментал.

2.Клиник текшириш усуллари­га нималар қиради?

Жавоби: 1.Шикояти .2.Anamnesis morbi. 3. Anamnesis vitae. 4 Status preasens objectivus (Куздан кечириг, пальпация ,перкуссия, аускультация) 5. Status urologicus.

3. Лаборатор – инструментал текширувларга нималар қиради?

Жавоби: 1. Кон тахлили: Коннинг умумий тахлили, коннинг биохимик тахлил­лари (Умумий оксил, Алт, Аст, билирубин, канд,мочевина, креатинин,микроэлементлар).

2. Сийдикнинг умумий тахлили (Нечипоренко, Амбюрге , Аддиса – Каковский усуллари бўйича),

3. Буйракнинг функционал пробалари - Реберг синамаси, Зимницкий синамаси, Говард тести.

4. Урологик аъзоларни ультратовуш ёрдамида текшириш.

5. Беморларни ретн­генологик текшириш.

4.Сийдикни тахлил килишнинг куйидаги усуллари бири биридан фаркини айтинг – Нечипоренко, Амбурже, Аддиса – Каковский.

Жавоби: Аддиса (1925) – Каковский (1910) Унда аникланади. 1 суткалик сийдикда

(1литрда). Уйгокликда 8 соатда 100 мл хисобида

N Лейкоцитлар – 2 000 000

Эритроцитлар – 1 000 000

Цилиндрлар – 20 000

Амбурже усули – 3 соатлик йигилади. 1 минутда чикадиган эритроцитлар ва лейкоцитлар микдори аникланади.

M. Лейкоцитлар - 1500

Ж. Лейкоцитлар – 2000

Эритроцитлар – 1000

Эритроцитлар – 1000

Нечипоренко пробаси – 1 мл сийдикда урта порция олинади.

Лейкоцитлар – 2000 гача

2000 – 4000 - сомнител

Эритроцитлар – 1000 гача

1000 – 2000

Цилиндр – 20 гача

5.Зимницкий синамси нима ва унга тушунтириб беринг?

Жавоби: Зимницкий синамаси – хар 3 соатда 8 та банкага сийдик йигилади. Банкаларга беморнинг исми шарифи: сана: соатлар ёзилади, 6 .00 – 6. 00 гача бир сутка (ичилган сувнинг 65 – 75% буйраклардан чиқади, уд.вес фарки – 0,010 булади)

Бу синамада нималар аникланади:

1) Солиштирма огирлиги суткалик узгариши

2) суткалик сийдик микдори

3) кечкурунги ва кундузги сийдик микдорий нисбати аникланади N 1/3 кундузи.

6. Эркак ва аёлларда сийдик йигиш усулари.

Жавоби: **Аёл.** 1. Бемор ички кийимларини ечади.

2. Кейин кулларини кир совун билан ювади ва куритади.

3. Бемор бир кули билан жинсий лабларни очади ва сийдик йигишни охиригача шундай ушлаб туради.

4. Холатни узгартирмасдан хамшира 3 марта алохида 3% ли совунли эритмага хуланган стерил томопон билан олдиндан оркага томон жинсий аъзоларга ишлов берилади.

5. Туртинчи курук стерил томпон билан жинсий аъзолар куритилади

6. Сийдик йигиш учун ковукда 200 – 250 мл атрофида сийдик булиши керак. Бемор биринчи идишга 100мл атрофида сийдик олади ва сийдик окимини узмасдан иккинчи идишга сийдик йигилади.Сийдик йигиш вактида идиш оёкларга, жинсий аъзоларга, кийимларга тегмаслиги керак.

Эркакларда: 1. Бемор ички кийимларини ечади.

2. Кейин кулларини кир совун билан ювади ва куритади.

3. Бемор бир кули билан жинсий олат чека кертмак пардаларини очади ва сийдик йигишни охиригача шундай ушлаб туради.

4. Холатни узгартирмасдан бемор 2 марта алохида 3% ли совунли эритмага хулланган стерил томопон билан жинсий олат бошчасига ишлов берилади.

5. Учинчи курук стерил томпон билан жинсий олат бошчаси куритилади

6. Сийдик йигиш учун ковукада 200 – 250 мл атрофида сийдик булиши керак. Бемор биринчи идишга 100мл атрофида сийдик олади ва сийдик окимини узмасдан иккинчи идишга сийдик йигилади. Сийдик йигиш вақтида идиш оёқларга, жинсий олат бошчасига, кийимларга тегмаслиги керак.

7. Сийдик пуфагининг катетеризация килиш техникасини тушунтириб беринг?

Жавоби: Ковукни катетеризация килиш диагностик ва даволаш – ковуқни бушатиш, ювиш, дори юбориш, рентген контраст модда юбориш мақсадида амалга оширилади. Катетер турлари: 1. Юмшак (резинали) 2. Каттик (металдан) 3. Ярим каттик, эластик (полимердан). Қўл қўлланиладиган катетерлар – резинали Нелатон, Тиман, Пеццер, Малеко, Померанцева – Фоли.

Катетеризация килиш учун аёлларда ташки жинсий аъзолар антисептик суюқлик билан ювилиб, стерил пинцет ёрдамида ковуқка уретра орқали киритилади.

Эркақларда бироз мураккаброк булиб, бемор горизонтал ётқизилади, чанок остига валик қўйилади. Жинсий олат бошчасини чап қўл билан ушлаб, унғ қўл билан катетер уретрага киритилиб аста секин ковуқка туширилади, у ердан сийдик чиқади, агарда чикмаса ковуқ ювиб қўрилади.

8. Урофлоуметрия нима ва бажариш тартиби.

Жавоби: Бу маълум бир вақт ичида сийдикнинг ҳажмий тезлигини аниқлаш. Ковук детрузори тонуси ва ковуқ уретрал сегмент қаршилиги ҳақида маълумот беради. Бунинг учун ковуқда 250 мл атрофида сийдик булиши керак. Чикган сийдик микдорини кетган вақтга буламиз. Нормада эркақларда 15 – 20 мм/сек, аёлларда 20 - 25 мм/сек

9. Цистоскопиянинг турлари ва бажариш тартиби.

Жавоби: Цистоскопия ковуқ деворини цистоскоп ёрдамида қўриш. Биринчи марта 1879 йилда М. Нитце томонидан цистоскоп яратилган.

Цистоскопия учун шарт шароитлар;

1. Уретранинг ўтказувчанлиги
2. Ковук ҳажми 75 мл дан катта булиши
3. Ковук ичидаги муҳит тиник булиши

Курсатма ковуқ девори патологиясини аниқлаш, уретерлардан сийдик чиқаётганлигини аниқлаш. Қарши курсатма ковуқ сийдик йўли, жинсий органлар ўткир яллиғланиш касалликлари.

Цистоскоп турлари: 1. Қўрадиган – смотровой 2. Катетеризацион.

1. Операцион

Цистоскоп қисмлари: Сийдик йулига тубус (ичида мандрен бор) киритилиб, мандренни олиб урнига оптик қисм киритилади, оптик қисм учида Альбарран тилчаси бор, у цистоскоп орқали киритилган инструментларни аниқ жойига йуналтириш учун хизмат қилади.

Ковук ичида деворлари қурилгандан кейин Лъето учбурчаги топилади. Соат миллиари буйича 7 (унг) ва 5 (чап) сийдик йуллари пастки тешиги топилиб, улар симметриклиги, шакли – ёриксимон, овал, юмолок, нуктали. У ердан сийдик, қон, йиринг келаётганлигини аниқлаш, агар сийдик келмаётган бўлса уретерларга катетер киритиб утказувчанлигини аниқлаш.

10.Хромоцистоскопия нима ва унинг бажарилиш тартиби.

Жавоби: Бунинг учун 2-3мл 0,4 % ли индигокармин ва цистоскоп аппарати керак бўлади . Биринчи цистоскоп билан ковуқга кириб уретерлар тешиглари топилади , индигокармин в/в юборилади 3-5 минутдан кейин рангланган сийдик уретер тешигидан чиқиши керак.Агар в/в орқали юбориб бўлмаса мускул орасига (в/м) юборилади унда эса 15 – 20 минутдан кейин рангланган сийдик чиқади. Агар шу чиқишлар кечикса демак сийдик йулида тусиқ борлигидан дарак беради.(тош ,хомила).

11.Урологик беморларни рентген текширишига тайёрлаш.

Жавоби: Буйрак ва сийдик йуллари ретроперитонеал жойлашганлиги сабабли уларни рентген текширишдан олдин ичакларни ахлат, газлардан тозалаш ва бемор ковуғи бушатилиши керак. Беморларни тайёрлашда унинг ёши, ичаклар функционал ҳолати, диетасига эътибор қаратилади . Рентген текширишдан 2-3 кун олдин беморларга диета буюрилади , яъни овқат махсулотларидан сутни, қора нонни, сабзавотлар,ширинликлар, нухат (дуккакли махсулотлар)ни ва бошқа газ ҳосил қилувчи махсулотлар инкор этилади . Бундан ташқари ичакларини газлардан, тозалаш мақсадида беморларга қарболен (3 кун давомида актив қумир ичиш, 5-10 таб. 3 маҳал), мойчечак дамламаси, валерианани, қастор мойи, вазелин мойи , қунгабоқар мойи 30 мл ичишга қушиш мумкин. 1-2 кун олдиндан ичиладиган суюқлик миқдори қаматирилади(буйракдан чиқаётган контраст яхши қуриниши учун). Ичакларни тозалаш учун айниқса қарияларда тозаловчи ҳукна қилиш мақсадга мувофиқ, уни қечқурун ва текширишдан 2 соат олдин қилиш керак. Баъзи авторлар рентген текширишдан 15-30 минут олдин 5 гр. танин қушилган 1-1,5 литр иссиқ сув билан ичаклар тозалашни тавсия қилади. А.Я. Пытель буйрак ва сийдик йулларини рентген текширишни очликда утқизишни маслаҳат беради, чунки қонғил қонۇшта (1 стакан ширин қой ва бутербурот ёки сувсиз қурук пишириклар - сухары,печенье) ичакларда газ ҳосил қилмай,балки газ ҳосил бўлишини (голодные газы) олдини олади дейди. Бу ҳолат қупинча очликга қидамсиз ёш боларларда ва диабетикларга маъқул бўлади. Ангиография, пневморетроперитонеум текширишларига операция сифатида қаралиб улар оч ҳолатда қилинади. Ошқозон - ичак системасини рентген текширишдан 10 кун кейин рентгенурологик

текширишни бажариш мумкин, чунки ичакларда колган контраст моддалар натижани нотугри талкин килишга олиб келади.

12. Урологияда куланиладиган кандай рентген текшириш усуллари биласиз? Жавоби:

- Шархловчи урография
- Экскретор урография
 - а) Ортостатик б) Компрессион в) Инфузион
- Ретроград уретеропиелография
- Антеград пиелоуретерография
- Уретрография (ретроградная, микционная).
- Буйрак ангиографияси ва флебографияси.
- Уротомография (компьютерная, ЯМР, спиральная КТ)
- Урокимография
- Пневморен.
- Цистография (тушувчи, кутарилувчи).
- Урокинематография;

13. Сиз канак контраст модда турларини биласиз ?

Жавоби: 1) газсимон (CO_2 , NO , гелий, O_2). 2) суюк, 1,2,3 атомли I_2 - йод сакловчи органик моддалар (1 атомлик- сетгозин, 2 атомли- кардиотраст, 3 атомлик – трийотраст, 2 ёки 3 атомлик -урографин, уротраст, ренографин, верографин, гипак) уларда йод микдори 60-76% ни ташкил килади. Энг кам токсик контраст модда гипак ва верографиндир. Генитография ва лифоаденографияда куланиладиган ёгли контраст моддаларга киради: йодолипол (30%), йодипин (20%) , этиодол, липиодол. 3) сувда эримайдиган аралашмаларга- BaSO_4 нинг 10-15% эритмаси киради.

14. Экскретор урографияга курсатма ва карши курсатмани айтинг?

Жавоби: Бу усулни 1929йилда Binz, Roseno, Swick ва Lichtenberg лар тиббиётда амалиётга киритганлар. Бу оддий , зарарсиз ва физиологик усул булиб, уни клиника, касалхона, хаттоки амбулатор шароитда ҳам килиш мумкин.

Курсатма: буйраклар, косача жом системаси, сийдик найлари ва ковукининг анатомик ва функционал ҳолатини аниклаш учун кулланиладиган рентгенологик усулдир. Унда буйрак ва сийдик йуллари тугма нуксонларини (аномалия), тошларини, усмалари ва баъзи хосилаларини аниклаш мумкин.

Карши курсатмалар: 1) Йод препаратларига аллергия реакцияси (йодга идиосинкрозия) булган беморлар. Анамнезида йод препаратларини қабул қилганлиги суралади, в/и га 2 мл контраст модда юбориб курилади.

Агар ноҳуя таъсири (беморда исиб кетиш, кичишиш, кунгил айнаш, қусиш, юзларида шиш, калтираш, терида тошмалар (крапивница) белда ва юрак соҳасида оғрик, кузларида кизариш) кузатилса контраст модда юборилиши тухтатилади.

2) тиреотоксикоз (йодга сезгирлик юкори булади)

3) Буйрак етишмовчилиги булган беморлар (азотемияда, солиштирма оғирлик

1005- 1008 дан паст булса,конда мочевиная 70 мг% дан юкори булганда контраст модда буйраклар оркали секин чикарилади ва организмда интоксикация юз беради).

4) Жигар функциясининг огир етишмовчилиги.

5) Юрак – кон томир етишмовчилиги,гипертониянинг охирги боскичлари, кон айланиш етишмовчилиги.

6) Миелом касаллиги (каналчалар тизими майда дисперс оксилар билан тикилган булади).

7)Шок, коллапс (артериал кон босими тушади ва буйракларда кон айланиш етишмовчилиги юзага келади).

8)Гломерулонефрит, нефросклероз, актив туберкулез, протромбин индекси ва кон ивиш вакти юкори булган беморлар.

Юкори харорат ва хомиладорлик экскретор урографияга карши курсатма эмас.

Ножуя таъсирлари: кунгил айнаш, кушиш,иссиб кетиш,юзнинг кизариши,вена буйлаб огрик,огизда ёкмас хид, бош айланиш,бош огрик,калтираш,нафас кисиши, коллапс, кон босими кутарилади(контраст модда куюклигидан),анафилактик шок. Экскретор урографияда 20 – 150 мингдан бир кишида анафилактик шокдан улим булиши мумкин.

15. Ретген контраст моддалардан буладиган шок холатида биринчи ёрдам кутичасида нималар булиши керак?

Жавоби: 1. Контраст моддаларнинг антидоти сифатида 30% натрий тиосульфат эритмаси(20-40мл) ишлатилади.

2. Аллергияга карши воситалар(кальций хлор, кальций глюканат, димедрол, супрастин, пиполфен, тавегил, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон)

3. Юрак – кон томир дорилари (кордиамин, норадреналин, адреналин)

4. Нафас марказини кузгатувчи дорилар (кофеин, лобелин).

5. Кислород, огиз кенгайтиргич (роторасширитель),тил ушлагич (языкодержатель)

16. Экскретор урография турлари ва уларнинг бажарилишини айтинг?

Жавоби: Бу ортостатик , инфузион ва компрессион урографияларга булинади.

Ортостатик. **Курсатма** нефроптозни, буйрак харакатчанлигини аниклаш учун.

Техникаси. В/и контраст модда юборилгандан кейин горизонтал ва вертикал холатларда рентгенография килинади.

Компрессион. **Курсатма** «айрим холатларда» юкори сийдик йуллари тугрисида тулик информация олиш максатида.

в/и контраст модда юборилади, 5-10 минутдан кейин 1 снимок килинади.

компрессия килинади (резина баллончик) 5 минутдан кейин 2 снимок килинади, компрессия бартараф килиниб 5 минутдан кейин 3 снимок (контроль) олинади.

Инфузион урографияга курсатма

Сурункали буйрак етишмовчилигининг эрта боскичларида (конда креатинин микдори юкори ва сийдик солиштирма огирлиги 1010 дан паст булган холатларда);

Экскретор урографияда информациянинг тулик булмаган холатларида;

Техникаси: 1мл/кг микдорда контраст модда + 5% глюкоза 80 – 100 мл (NaCl 0,9% эритмаси) 5-10 минут давомиди в/и юборилади.

10 минутдан кейин 1 – снимка килинади, кейингилари 10, 20, 40, 60 ва 100 минутларда килинади.

17. Урологияда энг куп кулланиладиган усуллардан бири ретроград уретеропиелография хакида маълумот беринг?

Жавоби: 1906 йилда Волкер ва Лиденберг томонидан таклиф килинган.

Курсатма: экскретор урографиядан тулик маълумот булмаган холатларда сийдик йуллари патологиясини аниклаш мақсадида (стриктура, рентген негатив тошлар, сийдик йуллари усмалари, сийдик йуллари аномалиялари, травмалар).

Техникаси: Контраст модда – сийдик найига катетер оркали суюк ёки газсимон холатларда юборилади, 5 -10 мл гача.

18. Цистография ва унинг турлари хакида нималарни биласиз? Жавоби:

- Кутарилувчи (восходящая или ретроградная);
- Тушувчи (нисходящая);
- Чукувчи (осадочная);
- Лакунарная (по Kneise – Schober);
- Микцион (сийиш вақтида).

Цистография (кутарилувчи)

19. Кутарилувчи ва тушувчи цистография хакида маълумот беринг?

Жавоби: Цистография (кутарилувчи)

Курсатма: ковуқ усмалари, ПБХГ, ковуқ тоши ва ёт жисмлари, ковуқ дивертикули, уретероцеле, рефлюкслар ва бошқалар.

- **Техникаси:** Бемор тулик сийгандан кейин ковуқга кететер оркали 150 – 200 мл 10- 30% суюқ холдаги контраст модда юборилиб графия килинади.

Цистография (тушувчи)

Экскретор урография текшируви давомиди беморга сиймаслик буюрилади ва сийдик туплангандан кейин ковуқ соҳаси рентгенография килинади.

20. Чукувчи цистография хакида маълумот беринг?

Жавоби:

Чукувчи (осадочная)

- **Курсатма:** ковуқ усмасини аниклаш учун.

- Техникаси: ковукга 50 – 100 мл, 10 - 15% барий сульфат эритмаси юборилади ва бемор 30 - 40 минут давомида тана ҳолатини узгартириб туради. Катетер ёрдамида ковук бушатилиб, асептик эритма билан ковук ювилади. Ковук уч хил проекцияда рентгенография килинади. Агар усма булса унинг ворсинкаларига BaSO₄ чукади.

№1 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;

Терминал гематурия:
Қон сийдикни учинчи порциясида
Қон сийдикни биринчи порциясида
Қон сийдикни иккинчи порциясида
Қонни сийиш акти бўлмаганда сийдик каналидан ажралиши

№2 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;

Тотал гематурия:
Қон сийдикни ҳамма порцияларида
Қон сийдикни биринчи порциясида
Қон сийдикни иккинчи порциясида
Қон сийдикни учинчи порциясида

№3 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;

Тотал гематурия манбаини қандай аниқлаш мумкин?
Цистоскоп ёрдамида
Кўз билан
Пиелоскоп ёрдамида
Нефроскоп ёрдамида

№4 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;

Агар қон сийдикни 1-чи порциясида бўлса, қон кетиш манбаи қаерда бўлади?
Уретрада
Уретерларда
Ковукда
Уруғ пуфакчасида

№5 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;

Агар қон сийдикни охириги порциясида бўлса, қон кетиш манбаи қаерда бўлади?
Простатада
Ковукда
Буйракда
Литтре безларида

№6 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;

Агар қон сийдикни ҳамма порцияларида бўлса, қон кетиш манбаи?
Буйрак, уретер, ковук

Уретра, ёргок, закар
Простата беи, уруг пуфакчалари
Сийдик найлари, жигар

№7 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;

Буйрак ўсмаси жараёнида оғрик ва гематуриянинг изма-из келиши:
Аввал гематурия, кейин оғрик
Аввал оғрик, кейин гематурия
Оғрик ва гематурия бир пайтда бўлади
Оғрикка боғлиқ бўлмаган тотал гематурия

№ 8 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;

Сийдик тош касаллигида оғрик ва гематуриянинг изма-из келиши:
Оғрик гематуриядан олдин келади
Гематурия оғриктан олдин бўлади
Оғрик ва гематурия бир пайтда бўлади
Уретрадан қоннинг келиши сийиш актига боғлиқ бўлмаган ҳолда

№9 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;

Гемоглобинурия – бу сийдикда:
Гемоглобин
Эритроцитлар
Йиринг
Ўғлар

№10 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;

Миоглобинурия – бу:
Сийдикда миоглобин
Сийдикда гемоглобин
Сийдикда эритроцитлар
Қонда сийдик

№11 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;**

Цилиндруря – бу сийдикда:
Цилиндрлар борлиги
Эритроцитлар борлиги
Лейкоцитлар борлиги
Ўт бўлиши

№12 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А

Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;

Бактериурия – бу сийдикда:
Бактериялар борлиги
Йиринг борлиги
Лейкоцитлар борлиги
Гемоглобин борлиги

№13 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;**

Пневматурия – бу сийдикда:

Сийдикда газ булиши
Сийдикда йиринг булиши
Сийдикда ут булиши
Сийдикда тузлар булиши

№14 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;**

Липурия – бу сийдикда:
Сийдикда ёғ булиши
Сийдикда газ булиши
Сийдикда кислород булиши
Сийдикда ошқозон шираси булиши

№15 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;**

Хилурия – бу сийдикда:
Лимфа аралашмаси
Хлорид кислотасининг борлиги
Сперманинг бўлиши
простата безининг секретини бўлиши

№16 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;**

Гидатурия – бу сийдикда:
Эхинококк пуфакчалари бўлиши
Кислород ва хаво булиши
CO ₂ , NO ₃ , H ₂ O ва оксилнинг булиши
Лимфа бўлиши

№17 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;**

Уретрадан йирингли чиқиндиларни чиқиши нимага хос?
Уретрит
Пиелонефрит
Пионефроз
Сийдик тош касаллиги

№18 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 6; Қийинчилик даражаси – 1;**

Сперматорея - бу:
Уретрадан сперма чиқиши
Уретрадан йирингни чиқиши (ажралиши)
Уретрадан бактериянинг чиқиши
Оралик соҳасида оғриқ

№19 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 3; Бўлим – 6; Қийинчилик даражаси – 1;**

Простаторея - бу:
Уретрадан простата секретининг чиқиши
Уретрадан сперматозоидларнинг ажралиши
Уретрадан эякулятнинг ажралиши
Уретрадан йиринг ажралиши
Сийдикни осмотик концентрациялаш

№20 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

ЮГА функцияси:
Ренинни синтезлаш
Оксилни синтезлаш
Аммиакни синтезлаш

Глюкозани синтезлаш
№21 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;
Кислота-ишқор мувозанатини тартибга солиб туришнинг ҳисобдан келиб чиқади?
Буфер тизимлари
Ишқор маҳсулотлари
Нордон маҳсулотлар
Аммиак

№22 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К
Акилов Ф.А

Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;

Простата безининг функцияси:
Спермани суялтиришда қатнашади
Бир нечта моддалар сақловчи, секрет ишлаб чиқариш
Фермент ишлаб чиқаради
Лимон кислотаси ишлаб чиқаради

№23 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А

Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;

Ковукнинг фаолияти (вазифаси):
Сийдикни тўплаш ва эвакуация қилиш
Сийиш актини амалга ошириш учун
Детрузорни қисқариши
Сийдикни тутиб туриш учун

№24 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А

Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;

Ковукнинг физиологик ҳажми:
250-300 мл
150-200 мл
300-400 мл
400-500 мл

№25 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Мояклар фаолияти:
Гормон ва сперматозоидлар ишлаб чиқариш
Сперматозоидларни ишлаб чиқариш ва сийдик ажраташ
Инкретор аъзо ва сийдик ажралишида қатнашади
Иккиламчи жинсий белгиларни ривожланиш учун

№26 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Простата бези суюқлигини аҳамияти:
Сперматозоидлар билан қўшилиб, уларга фаоллик беради, кинда кислотали мухитини нейтраллайди
Секрет гормон сақлаб, АКБ пасайтирувчи, детрузор фаолиятини кўзғатувчи, силлик мушакларни қисқартиради
Секретда Штрэнгеймер-Мальбин хужайралари бўлиб, уруғлашнинг амалга оширади
Жинсий фаолликни кучайтиради

№27 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Бир кеча-кундузда қатта одам меёрада неча марта сияди?
4-6 марта
1-3 марта

3-4 марта
10-15 марта
№28 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;
Сийдикнинг солиштира оғирлиги нимага боғлиқ?
Сийдикда эриган моддаларнинг нисбий молекуляр массасига қараб
Қон зардобиди мочевино ва креатинин миқдорига қараб
Қонтоқчалар суюқлик миқдорини филтрация қилишга қараб
Гипофиз ва буйрак усти беи функциясига қараб
№29 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;
Сийдик оқимининг ҳажмий тезлиги боғлиқ:
Жинси, ёши, сийдикни ҳажми ва пастки сийдик йўлларини ҳолатига
Юқори ва пастки сийдик йўлларини ҳолатига
Пастки сийдик йўлларини ҳолати, ажралган сийдик миқдорига
Истемол қилинган суюқликка
№30 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;
Қовуқдаги сийдик миқдори қанча бўлганда беморнинг биринчидан сийиши келади?
150 мл
250 мл
300 мл
500 мл
№31 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;
Сийдик Рн нинг меёрадаги кўрсаткичлари:
6-7
4-5
5-9
8-9
№32 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;
Сийдикдаги оқсил нимадан дарак беради?
Буйрак филтрациясини бузилганлигидан
ЮГА фаолиятини бузилганлигидан
Паранефритдан
Ормонд касаллигидан
№33 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;
Сийдикнинг солиштира оғирлиги нимадан дарак беради?
Буйракнинг концентрацион фаолиятдан
Инфекция борлигидан
Эритроцитлар борлигидан
Гемоглобин борлигидан
№34 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;
Креатининни буйрақлар орқали чиқиши истемол қилинган суюқликка боғлиқми?
Йўқ
Ха
Ха, агар 2 литрдан ортиқ суюқлик ичилса
Ха, жигар етишмовчилиги бўлса
№35 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;
Меёрада креатинин клиренси:

120-130 мл/мин
90-110 мл/мин
50-80 мл/мин
200-300 мл/мин

№36 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Креатинин клиренси нимадан дарак беради?
Қоптокчалар фильтрациясидан
Каналчалар реабсорбциясидан
Жигар фаолиятдан
Талок фаолиятдан

№37 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Креатинин нима?
Скелет мускулларидаги метаболизмнинг охириги махсулоти
Оксил метаболизмнинг охириги махсулоти
Билирубин метаболизмнинг охириги махсулоти
Эритроцитлар парчаланишининг охириги махсулоти

№38 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3**

Мочевина нима?
Оксил метаболизмнинг охириги махсулоти
Скелет мускулларидаги метаболизмнинг охириги махсулоти
Билирубин метаболизмнинг охириги махсулоти
Эритроцитлар парчаланишининг охириги махсулоти

№39 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Соғлом одамда 1 кечаю-кундузда сийдик билан неча донаэритроцитлар чиқаради?
1 млн
5 млн
8 млн
10 млн

№40 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;**

Соғлом одамнинг 1 мл сийдигида неча дона эритроцитлар бўлиши мумкин?
1000 гача
2000 гача
5000 гача
9000 гача

№41 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Простата-специфик антиген (ПСА) қондаги меърий микдори нечага тенг?
4 нг/мл
10 нг/мл
50 нг/мл
100 нг/мл

№42 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Қолдиқ сийдик меърада нечага тенг?
Қовуқ ҳажмининг 10% га тенг
Қовуқ ҳажмининг 20% га тенг
Сийдик ҳажмининг 10% га тенг
Қолдиқ сийдик бўлмаслиги керак

№43 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Сийишнинг ҳажмий тезлигининг пастлиги нима туфайли юз беради?
Детрузорни гипоактивлиги туфайли
Детрузорни гиперактивлиги туфайли
Сфинктер гипоактивлиги туфайли
Сфинктер гиперактивлиги туфайли

№44 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;**

Катта кишиларда қовуқ ҳажми:
250-300 мл
150-180 мл
500-800 мл
1000-1200 мл

№45 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;**

Бир кеча-кундузда ичилган суюқликнинг неча % сийдик ташкил қилади?
75%
100%
25%
50%

№46 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Буйрак дарвозасининг таркиби, олдиндан орқа томонга:
вена, артерия, жом
артерия, вена, жом
жом, аретрия, вена
вена, жом, артерия

№47 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 2;**

Буйракларни скелетотопик жойлашиши?
Унг буйрак Th _{xII} L _{III} , чап буйрак Th _{xI} L _{II}
УнгбуйракTh _{xI} L _I , чапбуйракTh _{xI} L _{II}
УнгбуйракTh _{IX} L _{II} , чапбуйракTh _{IX} L _{III}
УнгбуйракTh _{xII} L _{III} , чапбуйракTh _{xII} L _{III}

№48 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 1;**

Буйрак жомининг уртача ҳажмини белгиланг?
5-6 мл
9-12 мл
8 - 12мл
12-15 мл

№49 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 1;**

Катталарда сийдик йулининг узунлиги уртача нечига тенг булади ?
25- 30 см.
30 -34 см.
18 - 20 см
15- 18 см

№50 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 2;**

Сийдик йулининг нечита кисми фаркланади ?
3 та
2 та
1 та
4 та

№51 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Сийдик йулининг нечита тораймаси фаркланади ?
3 та
2 та
1 та
4 та

№52 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Сийдик йули қайси артериялардан кон олади?
буйрак артерияси, мойак (тухумдон) артерияси, юкори ковуқ артерияси
буйрак артерияси, аортадан, юкори ковуқ артерияси
буйрак артерияси, мойак (тухумдон) артерияси, юкори ковуқ артерияси
буйрак артерияси, юкори ковуқ артерияси, юкори ичак артерия

№53 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 3;**

Ковук қайси қисмлардан тузилган?
чуккиси, танаси, туби, буйинчаси
чуккиси, танаси, асоси, буйинчаси
чуккиси, танаси, туби, сфинктери
чуккиси, танаси, кулокчаси, буйинчаси

№54 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 3;**

Ковук деворларни қаватлари (ичкаридан ташкарига)?
шилиқ, шиликости, мушак, сероз
мушак шилиқ, шиликости, адвентиция
шилиқ, циркуляр мушак, бўйлама мушак, сероз
шилиқ,сероз ости, мушак, адвентиция

№55 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 3;**

Ковук қайси артериялардан кон олади?
киндик артерияси, урта тугри ичак артерияси, ички ёнбош артерия
киндик артерияси, урта тугри ичак артерияси, ташки ёнбош артерия
киндик артерияси, пастки тугри ичак артерияси, ички ёнбош артерия
киндик артерияси, урта тугри ичак артерияси, умумий ёнбош артерия

№56 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 2;**

Ковукнинг иннервацияси?
Th _x L _{II} –симпатик толалар, S _{II} –S _{IV} парасимпатик нерв толалари
Th _x L _{III} –симпатик толалар, S _{II} –S _{IV} парасимпатик нерв толалари
Th _x L _{II} –симпатик толалар, S _I –S _V парасимпатик нерв толалари
Th _{IX} L _{IV} –симпатик толалар, S _{IV} –S _{VI} парасимпатик нерв толалари

№57 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 3;**

Эркакларда сийдик чикариш йулининг кисимлари?
простатик, мембраноз, говак тана кисми
простатик, постпростатик, говак тана кисми
препростатик, простатик, говак тана кисми
простатик, мембраноз, горсимон тана кисми

№58 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 2; Қийинчилик даражаси – 3;**

Сийдик чикариш йули кайси артериялардан кон олади?
пастки ковуқ артерияси, ички уятли артерия, олатнинг дорзал артерияси
урта ковуқ артерияси, ички уятли артерия, олатнинг дорзал артерияси
пастки ковуқ артерияси, ташки уятли артерия, олатнинг дорзал артерияси
пастки ковуқ артерияси, ички уятли артерия, олатнинг пастки артерияси

№59 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 1; Бўлим – 1; Қийинчилик даражаси – 1;**

Простата беги кайси артериялардан кон олади?
пастки ковуқ артерияси, урта тугри ичак артерияси, ички уятли артерия
пастки ковуқ артерияси, юкори тугри ичак артерияси, ички уятли артерия
пастки ковуқ артерияси, пастки тугри ичак артерияси, ички уятли артерия
пастки ковуқ артерияси, урта тугри ичак артерияси, ташки уятли артерия

№60 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;**

Уртача 70 кг одам буйракдан бир минутлик ва 24 соатда утадиган кон микдори?
1200 мл, 1700 литр
1000 мл, 1000 литр
2200 мл, 2700 литр
120 мл, 170 литр

№61 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;**

Ренин-ангиотензин системасининг организмга таъсири?
вазоконстрикция
вазодилатация
венотонимизирловчи
периферик каршиликлини камайтиради

№62 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;**

Альдестерон таъсир механизми?
На реабсорбцияси ортади
На реабсорбцияси пасаяди
Са реабсорбцияси ортади
Са реабсорбцияси пасаяди

№63 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;**

Урологик касалликларнинг белгилари йиғиндиси нечта гурухданиборат?
6 тадан
3 тадан
4 тадан
5 тадан

№64 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;**

Буйрак касалликларида оғрик қасерда жойлашади?
Белда
Ковурға остида

Умурткада
Эпигастрал соҳада
№65 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 3;
Сийдик найлари касалликларида оғрикнинг узатилиши:
Чов соҳаси,ташки жинсий аъзоларга
Сонга,оёкнинг орқа юзаси буйлаб
Бел соҳасига,думгаза соҳасига
Товони ва болдир соҳасига
№66 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;
Қовуқ касалликларида оғрикнинг жойлашиши:
Қов устида
Белда
Оралик соҳасида
Моякларда
№67 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;
Оралик соҳасида оғрик бўлиши қайси касалликка хос?
Простата беги касалликлари
Сийдик пуфак касалликлари
Буйрак касалликлари
Ёрғоқ аъзолари касалликлари
№68 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;
Буйрак касалликларида ўзига хос белги қай бири ҳисобланади?
Буйрак санчиғи
Ичак санчиғи
Тана ҳароратининг ошиши
Бел невралгияси
№69 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 3;
Урологияда рефлюкс нима?
Сийдик йўлларида сийдикнинг тескари оқиши
Тез-тез сийиш,кечкурун 4-5 марта
Қийналиб сийиш,оғриқлар билан
Сийдикнинг мутлоқ йуклиги
№70 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 3;
Қовуқ жом рефлюксининг белгиси нима?
Сийиш пайтида бел соҳасида оғрик бўлиши
Тана ҳароратининг гектик даражада ошиши
Бактеримик шок ҳолати
Дефекация пайтида оғрик бўлиши
№71 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;
Қовуқ соҳасидаги оғрикнинг ҳаракат пайтида кучайиб тинч ҳолатда оғриқни йўқолишини нима билан боғлаш мумкин?
Қовуқ тошлари билан
Ўткир цистит билан
Ўткир пиелонефрит билан
Гематурия билан
№72 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;
Жинсий олатнинг эгри бўлиши ва симиллаб оғриши қайси касаллик учун хос?

Жинсий олат фиброз индурацияси
Приапизм, патологик эрекция
Жинсий олатнинг синиши
Уретрит, уретрадан йиринг чиқиши

№73 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;**

Дизурия нима?
Сийишнинг бузилиши
Тез-тез ва кам- кам сийиш
Кечқурун сийиб қўйиш
Сийдикни ихтиёрсиз кетиб қолиши

№74 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;**

Поллакиурия нима?
Тез-тез сийиш
Диурез 2500 мл
Ўрнига сийиб қўйиш
Сийишга чақириқнинг бўлмаслиги

№75 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;**

Поллакиурия қайси аъзолар касалликлари учун ўзига хос?
Пастки сийдик йўллари учун
Юқори сийдик йўллари учун
Буйрак касалликлари учун
Ёргок касалликлари учун

№76 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Қайси касалликларда кундузги поллакиурия ўзига хос?
Қовуқ тошларида
Циститларда
Уретритларда
Кавернитларда

№77 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Қайси касалликларда кечқурунги поллакиурия ўзига хос?
Простата беги ўсмарида
Буйрак атроф туқимасининг яллиғланиши
Уруғ тизимча веналарининг кенгайишида
Мояк пардалари истискосида

№78 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 1;**

Олигакиурия нима?
Ахён-ахёнда сийиш
Қийналиб сийиши
Тез-тез сийиш
Кечқурунги сийиш

№79 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Олигакиурияни нима билан боғлаш мумкин?
Қовуқ иннервациясининг бузилиши
Қовуқнинг сурункали яллиғланиши
Уретранинг қовуқдан узилиши
Эритроцитларнинг чўкиш тезлигининг ошиши билан

№80 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 3; Қийинчилик даражаси – 2;**

Никтурия нима?
Кечкурунги диурезни кундузгидан кўп бўлиши
Тез-тез сийиш, сийдик микдорининг купаймаслиги
Диурезнинг 2000 мл дан кўп бўлиши
Сийдикда қон аралашмасининг бўлиши

№81 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Странгурия нима?
Қийналиб тез-тез, оғриқ билан сийиш
Сийдикда эритроцитларнинг пайдо бўлиши
Сийдикда лимфоцитларнинг пайдо бўлиши
Тез-тез сийиш, кечкурун 10-20 маротаба

№82 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Сийдикни тута билмаслик (ихтиёрсиз кетиб қолиши) нима?
Сийдикни чакирувсиз кетиб қолиши
Тез-тез қийналиб сийиш
Тез-тез фойдасиз сийишга чакирикнинг бўлиши
Буйракларда сийдикнинг пайдо бўлмаслиги

№83 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 3;**

Чин сийдик тута олмаслик нима?
Ковук сфинктерларининг етишмовчилиги
Қовуқнинг анатомиясининг бузилиши
Қовуқнинг сфинктерларини иши бузилмаган
Қовуқ детрузорининг иши бузилган

№84 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 3;**

Сохта сийдик тута олмаслик нима?
Қовуқ ва уретернинг анатомиясининг бузилиши
Қовуқ ички сфинктерининг иши бузилган
Детрузор мускулларининг иши кучайган
Кечкурун тез-тез сийиши

№85 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Сийдикни тутиб тура олмаслик нима?
Императив чакирик бўлганда, сийдикни қовуқда тутиб тура олмаслик Бемор ҳолатини ўзгартирганда сийдикни тез-тез келиши
Қов соҳасида оғриқ бўлиши ва сийдик микдорининг камайиши
Белда оғриқ бўлиши, қон босимининг кутарилиши

№86 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Энурез нима?
Ухлаганда сийдикни тута олмаслик
Сийдикни тутиб тура олмаслик
Чин сийдик тута олмаслик
Сохта сийдик тута олмаслик

№87 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Ишурия ҳақида тушунча:
Сийдикни тутилиши
Сийдикни тутиб тура олмаслик
Сийдикни тута олмаслик
Кечкурунги сийдик тута олмаслик

№88 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Ишуриянинг турлари:
Ўткир ва сурункали
Ўткир, тез-тез сийиш билан
Сурункали, кам-кам сийиш билан
Латент

№87 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Полиурия нима?
Сийдик миқдорининг купайиши
Сутка давомида сийдик миқдорининг камайиши
Тез-тез чакирувсиз сийиш
Қийналиб оғрикли сийиш

№88 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Опсоурия ҳақида тушунча:
Кўп суяқлик истемол қилгандан сўнг кечикиб кўп миқдорда сийдикнинг чиқиши
Кўп суяқлик истемол қилгандан сўнг сийдикда қон бўлиши
Кўп суяқлик истемол қилгандан сўнг йиринг бўлиши
Сийдикни тутиб тура олмаслик

№89 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 2;**

Олигурия ҳақида тушунча:
Сийдик миқдорининг 1500мл дан 500 мл гача камайиши
Сийдик миқдорининг 500 мл дан 100 мл гача камайиши
Сийдик миқдорининг 100мл дан 10 мл гача камайиши
Сийдик миқдорининг 2000мл дан 1500 мл гача камайиши

№90 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Анурия нима?
Ковукга сийдик тушишининг тўхташи
Сийдик пуфагида сийдикнинг бўлмаслиги
Белда оғрик ва сон соҳасида оғрикни пайдо бўлиши
Сийдикнинг ҳамма порцияларида қон бўлиши

№91 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 3;**

Гипостенурия ҳақида тушунча:
Солиштирма оғирлигини паст бўлиши
Сийдикнинг солиштирма оғирлигини юқори бўлиши
Сийдикда қанд пайдо бўлиши
Сийдикнинг рН пасайиши

№92 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Протеинурия нима?
Сийдикда оксилнинг бўлиши
Сийдикда лейкоцитларнинг бўлиши
Сийдикда йиринг бўлиши
Чап коворға остида ўсманинг пайпасланиши

№93 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 1;**

Пиурия ҳақида тушунча:
Сийдикда йиринг бўлиши
Сийдикда эритроцитларнинг бўлиши
Сийдикнинг кўнгир бўлиши
Сийдикнинг қизил бўлиши

№94 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 2; Бўлим – 4; Қийинчилик даражаси – 3;**

Қайси касаллик учун "фаол лейкоцитлар" ўзига хос?
Пиелонефрит
Буйрак эхинококки
Буйраклар поликистози
Жом-уретер стриктураси

№95 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;**

Қайси касалликлар учун Штрэнгеймер-Мальбина ҳужайралари ўзига хос?
Сурункали пиелонефрит
Ўткир пиелонефрит
Буйрак ўсмаси
Буйрак сили

№96 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;**

Инициал пиурияда яллиғланиш учоғи қерда жойлашади?
Уретрада
Простатада
Буйракларда
Сийдик найларида

№97 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;**

Терминал пиурияда йирингни манбаси:
простата
Қовук
Жинсий олат кертмаги
Буйраклар

№98 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 1;**

Гематурия нима?
Сийдикда қон бўлиши
Сийдикда йиринг бўлиши
Сийдикда сперма бўлиши
Сийдикда гидатитларнинг бўлиши

№99 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 3;**

Гематуриянинг турлари:
Макро- ва микрогематурия
Сийиш акти бўлмаганда уретрадан қоннинг ажралиши
Макрогематурия
Микрогематурия

№100 Манба: Урологиядан олий укув юртлари учун укув кулланма. Шодмонов А.К; Акилов Ф.А. **Фан боби – 3; Бўлим – 5; Қийинчилик даражаси – 2;**

Инициал гематурия:

Кон биринчи порцияда
Кон иккинчи порцияда
Кон учинчи порцияда
Спермада коннинг бўлиши

№1 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Какой процент от принятой за сутки жидкости выделяет здоровый человек экстрауренально?
25%
90%
50%
20%

№2 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Понятие опсоурии?
позднее отделение большого количества мочи после обильного приёма жидкости
примесь крови в моче
примесь гноя в моче
бактерии в моче

№3 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что такое полиурия?
патологическое увеличение количества выделяемой мочи с низкой относительной плотностью (1002-1012)
уменьшение количества мочи в сутки
частое мочеиспускание
затруднённое мочеиспускание

№4 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

.Понятие олигурии?
уменьшение количества выделяемой мочи
отсутствие мочизатруднённое мочеиспускание
выделение крови из уретры
задержка мочеиспускания

№5 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что такое анурия?
отсутствие мочи в мочевом пузыре
прекращение поступления мочи в мочевой пузырь
боли в пояснице
боли в яичках

№6 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

. Понятие гипостенурии?
снижение относительной плотности мочи
высокая относительная плотность мочи
появление сахара в моче
снижение Рн мочи, появление белка в моче

№7 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Определение пиелонефрита:
инфекционно-воспалительный неспецифический процесс в интерстициальной ткани и канальцах почки, поражающий паренхиму и лоханку
воспалительное поражение клубочков почки
воспаление канальцев почки
воспаление околопочечной клетчатки

№8 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Уровень мочевины в сыворотке крови здорового человека:
2.5-8,3 ммоль/л
1.5-2.5 ммоль/л
9-10.5 ммоль/л
30-50 мг%

№9 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К;
Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Величина клубочковой фильтрации у здорового человека:
--

125-135 мл/мин
25-50 мл/мин
50-100 мл/мин
100-120 мл/мин

№10 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Олигурическое состояние Д
диурез менее 500 мл
диурез менее 600 мл
диурез менее 700 мл
диурез менее 1000 мл

№11 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Величина канальцевой реабсорбции здорового человека:
98-99%
80-90%
100-120%
150-200%

№12 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Содержание креатинина в сыворотке крови здорового человека:
180-200 мкмоль/л
50.5-100 мкмоль/л
200-300 мкмоль/л
120-150 мкмоль/л

№13 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Показания для катетеризации мочеточников:
постренальная анурия
боль в поясничной области
определение симптома Шевассю
ренальная анурия

№14 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Эндоурологические инструменты:
пиелоскоп
гастроскоп
ректороманоскоп
диафаноскоп

№15 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Осложнения катетеризации мочеточников:
острый пиелонефрит
анурия
уретерогидронефроз
уретроррагия

№16 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Показания к экскреторной урографии.
Необходимость определения анатомического и функционального состояния почек, лоханок, мочеточников, мочевого пузыря
Определение тени конкрементов в почке и мочевыводящих путях
Определение наличия затеков контрастного вещества за пределы почек и мочевого пузыря
Острые пиелонефриты

№17 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

В каких случаях показана инфузионная урография.
При обследовании больных на ранних стадиях почечной недостаточности
При плохом изображении рентгеновских снимков
При большом весе больного
При обследовании больных на поздних стадиях почечной недостаточности

№18 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Чтобы провести ретроградную пиелографию необходимо
Ввести в мочеточник на высоту 20 см мочеточниковый катетер и по нему ввести 3-5 мл контрастного вещества
Ввести в мочеточник на высоту 3-5 см мочеточниковый катетер и по нему ввести 3-5 мл контрастного вещества

Внутривенно ввести 20 мл 60-76% контрастного вещества
В мочево́й пузырь ввести 200-250 мл 15-20% R-контрастного вещества

№19 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Тактика врача при постренальной анурии.
Перкутанная нефростомия
Уретеролитотомия
Гемодиализ
Катетеризация мочеточника

№20 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Понятие ОПНОПН - нарушение постоянства внутренней среды в результате нарушения функции почек
ОПН - внезапные нарушения функции почек при воздействии чрезмерной экзогенной или эндогенной агрессии
ОПН - ухудшение функции почек в результате длительного заболевания почек
ОПН - ухудшение функции почек в результате хронических заболеваний
ОПН - нарушение инкреторной функции почек

№21 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Преренальные причины ОПН.
Внезапное падение артериального давления,неукротимая рвота, переливание несовместимой крови
Отравление сулемой,кровотечение
Ишемия почки в результате шокового состояния,краш-синдром, отравление уксусной эссенцией
Аденома простаты 3 степени

№22 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Причины ОПН.
Преренальные,ренальные,постренальные факторы

Мочекаменная болезнь, нефротоксичные лекарственные препараты сдавление мочеточника извне
Травма почки, острый пиелонефрит
Острый цистит

№23 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Роль острого нарушения кровотока в почках в патогенезе ОПН.
Замедление кровотока в почках, капиллярах, агрегация эритроцитов и тромбообразование, в результате чего снижается клубочковая фильтрация
Ишемия и гипоксия коркового слоя почек в результате срабатывания артерио-венозных шунтов Труета
Некроз клубочков, канальцев и отек интерстициальной ткани
Снижение плазмотока в почках в результате сгущения крови

№24 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

. Клиническая классификация ОПН
Начальная, олигоанурическая, диуретическая стадии ОПН и стадия выздоровления
ОПН после травмы, после септического аборта, острый кортикальный некроз Обратимая и необратимая, компенсированная и декомпенсированная стадии ОПН
Хирургическая, травматологическая и акушерская формы ОПН

№25 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптомы начальной стадии ОПН
Клиническая картина полностью соответствует воздействию этиологических факторов (шок, сепсис, отравление и др)
Гемодинамические расстройства (снижение артериального давления, частый пульс) с признаками нарушения микроциркуляции
Нарастание азотемии (увеличение уровня мочевины и креатинина в крови)
Коматозное состояние

№26 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптомы олигоанурической стадии ОПН
Олигоанурия, повышение уровня мочевины и креатинина в крови
Изменение гомеостаза, анемия, расстройства кишечника
Олигоанурия и снижение артериального давления

Гипокалиемия,гиперкальциемия
Алкалоз,гипомагниемия

№27 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптомы диуретической стадии ОПН
Снижение азотемии,нарастание диуреза,улучшение показателей внутренней среды организма Гиперкалиемия,полиурия,нормальное содержание мочевины и креатинина крови
Гипокалиемия,гипонатриемия,гиперазотемия
Отёк мозга
Отёк легкого

№28 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

В какой стадии ОПН показано лечение гемодиализами?
В начальной и олигоанурической стадии
В олигоанурической и в начале диуретической стадии
В начальной,олигоанурической и диуретической стадии
В компенсированной стадии ОПН
В декомпенсированной стадии ОПН

№29 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Основные узлы аппаратов искусственной почки
Установка "Редокс",емкость для формалина
Диализатор,кровопроводящая система,система для очистки воды,центральная станция для приготовления диализирующе жидкости,емкость для сброса диализирующей жидкости
Диализатор,диализирующая жидкость и следящая система за па раметрами гемодиализа
Насос по крови,оборудование для региональной гепаринизации, диализатор
Гемосорбенты,насос по крови

№30 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Способы подключения больных ОПН к аппарату искусственной почки
Артерио-артериальный способ
Артерио-венозный шунт
Вено-венозный способ

Артерио-венозная фистула
Катетеры подключичных вен

№31 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Методы внепочечного очищения крови при ОПН
Гемодиализ
Гемодиализ,гемосорбция и перитониальный диализ
Форсированный диурез и кишечный диализ
Энтеросорбция,сердечные препараты,антибиотики
Ультрафильтрация,диафильтрация,легочный диализ

№32 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Методы перитонеального диализа для лечения ОПН
Оставление в брюшной полости диализирующей жидкости в течении суток
Фракционный
Искусственный
Естественный
Проточный

№33 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Понятие ХПН.
Олигоанурическая стадия ОПН
Декомпенсация функции почек в результате хронических воспалительных заболеваний
Острая уремия
Хроническая уремия
Обострение почечной недостаточности

№34 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Заболевания наиболее часто приводящие к развитию ХПН.
Хронический цистит
Хронический гломерулонефрит,хронический пиелонефрит
Гипертоническая болезнь,туберкулез почки,опухоли почки
Мочекаменная болезнь,поликистоз почки
Хронический простатит

№35 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

При гибели скольких % нефронов происходит развитие хронической уремии
70% нефронов (функционирующими остаются 600000 нефронов)
50% нефронов (1000000 нефронов)
60% нефронов (функционирующими остаются 800000 нефронов)
более 80% нефронов (функционирующими остаются менее 400000нефронов)
20% нефронов (функционирующими остаются 1600000)

№36 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Теория "средних молекул" в происхождении уремической интоксикации
Снижение уровня гемоглобина в крови
Увеличение содержания пептидов с молекулярным весом от 1000 до 5000 с гиперазотемией
Повышение содержания мочевины,креатинина и индикана в крови
Нарушение гомеостаза,гиперазотемия
Увеличение содержания альбуминов в крови

№37 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Патологическая анатомия почек при ХПН.
Склеротические изменения почечной артерии
Сморщенные почки
Увеличение в размерах почки в результате отека интерстициальной ткани
Резкое истончение почечной паренхимы в результате хронического нарушения оттока мочи
Склеротические изменения паранефральной клетчатки

№38 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Стадии ХПН.
Острая,хроническая и терминальная
Латентная,компенсированная,интермиттирующая и терминальная
Предуремия,уремия,терминальная уремия
Обострение ХПН,терминальная
Начальная,средняя и конечная

№39 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Клиническая характеристика компенсированной стадии ХПН.
Отеки на лице,увеличение печени,асцит
Гиперазотемия, клубочковая фильтрация ниже 15 мл/мин
Нормальная концентрация мочевины и креатинина в крови.
Клубочковая фильтрация 60-49 мл/мин.
Осмолярность мочи снижена
Низкая относительная плотность мочи,повышение артериального давления.Азотемия отсутствует
Выраженная олигурия,высокая t,пиурия

№40 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Клиническая характеристика интермиттирующей стадии ХПН.
Артериальная гипертензия, клубочковая фильтрация 80 мл/мин
Клубочковая фильтрация 32 мл/мин,нарушение кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного обмена,азотемия появляется при обострениях основного заболевания
Содержание мочевины в крови 30 ммоль/л,креатинина 1 ммоль/л величина клубочковой фильтрации 12 мл/мин
Проходящая гиперазотемия,величина клубочковой фильтрации 20 мл/мин
Мочевина крови 50 ммоль/л,выраженная анемия

№41 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптоматика со стороны желудочно-кишечного тракта при ХПН.
Боли в животе,спленомегалия,внутреннее кровотечение
Боли в животе,парез кишечника,перитонеальные явления,свободный газ в брюшной полости
Желудочно-кишечные кровотечения,язвенный стоматит,асцит
Белый стул,желудочно-кишечное кровотечение
Гастроэнтероколит,парез кишечника,дегтеобразный стул,псевдоперитонит

№42 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптоматика со стороны крови при ХПН.
Лимфоцитоз,эозинофилия,увеличение уровня лития в крови

Анемия, нарушение кислотно-щелочного равновесия и электролитного состава крови. Гиперазотемия
Гипокальциемия, гипонатриемия, гиперкалиемия, декомпенсированный ацидоз
Гиперкоагуляция, лейкоцитоз, гиперкальциемия, гиперазотемия
Лейкопения, моноцитоз, ускорение СОЭ

№43 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Консервативная терапия ХПН.
Церебролизин, препараты калия и магния
Анаболические гормоны, диетотерапия, коррекция нарушенного гомеостаза, гипотензивная терапия, леспонефрил Антибиотики, диуретики, витамины, промывание желудка
Форсированный диурез (манитолл, лазикс), в/в введение бикарбоната натрия для коррекции кислотно-щелочного равновесия. Ретаболил
Этакриновая кислота, энтеросорбенты

№44 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Показания к применению гемодиализа при ХПН.
Гипермагниемия, гипернатриемия, повышенное содержание фенола в крови
Гиперазотемия (мочевина в крови более 30 ммоль/л, креатинин более 0,8 ммоль/л), гиперкалиемия
Азотемия (мочевина в крови ниже 25 ммоль/л, креатинин ниже 0,6 ммоль/л), анемия, нарушение КЩС
Гипергидратация, артериальная гипотензия, легочная недостаточность
Высокое содержание билирубина в крови

№45 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Наиболее надежные способы подключения больного ХПН к аппарату
Через подключичные вены
Артерио-венозный шунт (АВШ)
искусственной почки.
Вено-венозный
Артерио-венозная фистула (АВФ)
Артерио-артериальный

№46 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Преимущества артерио-венозной фистулы по сравнению с артерио- венозным шунтом при проведении хронического гемодиализа.
Без насоса можно проводить гемодиализ
Длительное функционирование, отсутствие осложнений в области анастомоза
Простота подключения и техники наложения сосудистого анастомоза
Возможность наложения различных вариантов артерио-венозной фистулы
Возможность проведения регионарной гепаринизации

№47 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Осложнения при проведении гемодиализа.
Гиперкалиемия, диабетическая кома
Прорыв полупроницаемой мембраны.
Инфаркт миокарда,кровоизлияние в мозг,печеночная кома
Тромбоз в диализаторе,гипокоагуляция,артериальная гипертензия
Почечная колика,нарастание асцита
Гемолиз,артериальная гипотензия,перикардит геморрагический

№48 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Трансплантация почки (показания).
Острая почечная недостаточность
Хронический пиелонефрит,терминальная стадия ХПН с сопутствующей язвенной болезнью 12 п/к
Обострения хронического пиелонефрита,ХПН
Хронический гломерулонефрит,терминальная стадия ХПН
Поликистоз почек с нагноившимися кистами

№49 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

В каких случаях отсутствует проблема тканевой несовместимости
Донор имеет три антигена,отсутствующих у реципиента
Пересадка почки от однояйцевых близнецов
Донор имеет 2 антигена,отсутствующих у реципиента
Реципиент имеет 80% предсуществующих антител
Пересадка почки от других видов животных

№50 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Наложение анастомоза между мочеточником и мочевым пузырем.
Анастомоз между мочеточниками по типу "конец в конец"
Операция Боари
Интравезикальный метод уретероцистоанастомоза
Экстравезикальный метод уретероцистоанастомоза
Анастомоз мочеточника с шеечным отделом мочевого пузыря

№51 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Причины полиурии при урологических заболеваниях?
Нарушение концентрационной способности почек
Повышение фильтрации
Повышение реабсорбции
Снижение фильтрации
Снижение реабсорбции

№52 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Выделение какого количества мочи указывает на полиурию?
Более 2000 мл
500-1000 мл
1000-1200 мл
1200-1500 мл
1500-2000 мл

№53 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Выделение какого количества мочи за сутки называют олигурией?
1000-1300 мл
100-500 мл
Менее 50 мл
50-100 мл
500-1000 мл

№54 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Какова норма суммарного почечного клиренса гиппурана?
15-22 %
15-22 мл/мин на 1 кг массы тела
40 ммоль/л
52-54 мл/мин
40-45 г%

№55 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.
 Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

В каких случаях наблюдается физиологическая олигоурия:
При усиленном потоотделении, малом потреблении жидкости
Большом потреблении жидкости
При работе в холодных цехах
При употреблении острой пищи.

№56 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.
 Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

У какого процента больных восстанавливается трудоспособность после анурии:
70%
100%
50%
5%

№57 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.
 Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Виды олигоурии
Физиологическая, патологическая
Преренальная
Ренальная
Постренальная

№58 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.
 Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что такое гематурия?
гидатиды в моче
примесь гноя в моче
примесь крови в моче
примесь спермы в моче
бактерии в моче

№59 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Виды гематурии?
гной в моче
макрогематурия
микрогематурия
макро- и микрогематурия
выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания

№60 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Инициальная гематурия:
кровь в сперме
кровь в первой порции мочи при трёхстаканной пробе
кровь во второй порции мочи
кровь в третьей порции мочи
кровь во всех порциях мочи

№61 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Терминальная гематурия:
выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания
кровь в первой порции мочи
кровь во второй порции мочи
кровь в третьей порции мочи
кровь во всех порциях мочи

№62 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Тотальная гематурия:
выделение секрета простаты из уретры
кровь в первой порции мочи
кровь во второй порции мочи
кровь в третьей порции мочи
кровь во всех порциях мочи

№63 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Как определить источник тотальной гематурии?
нефроскопией
на глаз
при помощи цистоскопии
с помощью пиелоскопии
уретроскопией

№64 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Если кровь в первой порции мочи,источником кровотечения является:
семенные пузырьки
передняя уретра
задняя уретра
мочевой пузырь
почки

№65 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Если кровь в последней порции мочи,где находится источник кровотечения?
литтреевы железы
шейка мочевого пузыря,простата,семенной бугорок
мочевой пузырь
уретра
почки

№66 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Если кровь во всех порциях мочи,источником кровотечения является:
мочеточники
почки,уретер,мочевой пузырь
уретра
предстательная железа
семенные пузырьки

№67 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Последовательность болей и гематурии при опухолевом процессе в почках:
гематурия тотальная, независимо от болей
вначале появляются боли в почке, затем гематурия
вначале возникает гематурия, затем боли
боль и гематурия возникают одновременно
боли возникают в паху

№68 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Последовательность болей и гематурии при МКБ:
кровотечение из уретры независимо от акта мочеиспускания
боли предшествуют гематурии
гематурия предшествует болям
боль и гематурия возникают одновременно
боль только в яичках

№69 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что такое гемоглобинурия?
жиры в моче
эритроциты в моче
гной в моче
гемоглобин в моче
бактерии в моче

№70 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что такое миоглобинурия?
миоглобин в моче
гемоглобин в моче
кровь в моче
эритроциты в моче
моча в крови

№71 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Пути метастазирования злокачественных опухолей почки:

восходящий
гематогенный
лимфогенный
гематогенный и лимфогенный
каналикулярный

№72 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Органы, в которые метастазирует рак почки:
сосуды, артерии, вены
кишечник
поджелудочная железа
надпочечники
лёгкие, кости, печень, головной мозг

№73 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Общие симптомы опухоли почки:
уретрорагия
похудание, повышение температуры тела, анемия, полицитемия, повышение СОЭ, артериальная гипертензия
гематурия, боли в области почки, прощупываемая опухоль, варикоцеле
боли в пояснице
инициальная гематурия

№74 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Местные симптомы опухоли почки:
боли при мочеиспускании
похудание, анемия, полицитемия, артериальная гипертензия
гематурия, боли в области почки, прощупываемая опухоль, варикоцеле
ночное недержание мочи
затруднённое мочеиспускание

№75 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Симптомы опухолей мочевого пузыря:
похудание
гематурия, дизурия

боль в пояснице
полиурия
повышение температуры тела

№76 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Показания к цистоскопии:
разрыв мочевого пузыря
мочекислый диатез
поликистоз почек
тотальная гематурия
гидронефроз

№77 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Наиболее характерный симптом при почечнокаменной болезни.
Гематурия
Затрудненное мочеиспускание
Острая задержка мочи
Боль в поясничной области
Прерывистое мочеиспускание

№78 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Механизм гематурии при камнях почек и мочеточников.
Нарушение свертывающей системы крови
Механическое воздействие камня на слизистую мочевых путей
Разрыв вен форникального сплетения в результате внезапного повышения внутрилоханочного давления
Напряжение поясничных мышц
Токсическое влияние микрофлоры на сосудистую стенку мочевых путей

№79 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

В каких случаях повреждения почки характеризуется профузной гематомой
При отрыве почки
При повреждении окружающей почку жировой клетчатки и разрыве фиброзной капсулы
При подкапсульном разрыве паренхимы почки, не проникающей в лоханку и чашечки

При разрыве фиброзной капсулы и паренхимы почки с распространением на лоханку или чашечки
При размождении почки

№80 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Клинические симптомы папиллярных опухолей почечной лоханки.
Анурия
Гематурия
Боль
Пальпируемое образование
Дизурия

№81 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Клинические симптомы папилломы мочевого пузыря.
Боль
Гематурия
Дизурия
Варикоцеле
Пиурия

№82 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Тактика врача при гематурии?
Перелить одноклассную кровь
Ограничиться гемостатической терапией
Провести срочно цистоскопию
Провести рентгеновское обследование мочевых путей и УЗИ почек
Определить время свертываемости крови

№83 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Где локализуется патологический процесс,если у больного терминальная гематурия?
В придатке яичка
В почечной лоханке
В устье мочеточника
В шейке мочевого пузыря,простате,семенном бугорке

В теле мочевого пузыря

№84 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Значение 2-стаканной пробы?
Если мутны обе порции,то процесс локализуется в уретре
Если мутна 1 порция мочи,то это указывает на воспалительный процесс в лоханке
Если мутна 2 порция,то процесс в мочевом пузыре
Если мутна 1 порция мочи,то процесс в дивертикуле мочевого пузыря
Если мутна 1 порция мочи,то процесс в передней уретре,примутности 2 порции - в предстательной железе, семенных пузырьках

№85 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Тактика при макрогематурии.
УЗС почек
Гемостатики
Цистоскопия
Обзорная урография
Поместить больного в палату интенсивной терапии для наблюдения за артериальным давлением,пульсом

№86 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

При опухоли почки наиболее характерной является гематурия:
инициальная
терминальная
тотальная
эритроцитурия
странгурия

№87 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Понятие цилиндурии:
миоглобин в моче
эритроциты в моче
лейкоциты в моче
цилиндры в моче
желчь в моче

№88 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Бактериурия - это:
гемоглобин в моче
гной в моче
лейкоциты в моче
бактерии в моче
кровь в моче

№89 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Пневматурия - это:
гной в моче
желчь в моче
выделение с мочой воздуха или газа
гемоглобин в моче
соли в моче

№90 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Липурия - это:
воздух в моче
кислород в моче
наличие жира в моче
гемоглобин в моче
желудочный сок в моче

№91 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Хилурия - это:
соляная кислота в моче
сперма в моче
примесь лимфы в моче
секрет простаты в моче
слюна в моче

№92 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Гидатидурия - это:
кислород в моче
углекислый газ в моче
присутствие в моче мелких дочерних пузырьков эхинококка
желчь в моче
лимфа в моче

№93 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Гнойные выделения из уретры характерны для:
уретрита
пиелонефрита
пионефроза
гидронефроза
мочекаменной болезни

№94 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Гемоспермия - это:
кровь в сперме
гной в сперме
бактерии в сперме
желчь в сперме
лимфа в сперме

№95 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Что является достоверным признаком туберкулёза почки?
наличие лейкоцитов в моче
наличие эритроцитов в моче
выявление в моче микобактерий туберкулёза
протеинурия
гемоглобинурия

№96 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Пути метастазирования злокачественных опухолей почки:

восходящий
гематогенный
лимфогенный
гематогенный и лимфогенный
каналикулярный

№97 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Органы, в которые метастазирует рак почки:
сосуды, артерии, вены
кишечник
поджелудочная железа
надпочечники
лёгкие, кости, печень, головной мозг

№98 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Общие симптомы опухоли почки:
уретрорагия
похудание, повышение температуры тела, анемия, полицитемия, повышение СОЭ, артериальная гипертензия
гематурия, боли в области почки, прощупываемая опухоль, варикоцеле
боли в пояснице
инициальная гематурия

№99 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Местные симптомы опухоли почки:
боли при мочеиспускании
похудание, анемия, полицитемия, артериальная гипертензия
гематурия, боли в области почки, прощупываемая опухоль, варикоцеле
ночное недержание мочи
затруднённое мочеиспускание

№100 Источник: Поурология доступ к высшим учебным заведениям Шодмонов А.К; Акилов Ф.А.

Наука глава – 5; Отдел – 1; **Уровень сложности – 1;**

Единственным радикальным методом лечения злокачественных опухолей почки является:
воздействие ударной волной
лучевая терапия

рентген терапия
операция
физиотерапия

Hematuria

Bacteriuria is:
bacteria in the urine
pus in the urine
white blood cells in the urine
blood in the urine

In what cases is kidney damage characterized by profuse hematuria?
When you break the fibrous capsule and the kidney parenchyma with the spread on the pelvis or calyx
If the surrounding kidney is damaged in fatty tissue and the fibrous capsule is broken
When you break subcapsular renal parenchyma, without penetrating into the pelvis and calyx
When the kidney is crushed

Types of hematuria?
macro and microhematuria
hematuria
microhematuria
discharge from the urethra outside the act of urination

Where is the pathological process localized, if the patient has terminal hematuria?
In the neck of the bladder, prostate, semen tubercle
In the renal pelvis
In the mouth of the ureter
In the body of the bladder

Where is the pathological process localized, if the patient has terminal hematuria?
In the neck of the bladder, prostate, semen tubercle
In the renal pelvis
In the mouth of the ureter
In the epididymis

Hemospermia is:
blood in the semen
pus in the semen
bacteria in the semen
bile in sperm

Hydatiduria is:
presence in the urine of small daughter blisters of echinococcus
oxygen in the urine
Carbon dioxide in urine
bile in the urine

Purulent discharge from the urethra is characteristic for:
urethritis
pyelonephritis
pionephrosis
hydronephrosis

The only radical treatment for malignant tumors of the kidney is:
operation
radiation therapy

X-ray therapy
physiotherapy

If the blood is in the first portion of the urine, the source of the bleeding is:
front urethra
posterior urethra
bladder
kidneys

If the blood is in the last portion of the urine, where is the source of the bleeding?
bladder neck, prostate, seminal tubercle
bladder
urethra
kidneys

If the blood in all portions of urine, the source of bleeding is:
kidney, ureter, bladder
urethra
prostate
seminal vesicles

The value of a 2-glass sample?
1 If turbid urine sample, the process in the anterior urethra, when turbidity two portions - the prostate gland, the seminal vesicles
If 1 portion of urine is turbid, then this indicates an inflammatory process in the pelvis
If 2 portions are turbid, then the process in the bladder
If 1 portion of urine is turbid, then the process in the diverticulum of the bladder

How to determine the source of total hematuria?
with cystoscopy
approximately
with the help of pyeloscopy
urethroscopy

What studies have diagnostic value in tumors of the urinary bladder
Cystoscopy
Cystography
Angiography
Biopsy

What is the significance of the secretion of the prostate?
In contact with spermatozoa, the secret of the prostate gives them activity of movement and neutralizes the acidic environment of the vagina
The secret contains a hormone that lowers blood pressure, excites detrusor activity, reduces smooth muscle
The secret is the Sternheimer-Malbin cells, which promote fertilization
Possesses a fertilizing action

What kind of study is of diagnostic importance in a kidney tumor
Angiography
Pyelography.
Pneumopyelography
Analysis of urine

What research is important in the diagnosis of papillary tumors of the renal pelvis
Pyelopathy, pyeloscopy
Cystoscopy, pyeloscopy
Angiography, pyeloscopy
Symptom Shevasya

Clinical symptoms
The mechanism of hematuria in kidney stones and ureters.
Mechanical effect of the stone on the urinary mucosa
The rupture of the veins of the pro forma plexus as a result of a sudden increase in intra-venous pressure
Strain of lumbar muscles
Toxic effect of microflora on the vascular wall of the urinary tract
The most characteristic symptom of nephrolithiasis.
Hematuria
Obstructed urination
Acute retention of urine
Pain in the lumbar region
Common symptoms of a kidney tumor:
weight loss, fever, anemia, polycythemia, increased ESR, hypertension
hematuria, pain in the kidney, palpable tumor, varicocele
back pain
initial hematuria
Common symptoms of a kidney tumor:
weight loss, fever, anemia, polycythemia, increased ESR
arterial hypertension
hematuria, pain in the kidney, palpable tumor, varicocele
back pain
The organs in which the kidney cancer metastasizes:
lungs, bones, liver, brain
intestines
pancreas
adrenal glands
The organs in which the kidney cancer metastasizes:
lungs, bones, liver, brain
intestines
pancreas
vessels, arteries, veins
What determines the density of urine?
From the relative molecular weight of substances dissolved in urine
From the content of urea in the blood serum
From the amount of fluid filtered by the glomeruli
From the amount of urine
Pneumaticia is:
Urinary discharge of air or gas
pus in the urine
bile in the urine
hemoglobin in urine
Indications for cystoscopy:
total hematuria
urate acid diathesis
polycystic kidney disease
hydronephrosis
The position of the patient for palpation of the kidneys:

position on the back, side and standing
Trendelenburg position
Fauler position
position on the back and side

The notion of Cylinduria:
Cylinders in the urine
erythrocytes in the urine
white blood cells in the urine
bile in the urine

The sequence of pain and hematuria in the ICD:
pains precede hematuria
hematuria precedes pain
Pain and hematuria occur simultaneously
pain only in the testicles

The sequence of pain and hematuria in the kidney tumor process:
In the beginning there is a hematuria, then pains
first there are pains in the kidney, then hematuria
Pain and hematuria occur simultaneously
pains occur in the groin

In the kidney tumor the most characteristic is hematuria:
total
initial
terminal
erythrocyturia

Ways of metastasizing malignant tumors of the kidney:
hematogenous
lymphogenous
hematogenous and lymphogenic
canary

Ways of metastasizing malignant tumors of the kidney:
hematogenous
lymphogenous
hematogenous and lymphogenic
canary

Symptoms of bladder tumors:
hematuria, dysuria
back pain
polyuria
fever

Symptoms of bladder tumors:
hematuria, dysuria
back pain
polyuria
fever

Tactics of a doctor with hematuria?
Conduct urgent cystoscopy

Limit hemostatic therapy
Conduct X-ray examination of the urinary tract and ultrasound of the kidneys
Determine clotting time

Tactics in macrohematuria.
Cystoscopy
Hemostatics
Survey urography
Place the patient in the intensive care unit to monitor blood pressure, pulse

In the diagnosis of which diseases is important, static nephroscintigraphy?
Hydrophobia and ICD
Kidney Tuberculosis
Echinococcus of the kidneys
Complications of pyelonephritis

In what cases is an unpronounced lymphoscintigraphy used?
In the diagnosis of tumor metastases in the lymph nodes
In the diagnosis of tumor tissue
For kidney stones and ureters
In the structure of the urethra

In what sequence is the anatomy of the kidneys damaged in hydronephrosis?
Pyeloectasia develops earlier than hydrocalicosis
Hydrocalicosis precedes pyeloectasia
Hydrocalicosis and pyeloectasia develop simultaneously
Hydrocalicosis precedes ureteral expansion

What is the procedure for radioisotope peneography?
In the / in the introduction of the radioactive isotope of iodine and the continuous registration of the level of radioactivity above the kidneys for 1-30 min using a radiocirculatory
In the / in the introduction of R-contrast substance and the production of excretory uranium
In the / in the introduction of 76% triombrast and continuous registration of the level of radioactivity above the kidneys with the help of an adiocirculatory
In the examination of the kidney cavity with the help of an ultrasound scanner

Where is the pain localized for kidney disease?
in the lower back
in the thigh
in the hypochondrium
in epigastrium

Tools for extracting stones from the ureters.
Extractor Dormia
Ureteral catheter
Pomerantsev-Foley catheter
Mercier catheter

Irradiation of pain in ureteral diseases?
in the groin, external genitalia
in the thigh
in the shoulder
in the foot

What is the name of the resulting pseudo-isotope cryogenic phenology?
Ascending, descending, transgression
The program

Scintigraphy
Renogram

What processes are typical for the pathogenesis of hydronephrosis?
Urine secretion lags behind the process of its reabsorption
Reabsorption processes lag behind the secretion of urine
Process of hypertrophy of musculature CHLS
Dysfunction of the intestine

What are the symptoms of primary acute pyelonephritis?
High body temperature, pain in the lumbar region, changes in the urine
Frequent and painful urination
Positive symptom of Pasternatsky
Hemospermia

Which nerve plays a leading role in the irradiation of pain in renal colic?
Iliac-inguinal nerve
The pudendal nerve
The iliac-hypogastric nerve
Nerves of the sacral plexus

Which nerve plays a leading role in the irradiation of pain in renal colic?
Iliac-inguinal nerve
The pudendal nerve
The iliac-hypogastric nerve
Nerves of the sacral plexus

Clinical symptoms of hydronephrosis:
Pain in the lumbar region
The detection of palpation of the abdominal cavity of a fluctuating tumor
Hematuria
Positive symptom of Pasternatsky

Treatment for renal colic.
All listed
Spasmolytics, analgesics
Blockade by Lorin-Epstein
Catheterization of the bladder

The most common findings after ESWL (remote lithotripsy)
Renal colic
Paraneprite
Pioneerphrosis
Parainal hematoma

Emergency care for renal colic
antispasmodics and heat
antibiotics and catheterization of the bladder
diuretics and heat
cold on the abdomen and furagin

The detection of palpation of the abdominal cavity of a fluctuating tumor
Pain in the lumbar region
Hematuria
Pyuria
Positive symptom of Pasternatsky

Complications of hydronephrosis:
Acute and chronic pyelonephritis
The appearance of severe pain in epigastrium
Formation of secondary stones
Frequent attack of renal colic

Complications of nephrolithiasis.
Pyelonephritis
Stenosis of the renal artery
Polycystic kidney disease
Pulmonary heart failure

The main methods in the diagnosis of hydronephrosis are:
Ultrasound scanning, X-ray
Chromocystoscopy, X-ray
Determination of urea and creatinine in the blood
Determination of residual urine in the bladder

The main methods in the diagnosis of hydronephrosis are:
Ultrasound scanning
Chromocystoscopy
Determination of urea and creatinine in the blood
Determination of residual urine in the bladder

Indications for nephrectomy in hydronephrosis:
The atrophy of the kidney parenchyma is largely expressed and its function is sharply depressed
The second kidney is also affected by hydronephrosis or another process
Acute inflammatory complications of hydronephrosis
Presence of stones in the kidney

The position of the patient in the inflammatory process in the peri-
Sluggish and hand holds on the bone-vertebral part of the lower back
on the diseased side, with the leg bent in the knee and hip joint to the abdomen
restless behavior
motionless because of pain in the area of hypochondrium, giving in the back

The position of the patient with renal colic?
rushes, finding no peace in any of the accepted provisions
lying, the leg is bent in the hip and knee joints and pulled up to the trunk
sedentary
abdominal

Why are urate, xanthine, cystine stones X-ray negative?
Their density with respect to X-rays approaches the density of soft tissues
These concretions have, as a rule, a smooth surface and their shadow easily merges with the shadow of surrounding tissues
These stones contain elements with a large atomic weight
These concrements do not cause sclerotic changes in the surrounding tissues

Renal colic is caused by:
ureter stone
kidney tuberculosis
chronic pyelonephritis
pelvic dystopia of the kidney

What diseases can have pain resembling renal colic?
Acute appendicitis, acute cholecystitis
Dry Pleurisy
Thrombophlebitis of hemorrhoids
Pain in uterine fibroids

What diseases can have pain resembling renal colic?
Acute appendicitis, acute cholecystitis
Angina pectoris, ischemic heart disease
Thrombophlebitis of hemorrhoids
Pain in uterine fibroids

Principle of operation of ESWL (remote lithotripsy).
Stone breakdown by shock wave
Destruction of stones by laser beams
Destruction of stones by ultrasound
The destruction of stones by electromagnetic waves

Provoking factors for the onset of renal colic.
Bicycle riding
Medication administration
Physical work
Reception of an abundant amount of food

X-ray negative stones in the urinary tract.
Urarticles
Carbonate
Phosphate
Oxalate

What is the purpose of plastic surgery for bilateral hydronephrosis?
In order to restore the outflow of urine from the kidneys
For normalization of biochemical parameters of blood
For prevention of stone formation
To remove patients from CRF

Frequent complications of hydronephrosis:
Acute and chronic pyelonephritis
Formation of secondary stones
The appearance of severe pain in epigastrium
Frequent attack of renal colic

Than to explain a nausea, a vomiting, a meteorism, meeting at a renal colic?
Existing anastomoses of the perineal, solar and celiac neural plexuses
The return current of urine (reflux)
Increase in urea and creatinine in serum
Increased blood pressure

What is the basis of renal colic?
Acute violation of urinary outflow from the upper urinary tract due to their blockage or compression
The stone of the ureter
Thrombosis of mesenteric vessels
Violation of blood clotting

What is the basis of renal colic?
Acute violation of urinary outflow from the upper urinary tract due to their blockage or compression

Thrombosis of mesenteric vessels
Acute pyelonephritis
Violation of blood clotting

What confirms renal colic on the side of pain in excretory urography?
absence of contrast agent in the kidney area
presence of kidney function
the appearance of nausea
the appearance of vomiting

What causes renal colic to enlarge the kidney and stretch the fibrous capsule?
Onset edema of the kidney parenchyma due to circulatory disorders
kidney tumor
echinococcus a kidney
cerebral edema

What happens as a result of a sharp increase in intra-venous pressure?
reflex spasm of the kidney vessels occurs
increases blood pressure
diuresis increases
appears Psoas-symptom

What is "renal colic"?
severe cramping pain, appearing as a sudden attack in the lumbar region
headache
frequent urge to defecate
frequent urination

What is reflux in urology?
urinary return urine flow
frequent urination
difficulty urinating
absence of urination

What is the most characteristic sign of kidney diseases?
renal colic
intestinal colic
fever
arterial hypertension

What is the sign of vesicoureteral reflux?
pain occurring in the lumbar region during urination
fever
bacterial shock
pain during the act of defecation
Ishuriy

What is the duration of the act of urination normal?
60 seconds
1 hour
30 minutes
20 seconds

The concept of ishuria?
absence of an act of urination at the urges on him
urinary incontinence
nocturnal urination

difficulty urinating

Types of Ishuria?
acute and chronic
acute
chronic
intermittent

Abscess of the prostate:
in the prostate are determined areas of fluctuations
gland is compacted
the gland is not defined
median groove of prostate smoothed

Symptoms of prostate abscess:
Pulsating pain in the perineum, rectum, with urination and defecation, difficulty urinating
pain in the testicles
pain in the penis
back pain

Treatment of abscess of the prostate:
Operative only
conservative and operative
conservative
hormonal

Capacity of the bladder in an adult:
250-300 ml
150-180 ml
320-350 ml
500-800 ml

How much urine in the bladder is most often determined with paradoxical ishuria?
more than 50 ml
more than 100 ml
more than 250 ml
more than 800 ml
more than 1000 ml

Indications for bougie urethra:
stricture of the urethra
clarification of the localization of the stone in the urethra
BPH
urethrorrhagia

Complications of bladder catheterization:
bladder damage
edema of testis shells
damage to the urethra
development of varicocele

Contraindications for bougie urethra:
acute prostatitis, urethritis
varicocele
chronic prostatitis
edema of testis shells

The purpose of uroflowmetry:
determination of the volume flow rate of urine
definition of intravesical pressure
determination of the height and length of the urine stream
detrusor strength determination

The value of uroflowmetry:
Screening test for the diagnosis of urination disorder
measurement of increased intravesical pressure when a liquid is injected into it
determination of blood pressure in the vessels of the penis
revealing of the reason of the delay of urine

Apparatus for examination of the urethral mucosa:
urethrocystoscope
cystoscope
laparoscope
uroflowmeter

Contraindications for urethroscopy:
acute inflammatory diseases of the urethra
the presence of prostate adenoma
varicocele
IHD - exertional angina

The device for measuring the contractile ability of detrusor and urethral resistance:
urodynamic measuring system
cystometer
Walton apparatus
ureteroscope

Clinic of acute cystitis.
Dysuria
Renal colic
Hectic body temperature
Pain in the joints

Etiology of prostatic adenoma.
Hormonal factors
Age
Impaired prostate function
The use of hormonal drugs

Pathogenesis of prostatic adenoma.
Increased estrogen
Reduction of androgens
Eradication of testicular function
Hyperfunction of the adrenal glands

Symptoms of prostate adenoma stage 1.
Difficult, frequent urination
Acute Ishuria
Residual urine
Chronic Ushury

Symptoms of prostate adenoma stage 2.
Residual urine

Difficult, frequent urination
The paradoxical ishuria
Ishuriy

Symptoms of prostate adenoma stage 3.
The paradoxical ishuriya
Urethroridonephrosis
Anuria
Pain in the prostate gland

Etiology of prostate cancer.
Hormonal factors
Age
Profession
Alcohol consumption

The most common metastasis for prostate cancer.
Into the lungs
In the pelvis bone
In the organs of the scrotum
In the lower limbs

Is the frequency of urination normal in an adult?
3-4 times a day
1-3 times a day
4-6 times a day
8-10 times a day

Modern methods for determining residual urine.
Ultrasonic
Instrumental
Radiographic
Physical

What methods include a combined urodynamic study?
UZS of bladder with uroflowmetry and subsequent determination of residual urine
Urofluuum, cystometry and pharmacological test
Mictional cystourethrography with video recording
Descending cystourethrography before and after urination
Urofluuum, cystometry, pressure-flow, urethral pressure profile and pharmacological test

36. What devices are used to diagnose a function violation
urination?
Electroencephalograph
The ultrasonic scanner
Uroflowmeter
Cystoscope
Urodynamic measuring system

37. What makes it possible to identify the method of cystometry?
It allows to determine the shape and configuration of the bladder
It allows to measure intravesical pressure during its
filling in
Allows to record the relationship of the volume of the bladder
and intravesical pressure during filling with the definition
sensitivity
It allows to determine the anatomy of the bladder

Allows you to determine the area of the bladder

38. What kinds of cystometry are known to you?
Transurethral
Transurethral and suprapubic
Rectal
Vascular
Subcutaneous

39. What is the profile of urethral pressure?
This measurement of the length of the urethra
This is a record of the pressure exerted by the side walls along the entire urethra
This measurement of the diameter of the urethra
This measurement of the urethra cross-sectional area
This measurement of the maximum urethral pressure

40. What is the importance of research methods of urodynamics of the lower urinary tract?
Explain the nature and causes of dysfunction of urination, and determine its prognosis
Allow to conduct differential diagnosis between functional and anatomical infravesical sintering
Define and evaluate the urodynamics of the kidneys and ureters
Determine the degree of hemorrhage of the lower urinary tract
Assess lymph circulation in the lower urinary tract

41. What is the role of urodynamic examination in the diagnosis of neurosurgery
gene disorders of urination?
Determines the prescription of a neurological disease
It allows to differentiate a neurogenic disorder from an anatomical IVO
Defines neurological diagnosis
Defines etiopathogenesis of neurological disease
It allows to determine the type of neurogenic disorder of urination

42. The most common cause of acute urinary retention.
Uremia
Acute pyelonephritis
Infravesical obstruction
Diverticulum of the bladder
Sclerosis of the neck of the bladder

43. What emergency care should be given to a patient with acute urinary retention due to prostate adenoma?
Spasmolytics
Emptying the bladder by bladder catheterization or bladder drainage
Install a permanent urethral catheter in the bladder
Percutaneous cystostomy
Urgent adenomectomy

44. Function of the bladder.
Reservoir for urine
Exercise of the act of urination
Detrusor reduction
Urine reservoir and urine evacuation from the body
Retention of urine

45. Physiological volume of the bladder
100-150 ml
150-200 ml
200-300 ml
300-400 ml

400-500 ml
46. What is the purpose of the urethral catheter for acute non-obstructive pyelonephritis?
Prevention of vesicoureteral reflux.
The need for antibacterial drugs in the bladder.
Exceptions to acute urinary retention
The need for drainage of the bladder.
Control of diuresis
47. What symptom is typical for gingival cancer with descending cystography?
A symptom of "fish hooks".
Symptom of "bull horns".
A symptom of Lichtenberg.
The marginal "psoas" is a symptom.
Simptom Frolley.
48. What methods are used to treat prostate cancer?
Castration.
Radical prostatectomy.
Transesophageal adenomectomy.
Interstitial radiation therapy (brachytherapy).
Maximum androgen blockade.
49. In which prostate zone does cancer develop most often?
Central.
Paraurethral.
Peripheral.
Transit.
Apical.
50. At what stage of prostatic hyperplasia (GPG) is it possible to develop an acute retention of urination?
I stage.
II stage.
III stage.
I and II stages.
At any stage
51. Which catheters have a balloon for fixation in the bladder?
Pescera.
Maleko.
Foley.
Nelaton.
Timana.
52. What is the lack of urine in the bladder?
Opusory.
Stranguria.
Anuria.
Ishuriy.
53. To diseases that cause acute retention of urine, include:
adenoma of the prostate
CRF (chronic renal failure)
OPN (acute renal failure)
chronic cystitis
acute pyelonephritis
54. For urinary bladder catheterization:

Neelaton catheter
drainage of Petzer
bouj Malleco
drainage of Maleko
boer of Roser

55. The remaining urine can be determined:
in renography
with ureteropyelography
with ultrasound of the bladder
with cystostomy
with vesicology

56. A characteristic palpatory sign of prostate adenoma is:
blurring of borders
heterogeneous consistency
bumpy surface
significant increase, tight-elastic consistency
areas of cartilaginous density
57. The most common complication of prostate adenoma is:
rupture of the bladder
nephrogenic hypertension
acute urination retention
acute renal failure
acute prostatitis

Injuries of the urino-genital organs

1. In what cases is the kidney damage characterized by profuse hematoma
If the surrounding kidney is damaged in fatty tissue and the fibrous capsule is broken
With subcapsular rupture of the parenchyma of the kidney, not penetrating the pelvis and calyx
When the fibrous capsule and the parenchyma of the kidney ruptured with proliferation to the pelvis or calyx
When the kidney is crushed
With detachment of the kidney

2. For kidney trauma the following clinical symptoms are characteristic.
Increase of the t-body up to 39-40 C, pyuria, dysuria
Pain in the lumbar region, swelling of it, hematuria
Satisfactory state of the patient, normal pulse and blood pressure
Pain in the sacrum, back of the thighs, frequent urination
the
The subfebrile temperature of the patient's body, urinary incontinence, theinuria
3. For trauma of the ureter, the following symptoms are characteristic:
The infiltration of X-ray contrast substance in the peri-ochelon space during excretory urography or retrograde ureteropyelography
Isolation of blood from the mouth of the injured ureter in cystose
copies
It is easy enough to conduct a catheterization of the wounded ureter
Dizuria
The hectic temperature of the patient's body

4. Treatment of damage to the ureter should be:
Operational
Conservative
Physiotherapeutic

Using X-rays
Using a laser

17. What are the indications for urgent surgical treatment with closed kidney trauma?
Ishuriy.
High body temperature.
Microhematuria.
Anemia.
Shock.

18. What is the purpose of excretory urography for a kidney injury?
Identify the condition of the contralateral kidney.
Exclude the presence of concomitant diseases of the kidneys.
Establish the extent and nature of damage to the kidney.
To reveal subcapsular hematoma.
Determine the mobility of the damaged kidney.

19. Sign of complete rupture of the urethra
absence of urine
hematuria
urine of beer color
urine color of meat slops

20. Sign of a kidney injury
false urge to urinate
pain when urinating
positive symptom of Schetkina-Blumberg
micro or hematuria

21. First aid for trauma to the bladder
catheterization
ice bladder
diuretics
nitrofurantoin preparations

22. First aid for kidney trauma
narcotic drugs
cold, urgent hospitalization
heat
diuretics

23. For breaking the urethra is characteristic:
hematuria
urethrorrhagia
anuria
leukocyturia
vesicoureteral reflux

24. In acute injury of the urethra, urethrography and catheterization of the bladder is shown:
no later than 2-3 hours after injury
6 hours after injury
not later than 12 hours after injury
not shown at all
are shown in the absence of signs of urethritis

25. The method of acute care in acute injury of the urethra is:
cystostomy

primary urethral suture
bougie urethra
Urethral plasty according to Holtsov
Urethral plastic for Solovoy

26. When diagnosing a kidney injury, apply:
dynamic nephroscintigraphy
radioisotope renography
chromocystoscopy
excretory urography
pneumography

27. For kidney trauma is characteristic:
secretory anuria
acute urination retention
excretory anuria
total hematuria
clinical picture of peritonitis

28. When the injury of the kidney is shown:
kidney resection
nephrectomy
drainage of kidney and paranephric fiber
bed rest with antibacterial and haemostatic therapy
stenting of the upper urinary tract

29. The necessary stage of the operation with intraperitoneal rupture of the bladder is:
revision and drainage of the abdominal cavity
pelvic floor drainage
Cystostomy with drainage of pre-tubercular fiber
suturing of the bladder with the retention of the urethral catheter

30. A sign of intraperitoneal rupture of the bladder is:
violation of urination and symptoms of peritoneal irritation
urinary retention in the pelvic floor
renal insufficiency
urinary incontinence

31. A sign of extraperitoneal rupture of the bladder is:
dysuria and urinary retention in the pelvic floor
urinary incontinence and pain over the bones
symptoms of irritation of peritoneum
intoxication and azotemia
symptom of "vanka-vstanka"

32. The necessary stage of surgical treatment of extraperitoneal rupture of the bladder is:
laparotomy and suturing of a bladder defect
suturing of a bladder defect, cystostomy and pelvic drainage according to Buyalsky - McWarther
abdominal drainage
suturing a bladder defect with the retention of the urethral catheter

33. The main radiographic evidence of damage to the bladder is:
vesicoureteral reflux
deformation of the contours of the bladder
flow of contrast agent beyond the bladder
"mad" bladder

bladder diverticulum
defect in the bladder

34. In a kidney injury, a nephrectomy is shown:
with hematuria
at high arterial pressure
when the kidney is released
with urinary flow
with bleeding from the kidney

МУЛЬТИМЕДИЯЛАР, ДИАФИЛЬМЛАР, ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИКЛАР РЎЙХАТИ

Нашр тури	с о н и		Нашр этилган йили
	номланиш	босма ҳажми	
Маърузаларнинг матни ва конспектлари, уларнинг электрон версияси	Урология цикли бўйича рус ва ўзбек тилида	5	2017
Ўқитувчилар учун услугий қўлланма	Урологияда рентген текшириш усулларнинг урни	3	2015
Тажрибалар учун ўқув-услугий қўлланма	-	-	-
Тажриба хона ишлари учун қўлланма	-	-	-
Амалий ишлар учун курсатмалар	-	-	-
Мультимедиялар	СТК ПБХГ Осложненная ИМТ Простатит. Жизнь и реальность. Сепсис. Фармакокинетико антибактериальных препаратов Сийдик ажратиш органлари анатомияси ва физиологияси Простата бези хавфсиз гиперплазиясини замонавий даволаш усуллари		2017

	Нефроген гипертензия Урологик касалликларда рентгенологик текширув усуллари Простата безнинг хавсиз гиперплазияси Доброкачественная гиперплазия простаты У Р О Л И Т И А З (узб) У Р О Л И Т И А З (рус) Сийдик йуллари инфекцияси Инфекции мочевого тракта (ИМТ) Руководство по уролитеазу Детская урология Онкоурологик касалликлар патоморфологияси Простаит		
--	--	--	--

**КАФЕДРАДАГИ АДАБИЁТЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН
ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ**

1. «Урология». Учебник под ред. акад. Н.А. Лопаткина. Москва. М, 2002г.
7. Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар.
8. «Справочник врача общей практики». Джен Мёрт., М. «Практика», 1998г.
9. «Секреты урологии», Аль-Шукри 2002 г., СПб.
10. «Неотложная урология», Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Медицина, 1985
11. «Урология» Шодмонов А.К., Акилов Ф.А. Тиббиёт институтлари талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун уқув қўлланма. Андижон, 2008 й.

Билет№1

70 ёшли бемор бел умуртқалари соҳасида оғриқ борлигидан шикоят қилиб мурожаат қилди. Оғриқ кечкурун кучайди. 2 йил давомида сийдикни равонлигининг сусайишига ва тез-тез сийишини кузатган, уйқуси бузилган, бемор қовуғи тўлиқ бўша олмаслигини ҳис қилади. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак? Қанақа текширишлар ўтказиш керак?

Билет№2

37 ёшли беморда тўсатдан ўнг бел соҳасида ўткир оғриқ пайдо бўлди. Оғриқ иррадиацияси (узатилиши) ўнг сонига, бемор ўзини қўяргажой топа олмайди. Сийиши тез-тез, сийдик тахлили ўзгаришсиз. Сизнинг тактикангиз? Ташҳис? Даволаш тактикаси?

Билет№3

40 ёшли беморда вақти вақти билан юқори истманинг бўлиши, ўнг буйрак соҳасида оғриқ бўлиши безовта қилади. Пальпация қилинганда ўнг буйрак катталашган, озроқ оғриқли. Сийдик тахлили ўзгаришсиз. Қайси касалликлар тўғрисида ўйлаш керак ва беморни қандай текшириш керак?

Билет№4

Беморнинг тана ҳарорати баланд, этининг увушиши ўнг бел соҳасида симмилаган оғриқ бел соҳалари носиметрик, беморнинг ҳолати мажбурий – сколиоз чапга. Ўнг оёғи қорин томонга тортилган. Ўнг буйрак соҳаси уриб қурилганда оғриқли. Умумий рентгенда касалланган томонда бел мускуллари контури аниқ билинмайди. Сизнинг ташҳисингиз ва тактикангиз?

Билет№5

Қуйидаги симптомлар билан қайси пайтда касалликнинг ташҳисини қўясиз: ёргокнинг ўнг томони катталашган, терининг ранги ўзгармаган, мойк катталашган, қаттик, ғадир – будур оғриқсиз уруғ тизимчаси ўзгармаган?

Билет№6

Касалхонага қовуқ соҳасига тумтоқ шикаст олган бемор олиб келинди. Беморнинг қорнида кучли оғриқ, мустақил сия олмайди. Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин? Текшириш ва даволаш чоралари?

Билет №7

Касалхонага автомобил катастрофа туфайли чанок суяклари синган бемор олиб келинди. Аҳволи оғир, шок, бемор шок ҳолатида чиқарилди. Ташхис? Қайси текширишларни ўтказиш керак? Даволаш чоралари?

Билет №8

Бемор чап уретер тоши билан касалланган, 3 кун олди беморда буйрак санчиғи бўлган, иситмаси юқори бўлиб, эти увушган. Кейинги кунларда ҳам иситма ва тана ҳароратининг баландлиги давом етмоқда. Сизнинг ташхис ва тактикангиз?

Билет №9

Беморда тана ҳарорати баланд, эти увушмоқда, оралиқ соҳасида, дизурия, тўғри ичак орқали қурилганда катталашган, оғриқли простата бези аниқланади. Сизнинг ташхис ва тактикангиз?

Билет №10

25 ёшлик беморда қуйидаги симптомлар: кучли дизурия, терминал гематурия. Қайси касалликлар тўғрисида ўйлаш мумкин?

Билет №1

в урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5*0,5см

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо

произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Билет №2

у больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаруживается выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции ЧЛС не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Билет №3

больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4 месяцев. Живот мягкий безболезненный. почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке теней конкрементов нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными

сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье не определяется.

Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Билет.№4

у больного при отсутствии клинических проявлений во время УЗИ выявлена опухоль правой и расширение лоханки левой почки.

Какие тактические решения целесообразны при такой ситуации?

Билет.№5

больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39 , озноб. Больна 2й день. Правильного телосложения. Т39.,пульс 100уд/мин, ритмичный. В легких дыхание везикулярное. Язык сухой ,не обложен. Живот мягкий , симптом пастернацкого + слева. Пальпация почки слева болезненна. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия. На УЗИ отмечается дилатация ЧЛС слева. Подвижность левой почки ограничена. на обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка л3 слева - тень подозрительная на

конкремент, размерами 9*4м. на экскреторных урограммах патологических образований в ЧЛС правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелэктазия. расширение мочеточника проксимальнее вышеописанной тени конкремента.

ваш диагноз?

Какие лечебные мероприятия показаны?

Билет.№10

у больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро; поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.

ваш диагноз?

какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

какую терапию предлагаете?

Билет.№6

больная 40 лет поступила с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение Т тела до 37,4, выделение мутной мочи, повышение АД до 180/115. неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хр.пиелонефрита. при УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размера правой почки 8,0*4,0 см, контуры ее не ровные. левая почка размерами 11 *5 смс ровным контуром. На обзорном снимке в проекции мочевых путей теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются не четко. На В/в урограмме

патологических изменений в ЧЛС и мочеточнике не выявлено. Справа почка 8*4 см, бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы местами, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом "обгорелого дерева".

ваш диагноз?

Какие лечебные мероприятия показаны?

Билет №7

больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом острый пиелонефрит. Больна в течение 2 дней. отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,7, с ознобом. при осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, пульс 108 уд/мин, язык сухой, обложен. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положителен справа. Лейкоцитоз, лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы справа и тень правой почки не определяется.

какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Билет №8

Пациентка 43 года, госпитализирована с клиникой почечной колики. Четыре года назад на фоне приступа отошел камень около 0,5 см. при осмотре Т 36,6, пульс 82 уд/мин, АД 120/70 мм.рт.ст, живот мягкий, б/б, см Пастернацкого + слева. Дизурии нет, визуально моча не изменена. В ОАК без особенностей, В ОАМ л 8-12 в п зр, эр 10-12 в п/зр, проба Нечипоренко л-3500, эр-2000

ВОПРОС:

ваш диагноз? Какие методы исследования необходимо использовать в диагностике?

Билет №9

больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

ваш предположительный диагноз?

какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

какую терапию предлагаете?

ГЛОССАРИЙ

Поллакиурия – тез –тез кам сийиш, лекин суткалик микдори нормада (суткасига 15 -20 мартагача).а) кундузги П-Я – ковук тошларида.

б) кечкурунги П-Я – простата беги гиперплазиясида.

в) доимий П – Я - сурункали цистит, туберкулёз, ковук усмаси, уретрит, уретер тошларида ,дори моддаларини куллаганда(уротропин –гексаметилтетрамин, диуретикларда – лазикс,фурасемид,урегид)кузатилади.

Олигакиурия – бунда сийишлар сони камаяди. Ковук иннервацияси бузилиши окибатида пайдо булади – орка мия жарохатланишида,инсультда бош мия жарохатларида.

Странкурия – кийналиб тез тез оғрикли сийиш – ковукда баъзан сийдик колгандай булади, ковук тулик бушамагандай, Яна сийги келгандай сезади.

Масалан- цистит, ковук тоши,ковук усмаси,туберкулёз, простатитда, везикулитда, простат беги ракида.

Никтурия – тунги куп сийиш.Одатда одам соат 15- 18 ларда куп сияди, кечкурун 3 – 6 – ларда камсияди. 80 % сийдик кундузи чиқади.

Юрак кон томир етишмовчиликларида кундузи юрганга оёқларда шиш пайдо булиб кечкурун улар сурилиб куп сийишга чиқади ва шишлар кайтади – сердечный никтурия. Буйрак(почечная) никтурияси – полиурияда – ХПН ,ОПН, сур. гломерулонефритда, нефросклерозда, сур. пиелонефрит.

Сийдик ўшлай олмаслик (недержание мочи) - хохишсиз сийги келмасдан сийдик чикиб кетади. *Чин* – ковук бутунлиги бузилмасдан ,ковук сфинктери яхши ишламайди.доимий ёки тана холатини узгартирганда, жисмоний ишлаганда ,йуталганда ,аксирганда,кулганда юз буради.

Сабаб – аёллар девори тушиши,бачадоннинг тушиши,чанок туби мускуллари ёки ковук сфинктери мускуллари бушашса.Климактерик даврда- гормонал дисфункция – ковук детрузори тонус ива сфинктери иши дискординациялашган..

Сохта – уретердаги,ковукдаги,уретрадаги тугма ёки орттирилган дефектлардан сийдик чикишидир.Масалан: ковук экстрофияси,эписпадия,уретер-кин- бачадон – тугри ичак окма яраларидан сийдик оқишидир.

Сийдик туплай олмаслик (неудержание мочи) - сийдикни узок ушлай олмасликдир. Масалан императив сийги келиш-уткир цистит,ковук буйинчаси усимтаси,простата бези гиперплазияси III ст да кузатилади. *Парадоксал ишурия* - сийдик пуфаги ва буйинчасининг кенгайиши хисобига хохишсиз сийдик томчилаб оқади.

Ишурия – сийдик тутилиши (ковукда сийдик бор).

Уткир ишурия нерв рефлектор булиб операциялардан, эмоционал зурикишлардан кейин юзага келад, простата бези гиперплазияси,раки,уретра стриктураси,ковук тоши,ковук буйинчаси усмаси.

Сурункали ишурия – простата бези гиперплазияси ,раки,ковук буйинчаси склерози,уретра стриктураси.

Полиурия – суткалик сийдик микдори 2000 мл дан куп булиши, солиштирма огширлиги хам паст булади -1002 -1015 (М.кандсиз диабетда), кандли диабетда – 1030 булади, бемор куп – куп сияди. М: сур. пиелонефрит, буйрак поликистози, простата бези гиперплазияси, ХПН,ОПН,медикаментоз- диуретиклар – гипотиазид,урегид,лазикс,маннитол кабул килганда.

Опсоурия – куп суюклик ичгандан кейин 1 ёки 1 неча суткадан кейин куп сийдик ажралишидир.Сабаб – юрак етишмовчилиги,жигар, ошкозон ости бези касалликларида.

Олигурия – суткалик сийдик микдори кам (суткасига 500 мл дан кам).

1, Физиологик – кам суюклик ичишлар,иссик хоналарда ишлашлар,куёшда куп юриш,куп терлаш.

2. Патологик – М: уткир ва сурункали буйрак етишмовчиликларда, ич кетиш,кусишда,кон кетишда,тана харорати кутарилиши,юрак кон томир етишмовчилигидаги шишларда,уткир нефритларда фильтрация бузилади,реабсорбция кучаяди.

Анурия- буйракларда сийдик ишлаб чиқарилишни бузилиши ёки ишлабчиқарилган сийдикни ковулга тушишини бузилишидир.

I.Секретор а) *Преренал* – буйрак артерия- веналари окклюзияси, коллапс,огир шоклар, ич кетишлар, огир куйишлар ,кусишлардаги дегидратацияларда.

б) *Ренал* – коптокча каналча апаратининг иши бузилиши (филтрация ва реабсорбция бузилиши).М: уткир гломерулонефрит,пиелонефрит, нотугри гурухли кон куйишлар,

нефротоксик захарланишлар(антифриз,этиленгликоль,дихлорид ртута), криминал абортлар(анаэроб инфекциялар),аллергик инфекциялар,Краш синдроми (миоглобинлар буйрак каналчаларга тикилиб қолади).

в) *Реноприв холат* - аренал холат, икала буйрак олиб ташланган ёки икала буйрак мажакланган,буйрак аёкчасидан узилган булганда.

II. Экскретор - *Постренал* М: уретерга тош ,кон лахтаси тикилиши ёки атрофидан кисилиши, операция вақтида боғлаб куйилиши.

Нормада сийдик солиштирма огирлиги 1010 – 1025 гача рН 6,0 – 7,0 (5,0 – 7,0)

Ранги – сомондай сарик ,тиниклиги - тиник.Оксил – излари ёки – 0,033 г/л 50 мг /сут.Лейкоцитлар – 4 – 6 в п/з ,эритроцитлар – ягона .

Гиперстенурия – солиштирма огирлиги 1025 дан юкори булишидир.М: кандли диабетда,гиперпаратиреозда,огир метал тузлари Билан захарланганда.

Гипостенурия – сийдик солиштирма огирлиги 1010 дан паст булади. – 1002 – 1012 атрофида булади.

Изогипостенурия – Буйрак етишмовчилиги кучайганда булади.

Сийдик ранги ва тиниклигининг бузилиши – лойка – тузлар ,бактериялар ,шиллик ,йирингдан булади.Уратурия – сийдикни киздирса у тиниклашади.

Карбонатурия – агар сийдикга уксус кислота солса ва киздирса газ чикади ва у тиниклашади.Фосфатурия – агар сийдикга уксус кислота кушиб киздирилса газ чикмайди.Оксалатурия- сийдикка хлорид кислота кушиб киздирилса у тиниклашади.

Протеинурия – **Сохта** - буйракдан ташкарида сийдикга секрет,йиринг,кон, микроблар кушилади.**Чин** – 1) гломеруляр – гломерулонефрит,ОПГ гестоз,утказувчанлик бузилади,(юкори молекулали оксиллар).

2)Тубуляр – каналчалар зараланса (паст молекулали оксиллар)уткир сур. нефритда, синдром Фанкони().3)Аралаш тури.

Пиурия – сийдик йиринг булиши.- лойка булиб пиелонефритда,буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзида ,сурункали цистит,уретрит простатитда кузатилади.Агар сийдикда йиринг куп микдорда (занчительный) булса сийдик лойка булиб макроскопик куринади ,агар кам микдорда булса (незначительный) микроскопда куринади (лейкоцитурия). Сийдикда учрайдиган лейкоцитлар хиллари.

Штернгеймер - Мальбин хужайралари – купрок сурункали пиелонефритга тегишли булиб,улар 2 – 3 марта катталашган ,юмалок шаклда, куп майда булакчали (многодольчатая),протоплазмаси темный, зернистый булади, Актив лейкоцитлар купрок уткир пиелонефритга тегишли.

Гематурия - сийдикда кон булиши. Турлари- **1.Инициал (начальная)** – сийдикнинг бошланиш кисмида кон булиб бунда манбалар уретранинг олдинги кисмида жойлашган.(уретранинг жарохати,полип,раки,яллигланиши)

2.Терминал – бунда манбалар орка уретра,простата беzi, уруг пуфакчалари, ковок буйинчаси.- усмалар, травмалар, яллигланишлар,тошлар.

3. Тотал – манбалар иккита буйрак ,иккита уретерлар ва ковок дир- усмалар буйраклар туберкулёзи, поликистози,СТК,нефротик папиллит,геморрогик – ярали циститлар,эндометриоз, простата беzi гиперплазияси, раки.—баъзи кон касалликлари – Верльгоф касаллиги,антикоагулянтлардан нотугри фойдаланганд(гепарин,дикумарин).Баъзи дорилар – фенолфталеин ,овкатмахсулотлари хам – лавлаги сийдик рангини кизартиради.

Кон лахтасининг шаклига караб агар чувалчангдай булса буйракдан,юмалок нотугри шаклда булса ковокдун келаяпди деб уйлаш мумкин.

Гемоглобинурия – захарланишлар,куйиш,нотугри группали кон куйса – гемолизда содир булиб, микроскопияда эритроцитлар аникланмайди.

Миоглобинурия – Краш синдроми – красно – бурый рангда булади.

Цилиндрурия - нормада

Гломерулонефрит ёки нефрозда чикади.**Чин** – гиалин, зернистый, восковидный.

Сохта – сийдик кислотасидан ,миоглобиндан,бактериялардан иборат.

Бактериурия – нормада сийдик стерил булиши керак ,качонки буйрак тукумаси зарарлансагина сийдикда бактериялар булади,Баклабораторияга 1 мл сийдик юборсак ундаги микроб номи ва сонини аникалаб беради.Баъзан бактериялар сийдик йулларидан эмас балки бошка жойлардан тушади – идишдан, сон оралик териси жунидан ,жинсий аъзолардаги патологик ажралмалардан – бу контаминация дейилади.Агар сийдикдаги микроблар сони 1 мл да 10^5 дан кам булса бу контаминациядир, агарда 10^5 дан катта булса бу хакикий бактериуриядир.

Пневматурия – сийдик билан газ чикади, Инструментал текширишларда – цистоскопияда ,ковук катетеризациясида ёки газ юбориб рентгенография килганда.Ковук –кин – ичак окма яраси булса,газ хосил килувчи микроб тушса булса.

Липурия - буйрак капиллярлари ёғ эмболияси булса булади, найсимон суякларнинг массив синишларида, диабетда, кузатилади.

Хилурия – сийдикда лимфанинг булиши- сийдик сутдай булиб ,бу травмаларда усмаларда,яллигланишлардан кейин лимфа йуллари сийдик йуллари билан боғланган булади.

Гидатидурия – (эхинококурия).буйрак эхинококкининг ёрилиши сабабли сийдик билан майда эхинококк пуфакчаларини чиқиши.

Йирингни чиқиши – уретритда кузатилади,улган уретра шиллик кавати ва куп микдорда лейкоцитлар чикади – Гонококklar, трихомонадалар,неспецифик флоралар.

Сперматорея- эрекциясиз уруг суюлиги оқади- эякуляция ва оргазм булмайди. Сабаб- миелитларда,орка миянинг бошка касалликларида.Простатитларда бемор зурикса хам чикади ва микроскопда сперматозоидлар куринади.

Простаторея – сийиш охирида ёки дефекациядан кейин сперматозоидларсиз простата бези секретини оқиб чикади. Микроскопда лецитин доначалари топилади. Бу ҳолат сурункали простатитда кузатилади.

Нормада 1мл эякулятда 60 млн дан куп сперматозоидлар булиши керак 80 % ҳаракатчан булиши керак(30 минут ичида).

Асперматизм - жинсий актда эякулят булмайди.Лекин мойкаларда нормал сперматогенез бор, жинсий хоҳиш, эрекция бор. Сабаб – уруг йулларида тикилиш булса,простата бези ёки уретра орка қисмида чандикланишлар булса,уруг отувчи йулнинг эктопияланиб ковуқга очилиши-бунда насл ковуқга тушади.

Олигозооспермия – эякулятда сперматозоидлар кам 5 – 30 млн гача/1мл да.

Эякулятда ҳаракатчан сперматозоидлар – 30 % дан камайган ,нормал – 5 – 10 % ,сперматогенез хужайралари 40 % ва ундан юқори.

Сабаб – мойкалар гипотрофияси , крипторхизм, оғир инфекциялар, алкоголь, жинсий органларнинг яллигланиш касалликлари.

Азооспермия – эякулятда сперматозоидларнинг булмаслиги. Икки хил тури бор.

1.Секретор - бунда мойкадан биопсия олганда сперматогенез бузилган булади, каналчалар атрофияси кузатилади.Сабаб – мойкалар гипотрофияси,механик жароҳати,мойка пардалари истискози,варикоцеле, мойкада булган яллигланишлардан кейинги атрофияси , авитаминоз,диабет,нурланишлар,нерв – психик бузилишлар.

2.Экскретор- яллигланишлар оқибатидаги уруг йулларидаги чандикланишлар- мойка биопсисида сперматогенез сақланган,нормал.

Некроспермия – сперматозоидлар етарли лекин улар ҳаттоки термостатда ҳам яшаш қобилиятига эга эмас.Сабаб – мойка ортигининг, простата безининг, уруг пуфакчаларининг яллигланиш касалликларидир.

Гемоспермия – эякулят билан қон чикади.1, Қин – наслга қон мойкадан,мойка ортигидан,уруг пуфагидан,простатадан тушади.

Сохта – қон наслга яллигланган жинсий аъзолар касалликларидан тушади, уретрадан,карияларда простата бези рақидан.

Эписпадия – уретра олд деворининг тугма булмаслиги.

1.Бошча формаси. 2.Ствол формаси.3. Тотал тури

Гипоспадия – уретра орка деворининг булмаслиги.

2. Бошча тури.2.Ствол тури.3.Ёргок тури.4.Оралик тури

Гипоспадия без гипоспадией – бунда сийдик чикариш канали калта булиб, жинсий олат бошчаси пастга эгилган булади, тугри булмайди.

Мояклар тугма аномалияси. 1. монокхизм – тугма 1 та моякнинг булиши.

2. Анархизм – тугма моякларнинг булмаслиги.

3. Полиорхизм – тугма мояклаонинг куп сонли булиши.

4. Крипторхизм – моякларнинг узийлидан тушмай колиши булиб, у икки хил булади. А) Ёлгон – мояк баъзан моякга тушиб яна кутарилиб туради.

Б) Чин – мояк тушиш даврида уз йулида тухтаб колади, буни абдоминал ва паховый (чов) турлари булади.

Фимоз - четки кертмаг пардаси кисилиб колишидир, бунда жинсий олат бошчаси куринмайди, бола сийиш вактида йиглайди, четки кертмак пардасини пастга босганда у очилмайди.

Парафимоз – жинсий олат бошчасининг чекка кертмаг пардаси билан кисилиб колиши, бошча шишган кучли огрикли, кийналиб сийиш, жинсий олат териси шишган.

Жинсий олат бошчаси уздечкасининг калта булиши - болалигида жинсий олат бошчасини чикаришга тускинлик килади, катталарда эрекция вактида бошча эгри булиб жинсий алока кийинлашади, баъзан жинсий алокадан кейин кон кетиши мумкин.

Мояк пардалари истискоси – гидроцеле – моякнинг хусусий кин пардаларининг париетал ва висцерал вараклари орасига суюклик йигилади. Агар корин бушлиги билан эмбриогенездаги туташув битмай колса - бу туташувчи истиско дейилади. Агар мояк, мояк ортиги ёки пардаларининг яллигланиши, травмалари натижасида келиб чикадиган булса бу иккиламчи (симптоматик) истиско дейилади.

Гематоцеле - мояк пардалари орасида кон булиб, травмалардан кейин, геморагик диатезлардан кейин гидроцелени нотугри пункция килганда пайдо булади.

Пиоцеле – мояк пардалари орасида йиринг – абсцесланувчи орхит ёки эпидидимитдан кейин пайдо булади.

Фуникулоцеле – уруг тизимчаси пардалари истискоси, турлари: туташувчи, туташмайдиган, икки камерали. Этиологияси – травма ёки жинсий органлар яллигланишларидан кейин юзага келади, турлари:

2. Идиопатик (бирламчи). 2.Симптоматик (иккиламчи).

Кечиши буйича: А) уткир Б) сурункали.

Мояк ортиги кистаси – тугма ва орттирилган булади.

Тугма – эмбрионал даврдаги Мюллер йуллари ёки Вольф танаси бир учи билан уруг каналларига, иккинчи учи тумток тугашидан хосил булади.

Орттирилган – мояк ортиги яллигланиши ёки травмасидан кейин юзага келиб сперматозоидлар утишига тускинлик килади. Улчами нухатдай – бола бошидай булиши мумкин, секин ривожланади, ёргокда босим босилиш, чов сохасида тортилувчи огрик, юрганда нокулайлик сезади. Пальпацияда мояк ортиги бошчасида усмасимон юмшок эластик консистенсиядаги хосила пайпасланиб мояк ва ортигидан ажралиб туради.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

8. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 1982г.
9. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов под редакцией акад. Лопаткин Н.А. М. Медицина, 2004г.

Қўшимча адабиётлар:

- 35.Справочник врача общей практики. Дж. Мёрт, М «Практика» 1998г.
- 36.Секреты урологии. Мартин М. Резник, Эндрю К. Новик перевод на русский язык под ред. проф. С.Х. Аль-Шукри «Невский диалект». Санкт – Петербург, 1998г.
- 37.Болалар урологияси. И.А.Ахмеджанов, М.Собиров. Ташкент. 2003г.
- 38.Неотложная урология. З.С.Вайнберг. М. 1997г.
- 39.Урология: «От симптомов к диагностике и лечению». Иллюстрированное руководство. Учебное пособие / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева, Н.А.Григоряна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 148 с.
- 40.Урология: Учебник / под ред. П.В.Глыбочко, Ю.Г.Аляева. 3-е издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 624 с.
- 41.Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г.Аляева, П.В.Глыбочко, Д.Ю.Пушкарёв. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, 480 с.
- 42.Острое повреждение почек / А.В.Смирнов, В.А.Добронравов, А.Ш.Румянцев, И.Г.Каюков. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015, 488 с.
- 43.Урология. Урология фани бўйича ўқув қўлланма (лотин алифбосида). Андижон, 2008, 480 бет.
- 44.Умумий амалиёт шифокори учун урология фанидан стандарт баённомалар. Ташкент, 2005г.
- 45.Урология по Дональду Смит. Под ред. Э.Танаго и Дж.Маканинча. Перевод с англ. «Практика». М. 2005. – 819с.
- 46.Smith & Tanagho's. General Urology. 18-th edition. - 2013.

Интернет сайтлари:

- 47.www.tma.uz.
48. www.medscape.com
- 49.www.uro.ru
- 50.www.uroweb.ru
- 51.www.uroweb.org

