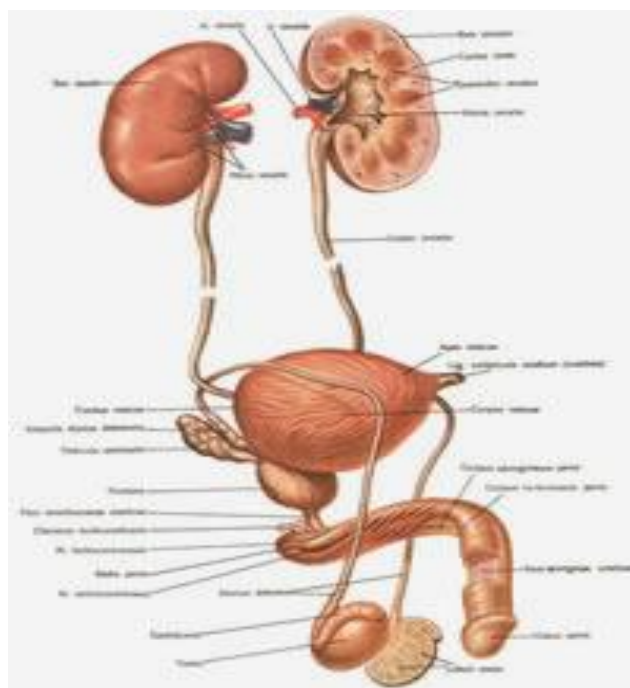


Даволаш ва Тиббий Педагогика факультетлари
5-курс талабалари учун

УРОЛОГИЯ

ФАНИДАН “АНУРИЯ” МАВЗУСИДА ЎКУВ –УСЛУБИЙ КЎЛЛАНМА



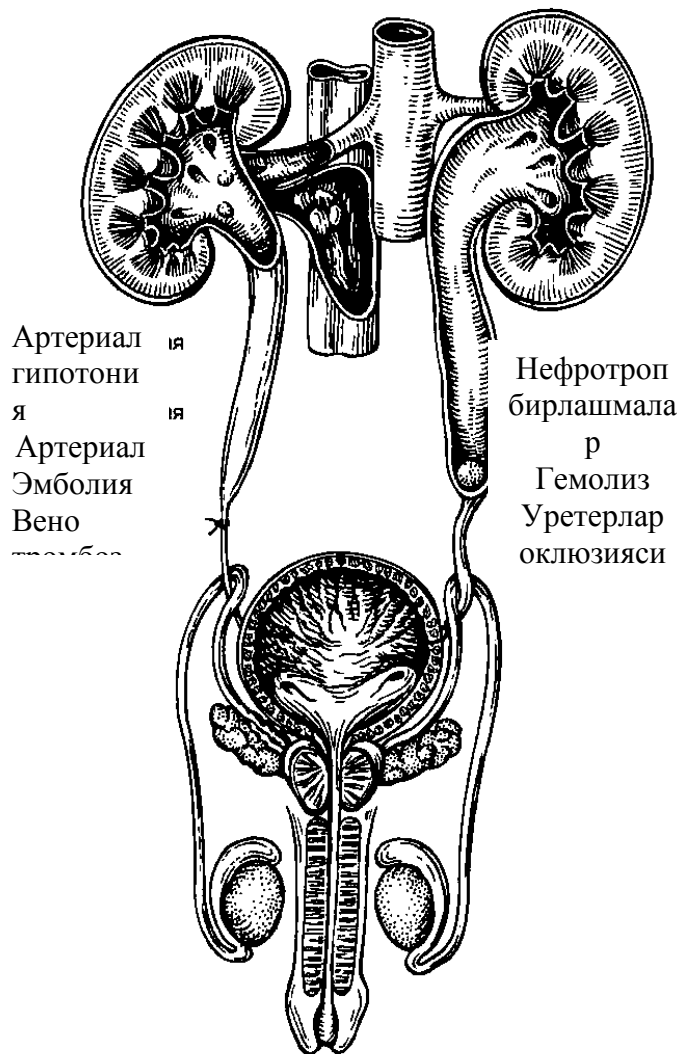
Бухоро -2018 йил.

АНУРИЯ

Анурия – грекча сўз бўлиб, икки қисмдан иборат. А, ан – йўқлик, урон-сийдик маъноларини билдиради, демак таржима қилинганда анурия сўзи сийдикнинг йўқлигидир.

Анурия шундай патологик ҳолатки, унда буйрақлар сийдик ишлаб чиқармайди ёки улар ишлаб чиқарган сийдик, сийдик йўлларида бўлган тўсиқлар туфайли қовуққа тушмайди.

Анурия - 50 дан ортиқ урологик ва ноурологик патологияларнинг белгисидир.



(расм 1).

Анурияга олиб келувчи сабаблар жуда кўп ва хилма-хилдир. Уларни 4 гуруҳга бўлиш мумкин: 1. Преренал омиллар (преренал анурия)

2. Ренал омиллар (ренал анурия)

3. Постренал омиллар (постренал анурия)

4. Аренал омиллар (аренал анурия)

Преренал анурия буйракларда қон айланишининг бузилишига олиб келадиган сабаблар натижасидир. Уларга буйраклар артериялари эмболияси, буйраклар венаси тромбози ва қон босимини жуда пасайиши билан (80 мм симоб устунидан паст) кечадиган шок, коллапс, қон кетиш, дегидратация ҳолатлари киради. Буйракларда қон айланиши бузилишининг 30 дақиқадан ортиқ давом этиши буйракларда катта ва қайтмас патологик жараённи пайдо бўлишига (айниқса проксимал каналчаларда) олиб келади. Шунинг учун ҳам бу ҳолатларда ҳақимнинг вазифаси тез ва аниқ ташхислаш ҳамда адекват даволаш усулларини қўллашдан иборатдир.

Ренал анурияга олиб келувчи омиллар қуйидагилардан иборат:

- а) буйрак паренхимасида токсик таъсир этувчи моддалар (симоб, мис, уран, кадмий тузлари, этиленгликол, уксус кислотаси, захарли замбуруғлар, контраст моддалар, антибиотиклар, сульфаниламидлар, криминал аборт (анаэроб инфекция), Краш-синдром (узок вақт қисилиш синдроми) ҳолатлари. Бу моддалар буйраклар каналчалари хужайраларига бевосита таъсир кўрсатиб, уларда некробиотик ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келади. Демак буйраклар нефронлари бирламчи жароҳатланадилар;
- б) буйраклар паренхимасининг иммуноаллергик жароҳатланиши (ўткир гломерулонефрит, Гудпасчер синдроми, Вегенер гранулематози, тизимли васкулит, ўткир интерстициал нефрит, гемолитик уремик синдром, тромбоцитопеник пурпура. Бу ҳолатларда буйраклар коптокчалари жароҳатланадилар.

Уларда иммун комплекслар чиқади (иммуноглобулинлар ва ҳар хил комплиментлар). Бундай беморларнинг 10% буйракларнинг ўткир етишмовчилиги туфайли гемодиализга муҳтож бўладилар.

Постренал анурияга олиб келувчи омиллар қуйидагилардан иборат: иккала буйраклар ёки ягона буйрак жоми уретерлари соҳасида ички ёки ташқи патологик жараёнлар туфайли сийдик оқимини тўсатдан бутунлай

бузилиши (тошлар, қон лахталари, йиринг, ўсмалар, яллиғланишлар, уретерларни чокка олиш ва бошқалар).

Аренал анурия олиб келувчи сабаблар:

- онадан туғма иккала буйракнинг бўлмаслиги (буйраклар агенезияси); бундай чақалоқлар кўп яшамайдилар;
- витал (хаётий) кўрсатмаларга мувофиқ операция вақтида ягона буйракнинг олиб ташланиши (реноприв ҳолат).

Преренал ва ренал ануриялар секретор анурия деб ҳам аталади. Уларда нефронлар жароҳатланиши асосий ўрин эгаллайди. Постренал анурия эса экскретор: субренал ёки обструктив анурия деб аталиб унда ҳар ҳил сабаблар туфайли жом ва уретерларда обструкция пайдо бўлиб, сийдик қовуққа тушаолмайди ва натижада буйракларнинг ўткир етишмовчилиги пайдо бўлади.

Анурияга олиб келувчи сабаблар ҳар ҳил бўлганлиги учун бу касалликка дучор бўлган беморлар ҳар ҳил касбга мансуб бўлган ҳакимларда даволанадилар (гинеколог, токсиколог, нефролог, реаниматолог, уролог ва бошқалар).

Урологларни субренал (экскретор) ва аренал анурияга дучор бўлган беморлар қизиқтиради. Улар қуйидаги тоифаларга мансуб :

- а) сийдик тош касаллиги билан касалланган беморлар (нефроуретеролитиаз);
- б) уретерларнинг ташқари томондан қисилиш туфайли (ўсмалар, яллиғланиш, нур терапиясидан сўнгги ҳолат ва бошқалар);
- в) операция вақтида (айниқса гинекологик) уретерларни тасодифан шикастланиши (ягона буйрак уретерини ёки иккала уретерларни ҳам) чокка олиниши;
- г) экстернал ҳолатларда ягона буйракни олиб ташланиши (иккинчи буйрак борлиги текширилмасдан).

Клиникаси: ануриянинг кечишида 4 та босқич тафовут қилинади:

- бошланғич босқич;
- олигоанурик босқич;
- диуретик босқич;
- соғайиш босқичи.

Ҳар бир босқич ўзига хос клиник белгиларига эга.

Касалликнинг бошланғич босқичи кўпинча I суткагача давом этади. Унинг белгилари анурияга олиб келган патологик жараён белгилари билан характерланади.

Агар беморда преренал анурия бўлса, унда организмда қон босимини пасайишига, буйрак гемодинамикасининг бузилишига олиб келган касалликлар белгилари бўлади (қон кетиш, жарроҳлик муолажалари, шикастланиш, септик ҳолат, шок)

Агар беморда постренал анурия бўлса, унда бел соҳасида тўсатдан оғрик пайдо бўлганлигини (буйрак санчиги) бемор қайд қилади. Бу жуда ката аҳамиятга эга, чунки келажакда сийдик чиқарув тизимининг қайси томони-ни операция қилиш муаммосини ҳал қилишга керакли маълумотлар беради. Бундай беморларда беморнинг I та буйрак билан туғилганлиги ёки операция йўли билан бир буйрак олиб ташланганлигини аниқлаш мумкин.

Агар беморда функционал бирта буйрак бўлса (контрлатерал буйрак бужмайган), буни ҳам беморни сўраб суриштирганда аниқлаш мумкин, чунки бундай беморлар аввал даволанган ва бир неча марта УТС-ланган бўладилар.

Албатта, анурияга олиб келган омилга қараб, беморнинг аҳволи жуда оғир (преренал, ренал ва аренал анурияларда), ўртача оғирликда (постренал анурияда) бўлиши мумкин.

Олигоанурик босқич 2-11 кун давом этади. Бу даврда беморнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, унда сийдик миқдори жуда кам (500 мл дан кам) ёки бутунлай бўлмайди. Беморда гиперазотемия (32-50 ммол/л), гиперкреатининемия (0.5-0.9 ммол/л), гипернатриемия, гиперкалиемия, фосфатемия (4-5 ммол/л), магниемия (2-3 ммол/л), кислота ишқор мувозанати бузилади ва беморда метаболик ацидоз пайдо бўлади. Организмда суюқликнинг сақла-ниб қолиши натижасида беморда ўпка шиши - fluid lung пайдо бўлади. Беморларнинг қон босимлари ошади, анемия пайдо бўлади, 18% беморларда эса перикардит белгилари бўлади. Буйрак ўлчамлари катталашади, буни ультратовуш сканерлари ёрдамида ва шархловчи урограммада кўриш мумкин.

Агар беморда олигоанурия даври 4 ҳафтадан ортиқ давом этса, унда икки томонлама кортиконекроз тўғрисида фикр юритиш лозим.

Диуретик босқич 9-11 кун давом этади. Унда икки давр тафовут қилинади:
- илк диуретик давр;

- полиурия даври.

Касаллик бошланганидан 10-11 кунда беморнинг сийдиги секин аста кўпая бошлайди ва 4-5 кун давом этади. Бу даврда сийдикнинг солиштирма оғирлиги, ундаги мочевина ва креатинин концентрацияси жуда паст бўла-

ди, 7-8 кун ўтгандан сўнг гиперазотемия йўқолади ва кислота-ишқорли ҳолат мувозанатли тикланади.

Соғайиш босқичида буйраклар фаолияти бутунлай тикланади. Бу босқич 6-12 ой давом этади.

Ташхислаш: Анурияни ташхислашда беморлани сўраб суриштиришнинг ўрни каттадир. Унда захарли овқатли моддаларни, дориворларни истеъмол қилинганлигини, хомилани туширишга уриниш бўлганлигини аниқлаш зарур. Бундан ташқари, беморларнинг оғир таҳсис кечирганлиги, операция вақтида қон кетганлиги ёки қон қўйилганлигини аниқлаш керак.

Анурияга дучор бўлган беморни текширганда ҳақим олдида қуйидаги вазифалар туради:

- а) анурия ва ишурияни қиёсий ташхислаш;
- б) ануриянинг ҳилини аниқлаш (секретор ёки экскретор).

Катетер ёки цистоскоп қовуққа киритилганда унда сийдик борлиги ёки йўқлиги аниқланади. Бу эса анурия ёки ишурия борлиги тўғрисида маълумот беради. Буйраклар УТС-ланганда гидронефроз борлиги постренал ануриядан, гидронефрознинг йўқлиги преренал, ренал ануриядан дарак беради. Уретерларни катетеризация қилиш анурияни ташхислашда асосий аҳамиятга эга. Агар уретерал катетер уретерга киритилганда тўсик бўлса ва бу тўсикдан юқорига катетерни ўтказиш имконияти бўлса, унда катетердан тез-тез сийдик чиқа бошлайди. Бу анурияни экскретор эканлигидан дарак беради. Агар уретерал катетер уретер бўйлаб силлик ўтса ва жомда сийдик тўпланмаганлиги аниқланса (албатта катетернинг ўтувчанлиги аввалдан текширилиши зарур), бу секретор анурия борлигидан далолат беради.

Қонни клиник ва биохимик таҳлиллар қилиш ва унда олинган маълумотлар ҳақимга бемор аҳволини тўғри баҳолаш ва керакли даво усуллари танлашда катта ёрдам беради.

Даволаш: Анурияни даволаш тиббиётнинг мураккаб муаммолардан биридир. Ундан асосий йўналиш этиотроп терапиядир. Шунинг учун биринчи навбатда анурияга олиб келган сабаблар бартараф қилиниши, гемоди-намика тикланиши зарур. Шу мақсадда беморга қон томирлари тонусини стабиллаштириш (допамин, реополиглюкин, полиглюкин, гемотрансфузия) зарур.

Нефротоксик моддаларни чиқариш мақсадида гастроинтестинал диализ муолажалари, антидотлар (унитол), гемосорбция, анаболик стероидларнинг қўлланиши мақсадга мувофиқдир.

Постренал анурияда сийдик оқимини таъминлаш чоралари қўрилиши зарур. Преренал ва постренал анурияларда даволашни беморнинг венасига осмотик диуретиклар юборишдан бошлаш зарур (20% маннитол 300 мл, 20% 500.0 мл глюкоза эритмаси инсулин билан, салуретиклар фуросемид-лазикс 200 мг).

Артериал қон босими меёрида бўлса, унда диурезни жаддаллаштириш мақсадида лазикс вена ичига юбориш мумкин.

Олигоанурик босқичида эритмалар инфузияси организмдаги сув мувозанатини чуқур ўрганишни ҳақимдан талаб қилинади. Шунинг учун бемор вазнини ҳар куни ўлчаш зарур. Бемор венасига қўйиладиган суюқликлар миқдори сийдик миқдори + 700 мл га тенг бўлиши зарур.

Оқсил катаболизмини камайтириш ва уротелий регенерациясини кучайтириш мақсадида беморга тестостерон пропионат (100 мг гача), 300 мг гача витамин «Е» инъекция қилиш зарур.

Анурия ҳолатида бўлган беморлар 1 кечаю-кундузда 1500-2000 ккал га муҳтож. Шу мақсадда калий интоксикацияни камайтириш учун унга 20% 500.0 мл гача глюкоза, 10% 30-50.0 мл кальций глюконат, инсулин (ҳар 4.0 глюкоза 1 бирлик) вена ичига юборилади. Олигоанурик босқичида бўлган беморларни даволашнинг асосий усуллари билан бири - гемодиализдир. Унда бемор қони ва махсус тайёрланган эритма ўртасида бўлган ярим ўтказ-гич мембрана орқали электролитлар ва оқсил метаболизми маҳсулотлари алмашинади. Агар беморга гепарин қўллаш мумкин бўлмаса (шикастланиш ва таҳсислар туфайли), унда перитонеал диализ қилиш мумкин. Беморларга антианемик препаратлар (темир препаратлари, эритроцитар масса, эритропоэтин), антибиотиклар қўллаш зарур.

Антибиотикларнинг организмдан чиқишини камайганлигини эътиборга олиб, уларнинг дозаси меёридагидан 5 марта кам бўлиши шарт.

Прогноз. Охириги йилларда ануриядан сўнгги ўлим 15% гача пасайган. Ануриядан сўнг буйраклар фаолиятининг тикланиши 6 ойдан 1-2 йилгача давом этади (айниқса, оғир ҳолатларда).

Шунинг учун беморлар урологлар назоратида бўлишлари зарур. Беморларнинг 70% да меҳнат қобилияти тикланади, қолган 30% беморлар энгил ишга ўтадилар ёки уларнинг меҳнат қобилиятлари йўқолади.

УРОЛИТИАЗДА АНУРИЯ

Уролитиаз Ўзбекистон аҳолиси ўртасида кенг тарқалган бўлиб, унинг тарқалганлиги даражаси 5-7% ни ташкил этади.

Уролитиазда постренал ануриянинг пайдо бўлиши учун тошлар иккала уретерлар ёки иккала буйрак жом-уретер сегментларида бўлиб, ёки ягона буйрак ёки унинг уретерида обструктив жараёни яратиш керак. Буйрак-даги майда тошлар организм учун жуда катта ҳавф туғдирмаслиги мумкин, лекин улар уретер бўйлаб миграция қилиши заҳотиёқ организм учун ҳавф-хатар жуда кучаяди (ўткир пиелонефрит, буйрак карбункули, абцесси ва буйрақларнинг ўткир етишмовчилиги пайдо бўлиши эҳтимолдан холи эмас).

Шунинг учун беморнинг уретерида, айниқса иккала уретерларида, тошлар бўлса, бундай беморлар уролог назаридан чиқмасликлари керак.

Гоҳо вақт бир уретерда катта тош бўлиб, иккинчи уретердаги ўлчамлари жуда майда бўлган, урограммада зўрға кўринадиган тош постренал анурия-га олиб келади.

Белгилари: постренал анурияда бемор бел соҳасида оғриқ борлигидан, тана ҳарорати баландлигидан (агар иккиламчи пиелонефрит ривожланган бўлса), сиймаслигидан, сийишга интилиш ҳам йўқлигидан, кўнгил айниши, қусишдан шикоят қилади. У бундан олдин бел соҳасида қаттиқ оғриқ пайдо бўлганидан (буйрак санчиғи) ҳақимни хабардор қилади.

Бундай ҳолатларда беморлар 1-2 чи суткаларда фаол бўладилар. Уларда артериал қон босими кўтарилган бўлади - 150/90, 170/90. Буйрақлар пайпасланганда уларнинг катталашганлиги, улар соҳасида оғриқ борлиги аниқланади. Вақт ўтиши билан интоксикация даражаси ошиб боради, беморда кўнгил айниши, қусиш кучаяди. Қонда мочевина ва креатинин ошган бўлади.

Анурия ҳолатида ҳар бир суткада қондаги мочевина 25 ммол/л га ошади. Беморнинг қонида электролитлар мувозанати бузилади (дисэлектролитемия). Гипернатриемия, гиперкалиемия, фосфатемия (4-5 ммол/л) ва магние-мия 2-3 ммол/л гача кўтарилади.

Кислота ишқорли ҳолат мувозанати бузилади, бу эса метоболик ацидозга олиб келади.

Гиперазотемия тез ўсиб 3-5 кунларда 32-50 ммол/л, креатинин эса 0.5-0.9 ммол/л гача кўтарилади.

Уйқучанлик, кома, тутқаноқ - яъни ўткир буйрак етишмовчилигининг типик белгилари пайдо бўлади.

Диагностикаси: постренал анурияни аниқлашда қуйида келтирилган ташхислаш босқичлари кетма-кет бажарилиши зарур:

1. Беморни клиник текшириш
2. Сийдикни ва қонни таҳлил қилиш (агар сийдик бўлса)
3. Сийдик чиқарув аъзоларини ультратовуш сканерлаш.
4. Сийдик чиқарув аъзоларини рентгенологик текшириш (шарҳловчи урография)
5. Уретерларни катетерлаш (уретерлар ўтказувчанлигини текшириш мақсадида ва эҳтиёж бўлса катетерни уретерда қолдириш ва сийдик оқимини таъминлаш мақсадида).

Сийдик таҳлил қилинганда унинг чўқмасида пиурия ва микрогематурия топиш мумкин. Қон таҳлилида гиперазотемия, дисэлектrolитемия, гиперкреатининемия бўлади.

Сийдик чиқарув аъзолари ультратовуш сканерланганда буйраклар соҳасида, уретерларнинг юқори ва интрамурал қисмида тошлар соясини кўриш мумкин.

Агар тошлар уретерларда бўлса, унда буйракларнинг ўлчамлари катталашганлиги, гидронефротик трансформация ҳолати борлиги, буйрак паренхимасининг қалинлиги аниқланади.

Шуларга асосланиб, буйраклар фаолияти тўғрисида хулоса қилинади.

Сийдик чиқарув аъзоларини шарҳловчи урография қилишдан олдин, албатта беморни бу муолажага тайёрлаш зарур (тозаловчи хўкна!). Урограммада тош сояси борлигини (албатта тошлар рентгенпозитив бўлса) аниқлаш мумкин.

Уретерларни катетерлашдан биринчи мақсад уретерларнинг ўтувчанлиги текшириш, агар уларда тўсиқ борлиги аниқланса, унинг ўрнини аниқлаш. Агар катетерни уретердаги тошнинг ёнбошидан юқорига ўтказиб бўлса, унда катетердан тез-тез томчилаб сийдик чиқа бошлайди. Бу эса беморнинг аҳволини яхшиланишига олиб келади ва ҳаким учун беморни қўшимча текшириш, даволаш чораларини белгилаш учун қулай шароит яратади.

Беморга экскретор урография қилиш мумкин эмас, чунки:

- ҳаким ҳеч қанақа ахборот олмайди;
- бемор организмига контраст модда юбориб, уни қўшимча хавф-хатарларга йўлиқтиради (нурланиш, токсик, аллергик ҳолат ва бошқалар).

Постренал анурияга дучор бўлган беморни текшириш ва консерватив даволаш муддати 1.5-2 кечаю-кундуздан ортиқ бўлмаслиги керак, шундан сўнг беморни операция қилиш зарур.

Анурия икки томондан сийдик чиқарув йўлларининг обструктив жараёни бўлганлиги учун унинг қайси томонини биринчи навбатда операция қилиш зарур? Унда қуйидаги ҳолатларга ҳаким дучор бўлиши мумкин:

1. Беморнинг иккала уретерларида (пастки қисмида) 1 см тошлар бор, ўт-кир пиелонефрит белгилари йўқ. Бунда беморнинг ҳар икки уретердаги тошлар бир вақтда олиб ташланиши зарур (имконияти бўлса, бирта кесув орқали - Кей кесуви).
2. Беморнинг иккала уретерларида (пастки қисмида) 1 см ли тошлар бор ва беморда бир томонлама ўткир пиелонефрит белгилари бор. Бу ҳолатда беморнинг ўткир пиелонефрит бўлган томони пиелонефростомия қилиниши зарур. Беморнинг аҳволи яхши бўлгач уретерлардаги тошлари даволаш белгиланиши зарур (эндовезикал муолажалар, экстракорпорал литотрипсия, уретеролитомия ва бошқалар).
3. Сийдик тош касаллиги туфайли ҳар иккала буйракда пайдо бўлган патологик жараён бир ҳил бўлмаса, унда қайси буйрак ёки уретерни биринчи навбатда операция қилиш зарур? Қайси буйракнинг фаолияти яхши-роқ сақланган бўлса, биринчи навбатда шу томонни операция қилиш зарур, чунки соғлом буйрак ўз фаолиятини тезда тиклаб бемор аҳволини прогрессив яхши бўлишига олиб келади. Келажакда зарурият туғилса, фаолияти пасайган контрлатерал буйрак олиб ташланиши эҳтимолдан ҳоли эмас.
4. Иккала уретернинг пастки қисмида 0.5 см тошлар бор ва беморда бир томонли ўткир пиелонефрит ҳолати? Зудлик билан ўткир пиелонефрит бўлган томонда пиелонефростомия операциясини бажариш зарур. Операция вақтида жом яраси орқали уретерга катетер юбориб ундаги тош қовуққа итарилиши керак.
5. Иккала уретерда тошлар бор: ўнгда 1 см ли, чапда 0.4 см ли, буйраклар паренхимасининг қалинлиги иккала томондан ҳам бир ҳил? Бу ҳолатда ўнгдан уретеролитотомия қилиш зарур ва операция вақтида уретернинг тошдан пастки қисмининг ўтувчанлиги текширилиши зарур. Бемор уремик ҳолатдан чиққандан сўнг чап уретердаги тошни медикаментоз даволаш ёки эндоурологик мулоажалар ёрдамида туширишга интилиш зарур.

Агар бемор уретеридаги тошлар катта бўлса (1 см ёки ундан каттароқ), бундай беморлар зудлик билан текширилиб операция қилиниши зарур. Беморда калькулёз ануриядан ташқари, ўткир пиелонефрит ҳам бўлса, бундай беморлар ҳам зудлик билан операция қилишлари зарур.

Бундай ҳолатларда операциягача бўлган вақт, унга операция учун керакли тахлилларни бажариш учун кетадиган вақтга тенг бўлиши зарур (қон тахлили, қондаги қанд, мочевино, билирубин, қоннинг ивиш тизими, ЭКГ, қоннинг гуруҳи ва резус омили, терапевт ва анестезиолог кўруви). Бу ҳолатларда беморни текшириш ва операцияни бажариш муддатини чўзиш дис-электролитемияга, гиперазотемияни ўсишига, юрак, ўпка фаолиятини бузилишига ҳамда буйрак-жигар етишмовчилигини чиқишига олиб келади. Албатта, унда беморнинг аҳволи ёмонлашади, операция ҳавфи кучаяди.

Керакли шароит бўлганда беморга ультратовуш сканери назорати остида перкутан нефростомия қилиниб, беморнинг аҳволи яхши бўлгач, бошқа даволаш чораларини белгилаш зарур.

Операция эндотрахеал ёки перидурал оғриқсизлантириш остида бажарили зарур.

Постренал ануриянинг бошқа сабаблари:

Улар ҳилма-ҳилдир, лекин камрок учрайди.

Бачадон раки, қовуқ раки, простата беzi раки, тўғри ичак ракида уретерлар қисилиб, анурияга олиб келади.

Бундай ҳолатларда буйраклар ультратовуш сканерланганда икки томонлама уретерогидронефроз ҳолати борлиги аниқланади.

Йиғилган анамнез катта аҳамиятга эга бўлади (беморнинг юқорида келтирилган касаллик бўйича рўйхатга турганлиги, даволаниши аниқланади).

Бундай беморларга уларнинг аҳволини ҳисобга олиб, иккала томонлама пиелонефростомия ёки икки томонлама уретероцистонеостомия операция-си бажарилиши зарур. Бундан ташқари, постренал анурияни сабаби нурлар билан даволаш бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда беморнинг анамнезида ўсма туфайли (айниқса чаноқ соҳасида жойлашган аъзолар ўсмалари) нур билан даволанганлиги аниқланади.

Нурлар таъсири натижасида ретроперитонеал бўшлиқда чандиқлар пайдо бўлади (ретроперитонеал фиброз), бу эса уретерларни қисиб қўяди ва постренал анурияга олиб келади.

Цистоскопия, уретерларни катетерлаш касалликни аниқлаш, даволаш чораларини белгилашда катта ахборот беради.

Албатта, бундай ҳолатларда икки томонлама перкутан нефростомия, ёки икки томонлама традицион пиелонефростомия, ёки икки томонлама уретероцистонеостомия қилинади.

Бундан ташқари, постренал ануриянинг сабаби ягона буйрак уретерини ёки иккала уретерларни шикастланиши (чокка олиниши, кесиб қўйилиши) бўлиши мумкин.

Бундай ҳолатлар кўпинча бачадон экстирпацияси операциясидан сўнг пайдо бўлади.

Даволашнинг асосий усули ультратовуш сканери назорати остида перкутан нефростомия ёки традицион пиелонефроцстомия, ёки икки томонлама уретероцистонеостомия бўлиб ҳисобланади.

Агар тасодифан ёки витал кўрсатмаларга мувофиқ ягона буйрак ёки иккала буйрак олиб ташланса, бу ҳолатларда ҳам анурия пайдо бўлади. Бундай беморлар бир умр гемодиализга муҳтож бўладилар ёки уларга буйракни кўчириб ўтказиш операциясини бажаришга тўғри келади.

О Л И Г О У Р И Я

Бу ҳолатда 1 суткалик сийдик миқдори 100.0 мл дан 500.0 гача бўлади. Олигоурия хиллари:

1. Физиологик олигоурия:

- суюқлик кам истемол қилинганда;
- одам кўп терлаганда (иссиқ цехларда меҳнат қилинса, иссиқ иқлимда яшаганда)

2. Патология олигоурия:

- Б.Ў.Е (1-2 босқичида);
- Б.С.Е (4 босқичида);
- нефротик синдромда;
- қон айланишининг оғир даражали бузилишида;
- ўткир гломерулонефритда;
- кўп қон йўқотганда;
- гипертермияда;
- кўп қусганда ва диареяда;
- асцитда;
- Пархон синдромида (гидропексик синдром; идиопатик шишлар синдроми; антидиуретик гормонни кўп ишлаб чиқарилиши).

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

1. Мавзу буйича тайёрланган мультимедиялар, видеофильмлар ва видеокўрув.
2. “Инцидент (можаро) усули”

ИНЦИДЕНТ (МОЖАРО) УСУЛИ

Талабаларни экстремал ҳолатда ўқитиш мақсадида, клиник кафедраларда инцидент усули қўлланилади. Талабаларга турли хил вазиятли масалалар борасидаги муаммолар ҳақида қисқа маълумот берилади. Бу масалани тезда 0,-1,5 дақиқа ичида таҳлил қилиш керак. Бу усул талабаларнинг фикрлаш қобилиятини ошириб, вазиятли ҳолатларга тайёрлайди. Инцидент усули тез ёрдам масканида шошилиш ёрдам беришда катта аҳамиятга эга. Хатосиз бу ҳаракатни бажариш 1,0 коэффициентга тенг. Муҳими масаланинг тўлиқлиги эмас, балки унинг тезлиги. Бу усул таълимнинг турли босқичларида қўлланилади, айниқса янги материални ўзлаштириб, мустаҳкамлашга қаратилган.

Аналитик қисм

Вазиятли масала

1.Беморнинг А/КБ 70/30, беморда кучли кон кетишдан кейин шок ҳолатда, Бемордан сийдик чиқмаяпти, беморга катетер Фолея қойилганда сийдик чиқмади. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

Жавоб:Преренал анурия.Беморни шок ҳолатдан чиқариш.

2.Узок вақт қисилиш синдромидан (Краш-синдроми) кейин бемор касалхонага олиб келинди, лекин бемордан сийдик чиқмаяпти, катетер Фолея қойилганда ҳеч қандай сийдик чиқмади. Сизнинг тактикангиз ва ташхисингиз?

Жавоб:Ренал анурия(Краш-синдромидан кейин).Токсиколог назорати

3.Урология булимида иккала буйрак соҳасида кучли огрик билан мурожаат килди, Беморга 10 соатдан бери сийдик ажралмаган. Бемор анамнезидан иккала буйрак тошлари билан даволаниб келади. УТС-текширувида икки томонлама гидронефроз ҳолати, беморга катетер Фолея қойилганда сийдик чиқмади. Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз?

Жавоб: Сийдик тош касаллиги. Иккала буйрак тошлари. Икки томонлама гидронефроз. (посренал анурия). Сийдик йулларига катетер куйиш.

Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш

1. Ковукни юмшок катетер билан катетерлаш.
2. Ковукни метал катетер билан катетерлаш.
3. Ковукни ва буйракни УТС килиш.
4. Сийдик йулига катетер утказиш.

Малака, кўникма ва билимларни текшириш усуллари

Тест саволлари

1. Соғлом одам бир кеча-кундузда қанча сийдик ажратади?
а) 1800 мл
б) 2500 мл
*в) 1500 мл
г) 400 мл
д) 500 мл
2. Бир кеча-кундузда ичилган суюқликнинг неча % сийдик ташкил қилади?
а) 100%
б) 25%
*в) 75%
г) 10%
д) 50%
3. Соғлом одам бир кеча-кундузда ичган суюқликнинг неча % экстраренал йўл билан чиқаради?
а) 90%
*б) 25%
в) 50%
г) 20%
д) 15%
4. Полиурия нима?
а) сутка давомида сийдик миқдорининг камайиши
б) тез-тез сийиш
*в) сийдик миқдорининг патологик кўпайиши паст солиштирма оғирлик билан (1002-1012)

- г) қийналиб сийиш
 - д) ўрнига сийиб қўйиш
5. Опсоурия ҳақида тушунча:
- а) сийдикда қон бўлиши
 - б) сийдикда йиринг бўлиши
 - *в) кўп суюқлик истемол қилгандан сўнг кечикиб кўп миқдорда сийдикнинг чиқиши
 - г) сийдикда бактерияларнинг бўлиши
 - д) сийдикни тутиб тура олмаслик
6. Олигурия ҳақида тушунча:
- а) сийдикнинг йўқлиги
 - б) қийналиб сийиш
 - в) уретрадан қоннинг ажралиши
 - *г) сийдик миқдорининг 500 мл дан камайиши
 - д) сийдикнинг тутилиши
7. Анурия нима?
- а) сийдик пуфагида сийдикнинг бўлмаслиги
 - *б) сийдик пуфагига сийдик тушишининг тўхташи
 - в) белда оғрик
 - г) мойкларда оғрик
 - д) сийдикнинг ҳамма порцияларида қон бўлиши
7. Гипостенурия ҳақида тушунча:
- а) сийдикнинг солиштира оғирлигини юқори бўлиши
 - *б) солиштира оғирлигини паст бўлиши
 - в) сийдикда қанд бўлиши
 - г) сийдикнинг рН пасайиши
 - д) сийдикда оқсилнинг бўлиши
8. Меёрда сийдикнинг ранги:
- а) қизил
 - б) кўнгир
 - в) яшил
 - *г) сариқ-сомон рангида
 - д) кўк
9. Пиелонефритни ифодаланг:
- *а) инфекция, яллиғланиш жараёни бўлиб, интерстициал тўқима буйрак каналчалари, буйрак жоми ва паренхимасини шикастланиши билан кечади
 - б) буйрак коптокчаларини яллиғлаши
 - в) буйрак каналчаларини яллиғлаши
 - г) буйрак атрофи ёғ тўқимасини яллиғлаши
 - д) буйрак пўстлоғини яллиғлаши
10. Соғлом одамда қон зардобасида мочевиначининг миқдори?
- а) 1.5-2.5 ммоль/л
 - *б) 2.5-9 ммоль/л

- в) 9-10.5 ммоль/л
- г) 30-50 мг%
- д) 50-100 мг%

11. Соғлом одамда коптокчалар фильтрацияси:

- а) 25-50 мл/мин
- б) 50-100 мл/мин
- в) 100-120 мл/мин
- *г) 120-130 мл/мин
- д) 200-300 мл/мин

12. Олигурик ҳолат:

- *а) диурез 500 мл дан кам
- б) диурез 600 мл дан кам
- в) диурез 700 мл дан кам
- г) диурез 1000 мл дан кам
- д) диурез 1200 мл дан кам

13. Соғлом одамда каналчалар реабсорбциясининг миқдори:

- а) 80-90%
- *б) 98-99%
- в) 100-120%
- г) 150-200%
- д) суюқликнинг ичиш тартибига боғлиқ

14. Соғлом одамнинг қон зардобида креатинин бўлиши:

- а) 50.5-100 мкмоль/л
- б) 200-300 мкмоль/л
- в) 120-150 мкмоль/л
- г) 150-200 мкмоль/л
- *д) 100-180 мкмоль/л

15. Меёрда 1 сутка давомида сийдикнинг солиштира оғирлигининг тебраниши:

- а) 1000-1002
- б) 1002-1012
- *в) 1010-1025
- г) 1015-1028
- д) 1025-1035

16. Уретерларнинг катетеризация қилишга кўрсатмалар:

- а) бел соҳасида оғриқ
- *б) постренал анурия
- в) Шевассю белгисини аниқлаш
- г) ренал анурия
- д) Роберг-Тареев синамасида буйракларнинг функциясини пасайиши

17. Эндоурологик анжомлар:

- а) гастроскоп
- *б) пиелоскоп

в) ректоромоноскоп

г) диафоноскоп

д) лапароскоп

18. Сийдик йўллари катетеризациясидан сўнги асоратлар:

а) анурия

б) уретерогидронефроз

в) уретроррагия

г) эпидидимит

*д) ўткир пиелонефрит

19. Эскретор урограммага кўрсатмалар:

а) сийдик йўллари ва буйракларда тошлар соясини аниқлаш

*б) буйракларнинг анатомик, функционал ҳолати ҳамда буйрак жомлари косачалари, уретраларнинг, қовуқнинг анатомик функционал ҳолатини аниқлаш учун

в) контраст модданинг буйраклар ва қовуқдан чегарасидан ташқарига кетишини аниқлаш

г) ўткир пиелонефритлар

д) қонда мочевина миқдори ошган, буйрак санчиғи

20. Соғлом одам бир кеча-кундузда қанча сийдик ажратади?

а) 1800 мл

б) 2500 мл

*в) 1500 мл

г) 400 мл

д) 500 мл

21. Бир кеча-кундузда ичилган суюқликнинг неча % сийдик ташкил қилади?

а) 100%

б) 25%

*в) 75%

г) 10%

д) 50%

22. Соғлом одам бир кеча-кундузда ичган суюқликнинг неча % экстраренал йўл билан чиқаради?

а) 90%

*б) 25%

в) 50%

г) 20%

д) 15%

23. Полиурия нима?

а) сутка давомида сийдик миқдорининг камайиши

б) тез-тез сийиш

*в) сийдик миқдорининг патологик кўпайиши паст

солиштирма оғирлик билан (1002-1012)

г) қийналиб сийиш

д) ўрнига сийиб қўйиш

24.Опсоурия ҳақида тушунча:

а) сийдикда қон бўлиши

б) сийдикда йиринг бўлиши

*в) кўп суюқлик истемол қилгандан сўнг кечикиб кўп
миқдорда сийдикнинг чиқиши

г) сийдикда бактерияларнинг бўлиши

д) сийдикни тутиб тура олмаслик

25.Олигурия ҳақида тушунча:

а) сийдикнинг йўқлиги

б) қийналиб сийиш

в) уретрадан қоннинг ажралиши

*г) сийдик миқдорининг 500 мл дан камайиши

д) сийдикнинг тутилиши

26.Анурия нима?

а) сийдик пуфагида сийдикнинг бўлмаслиги

*б) сийдик пуфагига сийдик тушишининг тўхташи

в) белда оғриқ

г) мойкларда оғриқ

д) сийдикнинг ҳамма порцияларида қон бўлиши

27.Гипостенурия ҳақида тушунча:

а) сийдикнинг солиштирма оғирлигини юқори бўлиши

*б) солиштирма оғирлигини паст бўлиши

в) сийдикда қанд бўлиши

г) сийдикнинг рН пасайиши

д) сийдикда оксилнинг бўлиши

28.Меёрда сийдикнинг ранги:

а) қизил

б) кўнгир

в) яшил

*г) сариқ-сомон рангида

д) кўк

29.Пиелонефритни ифодаланг:

*а) инфекция, яллиғланиш жараёни бўлиб, интерстициал
тўқима буйрак каналчалари, буйрак жоми ва
паренхимасини шикастланиши билан кечади

б) буйрак коптокчаларини яллиғлаши

в) буйрак каналчаларини яллиғлаши

г) буйрак атрофи ёғ тўқимасини яллиғлаши

д) буйрак пўстлоғини яллиғлаши

30.Соғлом одамда қон зардобасида мочевиначининг
миқдори?

а) 1.5-2.5 ммоль/л

- *б) 2.5-9 ммоль/л
- в) 9-10.5 ммоль/л
- г) 30-50 мг%
- д) 50-100 мг%

31. Соғлом одамда коптокчалар фильтрацияси:

- а) 25-50 мл/мин
- б) 50-100 мл/мин
- в) 100-120 мл/мин
- *г) 120-130 мл/мин
- д) 200-300 мл/мин

32. Олигурик ҳолат:

- *а) диурез 500 мл дан кам
- б) диурез 600 мл дан кам
- в) диурез 700 мл дан кам
- г) диурез 1000 мл дан кам
- д) диурез 1200 мл дан кам

33. Соғлом одамда каналчалар реабсорбциясининг миқдори:

- а) 80-90%
- *б) 98-99%
- в) 100-120%
- г) 150-200%
- д) суюқликнинг ичиш тартибига боғлиқ

34. Соғлом одамнинг қон зардобида креатинин бўлиши:

- а) 50.5-100 мкмоль/л
- б) 200-300 мкмоль/л
- в) 120-150 мкмоль/л
- г) 150-200 мкмоль/л
- *д) 100-180 мкмоль/л

35. Меёрда 1 сутка давомида сийдикнинг солиштирма оғирлигининг тебраниши:

- а) 1000-1002
- б) 1002-1012
- *в) 1010-1025
- г) 1015-1028
- д) 1025-1035

36. Уретерларнинг катетеризация қилишга кўрсатмалар:

- а) бел соҳасида оғрик
- *б) постренал анурия
- в) Шевассю белгисини аниқлаш
- г) ренал анурия
- д) Роберт-Тареев синамасида буйракларнинг функциясини пасайиши

37. Эндоурологик анжомлар:

- а) гастроскоп

- *б) пиелоскоп
- в) ректоромоноскоп
- г) диафоноскоп
- д) лапароскоп

38. Сийдик йўллари катетеризациясидан сўнги асоратлар:

- а) анурия
- б) уретерогидронефроз
- в) уретроррагия
- г) эпидидимит
- *д) ўткир пиелонефрит

39. Экскретор урограммага кўрсатмалар:

- а) сийдик йўллари ва буйракларда тошлар соясини аниқлаш
- *б) буйракларнинг анатомик, функционал ҳолати ҳамда буйрак жомлари косачалари, уретраларнинг, қовуқнинг анатомик функционал ҳолатини аниқлаш учун
- в) контраст модданинг буйраклар ва қовуқдан чегарасидан ташқарига кетишини аниқлаш
- г) ўткир пиелонефритлар
- д) қонда мочевина миқдори ошган, буйрак санчиғи

40. Соғлом одамда каналчалар реабсорбциясининг миқдори:

- а) 80-90%
- *б) 98-99%
- в) 100-120%
- г) 150-200%

Жорий назоратни баҳолаш мезони

Т/р	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1	100-86%	« 5 »	<ul style="list-style-type: none"> - Талаба хулоса ва қарор қабул қила олади - Мавзу бўйича ижодий фикрлай билади - Мустақил мушоҳада юрита олади - Олган билимларини амалда қўллай олади - Саволни моҳиятини тушунади - Мавзуни билади, ишонч билан айтиб беради - Касаллик бўйича аниқ тасаввурга эга

			<ul style="list-style-type: none"> - Вазиятли масалаларни тўлиқ тўғри еча билади - Интерфаол ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади.
2	85,9-71%	« 4 »	<ul style="list-style-type: none"> - Мустақил мушоҳада юрита олади - Олган билимларини амалда қўллай олади - Саволни моҳиятини тушунади - Мавзуни билади, айтиб беради - Касаллик бўйича тасаввурга эга - Вазиятли масалаларни еча билади - Интерфаол ўйинлар ўтказишда қатнашади.
3	70,9-56%	« 3 »	<ul style="list-style-type: none"> - Саволни моҳиятини тушунади - Мавзуни билади, тўлиқ айтиб бера олмайди - Касаллик бўйича аниқ тасаввурга эга эмас - Вазиятли масалаларни хатоликларга йўл қўйиб ечади - Интерфаол усул саволлари юзасидан қисман тасаввурга эга.
4	55,% дан паст	« 2 »	<ul style="list-style-type: none"> - Талаба ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - Мавзуни билмайди

Машғулотнинг хронологик картаси

Т/р	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давоми й-лиги (минутларда)
1	Ўқитувчининг кириш сўзи Ташкилий-услубий ишлар. Мавзуни асослаш.		5
2	Амалий машғулот мавзусини янги	Сўров,	120

	педагогик технологиялардан (мунозара, фантом, муляж, слайдлар ва б.) фойдаланиб муҳокама қилиш ва талабаларнинг дастлабки билим даражасини аниқлаш.	тушунтириш	
3	Ўтказилган муҳокама бўйича яқун қилиш.		10
4	Машғулотнинг амалий қисмини мустақил бажариш учун талабаларга вазифа бериш ва уни бажаришини тушунтириш. ЛОР аъзоларидан қон кетаётган беморларни мустақил курация қилиш.		30
5	Мавзу бўйича курация қилинган беморларни ўқитувчи ёрдамида амалий кўникмаларини ўзлаштириш	Касаллик тарихини ўрганиш ва клиник вазиятли масалалар ечиш	45
6	Лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида беморларни касалликнинг дифференциал диагностикаси. Уткир ишурияга дучор булган беморларни даволаш режасини тузиш.	Клиник, лаборатор ва инструментал текшириш натижалари. Касаллик тарихи маълумотлари	30
7	Талабаларнинг назарий ва амалий билимлари даражасини аниқлаш ва гуруҳ фаолиятини баҳолаш.	Оғзаки савол, тест, мулоқот, амалий машғулот натижаларини муҳокама қилиш	50
8	Ўқитувчи машғулотнинг мақсадга эришгани ва мавзу бўйича хулоса қилиши. Ўтказилган назорат шакллари бўйича талабалар билимини 100 баллик баҳолаш мезонлари асосида олган балларини эълон қилиш ва янги мавзу бўйича уйга вазифа бериш.	Назорат шакллари, баҳолаш мезонлари\ янги мавзуга мустақил тайёрланиш учун ахборот ва саволлар	10

Назорат саволлари

1. Анурия нима?
2. Анурияни турларини айтиб беринг?
3. Анурия сабабларини айтинг ?
4. Қайси касалликлар анурия сабаби бўлиши мумкин?

Тавсия этилган адабиётлар рўйхати:

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.
4. Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля М. 1969г.
5. Руководство по урологии в 3-х томах. Под ред. акад. Н.А. Лопаткина М., 1998г.
6. «Секреты урологии» Мартин М. Резник, Эндрю К. Новик перевод на русский язык под ред. проф. С.Х. Аль-Шукри «Невский диалект». Санкт – Петербург, 1998г.
7. «Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы». Портной А.С., «Медицина». 1989г.
8. Материалы по 5-го Международного Совещания по ДГП. Рекомендации Международного Научного Комитета: Диагностика и лечение симптомов нижнего мочевого тракта у пожилых мужчин Париж.2000г.