

УРОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ ТАЛАБАЛАРГА АПОСТЕМАТОЗЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ, БУЙРАК КАРБУНКУЛИ ВА АБЦЕССИ, ПАРАНЕФРИТ МАВЗУЛАРИНИ СИМУЛЯЦИОН ЎҚИТИШ МЕТОДИКАСИ

Сайфетдинов Санжарбек Икрамитдин ўғли

Анджон давлат тиббиёт институти ўқитувчиси

Gmail: sayfedinov.sanjarbek@mail.ru

Аннотация: Ушбу мақолада урология йўналиши талабаларга апостематозли пиелонефрит, буйрак карбункули ва абцесси, паранефрит мавзуларини симуляцион ўқитиш методикаси, таълим технологиялари қўллашни такомиллаштириш муаммолари ва долзарблиги ҳамда ўқув-дидактик жараёни ёритилган.

Калит сўзлар: урология, талабалар, апостематозли, пиелонефрит, буйрак карбункули, абцесси, паранефрит, симуляцион, ўқитиш, методикаси, таълим технологиялар.

Беморларни тугри даволашда факатгина вақтида даво утказиш ва вақтида касалликни аниқлашдан иборат. Куп холларда буйракни ўткир йирингли яллигланишидан сунг хасталикни кайталаниши кузатилади. Хасталикни кайталаниши факатгина атиник хужайраларни борлиги ёки ташхис куйишдаги кийинчиликлардан эмас балки врачни шу тема буйича тула маълумотга эга эмаслиги ҳам ката рол уйнайди. Тугри куйилган ташхис ват угри давогина беморни хаётини саклаб колиш мумкин.

Машгулот макседи.

1. Талабаларни анамнез йигишни ургатиш, хар хил яллигланиш касалликларда объектив текширишларни этиология, патогенез ва тугри ташхис куйишни урганиш.

2. Ўткир йирингли яллигланишда лаборатор асбоб ускуналар ва рентгенограммалар ва бошқа текшириш усуллари ўрганиш.

3. Талабаларни ўткир яллигланиш касалликларда диагностик усуллардан тугри фойдаланишни ўрганиш ва йулдош касалликлар хакида ҳам ургатиш лозим.

4. Талабаларни ўткир пиелонефритда қўлланиладиган кафедра томонидан йулга қўйилган термография, гаммасигентиграфияни ўргатиш.

5. Талабаларни пиелонефрит ва уларнинг асоратларини этиологияси, патогенези, классификацияси, клиник кўриниши ва ташхисларини ўз вақтида қўйиш йулларини ва ҳамда даволаш усуллари билан таништиришадилар.

Мавзу бўйича дарсга таёргарлик кўриш.

Талаба мустакил равишда хар хил клиник кўринишдаги урологик ташхислашни тугри ва аник бахо бериш, бу касалликларни дифференциал диагностикаси ва даволашни тугри танлашни дарсликлар, Интернет маълумотлари, кафедрада таерланган электрон версиялардан фойдаланиб, укиб ва конспект езиб келади.

Дарсинг режаси ва ташкилий масалалар.

Дарсга талаба кеч колмасдан керакли хужжатлар билан (конспект, ишчи дафтар, мустакил ишни бажарганлиги езувлари, курация килинган беморларни касаллик тарихлари, лаборатор ва асбобий текширув натижалар) келиши керак. Талаба дарсга назарий билимлар билан келадилар ва уларни укитувчи куйидаги укув технологияси бўйича билим даражасини назорат килиб олади.

Мазмуни.

Пиелонефрит тушунчасининг мохияти, учраши.

Пиелонефрит куп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб хисобланади. Пиелонефрит хамма ёшдаги беморларда гудакларда мактаб ёшгача булган болаларда, усмирларда, урта катта ва кексаларда учрайди.

Ёш аёлларда, урта ёшдаги аёлларда ва киз болаларда эркак ва угил болаларга караганда 5 марта купрок учрайди.

Аутопсияда 8-20% холларда пиелонефрит аникланади.

Аёлларда ва киз болаларда пиелонефритни куп учраши аёллар организмини анатомо-физиологик хусусиятларига боглик. Аёлларда уч давр: ёшликни бошлапниш даври. Турмушга чикиши ва хомиладорлик даврларида пиелонефрит ривожланиши учун критик моментларбўлади. Хомиладор аёлларни 3-5 % да ўткир пиелонефрит кузатилади. Аёлларда пиелонефритни ривожланиши учун хомиладорлик даврда сийдик йулларини атопияси, сийдик найини механик равишда босилиб туриши ва асимтоматик бактеринурия бўлиб хисобланади.

А.Я.Пыггель маълумотига караганда стационар шароитда ўткир пиелонефрит 14 % беморда, сурункали эса 33 % беморда учрайди.

Кейинги йилларда пиелонерфи билан хасталанган беморлар купайиши сезилмокда, бунинг асосий сабаби ташхисни хозирги замонда яхшиланиши, макроорганизмларни вирулент ошиб организмни иммунитетини пасайиб бориши булмокда. Этиологияси.

Ўткир пиелонефрит доимо организмда булган (эндоген флора) ёки ташки мухитдаги (экдоген флора) СапсНёа турига кирадиган замбуруглар, вируслар.

Пиелонефритни ривожланишида куйидаги омиллар мухим ахамиятга эга:

- кузгатувчи инфекцияни хили ва хусусияти

буйрак ва сийдик йулларида кузгатувчиларни ушлаб туриш жараёнини

ривожлантирадиган узгаришларни булиши.

- Буйракга инфекцияни кириш йуллари.

- Организмни умумий холати ва унинг аммунобиологик реактивлиги.

Энг куп пиелонефритни кузгатувчиларидан ичак таёкчаси, протей, энтерекокк,

стафилакокк, кук йирингли таёкча бўлиб хисобланади.

Патогенези.

Буйракка инфекция уч йул билан киради.

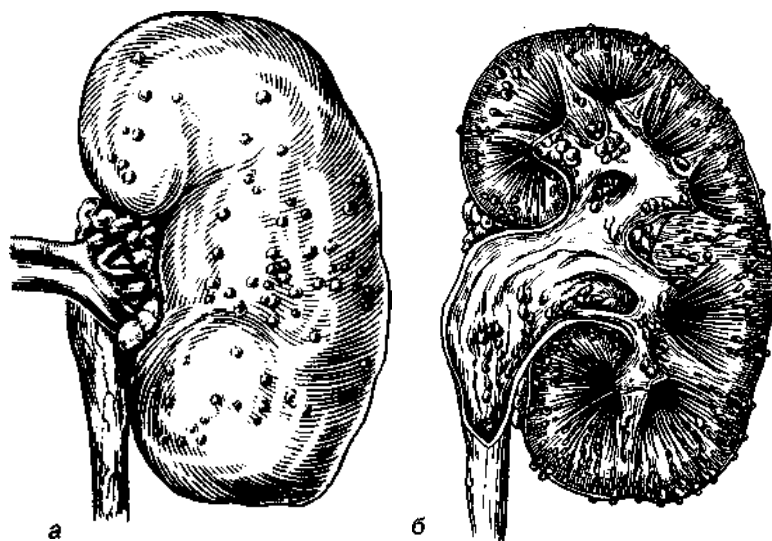
- гематоген
- Сийдик найи бўйлаб ўриноген йули.
- Сийдик найи девори бўйлаб.

Клиник кўриниши.

Ўткир пиелонефрит стационарда ётган урологик касалликларни 8-16 % ташкил қилади. Касалликнинг бошланиш даври интерстициал сероз пиелонефрит бўлиб буйрак паренхимасини деструкцияси кутилмайди.

Кечки даври йирингли яллигланиш бўлиб буйрак паренхимасида деструкция кузатилади. Буйрак паренхимасида характерли узгаришларга караб ўткир пиелонефритни куйидаги йирингли хиллари бўлади : апостематоз пиелонефрит, буйрак карбункули ва абцесси.

Апостематоз (йирингли) пиелонефрит.



Буйрак апостематоз пиелонефритда катталашган, кон йигилиб тўлишган, фиброз пардаси оркали майда сарик оқиш йирингчалар кўришиб туради, уларни кичкина учбурчакли шаклда бўлади. Апостематоз пиелонефрит купинча обструктив пиелонефритда ривожланади. **Буйрак карбункули** - буйракни охириги артериал томирларини микробен эмболи билан тулиши натижасида пайдо бўлади. Буйракни

мия пустлогини чегараланган бир кисмида кон айланиши бузилиб, ишемия ва некрозга олиб келади. Кейинчалик бу ерга микроорганизмлар кириб йирингли яллигланиш жараёнини хосил қилади.

Буйрак абцесси -- яллигланган анфилтрат жойида паренхимани йирингли эриб кетиши натижасида абцесс пайдобўлади . Купинча абцесс апостематоз пиелонефритдаги йирингли группаларни бир-бири билан кушилиши натижасида кам холларда буйрак карбункулини эриб кетишида пайдобўлади .

Ўткир пиелонефритни симптоматологияси купинча, сийдик оқишини бузилиши даражасига боглик. Бирламчи ўткир пиелонефритда махаллий аломатлари биланар билинмаси бўлиб купинча кўринмайди.

Беморни умумий ҳолати огир, умумий беҳоллик, калтирок титрок бўлиб, тана харорати 39-40 кутарилиб, танада лукиллаган огрик, иштахани пасайиши, кунгил айланиши, баъзида кайт қилиш, тили курук тахикардия кузатилади. Иккиламчи пиелонефритда сийдикни оқишини бузилиши натижасида биринчи аломатларидан буйрак санчиги бўлиб, кейинчалик тана харорати кутарилиши ва умумий беҳоллик кузатилади. Агар сийдикни оқишини бузилишидаги тусик бартараф қилинмаса, яна буйрак санчиги кузатилиб ўткир пиелонефритни хуружи бошланади.

Пиелонефритни йирингли яллигланиши жараёни билан беморни умумий ҳолатида ҳаммавакт параллелизм булмайди. Куч қуввати пасайган беморларда қари ва кекса ёшдагиларда ҳамда огир кечаётган инфекцияда, организмни химоя кучлари босилганда, клиник кўриниши бироз кўриниб, баъзида кўринмай бошқача атиник ҳолатдабўлади .

Клиник кўриниши умумий инфекцион касалликка ёки сепсис, менингит, паратиф ва бошкаларга ухшаб келади.

Ташхиси. Анамнез катта ахамиятга эга. Касалликни бошланиш даври аникланади, тана хароратини кутарилиш хусусиятлари, титрокни булиши, кунгил айланиш, қусиш, умумий беҳоллик, булар ҳаммаси организм захарланишини, яллигланиш динамикасини курсатади. Айниқса ўткир обструктив

пиелонефритда, клиник кечиши тулкинсимон бўлади, курсатилган аломатлар ва бел сохасидаги огриклар интермиттирлик характерга эга бўлади.

Беморлар анамнезида 1-2 ой аввал йирингли касалликлар (фурункул, шикастланиши йиринг билан, карис, тонзилит, аднексит ва бошқалар), циститлапр, дизурия ва бошка урологик касалликлар (уролитиаз, нефроптоз, операциялар ва бошқалар) хамда бошка урологик текширишлар. Тана хароратини юкори даражада титрок билан булиши, кусиш, терини окариши, кон босимини пасайиши, тахикардия, бел сохасида кучли огрикни булиши йирингли пиелонефритни борлигини гувохибўлади.

Эндоксик шок булса, кон босими пасаяди ёки аникланмайди. Аускультацияда тахикардиядан ташкари юрак томири бугик, упкада эса упканини шиши булганлиги сабабли нафас олиш пасаяди. Коринни пайпаслаганда аэрокалия симптоми, корин деворини таранглашиши кузатилади. Кучли огрик бел сохасида бўлиб, буйрак проекциясида мушаклар таранглашади, Пастернац аломати мусбат бўлади.

Шошилинч ташхис куйиш учун тахлилхона текшириш усуллари уз ичига олади. 3-4 кундан сунг сийдик тахлили яллигланиши даврини курсатиб гиперлейкацитоз, нейтрофиллар сони купаяди, кейинрок эса соэ кутарилади.

Анемияни купайиб бориши пиелонефритни йирингли даврига утганлигини гувохибўлади. Йирингли яллигланиш жараёни кучайиб борганда - анизоцитоз, нойкилоцитоз ва бошка патологик узгаришлар ривожланади. Мочевина, креатинин ва азот колдиклари купаяди. Тахлилхона текшириш усуллари ба бактерия ва микроорганизмларни антибаотакларга сезгирлиги аникланади. Агар уросепсисга шубха булса, конни стрерильностга текшириш учун кон эқилади.

Ўткир пиелонефрит шошилинч ташхиси учун ультратовуш, рентгенологик, разиологик текшириш усуллари ишлатилади.

Текшириш усулларидан ультратовуш текшириш биринчи ўринни эгаллайди. Ультратовуш текшириш натижалари ўткир пиелонефритни даврларига

ва уродинамикани бузилишига боғлиқ. Обструкциясиз ўткир пиелонефритни серозли даврида ультратовуш кўриниши одатдагидек нормал ҳолатда бўлиши мумкин. Иккиламчи обструкцияли пиелонефритда сийдик йуллари обструкцияси аломатлари бўлади . Буйракни катталаши, буйрак жоми ва косачаларини катталашиши, яллигланиши жараёнини ривожланиши натижасида паренхимани эхогенлаги купаяди, мия кавати ва пирамидалари аниқ дифференцияланади. Нафас олаётган вақтда буйракни ҳаракатчанлиги пасаяди.

Апостематоз пиелонефритда буйрак ҳаракатчанлиги озаяди ёки йуқалади, периферия чегараларини аниқлиги баъзида билинмай қолади, баъзида шаклсиз структураси бир хил эхогенли булмайди.

Буйрак карбункулида ташки чегараси буртиб чиқиб гипоехогенли структураси бир хил булмай пустлок ва мия каватларини бир биридан ажратиб булмайди. Абцесс пайдо бўлганда унинг марказида гипоехоген структура кўринади. Баъзида суюқлик чегараси ва абцессни капсуласи кўринади.

Агар йиринг фиброз пардасидан утган булса, бир хил булмаган эхоструктура эхонегатив компоненти билан купрок бўлади . Унинг ташки чегаралари нотеккис ва ноаниқ бўлади (паранефрит). Буйракни жаррохатланган емирилган жойи паранефрал клетчатка билан боғланган бўлади.

Хар хил обструкцияларда (тошлар, стриктура, ўсмалар, тугма обструкцияси) юқори сийдик йулларида косача ва жомчаларида ва баъзида сийдик найини юқори қисмида кенгайишлар бўлади . Йирингли буйракни кенгайган бушликларида бўлиши бир хил ва бир хил булмаган эхопозитив структураларни пайдо бўлишига таъсир қилади.

Ультратовуш усули бирламчи ташхис қуйганда даволаш давомида ҳамда динамик назорат қилганда асоратларни уз вақтида аниқлашда катта аҳамияти бор.

Қуриш таҳлилхона ва ультратовуш текшириш усуллари ташхис ва даволаш тактикаси учун етарли булмайди. Шунинг учун рентгенологик текширишлар ҳам қулланилади. Умумий урограммада буйракни катталашганлиги, нафас олаётган

вакгда буйрак харакатчанлигини чекланиши ёки харакатчанлигини булмаслиги, карбункул ва абцесда буйрак чегараларини буртиб чикиши, тошнинг булиши, бел мушаклари контўрини ноаник булиши, бел мушакларини тарангланиши натижасида бел умутрка погонасини кийшайиши баъзида буйракни бир томонга сурилиши кабиларбўлади .

Экскретор урография буйраклар иш фаолиятини аниклайди. Агар буйрак иш фаолияти бузилган булса- шу томони катетеризация килинади. Пиелонефрит асоратлари булганда карбункул, абцес ёки ўсма билан дифференциал ташхис зарурати булса компьютер томография килинади.

Текшириш усулларидан ультратовуш сканерлашни биринчи ўринга куйиш керак. Ўткир пиелонефритни дастлабки даврларида ультратовуш текширишда етарли даражада узгариш кўринмайди. Ўткир пиелонефритни йирингли стадиясида айникса апостематоз карбункул ва абцесда буйрак чегарвлари нотеккис, паренхимада хар хил катталикда инфилтрат косачаларда кенгайиб деформациялашади. Паренхимадаги инфилтрат йиринга айланиб унда куйик суюкликни борлигини билдиради.

Дарсни яқунлаш: Ўрганилган амалий кўникмаларни талабалар иш дафтарига езадилар. Эълон килинган рейтинг балини кўчириб олади. Уйга вазифани езиб олади.келгуси дарсни режалаштиради.

Адабиетлар:

1. Учебник «Урология» под редакцией акад Н.А.Лопаткина. М.Медицина 1995г.
2. Пытель Ю.А.Золотарев И.И.Неотложная урология М.Медицина 1995 г.
3. Руководство по урологии в 3-х томах Под. Ред. Акад. Н.А. Лопаткина. М.Медицина 1998г.
4. Мартин И Резник, Эндрю К.Новик « Сектеры урологии» Невский диалект Санк-Петербург 1998 г.
5. J.Nordling T.Hald Доброкачественная гиперплазия простаты и симптомы нижнего мочевого тракта. Eur Urology update series 1997, 6, 54+60
6. Campbell`s urology Seventh Edition. Vol 1.2.3 1998 г.
7. Урология 2005. С.Х.Ал-Шукури. В.Н. Ткагул «Академия».
8. Урология Лопаткин. Н.А. 2004 г
9. Интернет маълумотлари куйдаги сайтлардан олинди:
10. <http://www.tma.uz>- сайт Тошкентской Медицинской Академии.
11. <http://www.uro.vrb.ru>- урологический медицинский портал.
12. <http://www.uro.ru>- НИИ Урологии МЗ Российской Федерации.
13. <http://www.uro.visual.com>- атлас визуализации в урологии.
14. <http://www.androclub.ru>- интерактивная ассоциация андрологов.
15. <http://www.ziyo.net>- информацийон порталъ.
16. <http://www.antibiotic.ru>- информацийонный ресурс.созданный для освещения проблем применения антибактериальных препаратов,клинической микробиологии,инфекционных заболеваний,их лечения и профилактики.rusmi.org- Сайт,Всероссийского Научно-Медицинского Общества «Мужское здоровье».