

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

**“БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»  
Республика шохилинч тиббий  
ердам миллий маркази директори  
Алимов Д.А.  
2025 йил

**“БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

**“БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА  
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

1) Коди МКБ-10/11:

МКБ-10: S37.0	МКБ-11: NB92.0
	<b>БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ</b>
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=18287">https://mkb-10.com/index.php?pid=18287</a>

2) *Охирги тахрир*– 2025 йил

3) Муаллифлар рўйхати:

Урология илмий раҳбари. т.ф.д. Ахмедов Р.Н.,

Уролог, докторант. PhD Рашидов М. М.,

Врач - ординатор Калимбетов А.Х., Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази (РШТЕИМ).

4) Рецензентлар: Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази директори – т.ф.д. Мухтаров Шухрат Турсунович

5) Тиббиёт муассасаси Илмий кенгаш муҳокамаси баённомасидан кўчирма рақами ва санаси: 2023 йил 14 ноябрда Илмий кенгаш, 2023 йил 15 ноябрда Ишчи гуруҳ йиглиши.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Мундарижа:

1. “БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

.....  
5

2. “БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ” ЛАРДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР  
МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

.....  
24

3. "БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ОЛДИНИ  
ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ

.....  
29

6) Ишлатилган қисқартмалар рўйхати

КТ – компьютер томография

УТТ – ультратовуш текширув

ЦККХ – циркуляция килувчи кон хажми

УПТ – умумий пешо бтахлили

УКТ – умумий кон тахлили

7) ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар урологлар,

жарроҳлар, шошилинч тиббий ёрдам шифокорлари.

8) ушбу нозологияда беморларнинг тоифаси - буйрак шикастланиши бўлган беморлардир

9) далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражасининг кўлами–далиллар даражасига кўра, маълумотлар 2b даражага тегишли – далиллар кўп сонли яхши режалаштирилган таҳлил натижасида олинган, назорат остида тадқиқотлар.

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(диагностик аралашувлар учун)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

## 2. *Асосий кисим*

1) **Аниқланиши:** тинчлик даврида улар кам учрайди, табиий офатлар (ер кимирлаши, вулқон отилиши, сув тошқини ва бошқа) ва уруш даврида эсаодам қурбонлари сони ортиши билан уларнинг сони кескин ошади. Тинчликдаврида асосан ички, уруш даврида – очик шикастлар ёки ичкарига кирув чишикастлар учрайди. Шикастлар икки катта гуруҳга: ички ва очик шикастларга ажралади. Бу гуруҳларнинг ҳар бирида шикастлар табиатига кўра ажра-либ турувчи, бир неча аъзолар бир вақтда шикастланганда – қўшма, турлиқуроллар (механик, кимёвий, термик, радиацияли) таъсирида вужудга келганқўшма шикастларга бўлинади. Буйрак шикастланиши таносил аъзолари ти-зими шикастининг энг кўп учрайдиган кўриниши бўлиб, абдоминал (қорин бўшлиғига оид) жароҳатларнинг 3-10%ида учрайди.

Хатар омиллари: гидронефроз, пионефроз, туғма аномалияси, тақашаклли буйрак, тоссуяги дистопияси, буйрак шиши, буйрак кистаси.

2) Буйрак шикастланиши - бу шикастловчи омил таъсирида буйраклар яхлитлигининг ёпиқ ёки очик бузилиши.

<https://www.uroweb.ru/article/izolirovannaya-travma-pochki-megdunarodnie-rekomendatsii-i-moskovskie-standarti>

Патогенез: зарб ейиш жараёнида буйрак қовурға, умуртқа ёки унинг пар-чалари, ҳамда косача-жом тизими суюқлигидан вужудга келадиган гидроди-намиктаъсир натижасида шикастланади.

3) Буйрак шикастларини классификациси: ([American Association for the Surgery of Trauma \(AAST\) organ injury severity score for the kidney](#)) (1-жадвал):

### I-жадвал

Дараж а	Шикаст табиати
I	Буйрак контузия (турли зарблардан вужудга келган чекланган шикаст), кўп сонли паренхиматоз қон қуйилиши. Паренхиматоз ёрилишларисиз чекли капсула ости гематомаси.
II	Чекланган буйрак олди гематомаси. Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирмаган чуқурлиги <1 см бўлган ёрилиши.
III	Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирмаган чуқурлиги >1 см бўлган ёрилиши.
IV	Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирган ёрилиши. Буйракнинг йирик артерия ва веналарининг шикастланиши.
V	Буйракнинг мажақланиши. Буйракнинг буйрак дарвозасидан ёрилиши.

<https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/urogenital-trauma-guidelines>.

### 3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика процедуралари

#### 1) Симптоматика:

Ушбу ҳолатлар мавжудлигида буйрак шикастланишига шубҳа туғилади:

- гематурияда;
- бел соҳасида қонталаш бўлса;
- Th 8-12 умуртқалар синганда;
- барқарор бўлмаган гемодинамика (артериал босимнинг кескин тушиб кетиши) да;
- қорин ёки бел соҳасининг ичга ёриб кирган жароҳатида.

Гематурия мавжудлиги буйракда жароҳатланиш борлиги ёки оғирлигини кўрсатувчи энг муҳим омиллардан биридир.

Симптомларнинг одатдаги учлиги: бел соҳасидаги оғриқлар, гематурия ва бел соҳасида шиш мавжудлиги бир вақтнинг ўзида 40-60 % ҳолатларда учрайди. Буйрак шикастланиши клиникнамоён бўлишининг энг кўп учрайдиган белгилари бел соҳасидаги оғриқлар (75%) ва гематурия (90%).

Кўрикдан ўтказиш протоколи:

- Шикоятларни эшитиш (жароҳат механизми ва унинг рўй бериш вақтига аҳамият қилиш), ҳаёти ва касалланиш анамнези.
- Обьектив кўрик (уролог, абдоминал хирург, лозим бўлса торакал хирург, травматолог ва нейрохирург).

Лаборатория текширувлари.

**Мажбурийлари:**

- Қоннинг умумий таҳлили.
- Қондаги креатинин ва мочевино.
- Гематокрит.
- ЭКГ.
- Қон гуруҳи, Rh-омил.
- Пешобнинг умумий таҳлили.

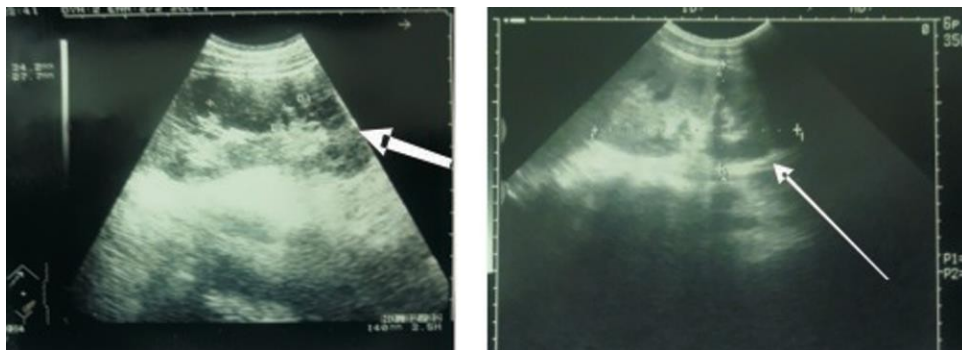
**Қўшимчалари:**

- Қоннинг ивиш вақти.

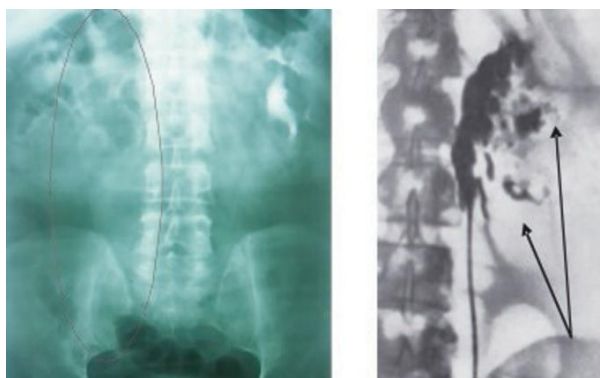
Ускунали усуллар.

**Мажбурийлари:**

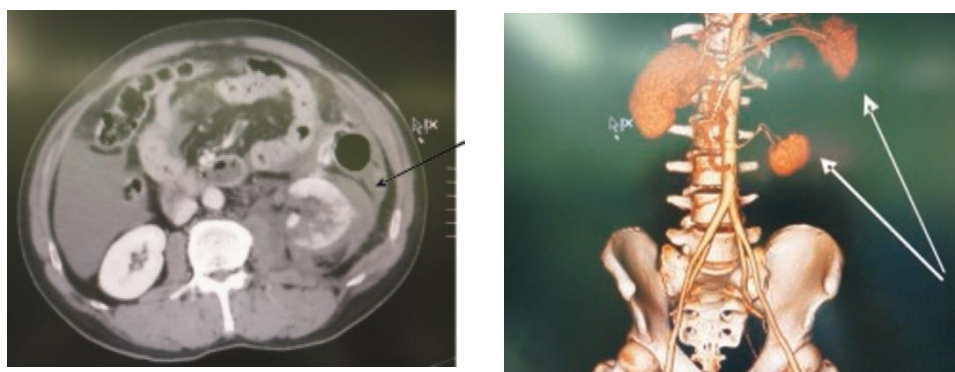
- Буйракнинг, қорин парда орти бўшлиғининг, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ, қорин бўшлиғидаги эркин суюқликни аниқлаш (1-расм)\*.



**1-расм.** Буйракнинг эпикжароҳатидаги УТ-таъсир.



**2-расм.** Буйрак жароҳатидаги экскретор урография ва ретроград пиелография урография (шикастланган буйрак томонда фаолият йўқлиги, ретроград пиелографияда контраст модданинг экстравазацияси қайд этилади).



**3-расм.** Экскретор урографияга 4-расм. МСКТ.

Чап буйрак МСКТ (қорсаткич ёрилишининг 3D реконструкцияси ёрилишини кўрсатяпти).

- КТ бўлмаса – экстравазация мавжудлигига (5.2-расм)\* экскретор урография (40 мл триамбрат 76% ли).
- КТ бўлса – юқори пешоб йўллари контрастлаб МСКТ, қўшма жароҳатларда эса, кўрсаткичлар бўйича қорин бўшлиғи аъзоларининг МСКТ (3 ва 4 - расмлар)\*.

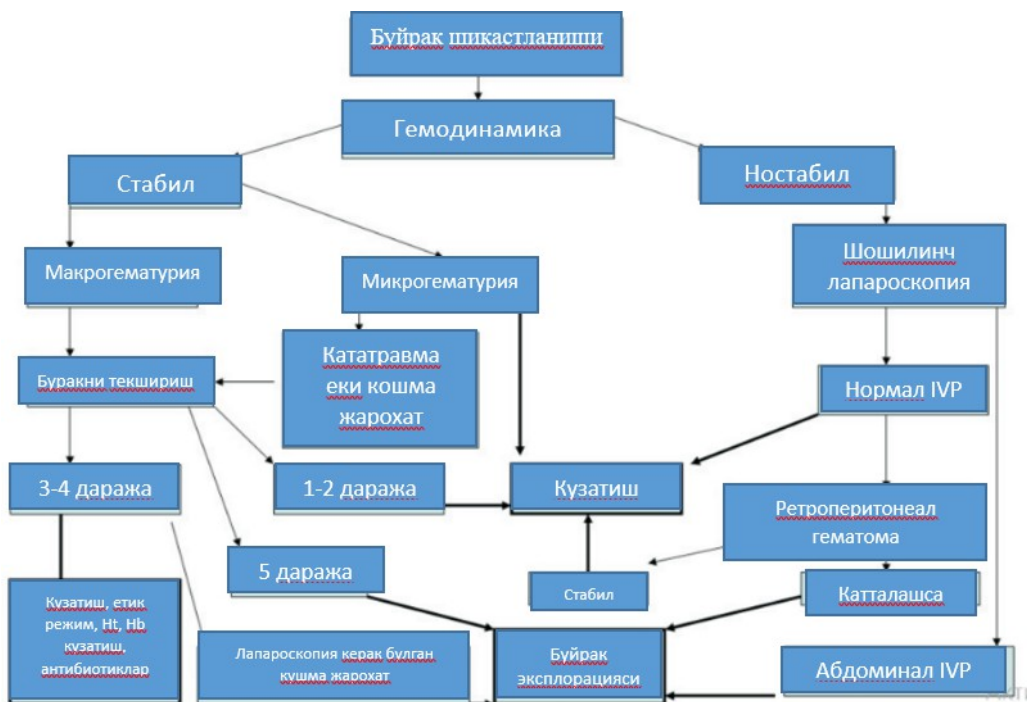
### Қўшимчалари:

- Қовуқнинг УТТ.
- 2) Диагностик мезонлари

**Дифференциал диагноз:** қорин бўшлиғи аъзолари – жигар, талок, тутқич (қат қорин) томирлари.

<b>Ташхис</b>	<b>Дифференциал диагностика учунасос</b>	<b>Текширувлар</b>	<b>Ташхисни истисно қилиш мезонлари</b>
Жигар жароҳати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати
Талок жароҳати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати
Тутқич (қатқорин) томирлари жароҳати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати

<https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/urogenital-trauma-guidelines>.



#### 4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси.

1) Дори-дармонсиз даволаш - йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилиш, қурилиш ишлари пайтида хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш.

2) Беморни стационар даволаниш учун касалхонага юбориш.

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: буйрак шикастланишининг ҳар қандай тури касалхонага ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.

6. Стационар даражада даволаш тактикаси:

1) Касаллик тарихи

**I–II даражада** консерватив даволашга кўрсаткичдир (барқарор гемодинамика, таянч-ҳаракат аппаратида ва/ёки қорин бўшлиғи аъзоларида қўшма шикастларнинг йўқлиги, экскретор урографияда контраст модданинг экстравазацияси йўқлиги).

- Қатъий ётиш режими.
- Кенг қўламли таъсир этувчи антибиотиклар: (цефазолин, мушак ичига суткасига 1г × 2 марта, 4 - 5 кун).

<https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

- Гемостатик терапия:
- Микрогематурияда: этамзилат натрий мушак ичига суткасига 2,0 × 2 марта 3 – 4 кун ёки викасол мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 3 – 4 кун. <https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>
- Макрогематурияда қўшимча: е- аминокaproн кислота венага суткасига 100 мл × 2 марта 2 – 3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>

#### Мониторинг:

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УСТ, буйракнинг УТТ) 2-суткада ва шифохонадан чиқиш олдида.
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати – 5 – 6 кун.

Буйракнинг **III даражали** жароҳатида (микрогематурия, макрогематурия, буйрак ҳаракатининг чекланиши ва УТТ кўрсатмасига кўра субкапсуляр гематома, шикастланган буйрак томонда контраст модда ажралишининг пасайиши ёки йўқлигида ва КТ-тадқиқот маълумотлари) барқарор гемодинамикада консерватив терапияга максимал риоя қилиш лозим. Нур диагностикасининг қўшимча усулларида фойдаланиш: буйракнинг селектив ангиографияси. Барқарор бўлмаган гемодинамикада қорин парда орти бўшлиғи ва буйракни тафтишлаш мақсадид ашошилинич операция қилиш\*.

- Буйракнинг ажралиб турган жароҳати: барқарор гемодинамикада консерватив терапияга максимал риоя қилиш. Нур диагностикасининг қўшимча усулларида фойдаланиш: буйракнинг селектив ангиографияси. Барқарор бўлмаган гемодинамикада – люмботомия, тафтиш, буйрак паренхимасининг якка ёки кўп сонли ёрилишларини тикиш ва косача-жом тизимини дренажлаш\*.
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ва/ёки таянч ҳаракат аппаратининг шикастланиши билан қўшма буйрак жароҳати: лапароскопия,

абдоминал хирург ва травматолог иштирокидаги лапаротомия, тафтиш, буйрак паренхимасининг якка ёки кўп сонли ёрилишларини тикиш ва косача-жом тизимини дренажлаш\*.

3) Операциядан кейинги муқаддима.

- Қатъий ётиш режими.
- Кенг кўламли таъсир этувчи антибиотиклар: (цефазолин 1г × 2 марта ёки цефтриаксон, мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 4-5 кун). <https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

Гемостатик терапия:

- Этамзилат натрий мушак ичига суткасига 2,0 × 2 марта 3-4 кун ёки викасол мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 3 – 4 кун. <https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>
- Альфа-аминокапрон кислотавенага суткасига 100 мл х 2 марта 2-3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>
- Инфузион терапиянинг ҳажми гемодинамик кўрсаткичларнинг циркуляция қилувчи қон ҳажми (ЦҚҚХ) етишмовчилиги ва сутка давомида ажраб чиққан пешоб миқдорига боғлиқ (венага реосорбилакт 400 томчи, венага Натрия хлорид 0,9%-500,0 томчи, венага дисоль ва/ёки ацесоль 400 томчи) 3 – 4 кун.

Мониторинг:

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УПТ 3 – 4 сутка. 7-8 суткада УТ таҳлил ва буйрак дренажи олингандан кейин 12 - 14 суткада.
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати 12 – 14 кун.

Буйрак шикастланишининг **IV даражасида** барқарор бўлмаган гемодинамикада шошилишч хирургик даволаш мақсадга мувофиқ: ички аъзолар шикастланганлиги шубҳасида лапаротомия, буйрак паренхимасининг қуйи ваюқори УҚТблари буйрак артерияси ва веналари шикастланганида тикиш ва/ёки сегментар резекция ҳамда косача жом тизимининг дренажи лозим.

- Буйрак дарвозалари, йирик томирлар тикланмайдиган ҳолатда зарарланган жароҳатли буйрак шикастларида нефрэктомия зарур. Операциядан кейинги муқаддима.
- Жароҳат боғловларини кунда алмаштириш.
- 8-10 кун қатъий ётиш режими.
- Кенг қўламли таъсир этувчи антибиотиклар:(цефазолин 1г × 2 марта ёки цефтриаксон, мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 4 – 5 кун). <https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

Гемостатик терапия:

- Этамзилат натрий мушак ичига суткасига 2,0 × 2 марта 3-4 кун ёки викасол мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 3 – 4 кун. <https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>
- Альфа-аминокапрон кислота венага суткасига 100 мл × 2 марта 2 – 3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>
- Инфузион терапиянинг ҳажми гемодинамик кўрсаткичларнинг циркуляция қилувчи қон ҳажми (ЦҚҚХ) етишмовчилиги ва сутка давомида ажраб чиққан пешоб миқдорида боғлиқ (венага Реосорбилакт 400 томчи, венага Натрия хлорид 0,9%-500 томчи, венага дисоль ва/ёки ацесоль 400 томчи) 3 – 4 кун. <https://mediqlab.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea>

**Мониторинг:**

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УПТ 3 – 4 сутка. УТ–мониторинг)
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати – 12 - 14 кун.

Буйрак шикастланишининг **V даражасида** шошилиш операция қилиш мақсадга мувофиқ: лапаротомия ёки люмботомия, аъзони сақлаб қолиш имкони бўлмаганда – нефрэктомия.

Операциядан кейинги муқаддима.

- Жароҳат боғловларини кунда алмаштириш.
- Катъий ётиш режими.
- Кенг кўламли таъсир этувчи антибиотиклар: (цефазолин 1г × 2 марта ёки цефтриаксон, мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 4 – 5 кун). <https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

Гемостатик терапия:

- Этамзилат натрий мушак ичига суткасига 2,0 × 2 марта 3-4 кун ёки викасол мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 3 - 4 кун. <https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>
- Альфа-аминокапрон кислота венага суткасига 100 мл х 2 марта 2 – 3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>
- Инфузион терапиянинг ҳажми гемодинамик кўрсаткичларнинг циркуляция қилувчи қон ҳажми (ЦҚҚХ) етишмовчилиги ва сутка давомида ажраб чиққан пешоб миқдорида боғлиқ (венага реосорбилакт 400 томчи, венага Натрия хлорид 0,9%-500 томчи, венага дисоль ва/ёки ацесоль 400 томчи) 3 – 4 кун. <https://mediqlab.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea>

### Асосий дорилар рўйхати

Фармакотер апевтик гурух	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антибиотик	Цефалоспорин катори (Цефазолин 1,0, Цефтриаксон 1,0) <a href="https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef">https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef</a>  Фторхинолонлар	Мушак ичиг аеки вена ичига	2b Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and long term out comes of conservative management. A prospective singlecenter

	(Ципрофлоксацин 100 мл, Офлоксацин 100 мл, Левифлоксацин 100 мл.) <a href="https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53">https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53</a>	вена ичига	study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .
Гемостатик воситалар	Этамзилат натрия 12,5% - 2,0 <a href="https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc">https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc</a>	Мушак ичига	2b Lanchon C, Fiard G,  Arnoux V. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and long term out comes of conservative management. A prospective singlecenter study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .
Гемостатик воситалар	Альфа-аминокапронокислотаси 100 мл. <a href="https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-">https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-</a>	Вена ичига	2b Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade

56fb-442a-900c-  
432d1a11142f

blunt renal trauma:  
predictors of surgery and  
long term out comes of  
conservative management.  
A prospective singlecenter  
study. J  
Urol2016;195:106-111.  
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100>.

### Қўшимча дорилар рўйхати

Фармако терапевтик гурух	Доривор махсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Инфузион еритма	Реосорбилакт 400 мл <a href="https://mediqla.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea">https://mediqla.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .
Инфузион еритма	Натрия хлорид 0,9%- 500мл <a href="https://mediqla.com/drugs/937f4588-a17e-425f-9df8-eb0245af41e2">https://mediqla.com/drugs/937f4588-a17e-425f-9df8-eb0245af41e2</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .
Инфузион еритма	дисоль ва/ёки ацесоль 400 мл <a href="https://mediqlab.com/drugs/f15da8a7-78c4-4ce7-8154-d16e547499f0">https://mediqlab.com/drugs/f15da8a7-78c4-4ce7-8154-d16e547499f0</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .

## Мониторинг:

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УПТ) 3-4 сутка. УТ – мониторинг. Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати – 12 – 14 кун. Анестезиянинг кўриниши. Ички қон кетиш белгилари ва шокда – фақат эндотрахеал наркоз.

## Операция қилиш усулини танлаш.

- Агар ускуналар тўлиқ бўлса лапароскопия. Лапароскопия диагнозни аниқлашга, мос операция қилишгача бўлган вақтни қисқартиришга ёрдам беради.
- Лапаротомия. Ички аъзолар шикастланганлиги аниқланган ҳолатларда.
- Люмботомия, тафтиш, буйрак паренхимасининг яқка ва кўп сонли ёрилишларини тикиш ва косача – жом тизимининг дренажи.

## Операция ҳажми.

- Буйрак паренхимасининг қуйи ва юқори УҚТблари буйрақар терияси ва веналари шикастланганида аъзони сақлаб қолиш учун тикиш ва/ёки сегмен-таррезекция ҳамда косача-жом тизимининг дренажи лозим.
- Буйрак дарвозалари, йирик томирлар тикланмайдиган ҳолатда зарарланган жароҳатли буйрак шикастларида нефрэктомия зарур.
- Шифохонадан чиқаришдаги тавсиялар: аъзоларни сақлаб қолиш операцияларини ўтказган шахсларга буйракнинг УТТ назорат, турар жойдаги уролог назоратида камида 2 йил туриш лозим.

## Шифохонадан чиқиш мезонлари:

- Оғриқ синдроми йўқлиги.
- Сийишнинг табиийлиги.
- Динамикада ижобий УТ - тасвир.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) Муаллифлар манфаатлар тўқнашуви йўқлигини ёълон қилишади.
- 2) Экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

Протоколни ишлаб чиқилгандан кейин ҳар 5 йилда бир марта қайта кўриб чиқиш тавсия етилади.

**“БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ” УЧУН  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ТИББИЙ АРАЛАШУВ  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## Буйрак шикастланиши

МКБ-10: S37.0	
	<b>Буйрак шикастланиши</b>
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=18287">https://mkb-10.com/index.php?pid=18287</a>

## 2. Асосий қисми

### Кириш

**Буйрак шикастланиши** - сийдик ёллари тизим органларининг энг кенг тарқалган шикастланишидир. Шикастланиш органнинг яхлитлигини бузилишига, буйрак тўқималари ва қон томирларининг шикастланишига олиб келади. [European Urology Association, 2023] <https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/urogenital-trauma-guidelines>.

Буйрак шикастланишида юз берадиган ўзгаришлар бахциз ҳодиса ёки кататравма туфайли юзага келади, буйрак паренхимасида анатомик ва функционал ўзгаришлар юз беради. I – II даражали жароҳатларнинг шикастланиш босқичига қараб, динамик кузатув ва консерватив даво амалга оширилади. III – IV даражали жароҳатлар учун шошилиш жароҳатлик амалиёт кўрсатилади. [American AssociationfortheSurgeryofTrauma \(AAST\) organinjuryseverityscoreforthekidney](#).

Буйрак шикастланиши - бу зарар етказувчи омил таъсирида буйрак яхлитлигининг ёпиқ ёки очик бузилиши.

<https://www.uroweb.ru/article/izolirovannaya-travma-pochki-megdunarodnie-rekomendatsii-i-moskovskie-standarti>

**Патогенез:** зарб ейиш жараёнида буйрак қовурға, умуртка ёки унинг пар-чалари, ҳамда косача-жом тизими суюқлигидан вужудга

келадиган гидроди-намиктаъсир натижасидашикастланади.

**Буйрак шикастланишининг таснифи:** ([American Association for the Surgery of Trauma \(AAST\) organ injury severity score for the kidney](#)) (Жадвал - 1):

Жадвал - 1

Даража	Шикаст табиати
I	Буйрак контузия (турли зарблардан вужудга келган чекланган шикаст), кўп сонли паренхиматоз қон қуйилиши. Паренхиматоз ёрилишларисиз чекли капсула ости гематомаси.
II	Чекланган буйрак олди гематомаси. Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирмаган чуқурлиги < 1 см бўлган ёрилиши.
III	Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирмаган чуқурлиги > 1 см бўлган ёрилиши.
IV	Буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқ тизимига кирган ёрилиши. Буйракнинг йирик артерия ва веналарининг шикастланиши.
V	Буйракнинг мажақланиши. Буйракнинг буйрак дарвозасидан ёрилиши.

### Усуллар, ёндашувлар ва диагностика процедуралари

Ташхис мезонлари анамнестик маълумотлар, объектив текширув, физик текширув, бошқа патологиялар билан фарқлаш, аксарият ҳолларда лаборатория ва инструментал диагностика тадқиқотлари талаб қилинади. Ушбу тадқиқотлар буйрак шикастланиши ва ички органлар ёки мушак-скелет тизимининг бошқа шикастланишлари даражасига қараб беморнинг аҳволи оғирлигини аниқлаш учун муҳимдир. Клиник аҳамиятга ега бўлган қўшма касалликларни ташхислашда текширув алгоритмларини

ўзгартириш зарурати, беморни даволаш пайтида ҳам еҳтиёж пайдо бўлади.

Беморнинг асосий шикоятни травматик шикастланиш томонида оғриқ синдроми мавжудлиги, сийдикда қон аралашмаси.

Анамнезни йиғишда шикастланиш вақти ва жойига еътибор бериш керак.

### **Лаборатория текширувлари**

<https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/urogenital-trauma-guidelines>.

#### **Мажбурийлари:**

- Қоннинг умумий таҳлили.
- Қондаги креатинин ва мочевино.
- Гематокрит.
- ЭКГ.
- Қон гуруҳи, Rh-омил.
- Пешобнинг умумий таҳлили.

#### **Қўшимчалари:**

- Қоннинг ивиш вақти.

Ускунали усуллар.

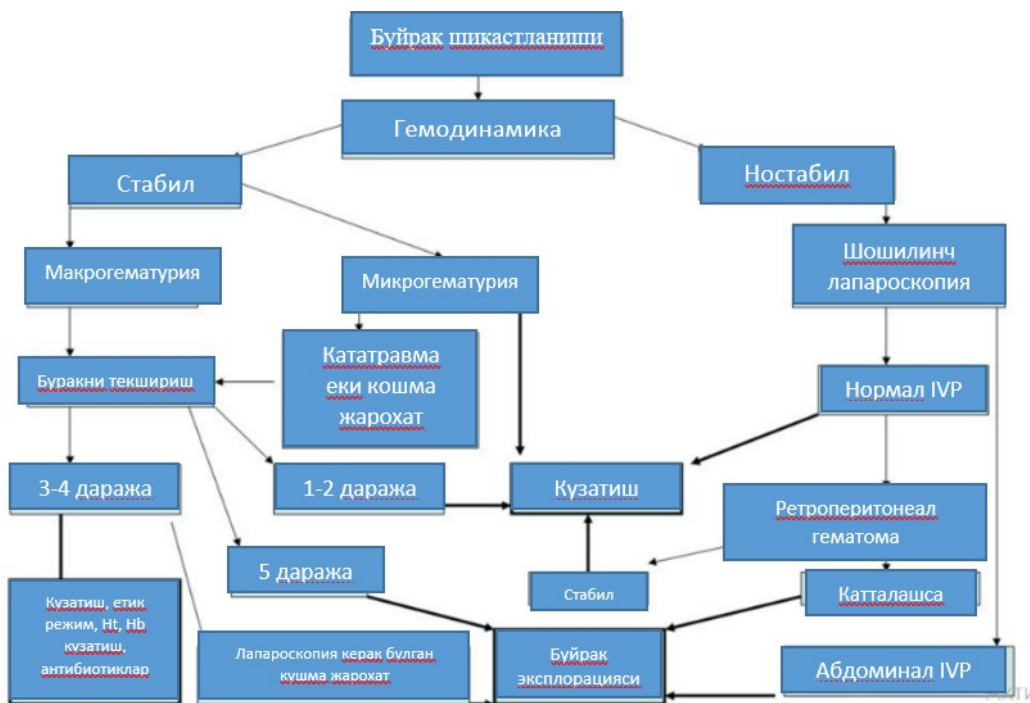
- КТ бўлмаса – экстравазация мавжудлигига экскретор урография (40 мл триамбрас 76% ли).
- КТ бўлса – юқори пешоб йўллари контрастлаб МСКТ, қўшма жароҳатларда эса, кўрсаткичлар бўйича қорин бўшлиғи аъзоларининг МСКТ.

#### **Қўшимчалари:**

- Қовуқнинг УТТ.

**Дифференциал диагноз:** қорин бўшлиғи аъзолари – жигар, талок, тутқич(қатқорин) томирлари

<b>Ташхис</b>	<b>Дифференциал диагностика учунасос</b>	<b>Текширувлар</b>	<b>Ташхисни истисно қилиш мезонлари</b>
Жигар жарохати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати
Талок жарохати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати
Тутқич (қатқорин) томирлари жарохати	маҳаллий ўзгаришларнинг ўхшашлиги	УТТ, УПТ, МСКТ	анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати



## Даволаш <https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/urogenital-trauma-guidelines>.

Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш кўрсаткичлари: буйрак шикастланишининг ҳар қандай тури (изоляция қилинган ёки бирлаштирилган) касалхонага ётқизиш кўрсаткичидир

**I–II даражали** (буйрак контузияси ва/ёки субкапсуляр гематома) (барқарор гемодинамика, йўқлиги мушак-скелет тизимига ва/ёки қорин ички органларига зарар) консерватив даво учун кўрсаткичдир:

\* Қаттиё ётоқда режим (4-5 кун).

\* Кенг спектрли антибиотиклар: сефазолин 1 г × 2 кунига бир марта / м 4-5 кун.

Гемостатик терапия:

\* Микрогематурия мавжуд бўлганда: натрий етамзилат кунига 2,0 ×

2 marta/m 3-4 кун ёки викасол кунига 1,0 × 2 marta/m 3-4 кун.

\* Макрогематурия мавжуд бўлганда, қўшимча: ε-аминокапроик кислота 100 мл в/в × кунига 2 марта 2-3 кун.

Мониторинг:

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УСТ, буйракнинг УТТ) 2-суткада ва шифохонадан чиқиш олдида.
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати – 5 – 6 кун.

**III даражали** буйракнинг травматик шикастланиши билан (микрогематурия, макрогематурия, буйракнинг ҳаракатчанлигини чеклаш ва ултратовуш маълумотларига кўра субкапсулар гематоманинг мавжудлиги, ушбу ммссст тадқиқотларига кўра, таъсирланган буйрак томонида контраст модданинг камайиши ёки йўқлиги) барқарор гемодинамика билан, гематомаларнинг кўпайишисиз, буйрак ултратовуш текширувида иложи борича консерватив терапияга риоя қилинг. Давом етаётган макрогематурия билан, ҳомиладорлик терапиясига қарамай, иложи бўлса, радиацион диагностиканинг қўшимча усулларида фойдаланиш керак: буйракларнинг селектив ангиографияси, қон томир лезёни аниқланганда, томир емболизацияси кўрсатилади.

Ностабил гемодинамика билан ретроперитонеал бўшлиқни, буйракни кўриб чиқиш ҳажмида шошилиш жарроҳлик амалиёти кўрсатилади.

\* Изоляция қилинган буйрак шикастланиши: Ностабил гемодинамика билан иложи борича консерватив терапияга риоя қилинг. Радиацион диагностиканинг қўшимча усулларида фойдаланинг: буйракларнинг селектив ангиографияси. Беқарор гемодинамикада-лумботомия, тафтиш, буйрак паренхимасининг битта ёки бир нечта кўз ёшларини тикиш ва Каликс-лаханик тизимни дренажлаш.

\* Қорин бўшлиғи ва/ёки мушак-скелет тизимининг шикастланиши билан бирлаштирилган буйрак шикастланиши: агар ички органларнинг шикастланишига шубҳа туғилса, лапароскопия, ички органларнинг шикастланиши аниқланганда, қорин бўшлиғи жарроҳи ва агар керак бўлса, травматолог иштирокида лапаротомия, тафтиш, буйрак паренхимасининг битта ёки бир нечта кўз ёшларини тикиш ва тос суяги тизимини дренажлаш.

### **Операсиядан кейинги муқаддима.**

Қатъий ётоқ режими.

\* Кенг кўламли таъсир етувчи антибиотика: (цефазолин 1г × 2 марта ёки цефтриаксон, мушак орасига суткасига 1,0 × 2 марта 4-5 кун). <https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

\* Гемостатик терапия:

\* Етамзилат натрий мушак Ichigo суткасига 2,0 = 2 марта 3-4 конек и викасол мушак ичига суткасига 1,0 = 2 марта 3-4 кун.

<https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>

\* Алфа-аминокапрон кислота венга суткасига 100 мл х 2 марта 2-3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>

Инфузион терапиянинг ҳажми гемодинамик кўрсаткичларнинг цирку-лясия қилувчи қон ҳажми (СҚҚХ) етишмовчилиги ва сутка давомида ажрабчиққан пешоб миқдорига боғлиқ (венага реосорбилакт 400 томчи, венага Натрия хлорид 0,9%-500 томчи, венага дисол ва/ёки ацесол 400 томчи) 3-4 кун.

<https://mediqlab.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea>

### **Мониторинг:**

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УПТ 3-4 сутка.7-8 суткада ут таҳлил ва буйрак дренажи олингандан кейин 12-14 суткада.
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати 12-14кун.

**IV даражали** буйракнинг травматик шикастланиши билан, мсст

маълумотларига кўра, контраст билан контраст модданинг экстравазацияси қайд этилади, бу шошилич жарроҳлик аралашувнинг кўрсаткичидир ва беқарор гемодинамика билан (МСКТ текширувисиз) шошилич жарроҳлик аралашув кўрсатилади: агар ички органларнинг шикастланиши шубҳа қилинган бўлса, лапаротомия. буйрак артерияси ва буйрак паренхимасининг юқори ва пастки қутблари томирлари кўрсатилган: чашка-тос тизимини дренажлаш билан тикиш ва/ёки segmental резекция.

Буйрак дарвозасига, катта томирларга зарар етказадиган **V даражали** травматик буйрак шикастланиши билан, агар томирларнинг яхлитлигини тиклашнинг иложи бўлмаса, нефректомия кўрсатилади.

### **Операсиядан кейинги муқаддима.**

- Жароҳат боғловларини кунда алмаштириш.
- Қатъий ётиш режими.
- Кенг кўламли таъсир етувчи антибиотиклар: (цефазолин 1г × 2 марта ёки цефтриаксон, мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 4-5 кун). <https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef>

### **Гемостатик терапия:**

- Етамзилат натрий мушак ичига суткасига 2,0 × 2 марта 3-4 кун ёки викасол мушак ичига суткасига 1,0 × 2 марта 3-4 кун. <https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc>
- Альфа-аминокапрон кислота венага суткасига 100 мл х 2 марта 2-3 кун. <https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f>
- Инфузион терапиянинг ҳажми гемодинамик кўрсаткичларнинг цирку-лясия қилувчи қон ҳажми етишмовчилиги ва сутка давомида ажрабчиққан пешоб миқдорига боғлиқ (венага реосорбилакт 400 томчи, венага Натрия хлорид 0,9%-500,0 томчи, венага дисол ва/ёки ацесол 400 томчи) 3-4 кун. <https://mediqlab.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea>

## Мониторинг:

- Лаборатория тадқиқотлари (УҚТ, УПТ 3-4 сутка. УТ–мониторинг)
- Стационарда ётишнинг ўртача муҳлати – 12-14 кун.

### Асосий дорилар рўйхати

Фармакогруппа	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антибиотик	Цефалоспоринокатори (Цефазолин 1,0, Цефтриаксон 1,0) <a href="https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef">https://mediqlab.com/mnn/d478c639-1a12-4357-b688-63cc96b34eef</a>  Фторхинолонлар (Ципрофлоксацин 100 мл, Офлоксацин 100 мл, Левофлоксацин 100 мл.) <a href="https://mediqlab.com/drugs/6fabb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53">https://mediqlab.com/drugs/6fabb0f-b6e8-4137-bcd4-208034b26f53</a>	Мушак ичига аеки вена ичига          вена ичига	2b Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and long term outcomes of conservative management. A prospective singlecenter study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .

Гемостатик воситалар	Этамзилат натрия 12,5% - 2,0 <a href="https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc">https://mediqlab.com/mnn/14806a3c-e3f3-4cf3-ab0e-05ac54c77cbc</a>	Мушак ичига	2b Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery
-------------------------	--	----------------	---

			and long term out comes of conservative management. A prospective singlecenter study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .
Гемостатик воситалар	Альфа- аминокапронокисл отаси 100 мл. <a href="https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f">https://mediqlab.com/mnn/5450b2fa-56fb-442a-900c-432d1a11142f</a>	Вена ичига	2b Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade  blunt renal trauma: predictors of surgery and long term out comes of conservative management. A prospective singlecenter study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .

--	--	--	--

			singlecenter study. J Urol2016;195:106-111. <a href="https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100">https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100</a> .
--	--	--	---

### Қўшимча дорилар рўйхати

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Доривор маҳсулот ИНН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Инфузион еритма	Реосорбилакт 400 мл <a href="https://mediclib.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea">https://mediclib.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .

Инфузион еритма	Натрия хлорид 0,9%- 500 мл <a href="https://mediqua.com/drugs/937f4588-a17e-425f-9df8-eb0245af41e2">https://mediqua.com/drugs/937f4588-a17e-425f-9df8-eb0245af41e2</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .
Инфузион еритма	дисоль ва/ёки ацесоль 400 мл <a href="https://mediqua.com/drugs/fl5da8a7-78c4-4ce7-8154-d16e547499f0">https://mediqua.com/drugs/fl5da8a7-78c4-4ce7-8154-d16e547499f0</a>	Вена ичига	2b Herschorn S, Radomski SB, Shoskes DA. Evaluation and treatment of blunt renal trauma. J Urol1991;146:274-

			276. <a href="https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6">https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)37768-6</a> .
--	--	--	---

Алгоритмга мувофиқ ўз вақтида ўтказилган терапевтик диагностика чоралари ва агар керак бўлса, шошилиш жарроҳлик аралашувларни амалга ошириш ўлимни кескин камайтирди ва тўғри танланган даволаш тактикаси натижасида ижобий натижа берган беморларнинг тикланиши қайд этилди. <https://uroweb.org/guidelines/urological-trauma/chapter/references>

**"БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ"  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

## Тиббий реабилитация

**Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва буйрак шикастланиши учун реабилитация усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар.**

Буйрак шикастланишини реабилитация қилиш, дори-дармонларни даволашдан ташқари, беморларнинг жисмоний ва психологик ҳолатини яхшилаши мумкин.

Буйрак шикастланишини реабилитация қилишнинг мақсади беморнинг мустақиллиги, хавфсизлиги ва фаровонлигини сақлаш ёки ошириш орқали ҳаёт сифатини яхшилашдир. Бунга буйракнинг такрорий шикастланишининг олдини олиш, йўл ҳаракати қоидаларига, хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш ва ишдаги ва кундалиқ фаолиятдаги бошқа тадбирлар орқали еришилади.

**Буйрак шикастланган беморларни реабилитация қилишнинг умумий тамойилларига қуйидагилар киради:**

1. Реабилитация учун шахсий ёндашув
2. Реабилитация тадбирларини амалга оширишга тизимли ёндашув
3. Реабилитация жараёнини гиёҳванд моддалар билан таъминлаш
4. Тиббий реабилитациянинг асосий тамойилларига риоя қилиш (мулоҳазакорлик, босқичма-босқичлик, узлуксизлик)
5. Ерта реабилитациянинг бошланиши

**Буйрак жароҳати билан оғриган беморларни реабилитация қилиш учун шахсий ёндашув:**

1. Сийдик чиқариш тизимини баҳолаш билан беморни текшириш (сийдикни миқдорий ва сифатли баҳолаш, қарама-қарши буйракнинг ҳолати)
2. Халқаро таснифини фаолияти бўйича реабилитация ташхисини қўйиш

3. Таҳлил (реабилитация мақсадини аниқлаш)
4. Шахсий реабилитация дастури
5. Ишлашни баҳолаш
6. Динамик кузатиш

### **Буйрак шикастланган беморларда узоқ муддатли реабилитациянинг асосий вазифалари:**

1. Йўл ҳаракати қоидалари, хавфсизлик қоидалари ва бошқа чораларга риоя қилишга эътибор қаратиб, беморнинг кундалик ҳаётида хавфсизлиги ва хавфсизлигини таъминлаш;
2. Йиқилишнинг олдини олиш;
3. Бахқиз ҳодисаларнинг олдини олиш;
4. Хавфсизликка риоя қилишни назорат қилишни такомиллаштириш;
5. Ҳиссий бузилишларни яхшилаш

### **Реабилитация фаолиятини танлашда қуйидагилар зарур:**

Реабилитация ҳақида гап кетганда, уролог буйракнинг шикастланиш даражасини ва бажарилган операция миқдорини, биргаликда ва комбинацияланган касалликларни (масалан, ички органларнинг шикастланиши, суяк тизимининг синиши ва ҳаёт сифатини пасайтирадиган бошқа касалликлар) кўрсатади. Буйрак шикастланган беморларни ташхислашдан индивидуал реабилитация режасини тузишгача бўлган бутун реабилитация жараёнининг координатори уролог бўлиши керак.

Буйрак ва СЎТ функциясини объектив текширувда баҳолаш учун: жисмоний фаоллик, лаборатория ва инструментал маълумотлар. Шу муносабат билан, текширув вақтида тиббий реабилитация бўйича шифокор беморнинг қандай ҳолатда эканлигини билиши керак. Кун давомида буйракларнинг функционал ҳолатини қайд этиш учун бемор

буйракларнинг ҳолати тўғрисида маълумот кўрсатадиган кундаликни юритиши керак.

**Буйрак шикастланган беморларда реабилитация тадбирларини ўтказишда нималарга эътибор бериш керак:**

- Турли хил реабилитация усулларидадан фойдаланган ҳолда комбинацияланган ёки бирга келадиган касалликларнинг мавжудлиги, машғулотларнинг давомийлиги ва интенсивлиги;
- Реабилитация усулини танлашда қийинчилик даражасини аниқлайдиган буйраклар фаолиятини ва беморнинг ёшини баҳолаш;
- Реабилитация усулини, машғулотларнинг давомийлиги ва интенсивлигини танлашни белгилайдиган чарчоқнинг мавжудлиги.

**Буйрак шикастланган беморларни реабилитация қилишнинг нисбий карама қаршиликлари:**

Психотик бузилишлар ва аниқ функционал бузилишларнинг мавжудлиги

**Шартли равишда буйрак шикастланишини реабилитация қилиш усуллари қуйидагиларга бўлиш мумкин:**

- 1) Буйраклар фаолиятини тиклаш ва сақлаш учун турли хил техникалар тўплами;
- 2) Ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва психотерапия;

Реабилитациянинг асосий усуллари физиотерапия, юриш, овқатланиш ва хавфсизлик чораларига риоя қилишни ўз ичига олади.

**Оғриқ синдромини тузатиш**

Буйрак шикастланишида оғриқ синдромига реабилитация усуллариининг таъсири бўйича тадқиқотлар ўтказилмаган, шунинг учун ҳозирда тавсиялар йўқ.

### Олдини олиш

Буйрак шикастланишининг асосий хавф омиллари қуйидагилардир: йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилмаслик, қурилиш ишлари ва бошқа жойларда хавфсизлик қоидалари, еркак жинси, жанг санъати. Буйрак шикастланишининг олдини олиш усуллари бўйича далилларга асосланган тадқиқотлар ўтказилмаган.

### Адабиетлар:

- Chohan JD, Winer AG, Johnson C, Weiss JP, Hyacinthe LM. Contemporary evaluation and management of renal trauma. *Can J Urol* 2016;23(2):8191-8197.
- Zabkowski T, Skiba R, Saraeyn M. Analysis of renal trauma in adult patients: a 6-year own experiences of trauma center. *Urol J* 2015;12:2276-2279.
- Малхасян В.А., Иванов В.Ю., Ходырева Л.А., Дударева А.А. Куприянов В.А., Редькович В.И. и др. Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах г. Москва. *Экспериментальная и клиническая урология* 2016;(4):10-17. [Malkhasyan VA, Ivanov VYu, Khodyreva LA, Dudareva AA, Kupriianov VA, Redkovich VI, и соавт. Analysis of the provision of specialized medical care to patients with macrohematuria in urological hospitals in Moscow. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya=Exprimental and Clinical Urology* 2016;(4):10-17. (In Russian)].
- Brewer ME Jr, Strnad BT, Daley BJ. Percutaneous embolization for the management of grade 5 renal trauma in hemodynamically unstable patients: initial experience. *J Urol* 2009;181:1737-1741. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.100>.
- Hotaling JM, Sorensen MD, Smith TG, 3rd. Analysis of diagnostic angiography and angioembolization in the acute management of renal trauma using a national data set. *J Urol* 2011;185:1316-1320. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.12.003>.
- Aragona F, Pepe P, Patane D. Management of severe blunt renal trauma in adult patients: a 10-year retrospective review from an emergency hospital. *BJU Int* 2012;110:744-748.
- Huber J, Pahernik S, Hallscheidt P. Selective transarterial embolization for posttraumatic renal hemorrhage: a second try is worthwhile. *J Urol* 2011;185:1751-1755.

- Bjurlin MA, Fantus RJ, Villines D. Comparison of non operative and surgical management of renal trauma: can we predict when nonoperative management fails? *J Trauma Acute Care Surg* 2017;82:356-361. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001316>.
- Lanchon C, Fiard G, Arnoux V. High grade blunt renal trauma: predictors of surgery and longterm outcomes of conservative management. A prospective single center study. *J Urol* 2016;195:106-111. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.07.100>.