

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ИККИНЧИ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ТАСДИҚЛАЙМАН
ЎзР ССВ кадрлар, фан ва ўқув юртлири
Бош бошқармаси бошлиғи,
профессор Оқилов Ф.А.
10 декабр 2003 й.

**УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРЛАРИ
УЧУН УРОЛОГИЯ ФАНИДАН
СТАНДАРТ БАЁННОМАЛАР**

Тошкент — 2005

Ушбу ўқув қўлланма хорижда чиқарилган қўлланмалар намунасига хос равишда тузилган бўлиб, ўз ичига умумий амалиёт шифокори учун зарур бўлган касаллик ва синдромларни қамраб олган.

Қўлланмада пиелонефрит, цистит, уретрит, орхит, эпидидимит, простатит, варикоцеле, сийдик тош касаллиги, простата беши шавфсиз гиперплазияси ва раки каби касалликлар, шамда буйрак санчиғи, пастки сийдик йўллари симптомлари, гематурия, олигурия, анурия каби синдромларнинг клиник белгилари, уларни ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, даволаш тактикаси ва усуллари ҳақидаги маълумотлар кўрсатилган.

Амбулатория шароитида бажариладиган махсус урологик текширишлар ҳақидаги маълумотлар ва уларнинг натижалари, турли касалликларда ўтказиладиган махсус урологик текширувларнинг ҳажми баён қилинган.

Қўлланмада беморларни диспансерлаш ва реабилитация қилиш, касалликлар профилактикаси, аҳоли орасида олиб бориладиган санитар-маърифий ишлар ёритилган.

Ўқув қўлланма тиббий институтларнинг талабалари ва умумий амалиёт шифокорлари учун мўлжалланган.

Тузувчилар:

проф. Арустамов Д.Л.
т.ф.д. Бегалиев У.Э.
т.ф.н. Нажимитдинов Я.С.
т.ф.н. Мирхамидов Ж.Х.

Тақризчилар:

проф. Мирсаматов М.М.
проф. Гайбуллаев А.А.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит.

(1 тоифали хизмат)

Тушунча.

Ўткир пиелонефрит – буйрак паренхимаси ва косача-жом тизими деворининг ўткир носпецифик инфекциян яллиғланиш касаллигидир.

Касаллик бир ёки иккала буйракни ҳам шикастлаши мумкин.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Таъхис беморнинг характерли шикоятлари: тана ҳароратининг 38,5–40°C даражагача кўтарилиши, баъзи ҳолларда қалтираш, бел соҳасидаги (бир ёки икки томонлама) доимий оғриқ, баъзан тез-тез сийиш асосида қўйилади. Пайпаслаганда қовурға-умуртқа бурчаги соҳасида оғриқ аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида юқори даражадаги лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида чўкма микроскопия қилинганда кўриш майдонида 400-дан ортиқ лейкоцитурия, 1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериурия аниқланади. Қасаллик бошланишидан 2-3 кун ўтгач сийдикда донали цилиндрларни аниқлаш мумкин. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлаттичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термokonтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юбориш керак. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал таъхислаш.

1. Ўткир пиелонефритни ўткир панкреатит билан дифференциялаш керак. ўзига хос клиник симптомлари, қонда диастаза миқдорининг ошиши ва сийдик кўрсаткичларининг меъёрда бўлиши ўткир пиелонефритни инкор этади.
2. Пастки бўлак пневмония -- бу касалликда қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ кузатилади. Аускультатив маълумотлар ва ўпкани рентген қилиш аниқ таъхис қўйишга ёрдам беради.
3. Ўткир аппендицит, холецистит, дивертикулит каби қорин бўшлиғининг ўткир касалликлари баъзи ҳолларда ўткир

пиелонефритни симуляция қилиши мумкин. Касаллик бошланишида симптомлари ва клиник белгилари чалкаш бўлиши мумкин, сийдик таҳлилида ўзгариш бўлмасдан бирламчи ошқозон-ичак касалликларининг борлиги ва бошқа лаборатор текширувлар дифференциал таъхис қўйишга ёрдам беради.

4. Аёлларда чаноқ аъзоларининг ўткир касалликлари ўткир пиелонефритдан дифференциация қилиниши керак. ўзига хос клиник кўриниши, сийдикда ўзгаришларнинг йўқлиги генитал касалликларга хос.
5. Эркакларда ўткир пиелонефрит ўткир простатит ва ўткир орхэпидидимит билан дифференциал таъхисланади. Простатит ва орхэпидидимитга характерли клиник белгилар дифференциация қилишни осонлаштиради.
6. Ўткир пиелонефритни буйрак ва паранефрал абсцесслар билан дифференциация қилиш керак. Аниқ таъхис қўйиш учун ультратовуш текшируви зарур.

Даволаш.

Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади: триметоприм/сульфометоксазол (бисептол) ёки фторхинолонлар ичиш.

Резерв: амоксициллин/клавуланат ёки цефалоспоринлар ичишга.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касалликни клиник белгиларининг (тана ҳароратининг пасайиши, оғриқнинг қолиши, умумий аҳволнинг яхшиланиши) камайишига асосланган. Антибактериал дориларни қабул қилганда сўнг 48 соат ўтгач, 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони ҳисобланади. Агар шу муддатгача 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони бир неча мартаба камайса ва бактериурия йўқолса, даволаш самарали деб ҳисобланади.

Тактика.

Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция аниқланган ёки 48 соатдан сўнг консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда маслаҳат олиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Сийдик ва қон таҳлилининг турғун нормаллашуви. Сийдик таҳлилини бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 3 ой муддатгача қайта текшириб туриш зарур.

Бемор (индивидуум) даражасида профилактика.

Болаларда сийдик йўллари нуқсонлари эҳтимоли борлиги, Ҳамда қовуқ-сийдик найи рефлюксининг кўп учраши сабабли ўткир пиелонефритнинг келиб чиқиш ҳавфи юқоридир. Шу сабабли

болаларда қайд этилган ҳолатларни тапхислаш (нуқсонлар ва рефлюкслар борлигига гумон бўлган ҳолларда тўлиқ урологик текширишлар ўтказиш) зарур. Агар катталарда яширин бактериурия аниқланса, қўйидаги ҳолларда сийдик йўлларидаги инфекция бартараф этилиши шарт:

- Ҳомиладор аёлларда ва қандли диабетни бўлган беморларда яширин бактериурия аниқланганда;
- сийдик йўлларида операциялар ўтказиш мўлжалланганда;
- қовуқни узоқ муддат давомида катетерлаш аниқланганда.

Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даволаш узоқ муддатли, тўлиқ санацаяга қадар давом эттирилиши лозим.

Оила даражасида профилактика.

Оилада аёллар, аynиқса қиз болалар, шахсий гигиенаси (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур, чунки симптомсиз бактериурия кўп ҳолларда гигиеник муолажаларни нотўғри ёки нотўлиқ бажараётган шахсларда кузатилади. Жинсий ҳаёт гигиенасига риоя қилиш зарур.

Жамият даражасида профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилиши, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини таъқиқот қилиш. Ҳавfli гуруҳларни (буйраклар ва сийдик йўллари туғма нуқсонлари, яшириш бактериурияси бўлган шахслар ва бошқалар) эрта аниқлаш.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Ўткир уретрит.

(1 тонфали хизмат)

Тушунча.

Бактериал уретрит – бу сийдик чиқариш каналининг носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллигидир.

Тапхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Ўткир бактериал уретрит тапхиси беморнинг уретрадан ажралма оқиб чиқаётгани, сийишни бошлашда уретра бўйлаб ачишиш ва оғриқ борлиги, тез-тез сийиш каби шифоятларига асосланган ҳолда қўйилади. Кўздан кечирганда уретрадан ажралма оқиб чиқаётганини, уретра лабларининг қизарган ва шишганлигини аниқлаш мумкин. Пайпаслаганда уретра қалинланган ва оғриқли бўлади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида лейкоцитоз ва лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши кузатилади. Уретрадаги ажралмадан суртма олиб микроскопия қилинганда лейкоцитлар, эпителиал хужайралар ва кўп

миқдорда шиллиқ аниқланади. Суртмани бўяб текширилганда (Грамм ёки Романовский–Гимза усулида) микроблар ва бир хужайрали микроорганизмлар аниқланади. Трихомадаларни аниқлаш мақсадида, бўяшдан ташқари, натив препаратлар ҳам текширилади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экип учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ўткир уретритда трансуретрал текширувлар ва қовуқни катетерлаш мумкин эмас. Агар беморда ўткир сийдик тугилиши кузатилса, бу ҳолда қовуқни қов усти соҳаси орқали пункция қилиш керак.

Дифференциал таъхислаш.

1. Микоплазмалар сабабли келиб чиққан уретрит (урогенитал микоплазмоз) ўзига хос бўлган белгиларнинг йўқлиги билан ажралиб туради, шу сабабли кўпгина узоқ давом этувчи ва торпид кечувчи уретритларда (трихомадали ва бошқа қўзғатувчилар билан чақирилган) микоплазмаларни қидириш зарур.
2. Герпетик уретрит ДНК-вируслари гуруҳига кирувчи қўзғатувчилар билан чақирилади ва жинсий йўл билан юқиши мумкин. Бошлагич симптомлари: сийиш даврида ачиғиш ва ноқулайлик ҳисси. Кўп ҳолларда терида майда яримсферик шаклдаги таранглашган пуфакчалар, ҳамда улар ёрилганидан сўнг ўрнида оғриқли ярачалар аниқланиши мумкин.
3. Уртра кандиломатозини вирусли инфекция чақиради. Ўткир-учли кандилома - ўлчамлари нуқтадай, 0,3 x 0,8 сантиметрли ва ундан каттароқ бўлган папилломатоз ўсимталардир - эркакларда четки кертмакнинг ички юзаси шиллиқ қаватида, олатнинг бошчасида, терининг қўлланувчи қисмларида ва уретранинг қонқонсимон чуқурчасида, аёлларда эса қиннинг шиллиқ қаватида ҳосил бўлади. Касаллик шиддатли кечади.
4. Хламидияли уретрит ва Рейтер касаллиги. Унинг қўзғатувчиси - *Chlamidia urogenitalis*. У жинсий ҳамроҳларда аниқланади. Касаллик торпид кечувчи уретритдан бошланади, уретрадан кам миқдорда ажралма ажралиб чиқади, баъзан ажралманинг ранги оқиш тусда бўлади. Сийдик-таносил аъзоларининг кўп ўчоғли шикастланиши характерлидир (торпид кечувчи простатит, везикулит, эпидидимит ва бошқалар).

Даволаш.

Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади (гопорей, трихомониаз ва бошқа специфик яллиғланиш касалликлари инкор этилган ҳолларда), доксациклин ёки азитромицин буюрилади.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг (уретрадан ажралиб чиқаётган ажралма тўхташи, уретра бўйлаб оғриқнинг камайиши, сийишнинг яхшиланиши) камайишига асосланган. Антибактериал дориларни қабул қилгандан сўнг 48 соат ўтгач, касалликнинг клиник белгилари камайса ва уретрадан ажралиб чиқаётган ажралманинг оқиши тўхтаса, даволаш самарали деб ҳисобланади.

Тактика.

7 кун давомида консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда консултация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Сийдик таҳлилининг турғун нормаллашуви. Сийдик таҳлилини бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 1 ой муддатгача қайта текшириб туриш зарур.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Юқорига кўтарилувчи сийдик йўллари инфекциясининг олдини олиш ўткир бактериал уретритнинг самарали профилактикаси дир. Уретрада ўтказиладиган инструментал муолажаларни имкон қадар кам қўллаш, зарурияти бўлган ҳолларда эса, уларни асептик шароитда бажариш зарур.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада эркаклар ва аёллар шахсий гигиенаси, ҳамда жинсий ҳаёт гигиенаси ҳақида тупунтириш ишлари олиб борилиши зарур.

Жамият даражасидаги профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини таъшиқот қилиш.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Ўткир цистит.

(1 тоифали хизмат)

Тушунча.

Ўткир цистит - қовуқнинг ўткир носпецифик инфекцион эллиғланиш касаллигидир.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Таъхис беморнинг характерли шикоятлари: ушлаб тура бўлмайдиган даражада тез-тез сийиш, никтурия, сийдикнинг ачишиб чиқиши, дизурия, бел ва қов усти соҳаларидаги оғриқ ва дискомфорт

асосида қўйилади. Пайпаслаганда қов усти соҳасида кўп ҳолларда оғриқ аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида ўзгаришлар йўқ ёки меъридан бир оз юқорироқ лейкоцитоз кузатилиши мумкин. Сийдик таҳлилида чўкма микроскопия. қилинганда кўриш майдонида 400-дан ортиқ лейкоцитурия, 1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериурия, баъзи ҳолларда макро- ёки микрогематурия аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйрак, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юбориш керак. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

1. Ўткир циститни аёлларда учрайдиган ўткир уретрал синдром билан қиёсий ташхислаш зарур. Уретрал синдромда тез-тез сийиш ва дизурия кузатилади, сийдик экмасида бактерияларнинг сон жиҳатдан камлиги ёки ўсмаганлиги аниқланади.
2. Вульвовагинит цистит симптомлари билан кечиши мумкин. У физикал текширув ва қиндаги ажралмани патоген микроорганизмларни аниқлашга қаратилган текширувлар ёрдамида аниқ ташхисланиши мумкин.
3. Ўткир пиелонефрит қовуқнинг ностабиллигига сабабчи бўлиши мумкин. Бел соҳасидаги характерли оғриқ, тана ҳароратининг юқори кўтарилиши, ультратовушли текширувлар ўткир пиелонефритни ўткир циститдан қиёсий ташхислашга имкон беради.
4. Эркакларда ўткир бактериал цистит уретрадаги ва простата безидаги инфекциядан қиёсий ташхисланиши зарур. Мувофиқ физикал текширишлар ва лаборатор тестлар одатда шифокорга тўғри ташхис қўйишга имкон яратади.
5. Ўткир циститни сийдик найининг пастки 1/3 қисмидаги тошдан қиёсий ташхислаш зарур. Мувофиқ физикал, ультратовушли, рентгенологик ва лаборатор текширувлар тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

Даволаш.

Сийдик бактериал экмасининг натижаларига биноан. Аёлларда жинсий аъзолари инфекцияси аниқланган ҳолларда, даволашни гинеколог билан мувофиқлаштириш керак.

Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади: триметоприм/сульфометоксазол (бисептол) ичишга ёки фторхинолонлар.

Резерв: цефалоспоринлар ичишга ёки нитрофурантоин, ёки доксациклин, амоксициллин/клавуланат.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг (дизурия ва оғриқнинг камайиши, умумий аҳволининг яхшиланиши) камайишига асосланган. Антибактериал дориларни қабул қилгандан сўнг 48 соат ўтгач, 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони ҳисобланади. Агар шу давргача 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони бир неча мартаба камайса ва бактериурия йўқолса, даволаш самарали деб ҳисобланади.

Тактика.

Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар аниқланган ёки 48 соатдан сўнг консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда консултация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Сийдик ва қон таҳлилларининг турғун нормаллашуви. Сийдик таҳлилини бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 1 ой муддатгача қайта текшириб туриш зарур.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Ўткир цистит бўлган беморларда организмнинг инфекцияга мойиллигининг ошишига олиб келиши мумкин бўлган ташқи ва ички омиллар (қин даҳлизи омиллари, уретрал омиллар, қовуқнинг нейроген дисфункцияси, қолдиқ сийдик, ёт жисмларнинг, қовуқ-сийдик найи рефлюксининг борлиги, юқори сийдик йўллари уродинамикасининг бузилиши, обструктив уропатия) аниқланиши зарур. Бу омилларни имконият даражасида бартараф этиш керак. Аёлларда жинсий аъзолар инфекциясини даволаш лозим.

Омиллар бартараф этилгандан сўнг, баъзи ҳолларда антибактериал профилактика ўтказишга зарурият бўлмаслиги мумкин.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада аёллар, айниқса қиз болалар, шахсий гигиенаси (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур, чунки симптомсиз бактериурия кўп ҳолларда гигиеник муолажаларни нотўғри ёки нотўлиқ бажарётган шахсларда кузатилади.

Жамият даражасидаги профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини ташвиқот қилиш. Ҳавfli гуруҳларни (буйраклар ва сийдик йўллари туғма нуқсонлари, япирин бактериурияси бўлган шахслар ва бошқалар) эрта аниқлаш.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Сурункали цистит.

(1 тоифали хизмат)

Тушунча

Сурункали бактериал цистит - қовуқнинг носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллиги бўлиб, қовуқ инфекцияси 1 йил давомида 3 ва ундан кўп мартаба кузатилади.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Сурункали цистит симптомларсиз ёки қовуқни таъсирловчи турли симптомлар билан кечини мумкин. Беморларда кўпинча тез-тез сийиш, диурия ва никтурия кузатилади. Сийдикнинг ҳаво аралаш чиқиши ичак-қовуқ оқмаси ёки газ ҳосил қилувчи инфекция борлиги ҳақида ўйлашга ундайди. Физикал текширганда кўп ҳолларда касаллик белгилари кузатилмайди.

Лаборатория маълумотлари.

Агар сурункали цистит сийдик-таносил тизимида оғир бузилишлар билан асоратланмаса, қон таҳлили меъёра бўлади. Сийдик таҳлилида чўкма микроскопия қилинганда меъёридан бир оз ортиқроқ лейкоцитурия, 1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериурия аниқланади. Аёлларда қин даҳлизи ва бачадон бўйинчасидан олинган суртмани микроскопия қилиш зарур.

Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни ва суртмани стерил идишга олиб, музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйрак, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юбориш керак. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

1. Сурункали циститни вагинит, простатит, уретрит ва пиелонефрит каби бошқа инфекцион касалликлардан қиёсий ташхислаш керак. Характерли клиник симптомлари, физикал ва бошқа текширув усуллари тўғри ташхис қўйишга имкон беради.
2. Буйрак ва қовуқ сили сурункали циститдан «стерил» пиурия мавжудлиги билан дифференциалланади.
3. Сурункали циститни синил вагинит, гормонлар етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган уретрит, уретранинг ноинфекцион касалликлари, абактериал простатит, интерстициал цистит, аллергиял цистит, радиацион цистит, химиотерапиядан сўнг ривожланган цистит каби ноинфекцион ҳолатлардан қиёсий ташхислаш лозим.

Даволаш.

Даволашнинг энг муҳим аспектидан бири, касаллик сабабларини аниқлаш ва касалликга олиб келувчи омилларни мувофиқ равишда бартараф этишдир.

Аёлларда жинсий аъзолари инфекцион-яллиғланиш касалликлари аниқланган ҳолларда, даволашни гинеколог билан мувофиқлаштириш керак.

Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади: триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол) ичишга ёки фторхинолонлар.

Резерв: цефалоспоринлар ичишга ёки нитрофурантонн, ёки доксациклин, амоксициллин/клавуланат.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг (дизурия ва оғриқнинг камайиши, умумий аҳволининг яхшиланиши) камайишига асосланган. Антибактериал дориларни буюргандан сўнг 48 соат ўтгач, 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони ҳисобланади. Агар шу давргача 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони бир неча мартаба камайса ва бактериурия йўқолса, даволаш самарали деб ҳисобланади.

Тактика.

Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар аниқланган ёки 48 соатдан сўнг консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда консультация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Сийдик ва қон тақлилининг турғун нормаллашуви. Сийдик таҳлилин бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 2 ой муддатгача қайта текшириб туриш зарур.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Сурункали цистит профилактикаси касаллик сабабларини ва мойиллик яратувчи омилларни аниқлаш ва мувофиқ равишда бартараф этишдан иборатдир.

Болаларда туғма нуқсонлар ва ёки қовуқ-сийдик найи рефлюксининг мавжудлигига шубҳа бўлган ҳолларда тўлиқ урологик текширувлар ўтказиш зарур.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш узоқ муддатли ва тўлиқ санацияга қадар давом эттирилиши лозим.

Аёлларда - жинсий аъзоларидаги инфекция ўчоқлари бартараф этилиш, шахсий гигиена (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари керак.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада аёллар, айниқса қиз болалар, шахсий гигиенаси (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур, чунки симптомсиз бактериурия кўп ҳолларда гигиеник муолажаларни нотўғри ёки нотўлиқ бажараётган шахсларда кузатилади. Жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилиш айниқса муҳимдир.

Жамият даражасидаги профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини ташвиқот қилиш. Ҳавfli гуруҳларни (буйраклар ва сийдик йўллари туғма нуқсонлари, яширин бактериурияси бўлган шахслар ва бошқалар) эрта аниқлаш.

Сурункали цистити бўлган беморлар рсабилитацияси ва уларни диспансерлаш.

Сурункали цистит касаллиги бўлган беморларда касаллик сабабларини бартараф этилгандан сўнг антибактериал дорилар билан даволаш сийдикни ва аёлларда қин ва бачадон бўйинчасидан олинган суртма экмасининг натижаларига асосланган ҳолда микрофлоранинг сезувчанлигига мувофиқ равишда олиб бориш керак.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш мунтазам равишда сийдик таҳлили назорати остида узоқ муддатли ва тўлиқ санацияга қадар давом эттирилиши лозим.

Даволаш самарадорлигини сийдик таҳлили ва аёлларда қин ва бачадон бўйинчасидан олинган суртма натижаларининг динамик ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш зарур.

Сийдикни (аёлларда қин даҳлизидан олинган суртмани) текшириш назорати - 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдоидаги) лейкоцитлар сонини ҳисоблаш ва сийдик чўкмасида бактериялар мавжудлигини аниқлашни 1 ой давомида ҳар 10 кунда 1 мартаба, 3 ой

давомида – ҳар 1 ойда 1 мартаба, сўнгра 1 йил давомида – ҳар 3 ойда 1 мартаба амалга ошириш зарур.

Касаллик клиник белгиларининг, бактериурия ва лейкоцитуриянинг батамом йўқолганидан сўнг бемор 1 йил давомида диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган, лейкоцитурия ва бактериуриянинг йўқолмаган ёки кўпайиб бораётган ҳолларида маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Сурункали цистит касаллиги бўлган беморларда инфекция ўчоқлари, айниқса аёлларда жинсий аъзоларидаги инфекция ўчоқлари баргараф этилиши зарур, шахсий гигиена (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Дренаж трубкалари (цистостомик, уретрал катетер ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

Сурункали цистит касаллиги бўлган беморларни санаторий ва курортларда даволаш антибактериал дорилар билан даволаб бўлгандан ва сийдик йўлларидаги инфекция тўлиқ баргараф этилгандан сўнг амалга оширилиши мумкин.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Ўткир асоратланмаган простатит.

(1 тоифали хизмат)

Тушунча.

Ўткир бактериал простатит – бу простата безининг ўткир носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллигидир.

Ташхислаш, Симптомлари ва белгилари.

Ташхис беморнинг тана ҳароратининг 39-40°C кўтарилиши, думғаза ва оралиқ соҳасида оғриқ, тез-тез сийиш, сийишга кучли чақириқ, никтурия, баъзида миалгия ва артралгия каби характерли шикоятларига асосланган ҳолда қўйилади.

Простата безини тўғри ичак орқали пайпаслаганда кучли оғриқ, шиш ва маҳаллий гипертермия аниқланади. Ўткир простатитда простата безини массаж қилиш таъқиқланади, чунки у бактериемия ёки шокга олиб келиши мумкин. Ўткир простатит одатда ўткир цистит билан бирга кузатилади, бу ҳолда сийдик лойқа бўлади, баъзида макрогематурия аниқланиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида лейкоцитоз ва лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши кузатилади.

Уретрадан олинган суртма микроскопиясида (уретрадан ажралиб чиқётган ажралма мавжуд бўлган ҳолларда) кўп миқдорда лойкоцитлар ва бактериялар аниқланади.

Сийдик таҳлилида кўриш майдонида 400-дан ортиқ лейкоцитуря, 1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериуря, ўзгармаган эритроцитлар аниқланади.

Простата беши суяқлигида кўп миқдорда лейкоцитлар ва бактериялар аниқланиши мумкин.

Лейкоцитуря ва бактериуря аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ўткир простатитда трансуретрал текширувлар ва қовуқни катетерлаш мумкин эмас.

Агар беморда ўткир сийдик тутилиши кузатилаётган бўлса, бу ҳолда қовуқни қов усти соҳаси орқали пункция қилиш керак.

Ультратовушли текширув. Беморни простата беши ва қовуқни ультратовушда текширишга юбориш керак. Простата беши абсцесси ёки сийдик тутилиши кузатилаётган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал тапхислаш.

1. Ўткир пиелонефрит қовуқнинг кучли таъсирланиши билан бирга кечиши мумкин. Простатитда оғрик думғаза соҳасида кузатилади, пиелонефритда эса бел соҳасида. Ўткир простатитда тўғри ичак орқали текширишда аниқланганидан ўзгаришлар ўткир простатитни юқори сийдик йўллари ўткир инфекциясидан осонгина фарқлашга имкон беради.
2. Ўткир простатитни ўткир дивертикулитдан дифференциаллаш зарур. Пухта йиғилган анамнез ва физикал текширувлар одатда бу икки ҳолатни дифференциаллайди.
3. Ўткир гранулематозли простатитни ўткир бактериал простатитдан қиёсий тапхислаш керак. Гранулематозли простатитнинг ўткир эозинофилли варианты анамнезида аллергик ёки бронхиал астмаси бўлган кишиларда кузатилади. Бу ҳолат одатда генерализацияланган васкулитнинг яққол ифодаланган белгилари билан бирга кузатилади. Бу ҳолда тапхис простата бешидан олинган биоптатни гистологик текшириш натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. . .

Даволаш.

Сийдик ва простата беши суяқлиги бактериал экмаларининг натижаларига биноан.

Даволаш амбулатория шароитида олиб борилади (гонорея, трихомониаз ва бошқа специфик яллиғлиниш жараёнлари инкор этилган ҳолларда): фторхинолонлар.

Резерв: триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол).

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг (тана ҳароратининг меъёрга келиши, дизурия ва оғриқнинг камайиши, сийишнинг яхшиланиши) камайишига асосланган. Простата безини тўғри ичак орқали текширганда оғриқ ва шиш камайганлиги аниқланади. Антибактериал дориларни буюргандан қабул қилгандан сўнг 48 соат ўтгач, 1 мл сийдик (ёки простата беzi суяқлиги) таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони ҳисобланади. Агар шу давргача 1 мл сийдик (ёки простата беzi суяқлиги) таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони биъ неча маротаба камайса ва бактериурия йўқолса, даволаш самарали деб ҳисобланади.

Тактика.

Ўткир сийдик тугилиши, простата беzi абсцесси, эпидидимит ёки бектериологик шок ривожланган ҳолларда беморни зудлик билан урологга жўнатиш керак. Асоратланган простатитни консерватив даволаш 48 соат муддат ичида самарасиз бўлган ҳолларда консултация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Сийдик, қон ва простата беzi суяқлиги таҳлилларининг турғун нормаллашуви. Сийдик ва простата беzi суяқлиги таҳлилини бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 4 ой муддатгача қайта текшириб туриш зарур.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Ўткир бактериал простатитнинг самарали профилактикаси – юқорига кўтарилувчи сийдик йўллари инфекциясининг олдини олишдир. Ўткир бактериал простатит бўлган беморларда барча инфекция ўчоқлари бартараф этилиши зарур, беморлар шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишлари керак.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада эркаклар шахсий гигиенаси (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур.

Жамият даражасидаги профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини таъшиқот қилиш.

Стандарт баённома**Сийдик йўллари инфекцияси.****Ўткир орхит.****(1 тоифали хизмат)**Тушунча.

Ўткир орхит – бу мойкнинг носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллигидир. Орхит 20-35% ҳолларда эпидемик паротитдан сўнг учрайди.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Ўткир орхит ташхиси беморнинг ёрғоқдаги оғриқ ва унинг катталашганлиги, тана ҳароратининг 40°C даражагача кўтарилганлиги каби характерли шикоятларига асосланган ҳолда қўйилади.

Объектив текширганда битта ёки иккала мойк катталашган ва кучли оғриқли бўлади. Пайпаслаганда кўп ҳолларда мойк билан мойк ортиғини бир-бирдан ажратиб бўлмайди. Ёрғоқ териси қизаради. Диафаноскопия қилинганда мойк қобиқлари ўткир истисқоси аниқланиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида одатда лейкоцитоз кузатилади.

Сийдик таҳлили ва уретрадан олинган суртма микроскопияси сийдик йўлларидаги инфекцияни аниқлаш учун зарур. Орхит касаллигида кўп ҳолларда сийдик таҳлили ўзгаришларсиз бўлади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ўткир орхитда трансуретрал текширувлар ва қовуқни катетерлаш мумкин эмас.

Ультратовушли текширув. Беморни ёрғоқ аъзолари ультратовушли текширувига юбориш керак. Мойк абсцесси аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

1. Пайпаслаш йўли билан ўткир эпидидимитни ўткир орхитдан осонгина қиёсий ташхислаш мумкин. Пиурия ва уретрадан ажралманинг борлиги, ҳамда ёрғоқ аъзолари ультратовушли текшируви эпидидимитни дифференциал ташхислашга имкон беради.
2. Мойк ва уруғ тизимчаси бураллиши кўпинча ёш болалар ва ўсмирларда учрайди. Мойк буралишининг бошланғич даврида мойк

- ортиги мойкнинг устида пайпасланади. Ультратовушли текширув орхит ташхисини тасдиқлаш ёки истесно қилишга имкон беради.
3. Ёрғоқ жароҳатида мойкнинг посттравматик ёрилиши ва мойкда ўткир қон кетиши кузатилади. Ультратовушли текширув мойк ёрилишидан орхитни қиёсий ташхислашга имкон беради.
 4. Мойк ўсмаларидан ўткир орхитни дифференциаллаш зарур. Мойк ўсмасида ёрғоқ аъзоларни синчиклаб пайпаслаганда оғриқсиз қаттиқ ҳосиланинг борлиги аниқланади. Мойкни ультратовушда текшириш дифференциал ташхислашга имкон беради.

Даволаш.

Бактериал инфекция сабабли ривожланган орхитда антибактериал дорилар буюрилади – доксациклин ёки азитромицин.

Умумий чора-тадбирлар: ётоқ режими, маҳаллий иссиқ ва сусензорий тақийш фойдалидир.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг камайиши (тана ҳароратининг пасайиши, мойкда оғриқ ва шишнинг камайиши) ва умумий аҳволининг яхшиланишига асосланган.

Тактика.

7 кун давомида консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда консултация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Қон ва сийдик таҳлилининг турғун нормаллашуви. Мойкнинг нормал ўлчам ва консистенциясига қайтиши.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Орхит билан асоратланган паротит профилактикасида тепки касаллигига қарши вирусли вакцина жуда самаралидир. Сийдик йўлларида ёки организмнинг бошқа аъзоларида инфекция ўчоқлари мавжуд бўлган ҳолларда уларни даволаш ва бартараф этиш зарур. Орхит касаллиги билан оғриган беморлар шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада эркаклар шахсий гигиенаси ҳақида, ҳамда жинсий йўл билан ўтиши мумкин бўлган инфекция ва сийдик йўллари инфекцияси ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур.

Жамият даражасидаги профилактика.

Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини ташвиқот қилиш.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Ўткир эпидидимит.

(1 тонфали хизмат)

Тушунча.

Ўткир эпидидимит – бу мойк ортигининг носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллигидир.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Ўткир эпидидимит тапхиси беморнинг ёрғоқдаги оғриқ ва унинг уруғ тизимчаси бўйлаб узатилиши, 3-4 соат ичида мойк ортиғи ўлчамларининг катталашishi, тана ҳароратининг 40°C кўтарилиши каби характерли шикоятларига асосланган ҳолда қўйилади. Уретрадан йирингли ажралманинг ажралиши, цистит ёки простатит симптомлари кузатилиши мумкин.

Объектив текширганда ёрғоқ одатда катталашади ва териси қизаради. Ўткир эпидидимитнинг бошланғич даврида катталашган, қаттиқлашган ва оғриқли мойк ортиғини мойкдан фарқлаш мумкин, лекин бир неча соатдан сўнг, мойк ва мойк ортиғи умумий бирикмага айланиб қолади ва уларни бир-биридан ажратиб бўлмайди. Шиш ҳисобига уруғ тизимчаси катталашади, уретрадан ажралма чиқаётганини кузатиш мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида лейкоцитоз ва лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши кузатилади.

Сийдик таҳлили ва уретрадан олинган суртма микроскопияси (уретрадан ажралиб чиқаётган ажралма мавжуд бўлган ҳолларда) сийдик йўлларидаги инфекцияни аниқлаш учун зарур. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус терм.контейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ўткир эпидидимитда трансуретрал текширувлар ва қовуқни катетерлаш мумкин эмас.

Ультратовушли текширув. Беморни ёрғоқ аъзолари ультратовушли текширувига юбориш керак. Мойк ортиғи абсцесси аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

1. Сил эпидидимити – кучли оғриқлар ва тана ҳароратининг юқори кўтарилиши кам ҳолларда кузатилади. Пайпаслаганда мойк ортиғи мойкдан алоҳида фарқланади, «тасбиҳ» симптоми кузатилиши мумкин. Тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда простата

безининг қаттиқлашгани ва уруғ пуфакчаларининг (эпидидимит ривожланган тарафида) катталашгани аниқланади. Ташхис сийдик ёки простата беzi суyoқлиги экмасида сил таёқчаларининг аниқланиши билан тасдиқланади.

2. Мояк ўсмаларидан ўткир эпидидимитни дифференциаллаш зарур. Мояк ўсмасида ёрғoқ аъзоларни синчиклаб пайпаслаганда ўзгармаган мояк ортигидан алоҳида моякдан ўсиб чиққан ҳосиланинг борлиги аниқланади. Ёрғoқ аъзоларини ультратовушда текшириш дифференциал ташхислашга имкон беради.
3. Мояк ва уруғ тизимчаси буралиши кўпинча ўғил болалар ва ўсмирларда учрайди, баъзида катталарда ҳам кузатилиши мумкин. Мояк буралишининг бошланғич даврида мояк ортиғи моякнинг устида пайпасланади. Кейинчалик мояк ва мояк ортиғи катталашади, кучли oғриқли ва қаттиқ консистенцияли бўлади. Ультратовушли текширув эпидидимит ташхисини тасдиқлаш ёки истесно қилишга имкон беради.
4. Ёрғoқ жарохати ўткир эпидидимитнинг клиник кўринишида бўлиши мумкин. Анамнезида жарохатнинг борлиги, пиуриянинг ёки уретрадан ажралманинг йўқлиги қиёсий ташхислашга имкон беради.
5. Орхит – моякнинг яллиғланиши ўткир эпидидимитдан қиёсий ташхисланиш зарур. Орхит одатда паротит (қулоқ олди безлари яллиғланиши) билан бирга кузатилади. Ёрғoқ аъзоларини ультратовушда текшириш дифференциал ташхислашда катта аҳамиятга эга.

Даволаш.

Специфик яллиқланиш жараёни ва бошқалар инкор этилган ҳолларда (гонорей, сил, ўсмалар, абсцесс) доксациклин ёки азитромицин билан бирга грихомонадаларга қарши дорилар буюрилади.

Умумий чора-тадбирлар: ётоқ режими, маҳаллий иссиқ ва суспензорий тақим фойдалидир.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг камайиши (тана ҳароратининг пасайиши, ёрғoқда oғриқ ва шишнинг камайиши) ва умумий аҳволининг яхшиланишига асосланган.

Тактика.

7 кун давомида консерватив даволаш самарасиз бўлган, абсцесс ёки ўсма аниқланган ҳолларда консультация қилиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши. Қон ва сийдик таҳлилининг турғун нормаллашуви. Мояк органининг нормал ўлчам ва консистенциясига қайтиши.

Бемор (индивидуум) даражасидаги профилактика.

Жинсий йўл билан ўтиши мумкин бўлган эпидидимит профилактикаси, сийдик йўллари инфекцияси ва простатитни чақирувчи асосий сабабларни аниқлаш ва бартараф этиш. Эпидидимит касаллиги билан оғриган беморлар шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада эркаклар шахсий гигиенаси ҳақида, ҳамда жинсий йўл билан ўтиши мумкин бўлган инфекция ва сийдик йўллари инфекцияси ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилиши зарур.

Жамият даражасидаги профилактика.

Жинсий йўл билан ўтувчи эпидидимитнинг олдини олиш учун жинсий ҳамроҳларни аниқлаш ва даволаш зарур.

**Эпидидимит бўлган беморлар реабилитацияси
ва уларни диспансерлаш.**

Носпецифик эпидидимит касаллиги бўлган беморларда клиник жихатдан соғайганларидан сўнг антибактериал ва антисептик дорилар билан даволашни, сийдик йўлларида инфекция мавжуд бўлган ҳолларда, давом эттириш зарур.

Даволаш самарадорлигини сийдик таҳлили натижаларининг динамика ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш керак. Сийдикни текшириш назорати - 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сонини ҳисоблаш ва сийдик чўкмасида бактериялар мавжудлигини аниқлаш йўли билан амалга оширилади.

Касаллик клиник белгиларининг, бактериурия ва лейкоцитуриянинг батамом йўқолганидан сўнг бемор 6 ой давомида диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган, касаллик қайталанган ёки лейкоцитурия ва бактериурия йўқолмаган ҳолларда маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Эпидидимит касаллиги бўлган беморларда барча инфекция ўчоқлари бартараф этилиши зарур, шахсий гигиена ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Стандарт баённома

**Сийдик йўллари инфекцияси.
Ўткир асоратланган пиелонефрит.**

(2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Ўткир асоратланган пиелонефрит – буйрак паренхимаси ва косача-жом тизими деворининг ўткир носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллиги бўлиб, у инфекциянинг ривожланиши ва/ёки даволашнинг муваффақиятсиз бўлиши хавфини оширувчи ҳолатлар (сийдик йўлларидаги структур ёки функционал нуқсонлар ёки мавжуд бошқа ёндош касалликлар) билан ассоциацияланади.

Касаллик бир ёки иккала буйракни ҳам шикастлаши мумкин.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Таъхис беморнинг характерли шикоятлари: тана ҳароратининг 38,5-40°C даражагача кўтарилиши, баъзи ҳолларда қалтираш, бел соҳасидаги (бир ёки икки томонлама) доимий оғриқ, баъзан тез-тез сийиш асосида қўйилади. Пайпаслаганда қовурға-умуртқа бурчаги соҳасида оғриқ аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида юқори даражадаги лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида чўкма микроскопия қилинганда кўриш майдонида 400-дан ортиқ лейкоцитурия, 1 мл сийдикда 100000-дан ортиқ бактериурия аниқланади. Касаллик бошланишидан 2-3 кун ўтгач сийдикда донали цилиндрларни аниқлаш мумкин.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юбориш керак.

Тактика.

Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция аниқланган ҳолларда маслаҳат олиш мақсадида беморни урологга юбориш зарур.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса, бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин, бунда симптоматик даволаш шаклида (юракни қувватловчи дорилар, суюқликларни томчилаб қуйиш ва бошқалар) зудлик билан ёрдам кўрсатиш мумкин.

Ўткир асоратланган пиелонефрит бўлган беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

Ўткир асоратланган пиелонефрит бўлган беморларни клиник тузалганидан сўнг мутахассис-уролог тавсиясига биноан антибактериал дориларни бактериологик экманинг натижаларига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда давом эттириш зарур.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш мунтазам равишда сийдик таҳлили назорати остида узоқ муддатли ва тўлиқ санацйяга қадар давом эттирилиши лозим.

Даволаш самарадорлигини сийдик таҳлили натижаларининг динамик ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш зарур.

Сийдикни текшириш назорати - 1 мл сийдик таркибидаги лейкоцитлар сонини ҳисоблаш ва сийдик чўкмасида бактерияларнинг мавжудлигини аниқлашни дастлабки 1 ой давомида ҳафтада 1 мартаба, сўнги 6 ой давомида – ҳар 1 ойда 1 мартаба, ундан кейин 2 йил давомида – ҳар 3 ойда 1 мартаба амалга ошириш зарур.

Касалликнинг клиник белгиларининг, бактериурия ва лейкоцитуриянинг батамом йўқолганидан сўнг бемор 2 йил давомида диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган (туғалланмаган бактериурия, бактериал персистенция ёки реинфекция) ҳолларда маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Ўткир пиелонефрит касаллиги бўлган беморларда инфекция ўчоқлари бартараф этилиши зарур, шахсий гигиена (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Дренаж трубкалари (нефростомик, пиелостомик, цистостомик, уретрал катетер) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак (боғламни алмаштириш, кўрсатмасига қараб ювиб туриш).

Ўткир пиелонефрит билан оғриган беморларни санаторий ва курортларда даволашни антибактериал дорилар билан даволаб бўлгандан ва сийдик йўлларидаги инфекция тўлиқ бартараф этилгандан сўнг 3-6 ой ўтгач амалга ошириш тавсия этилади.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси.

Сурункали пиелонефрит.

(2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Сурункали пиелонефрит – бу буйракларнинг бактериал инфекция туфайли келиб чиқувчи уларнинг паренхимаси ва жомини зарарлантирувчи буйракларнинг сурункали носпецифик тубулоинтерстициал касаллигидир. Сурункали бактериал пиелонефритга буйракнинг қуриши характерли бўлиб, у сийдик йўллари инфекцияси туфайли вужудга келади.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Сурункали бактериал пиелонефритда (СБП) болаларда, баъзан эса катталарда, ўткир инфекция эпизодлари кузатилади. Тана ҳарорати фақат ўткир инфекция мавжуд бўлган ҳоллардагина кўтарилади. Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларда ўткир инфекция кузатилмаса, бундай ҳолларда касалликнинг аниқ белгилари бўлмайди. Сурункали пиелонефрит риножланган ҳолда ва иккинчи буйрак зарарланганда гипертензия, анемия ва азотемия билан боғлиқ бўлган симптомлар кўпилиши мумкин.

Ўткир инфекция кузатилмаса, сурункали пиелонефритга хос физикал ўзгаришлар бўлмайди.

Лаборатория маълумотлари.

Сурункали пиелонефритда ўткир инфекция ёки азотемия бўлмаса қон таҳлили одатдагидай бўлиши мумкин. Сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар буйраклар фаолиятининг бузилиш даражаси ва ўткир инфекциянинг мавжудлигига боғлиқ ҳолда ўзгариши мумкин. Бактериурия (1 мл сийдикда 100000-дан кўпроқ) кузатилган ҳолларда экинч муҳтида микроблар ўсиши мумкин. Касалликнинг босқичига қараб қондаги мочевина ва креатининнинг миқдори одатдагидай ёки юқори бўлиши мумкин.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция ва қовжираган буйракнинг мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширувга юбориш керак.

Дифференциал тахислаш.

1. Ўткир пиелонефрит белгилари (тана ҳароратининг юқори кўтарилиши ва белда оғриқ) бўлмаса, юқори ва пастки сийдик йўллари инфекциясиши бир-биридан қиёслаш анча қийинроқ. Экскретор урография ва ультратовушли текширув натижаларига биноан сурункали пиелонефритда буйракларда характерли чандиқланиш аниқланади, пастки сийдик йўллари инфекциясида эса буйракларнинг кўриниши одатдагидай бўлади.
2. Сурункали пиелонефритни буйракнинг бошқа турдаги сурункали касалликларидан, айниқса аналгетик нефропатиядан дифференциация қилиш керак.
3. Буйрак сили сурункали пиелонефритдан дифференциация қилиниши керак. Сийдик экмаси ва чўкмасида микобактерияларнинг борлиги, экскретор урограмма ва ультратовушли текширувда сил касаллигига хос ўзгаришлар аниқланади.
4. Баъзи бир ҳолларда сурункали пиелонефритни буйрак ўсмалигидан дифференциация қилиш керак. Бунинг учун буйракни

ультравушда текшириш, ангиография ёки компьютерли томография қилиш зарур.

Тактика

Сийдик йўлларида обструкция ва қовжираган буйракнинг мавжудлиги аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

Сурункали пиелонефрит бўлган беморлар клиник тузалганидан сўнг мутахассис-уролог тавсиясига биноан антибактериал дориларни бактериологик экманинг натижаларига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда давом эттириш зарур.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш мунтазам равишда сийдик таҳлили назорати остида узоқ муддатли ва тўлиқ санацияга қадар давом эттирилиши лозим.

Даволаш самардорлигини сийдик таҳлили натижаларининг динамик ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш зарур.

Сийдикни текшириш назорати - 1 мл сийдик таркибидаги лейкоцитлар сонини ҳисоблаш ва сийдик чўкмасида бактерияларнинг мавжудлигини аниқлашни дастлабки 1 ой давомида 15 кунда 1 мартаба, сўнг 6 ой давомида – ҳар 1 ойда 1 мартаба, ундан кейин 2 йил давомида – ҳар 3 ойда 1 мартаба амалга ошириш зарур.

Касалликнинг клиник белгилар, бактериурия ва лейкоцитуриянинг батамом йўқолганидан сўнг бемор 5 йил давомида диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган (тугалланмаган бактериурия, бактериал персистенция ёки реинфекция) ҳолларда маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Сурункали пиелонефрит касаллиги бўлган беморларда инфекция ўчоқлари бартараф этилиши зарур, шахсий гигиена (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Дренаж трубкалари (нефростомик, пиелостомик, цистостомик ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак (боғламни алмаштириш, кўрсатмасига қараб ювиб туриш).

Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларни санаторий ва курортларда даволашни касалликнинг ремиссия даврида амалга ошириш тавсия этилади.

Стандарт баённома

Сийдик йўллари инфекцияси. Буйрак абсцесси (интратенал). (2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Буйрак абсцесси – бу буйрак паренхимасининг чегараланган йирингли емирилиши. Аввалига микроабсцесслар пайдо бўлади, улар катталашishi мумкин ва бир-бири билан бирикканда парда билан чегараланган йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Кортикал ва кортикомедулляр абсцесслар (карбункуллар) фарқ қилинади.

Кортикал абсцесслар, қоидага биноан, буйракнинг қон орқали *Staphylococcus aureus* билан инфекцияланиши оқибатида келиб чиқади.

Кортикомедулляр абсцесснинг пайдо бўлиши сабаби, қоидага биноан, сийдик йўллари обструкцияси туфайли ривожланадиган (сийдик димланиши сабабли) юқорига кўтарилувчи инфекциядир. Энг кўп кузатиладиган этиологик омиллари: *E coli*, *Klebsiella* ёки *Proteus*.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Буйрак абсцессининг клиник белгилари: тана ҳароратининг юқори даражада кўтарилиши, қалтираш, бел соҳасида оғриқ ва қовурғамуртқа бурчагидаги (бел соҳасидаги) мушакларнинг таранглашиши, сколиоз. Сийдининг бузилиши ва сийдик йўлларининг бошқа симптомлари турли даражада намоён бўлади.

Пайпаслаганда қовурғамуртқа бурчагида, қовурғамуртқа ости соҳасида ўзига хос оғриқ аниқланади. Буйракни ҳамма вақт ҳам пайпаслаб бўлмайди.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида одатда лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида лейкоцитурия кўрув майдонида 400-дан ортиқ, 1 мл сийдик таркибида 100000-дан ортиқ бактериялар аниқланади. (Кортикал абсцессларда сийдикнинг лаборатор текширувларида патологик ўзгаришлар аниқланмаслиги ҳам мумкин).

Инструментал текширувлар.

Ультратовуш текшируви. Беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушда текширишга скрининг ташхислаш учун юбориш керак. Сийдик йўлларида обструкция ёки абсцесс аниқланган ҳолларда беморни урологга жўнатиш керак.

Тактика.

Буйракда абсцесс аниқланса, беморни зудлик билан урологга жўнатиш керак.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса, бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин, бунда симптоматик даволаш

шаклида (юрakни қувватловчи дорилар, суюқликларни томчилаб қуйиш ва бошқалар) зудлик билан ёрдам кўрсатиш мумкин.

Стандарт биённома

Сийдик йўллари инфекцияси. Паранефрал абсцесс (паранефрит). (2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Паранефрал абсцесс – бу паранефрал ёғ тўқимасида (буйрак капсуласи ва fascia Gerota ўртасида) йирингли ўчоғнинг пайдо бўлишидир. Паранефрал абсцесс, кўп ҳолларда қоидага биноан, интраренал абсцесснинг паранефрийга ёрилишидан ривожланади. Паранефрал абсцесснинг қўзғатувчилари ҳам худди интраренал абсцесснинг қўзғатувчилари бўлиб ҳисобланади: стафилококклар ва грам-манфий бактериялар, асосан E. coli оиласига ёки Klebsella, Proteus гуруҳига мансуб бактериялар.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Паранефрал абсцесснинг клиник белгилари қуйидагилардир: тана ҳароратининг юқори кўтарилиши, қалтираш, бел соҳасида ёки қовурға-умуртқа туташган соҳада оғриқ, бел соҳасида деформация ва шиш борлиги, терининг қизариши ва сколиоз. Баъзи ҳолларда паранефрал абсцесснинг клиник белгиларининг ёққол намоён бўлмаслиги ва чигаллашганлиги барвақт таъхис қўйишни қийинлаштириши мумкин. Пайпаслаганда бел соҳасида ёки қовурға-умуртқа туташган соҳада оғриқ, баъзи ҳолларда буйрак соҳасида ҳосила борлиги аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида одатда лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ҳар хил даражадаги камқонлик ва эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида кўпгина беморларда пиурия, бактериурия ва протеинурия аниқланади.

Инструментал текширувлар.

Ультратовуш текшируви. Беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушда текширишга жўнатиш керак. Агар паранефрал абсцесс ёки юқори сийдик йўллари обструкцияси аниқланса, беморни мутахассис-урологга жўнатиш зарур.

Тактика.

Агар паранефрал абсцесс аниқланса, беморни зудлик билан мутахассис-урологга жўнатиш зарур. Агар бемор мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса, бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин, бунда симптоматик даволаш шаклида (юрakни қувватловчи дорилар, инфузил суюқликларни венага томчилаб қуйиш ва бошқалар) зудлик билан ёрдам кўрсатиш мумкин.

Стандарт баённома

**Сийдик йўллари инфекцияси.
Сурункали бактериал простатит.
(2 тонфали хизмат)**

Тушунча.

Сурункали бактериал простатит – бу простата безининг носпецифик инфекциян яллиғланиш касаллиги бўлиб, у фақат сурункали простатит синдроми бўлган 5-7% эркакларда учрайди.

Тапхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Сурункали простатитнинг симптомлари турличадир. Баъзи беморларда касаллик симптомларсиз кечади ва охир оқибат тапхис тасодифан аён бўлган симптомсиз бактериурияга асосланган ҳолда қўйилади. Бошқа беморларда ирритатив симптомлар (тез-тез сийиш, сийишга кучли чақириқ, никтурия, узилиб-узилиб сийиш), думғаза ва оралиқ соҳасида оғриқ ёки дискомфорт кузатилади. Қалтираш ва тана ҳароратининг кўтарилиши эса, простата беши сурункали инфекциясининг зўрайиш белгисидир.

Тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда простата беши нормал, оғриқли, қаттиқлашган ёки шишган бўлиши мумкин. Простата беши ичида тошлар мавжуд бўлса, бу ҳолда крепитация аниқланади. Беморларда бошланғич ёки якунловчи гематурия, гемоспермия ёки уретрал ажралмалар аниқланиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Сурункали инфекция зўрайиши бўлмаган ҳолларда қон таҳлилида ўзгаришлар кузатилмайди. Массаж йўли билан олинган простата беши суюқлигини микроскопия қилинганда, унинг таркибида лейкоцитлар миқдорининг ошганлиги (кўриш майдонида 10 ва ундан ортиқ), кўп миқдордаги макрофаглар ва бактериялар аниқланади. Агар касалликка цистит қўшилса, бу ҳолда сийдикнинг ўрта қисмидан олинган намунада пиурия кузатилади.

Материални стерил идишга олиб, 1 мл сийдик ёки простата беши суюқлиги таркибидаги лейкоцитлар ва бактериялар сонини аниқлаш учун микроскопик текшириш керак. Агар лейкоцитлар сонининг кўплиги ва бактерияларнинг мавжудлиги аниқланса, бу ҳолда материални музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термokonтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Беморни простата беши ва қовуқни ультратовушда текширишга юбориш керак. Простата бешида ёки

қовуқда тош борлиги, ёки сурункали простатитга хос белгилар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Тактика.

Бемор мурожаат қилган вақтда, тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш ва ультратовушли текширув натижаларига кўра, сурункали простатитга хос белгилар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Касаллик асоратлари (сийдик тутилиши, простата беши абсцесси, эпидидимит) ривожланган ҳолларда беморни зудлик билан урологга жўнатиш керак.

Сурункали простатити бўлган беморлар реабилитацияси ва уларни диспансерлаш.

Сурункали бактериал простатит касаллиги бўлган беморларда клиник жихатдан соғайганларидан сўнг антибактериал дорилар билан даволашни мутахассис-уролог тавсиясига биноан простата беши суюқлиги экмасининг натижаларига асосланган ҳолда микрофлоранинг сезувчанлигига мувофиқ равишда олиб бориш керак.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш мунтазам равишда ва тўлиқ санацаяга қадар давом эттирилиши лозим.

Даволаш самарадорлигини простата беши суюқлиги таҳлили натижаларининг динамик ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш зарур.

Касаллик клиник белгиларининг, простата беши суюқлиги таркибида лейкоцитлар ва бактерияларнинг батамом йўқолганидан сўнг, бемор I йил давомида диспансер назорати остида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган, простата беши суюқлиги таркибида лейкоцитлар ва бактериялар йўқолмаган ёки кўпайиб бораётган ҳолларда маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Сурункали простатит касаллиги билан оғриган беморларда барча инфекция ўчоқлари бартараф этилиши зарур, улар шахсий гигиена (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт.

Жинсий алоқадан сўнг, касалликнинг қайталаниши кузатиладиган ҳолларда, беморнинг жинсий ҳамроҳини ҳам текшириш ва бемор билан бир вақтда даволаш лозим. Жинсий йўл билан ўтувчи касалликлар аниқланган ҳолларда, иккала жинсий ҳамроҳларни ҳам консултация қилиш мақсадида венерологга юбориш зарур.

Сурункали простатит касаллиги бўлган беморларни санаторий ва курортларда даволаш антибактериал дорилар билан даволаб бўлгандан сўнг ва касалликнинг ремиссия даврида амалга ошириш тавсия этилади.

Стандарт бағнома

Сийдик йўллари инфекцияси. Сурункали абактериал простатит. (2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Сурункали абактериал простатит – бу простата безининг ноинфекцион яллиғланиш касаллиги бўлиб, у номаълум патоген микроблар томонидан чақирилган простатитларнинг энг кўп тарқалган туридир.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Абактериал простатитнинг симптомлари турличадир ва кўн ҳолларда сурункали бактериал простатитнинг симптомларини эслатади. Бироқ абактериал простатит билан оғриган беморларнинг сийдик ва простата беzi суyoқлиги таҳлилида сийдик йўллари инфекциясини тасдиқловчи маълумотлар бўлмайди, ҳамда бактериологик текширувларда простата беziдаги инфекцион кўзгатувчилар аниқланмайди. Эҳтимолдан узоқроқ бўлсада, лекин кўпгина клиницистлар ипонадиларки, абактериал простатитнинг кўзгатувчилари хламидия, уреаплазма ва микоплазмалардир. Бу кўзгатувчилар простата беzi суyoқлигида ҳар доим ҳам аниқланавермайдилар.

Лаборатория маълумотлари.

Простата беzi суyoқлиги таркибида кўриш майдонида 15-дан ортик лейкоцитлар ва ёғ қатламли макрофаглар аниқланади. Простата беzi суyoқлиги таркибида бактериялар аниқлапмайди.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Беморни простата беzi ва қовуқни ультратовушида текширишга юбориш керак. Бу текширувда абактериал простатитга хос ўзгаришлар кузатилмайди.

Дифференциал ташхислаш.

1. Абактериал простатитни простатитларнинг бошқа турларидан дифференциаллаш зарур, асосан сурункали бактериал простатитдан. Сурункали бактериал простатит рецидивланувчи сийдик йўллари инфекцияси билан кечади ва простата беzi суyoқлиги таркибида бактериялар борлиги билан фарқланади.
2. Ирритатив симптомлари бўлган, лекин сийдик ва простата беzi суyoқлигининг бактериологик экмаларида микроблар топилмаган (простатит ва цистит касалликлари бўлмаган) ўрта ва қари ёшдаги эркекларда пухта текширувлар ўтказиб, қовуқ рақини, хусусан *saucer in situ*, интесно қилиш зарур. Бу ҳолда сийдикни цитологик текшириш ва цистоскопия қилиш (биопсия билан) самарали бўлиши мумкин.

Тактика.

Бемор муружаат қилган вақтда, тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш натижаларига кўра, сурункали простатитга хос белгилар аниқланган, ҳамда простата беши суюқлиги таркибида лейкоцитлар сони кўриш майдонида 15-дан ортиқ бўлган, бактериялар эса аниқланмаган ҳолларда маслаҳат олиш мақсадида беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Стандарт баённома

Варикоцеле (2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Варикоцеле – уруғ тизимчаси веналарининг (plexus pampiniformis) варикоз кенгайиши бўлиб, асосан чап томонда ривожланади, баъзи ҳолларда варикоцеле икки томонда ёки фақат сўнг томонда кузатилиши мумкин. Варикоцеле кўпинча 14-15 ёшли ўсмирларда кузатилади.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Варикоцеледа ёрғоқнинг мувофиқ томони катталашгани, унда ноҳуш хисларни сезиш, жисмоний зўриқиш даврида уруғдон ва чов соҳасининг тортишиб оғриши билан намоён бўлади.

Кўздан кечирганда ва/ёки паспалаганда ёрғоқнинг шикастланган томонида уруғ тизимчаси веналарининг тугунсимон кенгайганлиги, кучанганда эса веналарнинг кўпроқ кенгайиши аниқланади. Секин аста уруғдоннинг консистенцияси ва ўлчамлари ўзгаради, хатто у атрофияга учраши мумкин.

Тактика.

Касалликнинг симптомлари ва объектив белгилари мавжуд бўлса, беморни урологга юбориш ёки мутахассисни маслаҳат учун чақириб лозим.

Стандарт баённома

Сийдик тош касаллиги. (2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Сийдик тош касаллиги (СТК) (Urolithiasis, нефролитиаз) – бу кўп этиологик касаллик бўлиб, буйракнинг каналчалари ва коса-жом тизимида сийдикнинг таркибий қисмидан шаклланувчи тошларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

СТК бўлган беморларнинг бел соҳасида (ўнг ёки чап томонида) оғриқ, баъзан буйрак санчиғи, қон сийиш (гематурия) ва оғриқ

хуружидан кейин сийдик билан тошларнинг мустақил чиқиши (калькурия) кузатилади.

Бемор буйрак санчиги хуружи даврида безовталанади, оғриқдап ўзига жой топа олмайди. Пайпаслаганда бел соҳасида мушакларнинг таранглашиши аниқланади, буйрак соҳаси кучли оғриқли бўлади, баъзан катталашган буйрак пайпасланиши мумкин. «Тукиллатиш» симптоми мусбат бўлади.

Сийдик тош касаллигининг асоратлари.

Сийдик тош касаллигининг энг кўп учрайдиган асоратлари сийдик йўллари инфекцияси, ўткир ва сурункали пиелонефритдир.

Сийдик тош касаллигида сийдик йўллари инфекцияси бирламчи инфекция, тугалланмаган бактериурия, рецидив инфекция ва реинфекция шаклида кечиши мумкин.

Ўткир калькулёз пиелонефрит СТК бўлган беморларнинг деярли ярмида учрайди. Унинг клиник кўриниши ўткир пиелонефритнинг клиникасига ўхшайди.

Калькулёз пиелонефроз – рецидив инфекция ёки реинфекция натижасида ривожланувчи буйрак паренхимасининг йирингли емирилишидир.

Калькулёз гидронефроз – жом ёки сийдик найидаги тошлар туфайли ривожланган обструкция оқибатида буйрак-ичи босимининг ошиши ҳисобига косача-жом тизими кенгайиши ва буйрак паренхимасининг турли даражадаги атрофияси кузатилади.

Ўткир буйрак етишмовчилиги – иккала сийдик найига ёки ягона буйракнинг сийдик найига тўсатдан тош тикилиб қолиши натижасида ривожланади. Бу асоратнинг биринчи белгилари сифатида иккала буйрак ёки ягона буйрак соҳасида оғриқ, анурия ва уремиянинг бошқа симптомлари кузатилиши мумкин.

Сурункали буйрак етишмовчилиги – кўпинча буйракларда маржонсимон ёки кўплаб тошлар бўлганда кузатилади. Гомеостазнинг ўзгариши (электролит балансининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилиши, гиперазотемия) сурункали буйрак етишмовчилигининг характерли белгисидир.

Лаборатория маълумотлари.

Сийдик таҳлилида чўкмани микроскопия қилганда ўзгармаган эритроцитлар, турли туз кристаллари аниқланиши мумкин. Агар СТК сийдик йўллари инфекцияси билан асоратланган бўлса, бу ҳолларда сийдик таҳлилида лейкоцитурия ва бактериурия аниқланади.

Ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланган ҳолларда қон таҳлилида азот қолдиқлари (мочевина, креатинин) миқдорининг ошиши кузатилади.

Инструментал текширишлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида тошлар ёки обструкция мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушда текширишга юбориш керак. Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки СТКнинг бошқа асоратлари аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Тактика.

Агар бемор муружаат қилган вақтда буйрак сачиғи хуружи кузатилаётган бўлса, уни бартараф этиш зарур. Буйрак сачиғи хуружи бартараф этилгандан сўнг сийдик йўлларида обструкция сақланиб қолган ёки СТКнинг бошқа асоратлари мавжуд бўлган ҳолларда беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақириш керак.

Сийдик тош касаллиги бўлган беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

Агар сийдик тош касаллиги бўлган беморга мутахассиснинг тавсиясига биноан консерватив (дорилар билан) даволаш буюрилган бўлса, даволашни давом эттириш керак.

Агар беморга сийдик тош касаллиги сабабли маълум бир операция (пиелолитотомия, уретеролитотомия, цистолитотомия, перкутан операциялар ва бошқалар) ўтказилган бўлса, мутахассиснинг тавсиясига биноан, сийдик йўлларида инфекция мавжуд бўлган ҳолларда, сийдикни бактериологик текширувига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда антибактериал дориларни қабул қилишни давом эттириш керак.

Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даволаш тўлиқ санацияга қадар давом эттирилиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган, лейкоцитурия ва бактериуриянинг йўқолмаган ёки аксинча кўпайиб бораётган ҳолларида маслаҳат олиш учун беморни мутахассис-урологга юбориш зарур.

Беморда дренаж трубкалари (нефростомик, цистостомик ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

Сийдик тош касаллиги бўлган беморларда тошнинг мустақил чиқиб кетиши ёки уни консерватив ёки жаррохлик йўли билан бартараф этилиши беморни касалликдан ҳалос этмайди. Кейинги вазифа рецидив тошлар ҳосил бўлишининг олдини олишга қаратилган даволаш тадбирларини ўтказидан иборат.

Беморларни кузатиш ва профилактик даволаш диспансер кузатиш тизимида олиб борилиши лозим. Такрорий текширувларнинг даврийлиги ва ҳажми касаллик характери ва оғирлигига, тош ҳосил бўлиш турига боғлиқ. Беморлар рецидив ҳосил бўлиши хавфи метофилактик чора тадбирларнинг бажарилиши даражаси бир –

бирига тўғри боғлиқлигидан хабардор бўлишлари зарур. Беморларга метафилактик тадбирларни тўлиқ ҳажмда ва муайян вақтда амал қилишликни қатъий тавсия қилмоқ керак.

Бирламчи уролитиаз билан оғриган беморларни диспансеризация қилишда метафилактик тадбирларни ўтказиш даврида агар бемор метафиликта тадбирларига тўлиқ амал қилаётган бўлса, назорат текширувларини ўтказиш учун оптимал муддат 2 ой ҳисобланади; рецидивли уролитиаз билан оғриган беморлар метафиликта тадбирларига тўлиқ амал қилаётган бўлса, бу муддат 4 ой ҳисобланади; бемор метафиликта тадбирларига қисман амал қилаётган бўлса – 36 ой; метафиликта тадбирларига амал қилмаётган бўлса – 48 ой ҳисобланади.

Тош олиб ташлангандан сўнг дастлабки 24 ой ичида беморларни диспансеризацияга алоҳида эътибор бериш зарур, чунки айнан шу давр тошнинг қайта ҳосил бўлиш ҳавфи билан боғлиқ.

Диспансер кузатуви жараёнида рецидив тош ёки сийдик тош касаллиги қайталанишининг ишончли белгилари аниқланган ҳолларда мақсадга қаратилган даволаш тадбирларини амалга ошириш лозим.

Тош ҳосил бўлиши рецидивининг профилактикаси бўйича тавсиялар.

АМУНИЙ ТАВСИЯЛАР.

1. Тош ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган ҳанфли тапқчи омилларни баргараф этиш.
2. Сутка мобайнидаги сийдикнинг миқдорини 2 литр ва ундан ошиқ бўлишини таъминлаш мақсадида, истеъмол қилинаётган суюқликлар ҳажмини ошириш.
3. Харакатчан ҳаёт тарзи мақсадга мувофиқдир: эрталабки бадантарбия, сайр қилиш ва бошқалар.
4. Организмнинг суюқлик йўқотишидан сақланиш: узоқ муддат давомида қуёш нурлари остида, саунада, жуда иссиқ иситилган хоналарда бўлиш, сийдик ҳайдовчи дори воситаларини истеъмол қилиш.

Рентгенструктур таҳлилида сийдик кислотали тош аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар

(урицит/сийдик кислотаси, сийдик кислотаси моно- ёки дигидрати, калий/натрий/аммоний урати).

1. Пархез – турлича (аралаш), лекин урат тошларининг ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган пуринларга бой озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак:

- гўшт, гўшт маҳсулотлари;
- жигар, ўпқа, тил, буйрак, мия;

- парранда гўшти;
 - балиқ;
 - қайнатма қуруқ шўрва, холодец;
 - қўзиқоринлар (оқ, шампиньон ва бопқалар);
 - спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш (истисно қилиш).
2. Дорилар билан даволаш:
- аллюрурикол (милурит, цилурик) табл. 0,1г (дозаси индивидуал белгиланади);
 - этамид 35 мг, сутка мобайнида 2 таблеткадан 4 мартаба – 14 кун давомида, сўнг 7 кун танаффус ва, яна 1 курс даволаш – 7кун давомида;
 - сийдик рН муҳитини 6,3-6,8 чегараларида коррекция (ишқорийлаштириш) қилиш (магурлит, блеморен, солуран, солимок, уролит-У - дозаси индивидуал белгиланади);
 - цитратли препаратлар, натрий гидркарбонати (ош содаси) – кукун – 0,5г (дозаси ва қабул қилиш вақти индивидуал белгиланади);
 - уродан – кун мобайнида 1 чой қошиқдан 100 мл қайнатилган сувда эритиб 4 мартаба ичилади – 30 кун;
 - сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Рентгенструктур таҳлилида кальций оксалат ёки кальций фосфат тошлари аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар (вевеллит, вевделлит, апатит, брушит, витлокит).

1. Пархез – турлича (аралаш), лскин молда алмашувини бузиши ва тошларининг ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган озиқ-овқат махсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак:

- ҳайвон оқсиллари (гўнг, гўнг махсулотлари);
- таркибида кальций миқдори кўн бўлган (сут ва сут махсулотлари, баргли сабзавотлар);
- оксидлиги бой бўлган (шпинат, ронч, какао, ёнғоқ, чой);
- уратларга бой бўлган (жигар, буйрак, парранда териси, сельдь, сардина, шпрот);
- таркибида витамин С (аскорбин кислотаси) миқдори кўп бўлган;
- клетчаткага бой бўлган махсулотларни истеъмол қилишни кўпайтириш.

2. Дорилар билан даволаш:

- гипотиазид (табл), 0,025г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 2 мартаба – 7 кун давомида, сўнг 3 кун танаффус ва шу тариқа;
- пиридоксин (Вит В6) (табл), 0,01г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 3 мартаба;
- тиамин хлорид (Вит В1) (табл), 0,002г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 3 мартаба;

- магний окиси (куйдирилган магнезия) 0,5 г, кукун ёки таблетка, сутка мобайнида 0,5-1,0 г 3 марта овуқатлангандан сўнг;
- аллопуринол (табл), 0,1г -дозаси индивидуал белгиланади - сутка мобайнида 1 таблеткадан 1-2 марта овуқатланган узоқ муддат давомида;
- альмагель - кун мобайнида 1-2 чой қошиқдан 4 марта овуқатланишдан ярим соат олдин ичилади, 30-40 кунли курслар билан;
- сийдик рН муҳитини 6,4-6,8 чегараларида коррекция қилиш (магурлит, блеморен, солуран, солимок, уролит-У - дозаси индивидуал белгиланади);
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Рентгенструктур таҳлилида инфекцияли тошлар аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар (струвит, карбонатапатит, шерттерлит).

1. Пархез – турлича (аралаш), лекин истеъмол қилиниши чеклаш зарур бўлган озиқ-овқат махсулотлари:

- сут ва сут махсулотлари;
- ўткир, таъсирловчи таомлар;
- ширинликлар;
- цитрус ўсимликлари;
- спиртли ичимликлар.

2. Медикаментоз даволаш:

- антибактериал дорилар;
- сийдик рН муҳитини 5,8-6,2 чегараларида коррекция қилиш (L-метионин, сутка мобайнида 1-2 граммдан 4-5 марта овуқатланган; аммоний хлориди, сутка мобайнида 2-3 граммдан 4-5 марта овуқатланган);
- фитолизин - кун мобайнида 1 чой қошиқдан 100 мл ширинлаштирилган сувда эритиб 3 марта овуқатлангандан сўнг ичилади;
- марелин (марена красильная экстракти) табл., 0,25г, сутка мобайнида 2-3 таблеткадан 3 марта овуқатланган – 30 кун мобайнида;
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Рентгенструктур таҳлилида цистин тоши аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар (цистин).

1. Пархез – турлича (аралаш), озиқ-овқат махсулотлари чегараланмайди.

2. Дорилар билан даволаш:

- D-пенициллинамин (купринил) (дозаси индивидуал белгиланади) доимий;
- аскорбин кислотаси (витамин С) кўп миқдорда;

- сийдик рН муҳитини 7,0-7,5 чегараларида коррекция қилиш (магурлит, блеморен, солуран, солимок, уролит-У, натрий гидрокарбонати - дозаси индивидуал белгиланади);
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси.

Рентгенструктур таҳлилида аралаш тошлар аниқланган беморлар учун махсус тавсиялар.

1. Пархез – турлича (аралаш), лекин устун келувчи минерал алмашувининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган озиқ-овқат махсулотларини истеъмол қилишни чеклаш керак:

- ҳайвон оқсиллари (гўшт, гўшт махсулотлари);
- таркибида кальций миқдори кўп бўлган (сут ва сут махсулотлари, баргли сабзавотлар);
- оксалатга бой бўлган (шпинат, ровеч, какао, ёнғоқ, чой);
- уратларга бой бўлган (жигар, буйрак, парранда териси, сельдь, сардина, шпрот);
- таркибида витамин С (аскорбин кислотаси) миқдори кўп бўлган;
- клетчаткага бой цитрусли ўсимликлар;
- спиртли ичимликлар.

2. Дорилар билан даволаш:

- гипотиазид (табл), 0,025г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 2 маротаба – 7 кун давомида, сўнг 3 кун танаффус ва шу тариқа;
- пиридоксин (Вит В6) (табл), 0,01г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 3 маротаба;
- тиамин хлорид (Вит В1) (табл), 0,002г, сутка мобайнида 1 таблеткадан 3 маротаба;
- магний окиси (қуйдирилган магнезия) 0,5 г, кукун ёки таблетка, сутка мобайнида 0,5-1,0 г 3 маротаба овқатлангандан сўнг;
- аллопуринол (табл), 0,1г -дозаси индивидуал белгиланади - сутка мобайнида 1 таблеткадан 1-2 маротаба узоқ муддат давомида;
- альмагель - кун мобайнида 1-2 чой қошиқдан 4 маротаба овқатланишдан ярим соат олдин ичилади, 30-40 кунли курслар билан;
- сийдик рН муҳитини 6,2-6,8 чегараларида коррекция қилиш (магурлит, блеморен, солуран, солимок, уролит-У, натрий гидрокарбонати - дозаси индивидуал белгиланади);
- сийдик ҳайдовчи ўтлар дамламаси;
- антибактериал дорилар.

Стандарт баённома

Простата беzi ҳавфсиз гиперплазияси.

(простата беzi аденомаси).

(2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Простата беzi аденомаси ёки простата беzi ҳавфсиз гиперплазияси (ПБХГ) – бу простата безининг ҳавфсиз ўсмаси бўлиб, 40-50 ёшдан катта эркакларда учрайди.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

ПБХГ бўлган беморларда пастки сийдик йўллари симптомлари кузатилади. Бунда сийишнинг бузилиши симптомлари, яъни обструктив симптомлар (қийналиб сийиш, сийишнинг секинлашиши, сийдик оқимининг сусланиши, сийдикнинг узилиб-узилиб тушиши, сийдикнинг тугилиши, томчилаб сийиш) ва сийдикни тутиб туришнинг бузилиши симптомлари, яъни ирритатив (таъсирланиш) симптомлар (тез-тез сийиш, пиктурия, императив чақирик, сийдикни тута олмаслик) фарқланади.

Қовуқни пайпаслаганда, қовуқда кўп миқдорда сийдик бўлса, унинг катталашганлиги ёки оғриқ аниқланиши мумкин.

Тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда простата безининг катталашганлиги, консистенциясининг зичлашганлиги, юзаси текис, бўлаклараро эгатчасининг текисланганлиги аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Сийдик таҳлилида сийдик йўлларига инфекция қўшилган ҳолларда сийдик чўкмасида лейкоцитурия - кўриш майдонида 400-дан кўлиги, бактериурия - 1 мл сийдикда 100000-дан кўлиги аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовуш текшируви. Беморни буйрақлар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширишга юбориш керак. Простата безининг катталашганлиги, сийдик йўлларида обструкция ёки қовуқда қолдиқ сийдик борлиги аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Тактика.

Обструктив ва ирритатив симптомлар мавжуд бўлган, ҳамда тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда простата безининг катталашганлиги аниқланган ҳолларда беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақиритиш керак.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда пайпаслаганда қовуқнинг катталашганлиги аниқланса, сийишга чақирик бўла туриб, бемор мустақил сия олмаётган бўлса, бу ҳолда қовуқни стерил эластик катетер билан катетерлаб, сийдикни чиқариб ташлагандан сўнг беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

Агар простата беши ҳавфсиз гиперплазияси бўлган беморга мутахассиснинг тавсиясига биноан консерватив (дорилар билан) даволаш буюрилган бўлса, даволашни давом эттириш керак.

Агар беморга простата беши ҳавфсиз гиперплазияси трансуретрал резекцияси операцияси қилинган бўлса, мутахассиснинг тавсиясига биноан, қон тўхтатувчи дориларни қабул қилишни давом эттириши керак, инфекция мавжуд бўлса - сийдикни бактериологик текширувига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда антибактериал дорилар буюрилади.

Агар беморга анъанавий аденомэктомия қилинган бўлса, мутахассиснинг тавсиясига биноан, инфекция мавжуд бўлса - сийдикнинг бактериологик текширувига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда антибактериал дориларни қабул қилишни давом эттириш керак.

Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даволаш тўлиқ санацияга қадар давом этирилиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган, лейкоцитурия ва бактериуриянинг йўқолмаган ёки аксинча кўпайиб борётган ҳолларида, сийдикнинг бузилиши белгилари ёки бошқа симптомлар пайдо бўлган ҳолларда маслаҳат олиш учун беморни мутахассис-урологга юбориш зарур.

Беморда дренаж трубкалари (цистостомик, уретрал катетер) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

Простата беши ҳавфсиз гиперплазияси бўлган беморлар оператив даволашдан кейин диспансер кузатувида 2 йил давомида бўлишлари керак.

Стандарт баённома

**Простата беши раки.
(2 тоифали хизмат)**

Тушунча.

Простата беши раки – бу простата безининг ҳавfli ўсмаси бўлиб, ҳамма ёшдаги эркакларда учрайди. Ёш улғайиши билан простата беши ракининг учраши ҳам кўпайиб боради.

Таъхислаш. Симптомлари ва белгилари.

Простата беши раки кўпинча безнинг периферик зонасида ривожланади. Шунинг учун бошланғич босқичларида ҳеч қандай симптомлари намён бўлмайди, ўсманинг катталишишига қараб уретранинг бўшлиғи сиқилади, бунинг натижасида сийиш бузилишининг обструктив симптомлари пайдо бўлади.

Кўпгина беморларда простата беши ракининг симптомлари ва белгилари бошқа аъзолардаги метастазлари билан боғлиқ бўлиши

мумкин (суякларда оғриқ, озип, камқонлик, нафас олишнинг қийинлашиши, сийдик найларининг обструкцияси, азотемия ва бошқалар).

Простата безини бармоқ билан ректал текширганда қарийиб 70% ҳолларда якка ёки кўп миқдордаги тугунлар пайпасланади, тугунлар қаттиқ, баъзан уруғ пуфакчаларига ўсиб кирганлиги ёки ён чегараларининг йўқлиги аниқланади.

Агар простата бези раки туфайли сийдик тугилиши кузатилса, бу ҳолларда пайпаслаганда, сийдик билан тўлганлиги сабабли, қовуқнинг катталашганлиги, ҳамда қов усти соҳасида оғриқ аниқланади.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида узоқ муддат давомида ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Сийдик таҳлилида сийдик йўлларида инфекция қўшилган ҳолларда сийдик чўкмасида лейкоцитурия - кўриш майдонида 400-дан кўплиги, бактериурия - 1 мл сийдикда 100000-дан кўплиги аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Простата бези суяқлигининг суртмасида атипик хужайраларнинг мавжудлигига текширилади.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушли текширишга юбориш керак. Простата безининг катталашганлиги, сийдик йўлларида обструкция ёки қовуқда қолдиқ сийдик борлиги аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Тактика.

Сийишнинг бузилиши симптомлари ёки метастаз симптомлари мавжуд бўлган, ҳамда тўғри ичак орқали бармоқ билан текширганда простата безида якка ёки кўплаб қаттиқ тугунлар аниқланган ҳолларда беморни урологга ёки онкоурологга жўнатиш, ёки мутахассисни консультацияга чақириш керак.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда пайпаслаганда қовуқнинг катталашганлиги аниқланса, сийишга чақириқ бўла туриб, бемор мустақил сий олмаётган бўлса, бу ҳолда қовуқни стерил эластик катетер билан катетерлаб, сийдикни чиқариб ташлагандан сўнг беморни мутахассис-урологга ёки онкоурологга жўнатиш керак.

Беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

Агар простата бези раки бўлган беморга мутахассиснинг тавсиясига биноан гормонал терапия буюрилган бўлса, даволашни давом эттириш керак.

Агар беморга жаррохлик даволашдан кейин, мутахассиснинг тавсиясига биноан, кимёвий ёки нур билан даволаш буюрилган бўлса, бу даволашнинг бажарилишини назорат қилиш керак.

Бошқа аъзоларда метастазлар борлигини аниқлаш мақсадида беморни ҳар 3 ойда бир мартаба ультратовуш ва рентген текширувларига жўнатиш керак.

Бошқа аъзоларда метастазлар аниқланса, беморни онкоурологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақириш керак.

Агар беморда операция қилиб бўлмайдиган простата беши раки бўлса, ҳамда мутахассис тавсиясига биноан полиатив ва симптоматик даволаш буюрилган бўлса, бу даволашнинг бажарилишини назорат қилиш керак.

Беморда дренаж трубкалари (цистостомик, уретрал катетер) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

Простата беши раки бўлган беморлар диспансер кузатувида 5-10 йил давомида бўлишлари керак.

Стандарт баённома

Сийдик тош касаллиги. Буйрак санчиғи.

(2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Сийдик тош касаллиги (СТК) (Urolithiasis, нефролитиаз) – бу кўп этиологик касаллик бўлиб, буйракнинг каналчалари ва коса-жом тизимида сийдикнинг таркибий қисмидан шаклланувчи тошларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

Ташхислаш. Симптомлари ва белгилари.

СТК ташхиси беморнинг бел соҳасидаги (ўнг ёки чап томонида) оғриқ, баъзан буйрак санчиғи, қон сийиш (гематурия) ва оғриқ хуружидан кейин сийдик билан тошларнинг мустақил чиқиши (калькурия) каби ўзига хос шикоятлари ва анамнезига асосланиб қўйилади. Бемор буйрак санчиғи хуружи даврида безовталанади, оғриқдан ўзига жой топа олмайди.

Пайпаслаганда бел соҳасида мушакларнинг таранглашиши аниқланади, буйрак соҳаси кучли оғриқли бўлади, баъзан катталашган буйрак пайпасланиши мумкин. «Тукиллатип» симптоми мусбат бўлади.

Лаборатория маълумотлари.

СТКда сийдик йўлларида ўткир инфекция ёки азотемия бўлмаган ҳолларда қон таҳлилида ўзгаришлар бўлмайди. Сийдик таҳлилида чўкмани микроскопия қилганда ўзгармаган эритроцитлар, турли туз кристаллари аниқланиши мумкин. Агар нефролитиаз инфекция туфайли ривожланган бўлса ёки СТК сийдик йўллари инфекцияси билан асоратланган бўлса, бу ҳолларда сийдик таҳлилида лейкоцитлар

сони кўриш майдонида 400-дан ортиқ, 1 мл сийдик таркибида бактериялар сони 100000-дан ортиқ экашлиги аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида тошлар ёки обструкция мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультратовушда текширишга юбориш керак. Сийдик йўлларида тошлар ёки обструкция аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

1. Ўнг томонлама буйрак санцигини ўткир аппендицит билан қиёсий ташхислаш керак. Ўткир аппендицитда оғриқ эпигастрал соҳада, киндик атрофида ёки ўнг ёнбош соҳасида жойлашиши мумкин. Қорин пардасининг таъсирланиши симптомлари мусбат бўлади. Ультратовушли текширувда буйраклар ва сийдик найларида обструкция аниқланмайди.
2. Ўткир холіцистит ўнг қовурға ости соҳасида ўткир оғриқ чақиради, оғриқ тўсатдан пайдо бўлади, ўнг умров усти чуқурчаси ва ўнг куракка тарқалади. Оғриқ, қоидага биноан, пархезни бузгандан сўнг пайдо бўлади, баъзан кўзнинг оқида ва терида сарғайиш кузатилади. Пайпаслаганда қориннинг ўнг томонида мушакларнинг таранглашиши аниқланади, ўт халта катталашган, оғриқли бўлади. Ультратовушли текширувда ўт халта катталашган, ўт йўллари кенгайган, ўт халтада ёки йўлларида тош аниқланиши мумкин.
3. Ошқозон ёки 12 бармоқли ичакнинг тешилган яра касаллигида эпигастрал соҳада кучли «ханжар тиққандай» оғриқ намоён бўлади, бу оғриқлар яра тешилганда тўсатдан пайдо бўлади, кейин перитонит клиникаси кузатилади. Бемор қимирламай ётади, қорин девори тахтадек таранглашган бўлади. Қоринни перкуссия қилганда жигар усти соҳасида тўмтоқ товуш ўрнига тимпаник товуш аниқланади. Рентген текширувида қорин бўшлиғида ўроқ шаклидаги эркин газ аниқланади.
4. Ўткир панкреатит эпигастрал соҳада кучли оғриқ билан намоён бўлади, оғриқ умуртқага тарқалувчи, белбоғга боғловчи хусусиятига эга бўлади. Перитонит белгилари кузатилади, қонда ва сийдикда диастазанинг миқдори ошади.
5. Бачадондан ташқарида ҳомиладорлик қориннинг пастки қисмида доимий оғриқ, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари

билан характерланади. Ички қон кетиш белгилари кузатилади.

Даволаш.

Буйрак санчиги хуружини бартараф этишни тапани иситувчи муолажалар (грелка, иссиқ ванна) билан биргаликда инъекция шаклидаги оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши дорилардан (баралгин, омнопон ёки промедол ва бошқалар) бошлаш керак.

Буйрак санчиги хуружининг бартараф этилганлигини баҳолаш.

Оғриқнинг камайиши ва бемор аҳволининг яхшиланишига асосланган.

Тактика.

Буйрак санчиги хуружи бартараф этилгандан сўнг сийдик йўлларида обструкция сақланиб қолган ёки буйрак санчиги хуружини тўхтатиш самарасиз бўлган ҳолларда беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақириш керак.

Буйрак санчиги хуружининг бартараф этилганлиги мезонлари.

Буйрак санчиги клиник белгиларнинг бутунлай йўқолиши. Ультратовушли текширув натижаларига асосан юқори сийдик йўлларида обструкциянинг камайиши ёки йўқолиши.

Буйрак санчигини бемор (индивидуум) даражасида профилактикаси.

Сийдик йўллари обструкциясини чақирувчи омиллар (тошлар, ўсмалар, тарайишлар, қон laxталари, шиллиқ ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда буйрак санчигининг келиб чиқиши ҳавфи ори даражада бўлади. Шунинг учун обструкцияга сабаб бўлувчи касалликлар ва ҳолатларни барвақт ташхислаш (тўлиқ урологик текшириш) зарур. Агар бемор сийдик тош касаллиги билан хасталанган бўлса (буйрагида ёки сийдик найида тош бўлса), у оғир меҳнат қилишдан, силкиниб юришдан, спорт машғулотларидан ўзини сақлаши керак.

Оила даражасидаги профилактика.

Болалар кўп ҳаракатчан бўлганликлари сабабли уларда буйрак санчигининг келиб чиқиши ҳавфи юқори. Оилада болаларнинг бел соҳасида хуружсимон оғриқлар пайдо бўлса, уларни сийдик йўлларида тошлар ва обструкция борлигини аниқлаш мақсадида текшириш керак.

Стандарт баённома

**Гематурия.
(2 тоифали хизмат)**

Тўшунча.

Гематурия – сийдикда қон (эритроцитлар) борлиги.

Аниқлаш.

Гематурия беморнинг сийдигида қон борлиги, бел соҳасининг ўнг ёки чап томонида оғриқ борлиги ҳақидаги ўзига хос шикоятлари ва

анамнезига асосланиб аниқланади, айрим ҳолларда огриқсиз гематурия ҳам кузатилиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Гематурияда сийдик чўкмасини микроскопия қилганда ўзгармаган эритроцитлар аниқланади. Макроскопик ва микроскопик гематурия фарқланади.

Қон таҳлили меъёрда бўлиши мумкин, кўп қон йўқотилганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг камайиши кузатилади.

Инструментал текширувлар.

Уретроцистоскопия. Гематуриянинг манбаини аниқлаш мақсадида беморни уретроцистоскопияга жўнатиш керак.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки буйраги, қовуғи ва простата безида ўсмалар мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари ва қовуқни ультраговушда текширишга юбориш керак. Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки буйраги, қовуғи ва простата безида ўсмалар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал таъхислаш.

Гематурияни ТУР синдромида, захарланишда, мос келмайдиган қон қуйилганда, тана юзасининг катта қисми куйганида, баъзи қон касалликларида учрайдиган гемоглобинуриядан фарқлаш зарур. Гемоглобинурияда сийдикни ўтувчи ёруғлик нурида қаралганда сийдик қизил рангга бўялган, лекин тиниқ бўлади, микроскопия текширувида унда эритроцитлар аниқланмайди.

Миоглобинурия – сийдикда қизил-қўнғир рангли пигментнинг йиғилиши ҳисобига сийдик қизил-қўнғир рангга бўялади. Миоглобинурия зилзилалар ва харбий ҳаракатлар вақтида рўй берадиган кўп миқдордаги мушакларнинг эзилиши оқибатида кузатилади. Микроскопия текширувида сийдикда қизил-қўнғир рангли пигмент - миоглобин аниқланади.

Қизил лавлаги ёки фенолфталеин истеъмол қилинганда ҳам сийдик қизил рангга бўялиши мумкин.

Даволаш.

Этиопатогенетик даволанади, яъни даволашни гематурияни келтириб чиқарган сабабларни (сийдик йўллари яллиғланиши касалликлари, сийдик йўлларидаги ҳавфсиз ёки ҳавfli ўсмалар, сил, нефроптоз, некротик папиллит, сийдик тош касаллиги, гидронефроз, поликистоз ва бошқалар) йўқотишдан бошлаш керак.

Сийдик йўллари инфекциясида даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Касаллик клиник белгиларининг камайиши ва йўқолишига асосланган.

Сийдик йўллари инфекциясидан соғайиш мезонлари.

Касаллик клиник кўринишларининг батамом йўқолиши. Қон ва сийдик таҳлилининг турғун меъёрига келиши.

Тактика.

Гематурия сабаби аниқлангандан сўнг (сийдик йўлларидаги ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмалар, сил, нефроптоз, некротик папиллит, сийдик тош касаллиги ва бошқалар) беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни консултацияга чақириш керак.

Гематурияни бемор (индивидуум) даражасидаги профилактикаси.

Сийдик йўллари инфекцияси ва обструкциясини чақирувчи омиллар (тошлар, ўсмалар ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда гематуриянинг келиб чиқиши ҳавфи юқори даражада бўлади. Шунинг учун гематурияга сабаб бўлувчи касалликлар ва ҳолатларни барвақт ташхислаш (тўлиқ урологик текшириш) ва бартараф этиш, ҳамда беморларни ҳар йили диспансерлаш зарур.

Оила даражасидаги профилактика.

Оилада ҳавфли гуруҳларни (буйракларнинг туғма нуқсонлари, нефроптоз, буйрак сили ва бошқалар) барвақт аниқлашга йўналтирилган тушунтириш ишларини олиб бориш керак.

Стандарт байнома

Пастки сийдик йўллари симптомлари (ПСЙС).

(2 тоифали хизмат)

Тушунча.

Пастки сийдик йўллари симптомлари (ПСЙС) - сийишнинг бузилиши (обструктив симптомлар) ва ёки сийдикни тугиб туришнинг бузилиши (ирритатив симптомлар) симптомларининг уйғунлашиб келиши тушунилади.

Обструктив симптомлар сийдик оқимининг пасайиши, қийналиб сийиш, кучаниб сийиш, сийиш муддатининг кўнайиши, сийдикнинг узилиб-узилиб тушиши, сийиш охирида сийдикнинг томчилаб ажралиши, қовуқнинг охиригача бўшамаслиги, сийдикнинг ўткир тугилиши, парадоксал сийдик тугилишидан иборат.

Ирритатив симптомлар кам миқдорда тез-тез сийиш, тўсатдан пайдо бўлувчи сийишга кучли чақириқ, сийдикни императив тута олмаслик, никтуриядан иборат.

ПСЙС сийдик йўллари инфекциясида, простата безининг (простата беzi ҳавфсиз гиперплазияси ва раки, простатит), қовуқнинг (ўсмалар, тошлар ва бошқалар) ва уретранинг касалликларида (торайишлар, жарохатлар, ўсмалар ва бошқалар), сийдик найларининг қовуқ олди ёки интрамурал қисмининг тошларида кузатилади.

ПСЙС марказий нерв системасининг касалликларида (бош ёки орқа мия ўсмалари, бош мия қон томирлари касалликлари, орқа мия

шикастланиши ва бошқалар), рефлектор функционал бузилишларда (оралиқ соҳасида, тўғри ичакда, аёллар жинсий аъзоларида бажарилган операциялардан кейин, оралиқ, чаноқ ва оёқ травмаларида), дорилар билан захарланишда (масалан, атропин қаторидаги дорилар) ҳам кузатилиши мумкин.

Сийишнинг бузилиши симптомларининг келиб чиқиш механизми инфравезикал обструкция, детрузор контрактиллигининг пасайиши ёки детрузорнинг гипоактивлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Сийдикни тутиб туришнинг бузилиши симптомларининг келиб чиқиш механизми детрузорнинг ностабиллиги ва инфравезикал обструкция билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Аниқлаш.

ПСЙС беморнинг шикоятларини синчиклаб сўраш ва анамнезини пухта йиғишга асосланган ҳолда аниқланади. Касаллик симптомларини сийиш кундалиги, ҳаёт сифати (BS) ва симптомларни жамъий баҳолаш Халқаро тизимини (I-PSS) қўллаган ҳолда миқдорий баҳолаш зарур. Физикал текшириш ПСЙСнинг келиб чиқишига сабаб бўлган касалликни аниқлашга имкон беради.

Масалан, қовуқни пайпаслаганда кўн миқдорда сийдик бўлса, қовуқнинг катталашганлиги ва оғриқ аниқланиши мумкин.

Простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текириганда простата безининг ҳавфсиз гиперплазияси, раки ёки простатитнинг белгилари аниқланиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида одатда ўзгаришлар бўлмайди. Сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланган ҳолларда қон таҳлилида азот қолдиқлари (мочевина, креатинин) миқдорининг ошиши кузатилади.

Сийдик йўллари инфекциясида сийдик таҳлилида лейкоцитлар сони кўриш майдониди 400-дан ортиқ, 1 мл сийдик таркибида бактериялар сони 100000-дан ортиқ эканлиги аниқланади, сийдик йўллари ўсмалари, тошлари ва травмаларида эса, макро ёки микрогематурия кузатилади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда, сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар ёки ўсмалар мавжудлигини, ҳамда қовуқда қолдиқ сийдикнинг борлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклар, сийдик найлари, қовуқ ва простата безини ультратовушда текширишга юбориш керак. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ёки қолдиқ сийдик аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал ташхислаш.

Сийдик тутилишини ануриядан фарқлаш зарур. Анурияда сийишга чақириқ бўлмайди ва қовуқда сийдик бўлмайди.

Ўтқир сийдик тутилиши тўсатдан ривожланади, сийишга чақириқ бўла туриб, бемор сия олмаслиги билан характерланади, қовуқ ёки қов усти соҳасида оғриқлар билан бирга кечади, шу билан бир вақтда қовуқ тўла бўлади.

Сурункали сийдик тутилиши аста-секин ривожланади, сийишнинг қисман сақланганлиги, қовуқда қолдиқ сийдикнинг борлиги, сийишга чақириқнинг сақланганлиги билан характерланади.

Анамнез, қовуқни пайпаслаш ва сийдик йўллари ультратовушда текшириш сийдик тутилишини ануриядан осонгина қиёсий ташхислашга имкон беради.

Даволаш.

Пастки сийдик йўллари симптомлари бўлган беморларни даволаш принциплари асосий касалликни бартараф этишга асосланган.

Сийдик йўллари инфекцияси бўлган ҳолларда антибактериал терапия ўтказилади.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда пайпаслаганда қовуқнинг катталашганлиги аниқланса, сийишга чақириқ бўла туриб, бемор мустақил сия олмаётган бўлса, бу ҳолда қовуқни стерил эластик катетер билан катетерлаб, сийдикни чиқариб ташлагандан сўнг беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Стандарт баённома

**Анурия. Олигурия.
(2 тоифали хизмат)**

Тушунча.

Анурия – қовуқда сийдикнинг йўқлиги. Клиник амалиётда «анурия» тушунчаси - бу шундай ҳолатки, қачонки бир сутка мобайнида қовуққа 100 миллилитргача сийдик тушади. Анурия бир қатор касалликларнинг ҳавfli симптоми бўлиб, у асосан буйрак етишмовчилигининг клиник белгисидир.

Ануриянинг аренал, преренал, ренал (секретор) ва постренал (эксретор, обтурацион) турлари фарқланади.

Аренал анурия чақалоқларда буйрак агенезиясида ёки ягона буйракни операция пайтида олиб ташлаш натижасида кузатилади.

Преренал анурия кўпинча буйракка старли миқдорда қон келмаслиги (шок, коллапс, юрак етишмовчилиги) ёки қон келишининг бутунлай тўхташи (аорта, пастки ғовак венаси, буйрак артериялари ва веналари тромбози), ҳамда гипогидратация (қон йўқотиш, кучли ич кетиш, тинимсиз қусиш) оқибатида келиб чиқади.

Ренал анурия буйрак паренхимаси зарарланиши натижасида ривожланади, бунинг асосида турли сабаблар оқибатида (гломулонефрит, пиелонефрит, интоксикация, органик захарлар, оғир металл тузлари ва бошқалар билан захарланиш) буйрақларда қон айланишининг бузилиши (ишемия, гипоксия) ётади.

Постренал анурия юқори сийдик йўлларида сийдик оқимининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Постренал ануриянинг энг кўп учрайдиган сабаблари қуйидагилардир: иккала буйрак ёки сийдик найлари тошлари, сийдик найларининг ўсма билан тапқаридан сиқилиши, операция пайтида сийдик найларини билмасдан боғлаб қўйиш, ўткир уратли уропатия ва бошқалар.

Олигурия – сутка мобайнидаги диурез миқдорининг 100 миллилитрдан 500 миллилитргача камайиши.

Олигуриянинг физиологик ва патологик турлари фарқланади. Физиологик олигурия соғлом кишиларда суюқликларни кам миқдорда истеъмол қилган ҳолларда ҳам кузатилиши мумкин. Бу ҳолларда сийдик меъёрга нисбатан кучли концентрланган, нисбий зичлиги юқорироқ бўлади.

Патологик олигурия буйрак етишмовчилигининг симптомларидан бири бўлиб, у жуда ёмон прогностик белгидир. Олигурия, урологик касалликлардан ташқари, кўп миқдорда суюқлик йўқотиш билан боғлиқ бўлган барча патологик жараёнларда (қон йўқотиш, кучли ич кетиш, тинимсиз қусиш, терлаш, иситма чиқиши), ҳамда шишлар билан кечувчи юрак етишмовчилигида кузатилиши мумкин.

Аниқлаш.

Ануриянинг клиник кўриниши уни келтириб чиқарган сабабига боғлиқ. Анурия сийдикнинг ва сийишга чақириқнинг йўқлигига шикоятлари билан, гемостазнинг бузилиши ва уремик интоксикация билан характерланади. Постренал анурияда пайпаслаганда бел соҳасида мушакларнинг таранглашиши аниқланиши мумкин, буйрак соҳаси кучли оғриқли бўлиши, баъзан катталашган буйрак пайпасланиши мумкин. «Тукилатиш» симптоми мусбат бўлиши мумкин. Пайпаслаганда қовуқ аниқланмайди. Эркақларда сийдик найларига ўсиб ўтган простата беши ракини истисно этиш мақсадида тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш зарур.

Лаборатория маълумотлари.

Қон таҳлилида азот қолдиқлари (мочевина, креатинин) миқдорининг ошиши, сув-электролит балансининг ва организмнинг кислотали-ишқорий ҳолатининг бузилиши кузатилади.

Сийдик кам миқдорда (10-30 мл) бўлса ҳам, уни текшириш анурия сабабини аниқлашга имкон беради: гемолитик шокда гемоглобин парчаларининг борлиги, эзилиш синдромида миоглобин

кристалларининг борлиги, сульфаниламидли анурияда сульфаниламидлар кристалларининг борлиги ва ҳоказо.

Уросепсис оқибатида ривожланган анурияда сийдик таҳлилида лейкоцитлар сони кўриш майдонида 400-дан ортиқ, 1 мл сийдик таркибида бактериялар сони 100000-дан ортиқ эканлиги аниқланади. Лейкоцитурия ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 - +6°C температурада сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Инструментал текширувлар.

Ультратовушли текширув. Юқори сийдик йўлларида обструкция, тошлар ёки ўсмалар мавжудлигини, ҳамда қовуқда сийдикнинг борлигини аниқлаш мақсадида беморни буйрақлар, сийдик найлари, қовуқ ва простата безини ультратовушли текширувга юбориш керак. Юқори сийдик йўлларида обструкция, тошлар ёки ўсмалар аниқланган ҳолларда беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Дифференциал таъхислаш.

Анурияни сийдик тутилишидан фарқлаш зарур. Анурияда сийишга чақирӣқ бўлмайди ва қовуқда сийдик бўлмайди.

Ўткир сийдик тутилиши тўсатдан ривожланади, сийишга чақирӣқ бўла туриб, бемор сия олмаслиги билан характерланади, қовуқ ёки қов усти соҳасида оғриқлар билан бирга кечачи, шу билан бир вақтда қовуқ тўла бўлади.

Сурункали сийдик тутилиши аста-секин ривожланади, сийишнинг қисман сақланганлиги, қовуқда қолдиқ сийдикнинг борлиги, сийишга чақирӣқнинг сақланганлиги билан характерланади.

Анамнез, қовуқни пайпаслаш ва сийдик йўлларини ультратовушда текшириш анурияни сийдик тутилишидан осонгина қиёсий таъхислашга имкон беради.

Даволаш.

Даволаш ануриянинг сабаблари ва клиник кўринишларига боғлиқ. Аренал, преренал ва ренал анурияни даволаш гемодиализ ўтказишга мувофиқлаштирилган асбоблар билан бирга махсус буйрақ марказларида амалга оширилиши лозим.

Постренал анурияни даволашда сийдик оқимини тиклашга йўналтирилган тадбирлар етакчи аҳамиятга эга, бунинг учун беморни дарҳол мутахассис-урологга жўнатиш зарур.

Агар бемор мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса, бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин, бундай ҳолларда симптоматик даволаш шаклида (юракни қувватловчи дорилар, суюқликларни томчилаб қуйиш, опқозон ва ичакларни ювиш, антидотларни қўллаш ва бошқалар) зудлик билан ёрдам кўрсатиш мумкин.

Стандарт баённома**Буйрақларни пайпаслаш ва «тукиллатиш» симптоми.****(3 тоифали хизмат)**

Кўрсатмалар: буйрақлар ва сийдик йўллари касалликлари.

Беморнинг ҳолати. Буйрақлар беморнинг куракда ётганда, ёнбош ҳолатида ва эхтиёж бўлганда, тик турган ҳолатда пайпасланади. қориннинг олдиғи девори мушакларининг таранглигини камайтириш учун беморга оёқларини тизза ва сон бўғимларида букиб ётиш сўралади.

Врачнинг ҳолати. Буйрақлар пайпаслаганда врач беморнинг ўнг тарафида, юзи билан кроватнинг бош томонига қараб ўтиради.

Буйрақларни пайпаслаш техникаси: ўнг буйракни пайпаслаш учун чап қўл бемор белининг остига қовурға-умуртқа бурчагига қўйилади. ўнг қўлнинг бармоқлари қориннинг олдинги девори орқали қовурға ёйи остига жойлаштирилади ва иккига қўлининг бармоқлари бири-бирига яқинлаштириб пайпасланади. Чап буйракни пайпаслаганда ўнг қўлни бел тарафдан қовурға-умуртқа бурчагига, чап қўл эса чап қовурға-ёйи остига жойлаштириб пайпасланади. Буйракни ёнбош ҳолатда ва тик турганда ҳам худди шундай усул билан пайпасланади.

Буйрак фақат астеник тана тузилишига эга бўлган соғлом одамларда ва болаларда пайпасланади. Чуқур нафас олганда ўнг ва чап қўлнинг бармоқлари яқинлаштирилиб буйракнинг пастки қутбини сезиш мумкин. Бунда буйракни пайпаслаш оғриқ ва бел мушакларининг таранглашишини келтириб чиқармайди.

Катталашган буйрак гидронсфроз, ўсма, поликистоз ва буйрак дистопиясида пайпасланади. Патологик ҳаракатчан буйрак бемор тик турган ҳолатда пайпасланади.

«Тукиллатиш» симптоми бемор ёнбошга ётганда ёки тик турганда белнинг қовурға-умуртқа бурчагига қўйилган чап қўлнинг орқа юзасига ўнг кафтнинг қирраси билан ҳар томондан қисқа-қисқа қилиб секингина уриб кўрилади.

Соғлом одамда «тукиллатиш» симптоми кузатилади. Агар уриб кўрилганда оғриқ сезилса, «тукиллатиш» симптоми мусбат ҳисобланади, бу эса буйрак ва буйрак атрофидаги ёғ клетчаткасида патологик ҳолат бўлганда кузатилади.

Стандарт баённома**Қовуқ ни пайпаслаш ва перкуссия қилиш.****(3 тоифали хизмат)**

Кўрсатмалар: буйрақлар, қовуқ, уретра ва простата беши касалликлари.

Беморнинг ҳолати. Қовуқ бемор куракда ётганда пайпасланади. Қориннинг олди деворидаги мушакларнинг таранглигини камайтириш учун беморга оёқларини тизза ва сон бўғимларида салгина букиб ётиш сўралади.

Врачнинг ҳолати. Қовуқ пайпасланганда врач беморнинг ўнг тарафида, юзи билан кроватнинг бош томонига қараб ўтиради.

Пайпаслаш техникаси. Ўнг қўлниң бармоқлари қов суягининг юқори қисмига қўйилади ва секин ҳаракат билан қовуққа босилади.

Бундан ташқари икки қўл билан (бимануал) (аёлларда қин орқали, эркакларда ва қиз болаларда тўғри ичак орқали) қовуқ пайпасланади.

Сийдикдан бўшаган қовуқ пайпасланмайди.

Катталашган қовуқ кўпинча сийдик тутилишида кузатилади. Бимануал пайпаслаганда катта тош, ўсма ва бошқаларни аниқлаш мумкин.

Қовуқни перкуссия қилиш қориннинг ўрта оқ чизиғи бўйлаб эпигастрал соҳадан қов суяғига қараб қилинади. Қовуқ тўла бўлса қов усти соҳасида бўғиқ товуш аниқланади.

Қовуқда қолдиқ сийдикни аниқлаш учун бемор сийиб бўлган захоти перкуссия қилинади. Агар қолдиқ сийдик бўлса, қов усти соҳасида бўғиқ перкутор товуш аниқланади.

Стандарт баённома

Простата безини бармоқ билан ректал текшириш.

(3 тоифали хизмат)

Кўрсатмалар: простата бези, қовуқ ва уретра касалликлари.

Беморнинг ҳолати. Простата безини бармоқ билан текшириш бемор тик турган ҳолатида 90 градусга олдинга эгилган, тизза-тирсак ёки ёнбошга ётган ҳолатда ўтказилади.

Текшириш техникаси. Врач қўлига резинали қўлқоп кийиб, ўнг қўлининг кўрсатгич бармоғига вазелин ёки глицерин суркайди. Кўрсатгич бармоқ тўғри ичакка киргазилганда унинг олдинги деворида простата бези пайпасланади.

Пайпаслаганда қуйидаги текширув алгоритми бажарилади:

- Простата безининг ўлчамлари: меъёрда, катталашган, кичиклашган.

- Юзаси: силлиқ ёки ғадир-будир.

- Булақларининг симметриклиги: симметрик, носимметрик.

- Ўртадаги эгатчаси: яққол ривожланган, силлиқлашган, аниқланмайди.

- Консистенцияси: эластик, қаттиқ, юмшоқ, ҳамирсимон.

- Оғриқлилиги: оғриқли, оғриқсиз.

- Тугунчалар борлиги: бор ёки йўқ.

- Тугунчаларнинг жойлашиши: ўнг ёки чап бўлагида.

- Простата безининг қирралари: текис, нотекис.

Пайпаслагандан сўнг, массаж қилиб простата беги секретини лаборатор текширувга олиш мумкин.

Пайпаслаб простатит, простата беги ҳавфсиз гиперплазияси ёки унинг ракини аниқлаш мумкин.

Стандарт байнома

Қовуқни катетерлаш.

(3 тоифали хизмат)

Катетерлашга кўрсатма бўлиб сийдик тутилиши ҳисобланади. Бундан ташқари, қовуқни катетерлаш қовуққа дориларни ва рентген-контраст моддаларини киритиш учун ҳам амалга оширилади.

Беморнинг ҳолати. Қовуқни катетерлаш беморни куракка ётказилган ҳолатда ўтказилади.

Катетерлаш учун эластик катетерлар ишлатилади. Муолажа ассптиканинг барча қоидаларига риоя қилинган ҳолда бажарилади. Аёлларда қовуққа катетер киритиш техникаси: куракка ётказилган ҳолатда, оёқлари икки томонга очилган бўлиб, қиш дахлизи ва уретранинг ташқи тешиги атрофи совун эритмасига ботирилган докали тампони билан 2 мартаба ишлов берилади, сўнгра 3-чи тампон билан қуриштирилади. Шундан кейин стерил пинцет билан катетер уретра орқали қовуққа киритилади.

Эракларда қовуққа катетерни киритиш техникаси: олат бешчаси ён томонидан чап қўлнинг икки бармоғи билан (3-4 бармоқлари) ушланади ва уретранинг шилиқ қаватидаги бурмаларни тўғирлаш учун салгина олдинга тортилади. Уретранинг ташқи тешиги ва олат болчасига ишлов берилгандан кейин худди аёллардаги каби ўнг қўл билан стерил либрикант ёки глицерин сурқалган катетер қовуққа уретра орқали киритилади.

Қовуқни катетерлашга қарши кўрсатма бўлиб уретроррагия, ўткир уретрит, ўткир цистит, ўткир простатит ҳисобланади.

Стандарт байнома

Нефростомик дренажни парвариш қилиш.

(3 тоифали хизмат)

Тутунча.

Нефростомик (буйрак) дренаж – унинг проксимал қисми буйрак жомида жойлашади, дистал қисми сийдик йиғувчи халтачага уланган бўлиши керак. Нефростомик дренаж буйракда бажариладиган очиқ операциялар (пиелолитотомия, нефролитотомия, буйрак резекцияси, кистани кесишда ёки олиб ташлашда, буйрак дескансуляцияси ва

бошқалар) ва перкутан операцияларда (ПК нефростомия, ПК нефролитотрипсия, ПК нефролитозэкстракция) ўрнатилади.

Нефростомик дренаж белдаги операциядан кейинги ярадан чиқариб қўйилади. Дренаж сифатида силиконли трубка, Фолей катетери, Малеко катетери, моделлаштирилган «pig-tail» дренажлари қўлланилади.

Нефростомик дренажни парвариш талап.

Дренажни ташқаридан куздан кечириш: букланиб, сиқилиб қолмаганми, тешилиб қолмаганми, табиий ранги ўзгармаганми, аммиак ҳиди бор ёки йўқлиги аниқланади.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса, сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан ажралиб турган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан ажралганлигига, йиринг, қон, тузлар ёки бошқа ажралмалар бор ёки йўқлигига эътибор берилади.

Буйракнинг адекват дренажланиши учун дренажни ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, беморнинг горизонтал ҳолатида, кроватдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Вертикал ҳолатида эса унинг - сони юқори 1/3 қисмида жойлашиши керак.

Буйрак дренажи сийдик йиғувчи халтачага зинали конус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тўшақда ётганда сийдик йиғувчи халтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса, унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб қолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади.

Буйракка инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва дренаж сийдик йиғувчи халтачадан очилмаслиги керак.

Агар дренажнинг функцияси бузилса, уни алмаштириш керак. Дренажни ювиш ҳавфли, чунки дренажнинг ички юзасига ёпишган микроблар ассоциациялари ювилиб, бунда сийдик йўллариининг инфекцияланишига олиб келади.

Нефростомик дренажни алмаштиришга кўрсатмалар: дренажнинг инфекцияланиши, дренажнинг узоқ муддат (1 ойдан кўп) туриши, дренажнинг тешилиши (перфорацияси), дренажнинг тушиб кетиши, дренажнинг тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахталари билан беркилиб қолиши.

Стандарт баённома

- Цистостомик дренажни парвариш қилиш.
(3 тоифали хизмат)

Тўшунча.

Цистостомик (қовуқ) дренаж, унинг проксимал қисми қовуқ бўшлиғида жойлашади, дистал қисми сийдик йиғувчи халтачага уланган бўлиши керак. Цистостомик дренаж қовуқда бажариладиган очиқ операцияларда (эпицистостомия, эпицистолитостомия, аденомэктомия, қовуқдан ўсма олинганда ва бошқалар), перкутан ва троакар цистостомияларда ўрнатилади. қовуқдаги дренаж қориннинг ўрта чизиги бўйлаб киндик ва қов оралиғида операциядан кейинги ярадан чиқариб қўйилади.

Қовуқ дренажи сифатида Пещер катетери, Малек катетери, Фолей катетери, силиконли трубка, моделлаштирилган «pig-tail» дренажи, троакар катетерлари ишлатилади.

Қовуқдаги дренажни парваришлаш.

Дренажни- ташқаридан кўздан кечириш: букланиш, қисилиш, шикастланиш борми, табиий ранги ўзгарганми, аммиак ҳиди бор ёки йўқлиги аниқланади.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан чиқаётган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан, аралашганлигига йиринг, қон, тузлар ёки бошқа аралашмалар бор ёки йўқлиги аниқланади.

Қовуқнинг адекват дренажланиши учун дренаж ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, бемор ётганда кроватдан 25-30см пахтада жойлашиши керак. Тик турганда соннинг ўрта 1/3 қисмида бўлиши керак.

Қовуқ дренажи сийдик йиғувчи халтачага зинали конус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тушакда ётганда, сийдик йиғувчи халтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб қолади ва халтачага сийдик тушиши қийинлашади.

Қовуққа инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва дренаж сийдик йиғувчи халтачадан очилмаслиги керак.

Агар дренажнинг функцияси бузилса, уни стерилланган фурациллин ёки 0,05% хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан ювиш мумкин. Дренажни ювиш инфузия учун ишлатиладиган стерилланган система ёрдамида фурациллин ёки хлоргексидин эритмасини томчилаб киритилади. Дренажни ювиш махсус ўқитилган малакаси бор тиббиёт ходими ёки беморни парвариш қилувчи одам томонидан бажарилиши керак.

Цистостомик дренажни алмаштиришга кўрсатмалар: дренажнинг инфекцияланиши, дренажнинг узоқ муддат (1 ойдан кўп) туриши,

дренажнинг тешилиши (перфорацияси), дренажнинг тушиб кетиши, дренажнинг тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахталари билан беркилиб қолиши.

Стандарт баённома

Уретрадаги катетерни парвариш қилиш. (3 тоифали хизмат)

Тушунча.

Уретрадаги катетер ёки дренаж сийдик чиқариш канали орқали ўтказилади, унинг проксимал қисми қовуқда жойлашади. Уретрадаги доимий катетер сийдик тугилишида, қовуқ, сийдик чиқариш канали ва простата безида амалга оширилган операциялардан сўнг ўрнатилади.

Уретрадаги катетер ёки дренаж учун Фолей катетери, Нелатон катетери, силиконли трубкалар ишлатилади.

Уретрадаги дренажни парваришлаш.

Дренажни ташқаридан кўздан кечириш: букланиш, қисилиш, шикастланиш борми, табиий ранги ўзгарганми, аммиак ҳиди бор ёки йўқлиги аниқланади.

Дренажнинг ишлашини кўздан кечириш: агар дренаж ишлаб турган бўлса, сийдик томчилаб йиғувчи халтачага томиб туради.

Дренаждан чиқаётган ажралмани кўздан кечириш: сийдик тиниқлиги ёки лойқаланган парчалар билан, аралашганлигига йиринг, қон, тузлар ёки бошқа аралашмалар бор ёки йўқлигига эътибор берилади.

Қовуқнинг адекват дренажланиши учун дренаж ва сийдик йиғувчи халтачанинг дистал қисми, бемор ётганда кроватдан 25-30см пастда жойлашиши керак. Тик турганда соннинг пастки 1/3 қисмида бўлиши керак.

Уретранинг ташқи тешигидан (катетернинг ёнидан) ажралма ажралишини кўздан кечириш керак. Агар катетер ёнидан йирингли ажралма ажралиши аниқланса, бу уретранинг яллигланиши белгисидир (уретрит).

Уретрадаги катетер сийдик йиғувчи халтачага зинали копус орқали уланган бўлиши керак.

Бемор тушакда ётганда, сийдик йиғувчи халтача кроватга осилган бўлиши керак. Агар халтача ерда ётса, унинг бактериал фильтри сийдик билан ҳўлланиб қолади ва халтачага сийдик тупиши қийинлашади.

Сийдик йўллариغا инфекция киришининг олдини олиш учун ёпиқ системали дренаж ишлатилиши керак ва катетер сийдик йиғувчи 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 ювиш махсус ўқитилган малакаси бор тиббиёт ходими ёки беморни парвариш қилувчи одам томонидан бажарилиши керак.

Уретрадаги доимий катетерни алмаштиришга кўрсатмалар: дренажнинг тешилиши (перфорацияси), дренажнинг чиқиб кетиши, дренажнинг сийдикдаги тузлар, тош, парчалар, қуюқ йиринг, қон лахтаси билан беркилиб қолиши.

Уретрадаги катетерни олиб ташлашга кўрсатма: уретрит.

60x841/16 шаклида. Шарт. Босма табеғи 3,5. Адади 100 нусха.
*Иккинчи ТошДавТИ нашриёт-натбаа бўлимини ризографида босилди.