

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

**«UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARI UCHUN UROLOGIYA
FANIDAN
STANDART BAYONNOMALAR»**

**Tibbiyot oily o'quv yurtlari talabalari va umumiy amaliyot shifokorlari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent 2009

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

«TASDIQLAYMAN»

O'zRSSH ning Fan va o'quv yurtlari
bosh boshqarmasi boshlig'i,
prof. Sh.E.Ataxanov

2009y «_____» _____
№ bayonnoma

“KELISHILDI”

O'zRSSH ning Tibbiy ta'limni
rivojlantirish markazi direktori
M.S.Yusupova__ _____

2009y «_____» _____
№ bayonnoma

**«UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARI UCHUN UROLOGIYA
FANIDAN
STANDART BAYONNOMALAR»**

**Tibbiyot oily o'quv yurtlari talabalari va umumiy amaliyot shifokorlari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent 2009

Tuzuvchilar:

F.A.Akilov – TTA, urologiya kafedrası mudiri, t.f.d.

Sh.T. Muxtarov - TTA, urologiya kafedrası professori, t.f.d.

D.X.Mirxamidov – TTA, urologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

X.B.Xudayberdiyev - urologiya kafedrası assistenti.

Taqrizchilar:

A.A.Gaybullaev – TashShMOI, urologiya va nefrologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor.

A.Z.Fakirov - TTA, davolash fakultetining bolalar jarrohligi bilan umumiy jarrohlik va tib-profilaktika fakulteti jarrohlik kasalliklari kafedrası, t.f.n., dotsent.

“Umumiy amaliyot shifokorlari uchun urologiya fanidan standart bayonnomalar” mavzusidagi o’quv-uslubiy q’o’llanma tibbiyot oily o’quv yurtlari talabalari va umumiy amaliyot shifokorlari uchun mo’ljallangan

Uslubiy qollanma TTA MUK ida muhokama qilingan
2009y “___” _____ № bayonnoma

Uslubiy qo’lqnma TTA Ilmiy kengashida tasdiqlangan
2009y “___” _____ № bayonnoma

TTA Ilmiy kengash kotibi:

prof.Raximboyeva G.S.

Ushbu o'quv qo'llanma xorijda chiqarilgan qo'llanmalar namunasiga xos ravishda tuzilgan bo'lib, o'z ichiga umumiy amaliyot shifokori uchun zarur bo'lgan kasallik va sindromlarni qamrab olgan.

Qo'llanmada pielonefrit, tsistit, uretrit, orxit, epididimit, prostatit, varikotsele, siydik tosh kasalligi, prostata bezi havfsiz giperplaziyasi va raki kabi kasalliklar, hamda buyrak sanchig'i, pastki siydik yo'llari simptomlari, gematuriya, oliguriya, anuriya kabi sindromlarning klinik belgilari, ularni tashxislash va qiyosiy tashxislash, davolash taktikasi va usullari xaqidagi ma'lumotlar ko'rsatilgan.

Ambulatoriya sharoitida bajariladigan maxsus urologik tekshirishlar xaqidagi ma'lumotlar va ularning natijalari, turli kasalliklarda o'tkaziladigan maxsus urologik tekshiruvlarning hajmi bayon qilingan.

Qo'llanmada bemorlarni dispanserlash va rehabilitatsiya qilish, kasalliklar profilaktikasi, aholi orasida olib boriladigan sanitar-ma'rifiy ishlar yoritilgan.

O'quv qo'llanma tibbiy institutlarning talabalari va umumiy amaliyot shifokorlari uchun mo'ljallangan.

Umimiy amaliyot shifokorlari uchun urologiya fanidan standart bayonnomalar

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi. O'tkir asoratlanmagan pielonefrit. (1 toifali xizmat)

Tushuncha.

O'tkir pielonefrit – buyrak parenximasi va kosacha-jom tizimi devorining o'tkir nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligidir.

Kasallik bir yoki ikkala buyrakni ham shikastlashi mumkin.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Tahxis bemorning xarakterli shikoyatlari: tana haroratining 38,5-40°S darajagacha ko'tarilishi, ba'zi hollarda qaltirash, bel sohasidagi (bir yoki ikki tomonlama) doimiy og'riq, ba'zan tez-tez siyish asosida qo'yiladi. Paypaslaganda qovurg'a-umurtqa burchagi sohasida og'riq aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida yuqori darajadagi leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi kuzatiladi. Siydik tahlilida cho'kma mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida 400-dan ortiq leykotsituriya, 1 ml siydikda 100000-dan ortiq bakteriuriya aniqlanadi. Kasallik boshlanishidan 2-3 kun o'tgach siydikda donali tsilindrlarni aniqlash mumkin. Leykotsituriya va bakteriuriya anpqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshiruvga yuborish kerak. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. O'tkir pielonefritni o'tkir pankreatit bilan differentsiayalash kerak. o'ziga xos klinik simptomlari, qonda diastaza miqdorining oshishi va siydik ko'rsatgichlarining me'yorda bo'lishi o'tkir pielonefritni inkor etadi.

2. Pastki bo'lak pnevmaniya – bu kasallikda qovurg'a yoyi osti sohasida og'riq kuzatiladi. Auskul'tativ ma'lumotlar va o'pkani rentgen qilish aniq tashxis qo'yishga yordam beradi.

3. O'tkir appenditsit, xoletsistit, divertikulit kabi qorin bo'shlig'ining o'tkir kasalliklari ba'zi hollarda o'tkir pielonefritni simulyatsiya qilishi mumkin. Kasallik boshlanishida simptomlari va klinik belgilari chalkash bo'lishi mumkin, siydik tahlilida o'zgarish bo'lmasdan birlamchi oshqozon-ichak kasalliklarining borligi va boshqa laborator tekshiruvlar differentsial tashxis qo'yishga yordam beradi.

4. Ayollarda chanoq a'zolarining o'tkir kasalliklari o'tkir pielonefritdan differentsiatsiya qilinishi kerak. o'ziga xos klinik ko'rinishi, siydikda o'zgarishlarning yo'qligi genital kasalliklarga xos.

5. Eraklarda o'tkir pielonefrit o'tkir prostatit va o'tkir orxoepididimit bilan differentsial tashxislanadi. Prostatit va orxoepididimitga xarakterli klinik belgilar differentsiatsiya qilishni osonlashtiradi.

6. O'tkir pielonefritni buyrak va paranefral abstsesslar bilan differentsiatsiya qilish kerak. Aniq tashxis qo'yish uchun ul'tratovush tekshiruvi zarur.

Davolash.

Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi: trimetoprim/sul'fometoksazol (biseptol) yoki ftorxinolonlar ichish.

Rezerv: amoksitsillinG'klavulanat yoki tsefalosporinlar ichishga.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallikni klinik belgilarining (tana haroratining pasayishi, og'riqning qolishi, umumiy ahvolining yaxshilanishi) kamayishiga asoslangan. Antibakterial dorilarni qabul qilganda so'ng 48 soat o'tgach, 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni hisoblanadi. Agar shu muddatgacha 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni bir necha marotaba kamaysa va bakteriuriya yo'qolsa, davolash samarali deb hisoblanadi.

Taktika.

Yuqori yoki pastki siydik yo'llarida obstruktsiya aniqlangan yoki 48 soatdan so'ng konservativ davolash samarasiz bo'lgan hollarda maslaxat olish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Siydik va qon tahlilining turg'un normallasuvi. Siydik tahlilini bakteriuriya va leykotsituriya borligini aniqlash maqsadida 3 oy muddatgacha qayta tekshirib turish zarur.

Bemor (individuum) darajasida profilaktika.

Bolalarda siydik yo'llari nuqsonlari ehtimoli borligi, hamda qovuq-siydik nayi reflyuksining ko'p uchrashi sababli o'tkir pielonefritning kelib chiqish havfi yuqoridir. Shu sababli bolalarda qayd etilgan holatlarni tashxislash (nuqsonlar va reflyukslar borligiga gumon bo'lgan hollarda to'liq urologik tekshirishlar o'tkazish) zarur. Agar kattalarda yashirin bakteriuriya aniqlansa, qo'yidagi hollarda siydik yo'llaridagi infektsiya bartaraf etilishi shart:

- Homilador ayollarda va qandli diabeti bo'lgan bemorlarda yashirin bakteriuriya aniqlanganda;

- siydik yo'llarida operatsiyalar o'tkazish mo'ljallanganda;

- qovuqni uzoq muddat davomida kateterlash aniqlanganda.

Antibiotik va antiseptiklar bilan profilaktik davolash uzoq muddatli, to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Oilada darajasida profilaktika.

Oilada ayollar, ayniqsa qiz bolalar, shaxsiy gigienasi (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur, chunki simptomsiz bakteriuriya ko'p hollarda gigienik muolajalarni

noto'g'ri yoki noto'liq bajarayotgan shaxslarda kuzatiladi. Jinsiy hayot gigienasiga rioya qilish zarur.

Jamiyat darajasida profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish. Havfli guruxlarni (buyraklar va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari, yashirish bakteriuriyasi bo'lgan shaxslar va boshqalar) erta aniqlash.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi.

O'tkir uretrit.

(1 toifali xizmat)

Tushuncha.

Bakterial uretrit – bu siydik chiqarish kanalining nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligidir.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

O'tkir bakterial uretrit tashxisi bemorning uretradan ajralma oqib chiqayotgani, siyishni boshlashda uretra bo'ylab achishish va og'riq borligi, tez-tez siyish kabi shikoyatlariga asoslangan holda qo'yiladi. Ko'zdan kechirganda uretradan ajralma oqib chiqayotganini, uretra lablarining qizargan va shishganligini aniqlash mumkin. Paypaslaganda uretra qalinlashgan va og'riqli bo'ladi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida leykotsitoz va leykotsitlar formulasining chapga siljishi kuzatiladi. Uretradagi ajralmadan surtma olib mikroskopiya qilinganda leykotsitlar, epitelial xujayralar va ko'p miqdorda shilliq aniqlanadi. Surtmani bo'yab tekshirilganda (Gram yoki Romanovski-Gimza usulida) mikroblar va bir xujayrali mikroorganizmlar aniqlanadi. Trixomadallarni aniqlash maqsadida, bo'yashdan tashqari, nativ preparatlar ham tekshiriladi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°C temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

O'tkir uretritda transuretral tekshiruvlar va qovuqni kateterlash mumkin emas. Agar bemorda o'tkir siydik tutilishi kuzatilsa, bu holda qovuqni qov usti sohasi orqali punktsiya qilish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. Mikoplazmalar sababli kelib chiqqan uretrit (urogenital mikoplazmoz) o'ziga xos bo'lgan belgilarning yo'qligi bilan ajralib turadi, shu sababli ko'pgina uzoq davom etuvchi va torpid kechuvchi uretritlarda (trixomadali va boshqa qo'zg'atuvchilar bilan chaqirilgan) mikoplazmalarni qidirish zarur.

2. Gerpetik uretrit DNK-viruslari guruhiga kiruvchi qo'zg'atuvchilar bilan chaqiriladi va jinsiy yo'l bilan yuqishi mumkin. Boshlag'ich simptomlari: siyish davrida achishish va noqulaylik hissi. Ko'p hollarda terida mayda yarimsferik shakldagi taranglashgan pufakchalar, hamda ular yorilganidan so'ng o'rnida og'riqli yarachalar aniqlanishi mumkin.

3. Uretra kandidomatozini virusli infektsiya chaqiradi. o'tkir-uchli kandidoma - o'lchamlari nuqtaday, 0,3 x 0,8 santimetrli va undan kattaroq bo'lgan papillomatoz o'simalardir - erkaklarda chetki kurtmakning ichki yuzasi shilliq qavatida, olatning boshchasida, terining qo'llanuvchi qismlarida va uretraning qonqonsimon chuqurchasida, ayollarda esa qinning shilliq qavatida hosil bo'ladi. Kasallik shiddatli kechadi.

4. Xlamidiyal uretrit va Reyter kasalligi. Uning qo'zg'atuvchisi - Chlamidia urogenitalis. U jinsiy hamrohlarda aniqlanadi. Kasallik torpid kechuvchi uretritdan boshlanadi, uretradan kam miqdorda ajralma ajralib chiqadi, ba'zan ajralmaning rangi oqish tusda bo'ladi. Siydik-tanosil a'zolarining ko'p o'chog'li shikastlanishi xarakterlidir (torpid kechuvchi prostatit, vezikulit, epididimit va boshqalar).

Davolash.

Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi (gonoreya, trixomoniaz va boshqa spetsifik yallig'lanish kasalliklari inkor etilgan hollarda), doksatsiklin yoki azitromitsin buyuriladi.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining (uretradan ajralib chiqayotgan ajralma to'xtashi, uretra bo'ylab og'riqning kamayishi, siyishning yaxshilanishi) kamayishiga asoslangan. Antibakterial dorilarni qabul qilgandan so'ng 48 soat o'tgach, kasallikning klinik belgilari kamaysa va uretradan ajralib chiqayotgan ajralmaning oqishi to'xtasa, davolash samarali deb hisoblanadi.

Taktika.

7 kun davomida konservativ davolash samarasiz bo'lgan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Siydik tahlilining turg'un normallasuvi. Siydik tahlilini bakteriuriya va leykotsituriya borligini aniqlash maqsadida 1 oy muddatgacha qayta tekshirib turish zarur.

Bemor (individuum) darajasidagi profilaktika.

Yuqoriga ko'tariluvchi siydik yo'llari infektsiyaning oldini olish o'tkir bakterial uretritning samarali profilaktikasidir. Uretrada o'tkaziladigan instrumental muolajalarni imkon qadar kam qo'llash, zaruriyati bo'lgan hollarda esa, ularni aseptik sharoitda bajarish zarur.

Oila darajasidagi profilaktika.

Oilada erkaklar va ayollar shaxsiy gigienasi, hamda jinsiy hayot gigienasi xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur.

Jamiyat darajasidagi profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infektsiyasi.

O'tkir tsistit.

(1 toifali xizmat)

Tushuncha.

O'tkir tsistit - qovuqning o'tkir nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligidir.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Tashxis bemorning xarakterli shikoyatlari: ushlab tura bo'lmaydigan darajada tez-tez siyish, nikturiya, siydikning achishib chiqishi, dizuriya, bel va qov usti sohasidagi og'riq va diskomfort asosida qo'yiladi. Paypaslaganda qov usti sohasida ko'p hollarda og'riq aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida o'zgarishlar yo'q yoki me'yoridan bir oz yuqoriroq leykotsitoz kuzatilishi mumkin. Siydik tahlilida cho'kma mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida 400-dan ortiq leykotsituriya, 1 ml siydikda 100000-dan ortiq bakteriuriya, ba'zi hollarda makro- yoki mikrogematuriya aniqlanadi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruksiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyrak, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshiruvga yuborish kerak. Siydik yo'llarida obstruksiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. O'tkir tsistitni ayollarda uchraydigan o'tkir uretral sindrom bilan qiyosiy tashxislash zarur. Uretral sindromda tez-tez siyish va dizuriya kuzatiladi, siydik ekmasida bakteriyalarning son jihatdan kamligi yoki o'smaganligi aniqlanadi.

2. Vul'vovaginit tsistit simptomlari bilan kechishi mumkin. U fizikal tekshiruv va qindagi ajralmani patogen mikroorganizmlarni aniqlashga qaratilgan tekshiruvlar yordamida aniq tashxislanishi mumkin.

3. O'tkir pielonefrit qovuqning nostabilligiga sababchi bo'lishi mumkin. Bel sohasidagi xarakterli og'riq, tana haroratining yuqori ko'tarilishi, ul'tratovushli tekshiruvlar o'tkir pielonefritni o'tkir tsistitdan qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

4. Erkaklarda o'tkir bakterial tsistit uretradagi va prostata bezidagi infeksiyadan qiyosiy tashxislanishi zarur. Muvofiq fizikal tekshirishlar va laborator testlar odatda shifokorga to'g'ri tashxis qo'yishga imkon yaratadi.

5. O'tkir tsistitni siydik nayining pastki 1/3 qismidagi toshdan qiyosiy tashxislash zarur. Muvofiq fizikal, ul'tratovushli, rentgenologik va laborator tekshiruvlar to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradi.

Davolash.

Siydik bakterial ekmasining natijalariga binoan. Ayollarda jinsiy a'zolari infeksiyasi aniqlangan hollarda, davolashni ginekolog bilan muvofiqlashtirish kerak.

Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi: trimetoprim/sul'fometoksazol (biseptol) ichishga yoki ftorxinolonlar.

Rezerv: tsefalosporinlar ichishga yoki nitrofurantoin, yoki doksatsiklin, amoksitsillinG'klavulanat.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining (dizuriya va og'riqning kamayishi, umumiy ahvolining yaxshilanishi) kamayishiga asoslangan. Antibakterial dorilarni qabul qilgandan so'ng 48 soat o'tgach, 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni hisoblanadi. Agar shu davrgacha 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni bir necha marotaba kamaysa va bakteriuriya yo'qolsa, davolash samarali deb hisoblanadi.

Taktika.

Yuqori yoki pastki siydik yo'llarida obstruksiya, toshlar, o'smalar aniqlangan yoki 48 soatdan so'ng konservativ davolash samarasiz bo'lgan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Siydik va qon tahlillarining turg'un normallasuvi. Siydik tahlilini bakteriuriya va leykotsituriya borligini aniqlash maqsadida 1 oy muddatgacha qayta tekshirib turish zarur.

Bemor (individuum) darajasidagi profilaktika.

O'tkir tsistit bo'lgan bemorlarda organizmning infeksiyaga moyilligining oshishiga olib kelishi mumkin bo'lgan tashqi va ichki omillar (qin dahlizi omillari, uretral omillar, qovuqning neyrogen disfunktsiyasi, qoldiq siydik, yot jismlarning, qovuq-siydik nayi reflyuksining borligi, yuqori siydik yo'llari urodinamikasining buzilishi, obstruktiv uropatiya) aniqlanishi zarur. Bu omillarni imkoniyat darajasida bartaraf etish kerak. Ayollarda jinsiy a'zolar infeksiyasini davolash lozim.

Omillar bartaraf etilgandan so'ng, ba'zi hollarda antibakterial profilaktika o'tkazishga zaruriyat bo'lmasligi mumkin.

Oilada darajasidagi profilaktika.

Oilada ayollar, ayniqsa qiz bolalar, shaxsiy gigienasi (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur, chunki simptomsiz bakteriuriya ko'p hollarda gigienik muolajalarni noto'g'ri yoki noto'liq bajarayotgan shaxslarda kuzatiladi.

Jamiyat darajasidagi profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish. Havfli guruhlar (buyraklar va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari, yashirin bakteriuriyasi bo'lgan shaxslar va boshqalar) erta aniqlash.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi.

Surunkali tsistit.

(1 toifali xizmat)

Tushuncha.

Surunkali bakterial tsistit - qovuqning nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligi bo'lib, qovuq infeksiyasi 1 yil davomida 3 va undan ko'p marotaba kuzatiladi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Surunkali tsistit simptomlarsiz yoki qovuqni ta'sirlovchi turli simptomlar bilan kechishi mumkin. Bemorlarda ko'pincha tez-tez siyish, diuriya va nikturiya kuzatiladi. Siydikning havo aralash chiqishi ichak-qovuq oqmasi yoki gaz hosil qiluvchi infeksiya borligi xaqida o'ylashga undaydi. Fizikal tekshirganda ko'p hollarda kasallik belgilari kuzatilmaydi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Agar surunkali tsistit siydik-tanosil tizimida og'ir buzilishlar bilan asoratlanmasa, qon tahlili me'yorda bo'ladi. Siydik tahlilida cho'kma mikroskopiya qilinganda me'yoridan bir oz ortiqroq leykotsituriya, 1 ml siydikda 100000-dan ortiq bakteriuriya aniqlanadi. Ayollarda qin dahlizi va bachadon bo'yinchasidan olingan surtmani mikroskopiya qilish zarur.

Leykotsituriya va bakteriuriya anpqlangan hollarda siydikni va surtmani steril idishga olib, muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyrak, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshiruvga yuborish kerak. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. Surunkali tsistitni vaginit, prostatit, uretrit va pielonefrit kabi boshqa infeksiyon kasalliklardan qiyosiy tashxislash kerak. Xarakterli klinik simptomlari, fizikal va boshqa tekshiruv usullari to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradi.

2. Buyrak va qovuq sili surunkali tsistitdan «steril» piuriya mavjudligi bilan differentsiallanadi.

3. Surunkali tsistitni sinil vaginit, gormonlar etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan uretrit, uretraning noinfeksion kasalliklari, abakterial prostatit, interstitsial tsistit, allergik tsistit, radiatsion tsistit, ximioterapiyadan so'ng rivojlangan tsistit kabi noinfeksion holatlardan qiyosiy tashxislash lozim.

Davolash.

Davolashning eng muhim aspektlaridan biri, kasallik sabablarini aniqlash va kasallikka olib keluvchi omillarni muvofiq ravishda bartaraf etishdir.

Ayollarda jinsiy a'zolari infeksiyon-yallig'lanish kasalliklari aniqlangan hollarda, davolashni ginekolog bilan muvofiqlashtirish kerak.

Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi: trimetoprim/sul'fometoksazol (biseptol) ichishga yoki ftorxinolonlar.

Rezerv: tsefalosporinlar ichishga yoki nitrofurantoin, yoki doksatsiklin, amoksitsillin/klavulanat.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining (dizuriya va og'riqning kamayishi, umumiy ahvolining yaxshilanishi) kamayishiga asoslangan. Antibakterial dorilarni buyurgandan so'ng 48 soat o'tgach, 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni hisoblanadi. Agar shu davrgacha 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni bir necha marotaba kamaysa va bakteriuriya yo'qolsa, davolash samarali deb hisoblanadi.

Taktika.

Yuqori yoki pastki siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar aniqlangan yoki 48 soatdan so'ng konservativ davolash samarasiz bo'lgan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Siydik va qon taqlilining turg'un normallashuvi. Siydik tahlilini bakteriuriya va leykotsituriya borligini aniqlash maqsadida 2 oy muddatgacha qayta tekshirib turish zarur.

Bemor (individuuum) darajasidagi profilaktika.

Surunkali tsistit profilaktikasi kasallik sabablarini va moyillik yaratuvchi omillarni aniqlash va muvofiq ravishda bartaraf etishdan iboratdir.

Bolalarda tug'ma nuqsonlar va/yoki qovuq-siydik nayi reflyuksining mavjudligiga shubxa bo'lgan hollarda to'liq urologik tekshiruvlar o'tkazish zarur.

Antibiotiklar va antiseptiklar bilan profilaktik davolash uzoq muddatli va to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Ayollarda - jinsiy a'zolaridagi infektsiya o'choqlari bartaraf etilish, shaxsiy gigiena (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari kerak.

Oila darajasidagi profilaktika.

Oilada ayollar, ayniqsa qiz bolalar, shaxsiy gigienasi (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur, chunki simptomsiz bakteriuriya ko'p hollarda gigienik muolajalarni noto'g'ri yoki noto'liq bajarayotgan shaxslarda kuzatiladi. Jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilish ayniqsa muximdir.

Jamiyat darajasidagi profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish. Havfli guruhlarni (buyraklar va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari, yashirin bakteriuriyasi bo'lgan shaxslar va boshqalar) erta aniqlash.

Surunkali tsistiti bo'lgan bemorlar reabilitatsiyasi va ularni dispanserlash.

Surunkali tsistit kasalligi bo'lgan bemorlarda kasallik sabablarini bartaraf etilgandan so'ng antibakterial dorilar bilan davolash siydikni va ayollarda qin va bachadon bo'yinchasidan olingan surtma ekmasining natijalariga asoslangan holda mikrofloraning sezuvchanligiga muvofiq ravishda olib borish kerak.

Antibiotiklar va antiseptiklar bilan profilaktik davolash muntazam ravishda siydik tahlili nazorati ostida uzoq muddatli va to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Davolash samaradorligini siydik tahlili va ayollarda qin va bachadon bo'yinchasidan olingan surtma natijalarining dinamik o'zgarishiga asoslangan holda baholash zarur.

Siydikni (ayollarda qin dahlizidan olingan surtmani) tekshirish nazorati - 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar sonini hisoblash va siydik cho'kmasida bakteriyalar mavjudligini aniqlashni 1 oy davomida har 10 kunda 1 marotaba, 3 oy davomida – har 1 oyda 1 marotaba, so'ngra 1 yil davomida – har 3 oyda 1 marotaba amalga oshirish zarur.

Kasallik klinik belgilarining, bakteriuriya va leykotsituriyaning batamom yo'qolganidan so'ng bemor 1 yil davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan, leykotsituriya va bakteriuriyaning yo'qolmagan yoki ko'payib borayotgan hollarida maslaxat olish uchun bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Surunkali tsistit kasalligi bo'lgan bemorlarda infeksiya o'choqlari, ayniqsa ayollarda jinsiy a'zolaridagi infeksiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, shaxsiy gigiena (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Drenaj trubkalari (tsistostomik, uretral kateter va boshqalar) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak.

Surunkali tsistit kasalligi bo'lgan bemorlarni sanatoriy va kurortlarda davolash antibakterial dorilar bilan davolab bo'lgandan va siydik yo'llaridagi infeksiya to'liq bartaraf etilgandan so'ng amalga oshirishlari mumkin.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi. O'tkir asoratlanmagan prostatit. (1 toifali xizmat)

Tushuncha.

O'tkir bakterial prostatit – bu prostata bezining o'tkir nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligidir.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Tashxis bemorning tana haroratining 39-40°S ko'tarilishi, dumg'aza va oraliq sohasida og'riq, tez-tez siyish, siyishga kuchli chaqiriq, nikturiya, ba'zida mialgiya va artralgiya kabi xarakterli shikoyatlariga asoslangan holda qo'yiladi.

Prostata bezini to'g'ri ichak orqali paypaslaganda kuchli og'riq, shish va mahalliy gipertermiya aniqlanadi. O'tkir prostatitda prostata bezini massaj qilish ta'qiqlanadi, chunki u bakteriemiya yoki shokga olib kelishi mumkin. O'tkir prostatit odatda o'tkir tsistit bilan birga kuzatiladi, bu holda siydik loyqa bo'ladi, ba'zida makrogematuriya aniqlanishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida leykotsitoz va leykotsitlar formulasining chapga siljishi kuzatiladi.

Uretradan olingan surtma mikroskopiyasida (uretradan ajralib chiqayotgan ajralma mavjud bo'lgan hollarda) ko'p miqdorda leykotsitlar va bakteriyalar aniqlanadi.

Siydik tahlilida ko'rish maydonida 400-dan ortiq leykotsituriya, 1 ml siydikda 100000-dan ortiq bakteriuriya, o'zgarmagan eritrotsitlar aniqlanadi.

Prostata bezi suyuqligida ko'p miqdorda leykotsitlar va bakteriyalar aniqlanishi mumkin.

Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°C temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

O'tkir prostatitda transuretral tekshiruvlar va qovuqni kateterlash mumkin emas.

Agar bemorda o'tkir siydik tutilishi kuzatilayotgan bo'lsa, bu holda qovuqni qov usti sohasi orqali punktsiya qilish kerak.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni prostata bezi va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Prostata bezi abstsessi yoki siydik tutilishi kuzatilayotgan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. O'tkir pielonefrit qovuqning kuchli ta'sirlanishi bilan birga kechishi mumkin. Prostatitda og'riq dumg'aza sohasida kuzatiladi, pielonefritda esa bel sohasida. O'tkir prostatitda to'g'ri ichak orqali tekshirganda aniqlanadigan o'zgarishlar o'tkir prostatitni yuqori siydik yo'llari o'tkir infeksiyasidan osongina farqlashga imkon beradi.

2. O'tkir prostatitni o'tkir divertikulitdan differentsiallash zarur. Puxta yig'ilgan anamnez va fizikal tekshiruvlar odatda bu ikki holatni differentsiallaydi.

3. O'tkir granulematozli prostatitni o'tkir bakterial prostatitdan qiyosiy tashxislash kerak. Granulematozli prostatitning o'tkir eozinofilli varianti anamnezida allergik yoki bronxial astmasi bo'lgan kishilarda kuzatiladi. Bu holat odatda generalizatsiyalangan vaskulitning yaqqol ifodalangan belgilari bilan birga kuzatiladi. Bu holda tashxis prostata bezidan olingan biopstatni gistologik tekshirish natijalariga asoslangan holda qo'yiladi.

Davolash.

Siydik va prostata bezi suyuqligi bakterial ekmalarining natijalariga binoan.

Davolash ambulatoriya sharoitida olib boriladi (gonoreya, trixomoniaz va boshqa spetsifik yallig'lanish jarayonlari inkor etilgan hollarda): ftorxinolonlar.

Rezerv: trimetoprim/sul'fometoksazol (biseptol).

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining (tana haroratining me'yorga kelishi, dizuriya va og'riqning kamayishi, siyishning yaxshilanishi) kamayishiga asoslangan. Prostata bezini to'g'ri ichak orqali tekshirganda og'riq va shish kamayganligi aniqlanadi. Antibakterial dorilarni buyurgandan qabul qilgandan so'ng 48 soat o'tgach, 1 ml siydik (yoki prostata bezi suyuqligi) tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni hisoblanadi. Agar shu davrgacha 1 ml siydik (yoki prostata bezi suyuqligi) tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar soni bir necha marotaba kamaysa va bakteriuriya yo'qolsa, davolash samarali deb hisoblanadi.

Taktika.

O'tkir siydik tutilishi, prostata bezi abstsessi, epididimit yoki bakterilogik shok rivojlangan hollarda bemorni zudlik bilan urologga jo'natish kerak. Asoratlangan prostatitni konservativ davolash 48 soat muddat ichida samarasiz bo'lgan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Siydik, qon va prostata bezi suyuqligi tahlillarining turg'un normallasuvi. Siydik va prostata bezi suyuqligi tahlilini bakteriuriya va leykotsituriya borligini aniqlash maqsadida 4 oy muddatgacha qayta tekshirib turish zarur.

Bemor (individuum) darajasidagi profilaktika.

O'tkir bakterial prostatitning samarali profilaktikasi – yuqoriga ko'tariluvchi siydik yo'llari infeksiyasining oldini olishdir. O'tkir bakterial prostatit bo'lgan bemorlarda barcha infeksiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, bemorlar shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishlari kerak.

Oila darajasidagi profilaktika.

Oilada erkaklar shaxsiy gigienasi (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur.

Jamiyat darajasidagi profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi.

O'tkir orxit.

(1 toifali xizmat)

Tushuncha.

O'tkir orxit – bu moyakning nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligidir. Orxit 20-35% hollarda epidemik parotitdan so'ng uchraydi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

O'tkir orxit tashxisi bemorning yorg'oqdagi og'riq va uning kattalashganligi, tana haroratining 40°C darajagacha ko'tarilganligi kabi xarakterli shikoyatlariga asoslangan holda qo'yiladi.

Ob'ektiv tekshirganda bitta yoki ikkala moyak kattalashgan va kuchli og'riqli bo'ladi. Paypaslaganda ko'p hollarda moyak bilan moyak ortig'ini bir-biridan ajratib bo'lmaydi. Yorg'oq terisi qizaradi. Diafanoskopiya qilinganda moyak qobiqlari o'tkir istisqosi aniqlanishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida odatda leykotsitoz kuzatiladi.

Siydik tahlili va uretradan olingan surtma mikroskopiyasi siydik yo'llaridagi infeksiyani aniqlash uchun zarur. Orxit kasalligida ko'p hollarda siydik tahlili o'zgarishlarsiz bo'ladi. Leykotsituriya va bakteriuriya anqqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°C temperaturada

siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

O'tkir orxitda transuretral tekshiruvlar va qovuqni kateterlash mumkin emas.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni yorg'oq a'zolari ul'tratovushli tekshiruviga yuborish kerak. Moyak abstsessi aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. Paypaslash yo'li bilan o'tkir epididimitni o'tkir orxitdan osongina qiyosiy tashxislash mumkin. Piuriya va uretradan ajralmaning borligi, hamda yorg'oq a'zolari ul'tratovushli tekshiruvni epididimitni differentsial tashxislashga imkon beradi.

2. Moyak va urug' tizimchasi buralishi ko'pincha yosh bolalar va o'smirlarda uchraydi. Moyak buralishining boshlang'ich davrida moyak ortig'i moyakning ustida paypaslanadi. Ul'tratovushli tekshiruv orxit tashxisini tasdiqlash yoki istesno qilishga imkon beradi.

3. Yorg'oq jaroxatida moyakning posttravmatik yorilishi va moyakda o'tkir qon ketishi kuzatiladi. Ul'tratovushli tekshiruv moyak yorilishidan orxitni qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

4. Moyak o'smalaridan o'tkir orxitni differentsiallash zarur. Moyak o'smasida yorg'oq a'zolari sinchiklab paypaslaganda og'riqsiz qattiq hosilaning borligi aniqlanadi. Moyakni ul'tratovushda tekshirish differentsial tashxislashga imkon beradi.

Davolash.

Bakterial infektsiya sababli rivojlangan orxitda antibakterial dorilar buyuriladi – doksatsiklin yoki azitromitsin.

Umuiy chora-tadbirlar: yotoq rejimi, mahalliy issiq va suspensoriy taqish foydalidir.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining kamayishi (tana haroratining pasayishi, moyakda og'riq va shishning kamayishi) va umumiy ahvolining yaxshilanishiga asoslangan.

Taktika.

7 kun davomida konservativ davolash samarasiz bo'lgan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisi taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Qon va siydik tahlilining turg'un normallasuvi. Moyakning normal o'lcham va konsistentsiyasiga qaytishi.

Bemor (individuuum) darajasidagi profilaktika.

Orxit bilan asoratlangan parotit profilaktikasida tepki kasalligiga qarshi virusli vaktsina juda samaralidir. Siydik yo'llarida yoki organizmning boshqa a'zolarida infektsiya o'choqlari mavjud bo'lgan hollarda ularni davolash va

bartaraf etish zarur. Orxit kasalligi bilan og'rgan bemorlar shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Oila darajasidagi profilaktika.

Oilada erkaklar shaxsiy gigienasi xaqida, hamda jinsiy yo'l bilan o'tishi mumkin bo'lgan infektsiya va siydik yo'llari infektsiyasi xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur.

Jamiyat darajasidagi profilaktika.

Sog'lom hayot tarzini, shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi talablariga rioya qilishni, jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklar profilaktikasini tashviqot qilish.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infektsiyasi.

O'tkir epididimit.

(1 toifali xizmat)

Tushuncha.

O'tkir epididimit – bu moyak ortig'ining nospetsifik infektsion yallig'lanish kasalligidir.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

O'tkir epididimit tashxisi bemorning yorg'oqdagi og'riq va uning urug' tizimchasi bo'ylab uzatilishi, 3-4 soat ichida moyak ortig'i o'lchamlarining kattalashishi, tana haroratining 40°S ko'tarilishi kabi xarakterli shikoyatlariga asoslangan holda qo'yiladi. Uretradan yiringli ajralmaning ajralishi, tsistit yoki prostatit simptomlari kuzatilishi mumkin.

Ob'ektiv tekshirganda yorg'oq odatda kattalashadi va terisi qizaradi. O'tkir epididimitning boshlang'ich davrida kattalashgan, qattiqlashgan va og'riqli moyak ortig'ini moyakdan farqlash mumkin, lekin bir necha soatdan so'ng, moyak va moyak ortig'i umumiy birikmaga aylanib qoladi va ularni bir-biridan ajratib bo'lmaydi. Shish hisobiga urug' tizimchasi kattalashadi, uretradan ajralma chiqayotganini kuzatish mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida leykotsitoz va leykotsitlar formulasining chapga siljishi kuzatiladi.

Siydik tahlili va uretradan olingan surtma mikroskopiyasi (uretradan ajralib chiqayotgan ajralma mavjud bo'lgan hollarda) siydik yo'llaridagi infektsiyani aniqlash uchun zarur. Leykotsituriya va bakteriuriya anpqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

O'tkir epididimitda transuretral tekshiruvlar va qovuqni kateterlash mumkin emas.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni yorg'oq a'zolari ul'tratovushli tekshiruviga yuborish kerak. Moyak ortig'i abstsessi aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. Sil epididimiti – kuchli og'riqlar va tana haroratining yuqori ko'tarilishi kam hollarda kuzatiladi. Paypaslaganda moyak ortig'i moyakdan alohida farqlanadi, «tasbih» simptomi kuzatilishi mumkin. To'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezining qattiqlashgani va urug' pufakchalarining (epididimit rivojlangan tarafida) kattalashgani aniqlanadi. Tashxis siydik yoki prostata bezi suyuqligi ekmasida sil tayoqchalarining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.

2. Moyak o'smalaridan o'tkir epididimitni differentsiallash zarur. Moyak o'smasida yorg'oq a'zolari sinchiklab paypaslaganda o'zgarmagan moyak ortig'idan alohida moyakdan o'sib chiqqan hosilaning borligi aniqlanadi. Yorg'oq a'zolarini ul'tratovushda tekshirish differentsial tashxislashga imkon beradi.

3. Moyak va urug' tizimchasi buralishi ko'pincha o'g'il bolalar va o'smirlarda uchraydi, ba'zida kattalarda ham kuzatilishi mumkin. Moyak buralishining boshlang'ich davrida moyak ortig'i moyakning ustida paypaslanadi. Keyinchalik moyak va moyak ortig'i kattalashadi, kuchli og'riqli va qattiq konsistentsiyali bo'ladi. Ul'tratovushli tekshiruv epididimit tashxisini tasdiqlash yoki istesno qilishga imkon beradi.

4. Yorg'oq jaroxati o'tkir epididimitning klinik ko'rinishida bo'lishi mumkin. Anamnezida jaroxatning borligi, piuriyaning yoki uretradan ajralmaning yo'qligi qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

5. Orxit – moyakning yallig'lanishi o'tkir epididimitdan qiyosiy tashxislanish zarur. Orxit odatda parotit (quloq oldi bezlari yallig'lanishi) bilan birga kuzatiladi. Yorg'oq a'zolarini ul'tratovushda tekshirish differentsial tashxislashda katta ahamiyatga ega.

Davolash.

Spetsifik yalliqanish jarayoni va boshqalar inkor etilgan hollarda (gonoreya, sil, o'smalar, abstsess) doksatsiklin yoki azitromitsin bilan birga trixomonadalarga qarshi dorilar buyuriladi.

Umuiy chora-tadbirlar: yotoq rejimi, mahalliy issiq va suspensoriy taqish foydalidir.

Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining kamayishi (tana haroratining pasayishi, yorg'oqda og'riq va shishning kamayishi) va umumiy ahvolining yaxshilanishiga asoslangan.

Taktika.

7 kun davomida konservativ davolash samarasiz bo'lgan, abstsess yoki o'sma aniqlangan hollarda konsul'tatsiya qilish maqsadida bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik belgilarining batamom yo'qolishi. Qon va siydik tahlilining turg'un normallasuvi. Moyak ortig'ining normal o'lcham va konsistentsiyasiga qaytishi.

Bemor (individueum) darajasidagi profilaktika.

Jinsiy yo'l bilan o'tishi mumkin bo'lgan epididimit profilaktikasi, siydik yo'llari infeksiyasi va prostatitni chaqiruvchi asosiy sabablarni aniqlash va bartaraf etish. Epididimit kasalligi bilan og'rigan bemorlar shaxsiy va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Oila darajasidagi profilaktika.

Oilada erkaklar shaxsiy gigienasi xaqida, hamda jinsiy yo'l bilan o'tishi mumkin bo'lgan infeksiya va siydik yo'llari infeksiyasi xaqida tushuntirish ishlari olib borilishi zarur.

Jamiat darajasidagi profilaktika.

Jinsiy yo'l bilan o'tuvchi epididimitning oldini olish uchun jinsiy hamrohlarni aniqlash va davolash zarur.

Epididimit bo'lgan bemorlar reabilitatsiyasi va ularni dispanserlash.

Nospetsifik epididimit kasalligi bo'lgan bemorlarda klinik jixatdan sog'ayganlaridan so'ng antibakterial va antiseptik dorilar bilan davolashni, siydik yo'llarida infeksiya mavjud bo'lgan hollarda, davom ettirish zarur.

Davolash samaradorligini siydik tahlili natijalarining dinamik o'zgarishiga asoslangan holda baholash kerak. Siydikni tekshirish nazorati - 1 ml siydik tarkibidagi (yoki ko'rish maydonidagi) leykotsitlar sonini hisoblash va siydik cho'kmasida bakteriyalar mavjudligini aniqlash yo'li bilan amalga oshiriladi.

Kasallik klinik belgilarining, bakteriuriya va leykotsituriyaning batamom yo'qolganidan so'ng bemor 6 oy davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan, kasallik qaytalangan yoki leykotsituriya va bakteriuriya yo'qolmagan hollarda maslahat olish uchun bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Epididimit kasalligi bo'lgan bemorlarda barcha infeksiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, shaxsiy gigiena va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Standart bayonnoma

**Siydik yo'llari infeksiyasi.
O'tkir asoratlangan pielonefrit.
(2 toifali xizmat)**

Tushuncha.

O'tkir asoratlangan pielonefrit – buyrak parenximasi va kosacha-jom tizimi devorining o'tkir nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligi bo'lib, u infeksiyaning rivojlanishi va/yoki davolashning muvaffaqiyatsiz bo'lishi xavfini oshiruvchi holatlar (siydik yo'llaridagi struktur yoki funktsional nuqsonlar yoki mavjud boshqa yondosh kasalliklar) bilan assotsiatsiyalanadi.

Kasallik bir yoki ikkala buyrakni ham shikastlashi mumkin.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Tahxis bemorning xarakterli shikoyatlari: tana haroratining 38,5-40°S darajagacha ko'tarilishi, ba'zi hollarda qaltirash, bel sohasidagi (bir yoki ikki tomonlama) doimiy og'riq, ba'zan tez-tez siyish asosida qo'yiladi. Paypaslaganda qovurg'a-umurtqa burchagi sohasida og'riq aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida yuqori darajadagi leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi kuzatiladi. Siydik tahlilida cho'kma mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida 400-dan ortiq leykotsituriya, 1 ml siydikda 100000-dan ortiq bakteriuriya aniqlanadi. Kasallik boshlanishidan 2-3 kun o'tgach siydikda donali tsilindrlarni aniqlash mumkin.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar va qoldiq siydik mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshiruvga yuborish kerak.

Taktika.

Yuqori yoki pastki siydik yo'llarida obstruktsiya aniqlangan hollarda maslaxat olish maqsadida bemorni urologga yuborish zarur.

Agar bemor murojaat qilgan vaqtda ahvoli og'ir bo'lsa, bu intoksikatsiya hisobiga bo'lishi mumkin, bunda simptomatik davolash shaklida (yurakni quvvatlovchi dorilar, suyuqliklarni tomchilab quyish va boshqalar) zudlik bilan yordam ko'rsatish mumkin.

O'tkir asoratlangan pielonefrit bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish va dispanserlash.

O'tkir asoratlangan pielonefrit bo'lgan bemorlarni klinik tuzalganidan so'ng mutaxassis-urolog tavsiyasiga binoan antibakterial dorilarni bakteriologik ekmaning natijalariga asoslangan holda mikroblarning sezuvchanligiga muvofiq ravishda davom ettirish zarur.

Antibiotiklar va antiseptiklar bilan profilaktik davolash muntazam ravishda siydik tahlili nazorati ostida uzoq muddatli va to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Davolash samaradorligini siydik tahlili natijalarining dinamik o'zgarishiga asoslangan holda baholash zarur.

Siydikni tekshirish nazorati - 1 ml siydik tarkibidagi leykotsitlar sonini hisoblash va siydik cho'kmasida bakteriyalarning mavjudligini aniqlashni dastlabki 1 oy davomida haftada 1 marotaba, so'ngi 6 oy davomida – har 1 oyda 1 marotaba, undan keyin 2 yil davomida – har 3 oyda 1 marotaba amalga oshirish zarur.

Kasallikning klinik belgilarining, bakteriuriya va leykotsituriyaning batamom yo'qolganidan so'ng bemor 2 yil davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan (tugallanmagan bakteriuriya, bakterial persistentsiya yoki reinfektsiya) hollarda maslaxat olish uchun bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

O'tkir pielonefrit kasalligi bo'lgan bemorlarda infeksiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, shaxsiy gigiena (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Drenaj trubkalari (nefrostomik, pielostomik, tsistostomik, uretral kateter) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak (bog'lamni almashtirish, ko'rsatmasiga qarab yuvib turish).

O'tkir pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni sanatoriy va kurortlarda davolashni antibakterial dorilar bilan davolab bo'lgandan va siydik yo'llaridagi infektsiya to'liq bartaraf etilgandan so'ng 3-6 oy o'tgach amalga oshirish tavsiya etiladi.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infektsiyasi. Surunkali pielonefrit. (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Surunkali pielonefrit – bu buyraklarning bakterial infektsiya tufayli kelib chiquvchi ularning parenximasi va jomini zararlantiruvchi buyraklarning surunkali nospetsifik tubulointerstitsial kasalligidir. Surunkali bakterial pielonefritga buyrakning qurishi xarakterli bo'lib, u siydik yo'llari infektsiyasi tufayli vujudga keladi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Surunkali bakterial pielonefritda (SBP) bolalarda, ba'zan esa kattalarda, o'tkir infektsiya epizodlari kuzatiladi. Tana harorati faqat o'tkir infektsiya mavjud bo'lgan hollardagina ko'tariladi. Surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarda o'tkir infektsiya kuzatilmasa, bunday hollarda kasallikning aniq belgilari bo'lmaydi. Surunkali pielonefrit rivojlanganida va ikkala buyrak zararlanganida gipertenziya, anemiya va azotemiya bilan bog'liq bo'lgan simptomlar qo'shilishi mumkin.

O'tkir infektsiya kuzatilmasa, surunkali pielonefritga xos fizikal o'zgarishlar bo'lmaydi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Surunkali pielonefritda o'tkir infektsiya yoki azotemiya bo'lmasa qon tahlili odatdagiday bo'lishi mumkin. Siydik tahlilidagi o'zgarishlar buyraklar faoliyatining buzilish darajasi va o'tkir infektsiyaning mavjudligiga bog'liq holda o'zgarishi mumkin. Bakteriuriya (1 ml siydikda 100000-dan ko'proq) kuzatilgan hollarda ekish muhitida mikroblar o'sishi mumkin. Kasallikning bosqichiga qarab qondagi mochevina va kreatininning miqdori odatdagiday yoki yuqori bo'lishi mumkin.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruksiya va qovjiragan buyrakning mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshiruvga yuborish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. O'tkir pielonefrit belgilari (tana haroratining yuqori ko'tarilishi va belda og'riq) bo'lmasa, yuqori va pastki siydik yo'llari infektsiyasini bir-biridan qiyoslash ancha qiyinroq. Ekskretor urografiya va ul'tratovushli tekshiruv natijalariga binoan surunkali pielonefritda buyraklarda xarakterli chandiqlanish aniqlanadi, pastki siydik yo'llari infektsiyasida esa buyraklarning ko'rinishi odatdagiday bo'ladi.

2. Surunkali pielonefritni buyrakning boshqa turdagi surunkali kasalliklaridan, ayniqsa analgetik nefropatiyadan differentsiatsiya qilish kerak.

3. Buyrak sili surunkali pielonefritdan differentsiatsiya qilinishi kerak. Siydik ekmasi va cho'kmasida mikobakteriyalarning borligi, ekskretor urogramma va ul'tratovushli tekshiruvda sil kasalligiga xos o'zgarishlar aniqlanadi.

4. Ba'zi bir hollarda surunkali pielonefritni buyrak o'smalaridan differentsiatsiya qilish kerak. Buning uchun buyrakni ul'travushda tekshirish, angiografiya yoki komp'yuterli tomografiya qilish zarur.

Taktika.

Siydik yo'llarida obstruksiya va qovjiragan buyrakning mavjudligi aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish va dispanserlash.

Surunkali pielonefrit bo'lgan bemorlar klinik tuzalganidan so'ng mutaxassis-urolog tavsiyasiga binoan antibakterial dorilarni bakteriologik ekmaning natijalariga asoslangan holda mikroblarning sezuvchanligiga muvofiq ravishda davom ettirish zarur.

Antibiotiklar va antiseptiklar bilan profilaktik davolash muntazam ravishda siydik tahlili nazorati ostida uzoq muddatli va to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Davolash samaradorligini siydik tahlili natijalarining dinamik o'zgarishiga asoslangan holda baholash zarur.

Siydikni tekshirish nazorati - 1 ml siydik tarkibidagi leykotsitlar sonini hisoblash va siydik cho'kmasida bakteriyalarning mavjudligini aniqlashni dastlabki 1 oy davomida 15 kunda 1 marotaba, so'ng 6 oy davomida – har 1 oyda 1 marotaba, undan keyin 2 yil davomida – har 3 oyda 1 marotaba amalga oshirish zarur.

Kasallikning klinik belgilar, bakteriuriya va leykotsituriyaning batamom yo'qolganidan so'ng bemor 5 yil davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan (tugallanmagan bakteriuriya, bakterial persistentsiya yoki reinfektsiya) hollarda maslaxat olish uchun bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Surunkali pielonefrit kasalligi bo'lgan bemorlarda infektsiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, shaxsiy gigiena (muntazam ravishda cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Drenaj trubkalari (nefrostomik, pielostomik, tsistostomik va boshqalar) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak (bog'lamni almashtirish, ko'rsatmasiga qarab yuvib turish).

Surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlarni sanatoriy va kurortlarda davolashni kasallikning remissiya davrida amalga oshirish tavsiya etiladi.

Standart bayonnoma

**Siydik yo'llari infeksiyasi.
Buyrak abstsessi (intrarenal).
(2 toifali xizmat)**

Tushuncha.

Buyrak abstsessi – bu buyrak parenximasining chegaralangan yiringli emirilishi. Avvaliga mikroabstsesslar paydo bo'ladi, ular kattalashishi mumkin va bir-biri bilan birikkanda parda bilan chegaralangan yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Kortikal va kortikomedullyar abstsesslar (karbunkullar) farq qilinadi.

Kortikal abstsesslar, qoidaga binoan, buyrakning qon orqali Staphylococcus aureus bilan infektsiyalanishi oqibatida kelib chiqadi.

Kortikomedullyar abstsessning paydo bo'lish sababi, qoidaga binoan, siydik yo'llari obstruktsiyasi tufayli rivojlanadigan (siydik dimlanishi sababli) yuqoriga ko'tariluvchi infektsiyadir. Eng ko'p kuzatiladigan etiologik omillari: E soli, Klebsiella yoki Proteus.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Buyrak abstsessining klinik belgilari: tana haroratining yuqori darajada ko'tarilishi, qaltirash, bel sohasida og'riq va qovurg'a-umurtqa burchagidagi (bel sohasidagi) mushaklarning taranglashishi, skolioz. Siyishning buzilishi va siydik yo'llarining boshqa simptomlari turli darajada namoyon bo'ladi.

Paypaslaganda qovurg'a-umurtqa burchagida, qovurg'a osti sohasida o'ziga xos og'riq aniqlanadi. Buyrakni hamma vaqt ham paypaslab bo'lmaydi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida odatda leykotsitoz, leykotsitlar formulasining chapga siljishi, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi kuzatiladi. Siydik tahlilida leykotsituriya ko'ruv maydonida 400-dan ortiq, 1 ml siydik tarkibida 100000-dan ortiq bakteriyalar aniqlanadi. (Kortikal abstsesslarda siydikning laborator tekshiruvlarida patologik o'zgarishlar aniqlanmasligi ham mumkin).

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovush tekshiruvi. Bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga skrining tashxislash uchun yuborish kerak. Siydik yo'llarida obstruktsiya yoki abstsess aniqlangan hollarda bemorni urologga jo'natish kerak.

Taktika.

Buyrakda abstsess aniqlansa, bemorni zudlik bilan urologga jo'natish kerak.

Agar bemor murojaat qilgan vaqtda ahvoli og'ir bo'lsa, bu intoksikatsiya hisobiga bo'lishi mumkin, bunda simptomatik davolash shaklida (yurakni quvvatlovchi dorilar, suyuqliklarni tomchilab quyish va boshqalar) zudlik bilan yordam ko'rsatish mumkin.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infektsiyasi. Paranefral abstsess (paranefrit). (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Paranefral abstsess – bu paranefral yog' to'qimasida (buyrak kapsulasi va fascia Gerota o'rtasida) yiringli o'chog'ning paydo bo'lishidir. Paranefral abstsess, ko'p hollarda qoidaga binoan, intrarenal abstsessning paranefriyga yorilishidan rivojlanadi. Paranefral abstsessning qo'zg'atuvchilari ham xuddi intrarenal abstsessning qo'zg'atuvchilari bo'lib hisoblanadi: stafilokokklar va

gram-manfiy bakteriyalar, asosan E. soli oilasiga yoki Klebsella, Protes guruhiga mansub bakteriyalar.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Paranefral abstsessning klinik belgilari quyidagilardir: tana haroratining yuqori ko'tarilishi, qaltirash, bel sohasida yoki qovurg'a-umurtqa tutashgan sohada og'riq, bel sohasida deformatsiya va shish borligi, terining qizarishi va skolioz. Ba'zi hollarda paranefral abstsessning klinik belgilarining yoqqol namoyon bo'lmasligi va chigallashganligi barvaqt tashxis qo'yishni qiyinlashtirishi mumkin. Paypaslaganda bel sohasida yoki qovurg'a-umurtqa tutashgan sohada og'riq, ba'zi hollarda buyrak sohasida hosila borligi aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida odatda leykotsitoz, leykotsitlar formulasining chapga siljishi, har xil darajadagi kamqonlik va eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi kuzatiladi. Siydik tahlilida ko'pgina bemorlarda piuriya, bakteriuriya va proteinuriya aniqlanadi.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovush tekshiruvi. Bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga jo'natish kerak. Agar paranefral abstsess yoki yuqori siydik yo'llari obstruktsiyasi aniqlansa, bemorni mutaxassis-urologga jo'natish zarur.

Taktika.

Agar paranefral abstsess aniqlansa, bemorni zudlik bilan mutaxassis-urologga jo'natish zarur. Agar bemor murojaat qilgan vaqtda ahvoli og'ir bo'lsa, bu intoksikatsiya hisobiga bo'lishi mumkin, bunda simptomatik davolash shaklida (yurakni quvvatlovchi dorilar, infuzil suyuqliklarni venaga tomchilab quyish va boshqalar) zudlik bilan yordam ko'rsatish mumkin.

Standart bayonnoma

**Siydik yo'llari infeksiyasi.
Surunkali bakterial prostatit.
(2 toifali xizmat)**

Tushuncha.

Surunkali bakterial prostatit – bu prostata bezining nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligi bo'lib, u faqat surunkali prostatit sindromi bo'lgan 5-7% erkaklarda uchraydi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Surunkali prostatitning simptomlari turlichadir. Ba'zi bemorlarda kasallik simptomlarsiz kechadi va oxir oqibat tashxis tasodifan ayon bo'lgan simptomlarsiz bakteriuriyaga asoslangan holda qo'yiladi. Boshqa bemorlarda irritativ simptomlar (tez-tez siyish, siyishga kuchli chaqiriq, nikturiya, uzilib-uzilib siyish), dumg'aza va oraliq sohasida og'riq yoki diskomfort kuzatiladi. Qaltirash va tana haroratining ko'tarilishi esa, prostata bezi surunkali infeksiyasining zo'rayish belgisidir.

To'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezi normal, og'riqli, qattiqlashgan yoki shishgan bo'lishi mumkin. Prostata bezi ichida toshlar mavjud bo'lsa, bu holda krepatatsiya aniqlanadi. Bemorlarda boshlang'ich

yoki yakunlovchi gematuriya, gemospermiya yoki uretral ajralmalar aniqlanishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Surunkali infektsiya zo'rayishi bo'lmagan hollarda qon tahlilida o'zgarishlar kuzatilmaydi. Massaj yo'li bilan olingan prostata bezi suyuqligini mikroskopiya qilinganda, uning tarkibida leykotsitlar miqdorining oshganligi (ko'rish maydonida 10 va undan ortiq), ko'p miqdordagi makrofaglar va bakteriyalar aniqlanadi. Agar kasallikka tsistit qo'shilsa, bu holda siydikning o'rta qismidan olingan namunada piuriya kuzatiladi.

Materialni steril idishga olib, 1 ml siydik yoki prostata bezi suyuqligi tarkibidagi leykotsitlar va bakteriyalar sonini aniqlash uchun mikroskopik tekshirish kerak. Agar leykotsitlar sonining ko'pligi va bakteriyalarning mavjudligi aniqlansa, bu holda materialni muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni prostata bezi va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Prostata bezida yoki qovuqda tosh borligi, yoki surunkali prostatitga xos belgilar aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Taktika.

Bemor murojaat qilgan vaqtda, to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish va ul'tratovushli tekshiruv natijalariga ko'ra, surunkali prostatitga xos belgilar aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Kasallik asoratlari (siydik tutilishi, prostata bezi abstsessi, epididimit) rivojlangan hollarda bemorni zudlik bilan urologga jo'natish kerak.

Surunkali prostatiti bo'lgan bemorlar rehabilitatsiyasi va ularni dispanserlash.

Surunkali bakterial prostatit kasalligi bo'lgan bemorlarda klinik jixatdan sog'ayganlaridan so'ng antibakterial dorilar bilan davolashni mutaxassis-urolog tavsiyasiga binoan prostata bezi suyuqligi ekmasining natijalariga asosangan holda mikrofloraning sezuvchanligiga muvofiq ravishda olib borish kerak.

Antibiotiklar va antiseptiklar bilan profilaktik davolash muntazam ravishda va to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Davolash samaradorligini prostata bezi suyuqligi tahlili natijalarining dinamik o'zgarishiga asoslangan holda baholash zarur.

Kasallik klinik belgilarining, prostata bezi suyuqligi tarkibida leykotsitlar va bakteriyalarning batamom yo'g'olganidan so'ng, bemor 1 yil davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan, prostata bezi suyuqligi tarkibida leykotsitlar va bakteriyalar yo'qolmagan yoki ko'payib borayotgan hollarda maslaxat olish uchun bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni taklif qilish zarur.

Surunkali prostatit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda barcha infektsiya o'choqlari bartaraf etilishi zarur, ular shaxsiy gigiena (muntazam ravishda

cho'milish, ichki kiyimlarni almashtirish) va jinsiy hayot gigienasi qoidalariga rioya qilishlari shart.

Jinsiy aloqadan so'ng, kasallikning qaytalanishi kuzatilgan hollarda, bemorning jinsiy hamrohini ham tekshirish va bemor bilan bir vaqtda davolash lozim. Jinsiy yo'l bilan o'tuvchi kasalliklar aniqlangan hollarda, ikkala jinsiy hamrohlarni ham konsul'tatsiya qilish maqsadida venerologga yuborish zarur.

Surunkali prostatit kasalligi bo'lgan bemorlarni sanatoriy va kurortlarda davolash antibakterial dorilar bilan davolab bo'lgandan so'ng va kasallikning remissiya davrida amalga oshirish tavsiya etiladi.

Standart bayonnoma

Siydik yo'llari infeksiyasi. Surunkali abakterial prostatit. (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Surunkali abakterial prostatit – bu prostata bezining noinfeksion yallig'lanish kasalligi bo'lib, u noma'lum patogen mikroblar tomonidan chaqirilgan prostatitlarning eng ko'p tarqalgan turidir.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Abakterial prostatitning simptomlari turlichadir va ko'p hollarda surunkali bakterial prostatitning simptomlarini eslatadi. Biroq abakterial prostatit bilan og'rigan bemorlarning siydik va prostata bezi suyuqligi tahlilida siydik yo'llari infeksiyasini tasdiqlovchi ma'lumotlar bo'lmaydi, hamda bakteriologik tekshiruvlarda prostata bezidagi infeksiyon qo'zg'atuvchilar aniqlanmaydi. Ehtimoldan uzoqroq bo'lsada, lekin ko'pgina klinitsistlar ishonadilarki, abakterial prostatitning qo'zg'atuvchilari xlamidiya, ureaplazma va mikoplazmalardir. Bu qo'zg'atuvchilar prostata bezi suyuqligida har doim ham aniqlanavermaydilar.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Prostata bezi suyuqligi tarkibida ko'rish maydonida 15-dan ortiq leykotsitlar va yog' qatlamli makrofaglar aniqlanadi. Prostata bezi suyuqligi tarkibida bakteriyalar aniqlanmaydi.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni prostata bezi va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Bu tekshiruvda abakterial prostatitga xos o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Differentsial tashxislash..

1. Abakterial prostatitni prostatitlarning boshqa turlaridan differentsiallashtirish zarur, asosan surunkali bakterial prostatitdan. Surunkali bakterial prostatit retsidivlanuvchi siydik yo'llari infeksiyasi bilan kechadi va prostata bezi suyuqligi tarkibida bakteriyalar borligi bilan farqlanadi.

2. Irritativ simptomlari bo'lgan, lekin siydik va prostata bezi suyuqligining bakteriologik ekmalarida mikroblar topilmagan (prostatit va tsistit kasalliklari bo'lmagan) o'rta va qari yoshdagi erkaklarda puxta tekshiruvlar o'tkazib, qovuq rakini, xususan cancer in situ, intesno qilish zarur. Bu holda siydikni tsitologik tekshirish va tsistoskopiya qilish (biopsiya bilan) samarali bo'lishi mumkin.

Taktika.

Bemor murojaat qilgan vaqtda, to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish natijalariga ko'ra, surunkali prostatitga xos belgilar aniqlangan, hamda prostata bezi suyuqligi tarkibida leykotsitlar soni ko'rish maydonida 15-dan ortiq bo'lgan, bakteriyalar esa aniqlanmagan hollarda maslaxat olish maqsadida bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Standart bayonnoma

Varikotsele (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Varikotsele – urug' tizimchasi venalarining (plexus pampiniformis) varikoz kengayishi bo'lib, asosan chap tomonda rivojlanadi, ba'zi hollarda varikotsele ikki tomonda yoki faqat so'ng tomonda kuzatilishi mumkin. Varikotsele ko'pincha 14-15 yoshli o'smirlarda kuzatiladi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Varikotsele yorg'oqning muvofiq tomoni kattalashgani, unda nohush xislarni sezish, jismoniy zo'riqish davrida urug'don va chov sohasining tortishib og'rishi bilan namoyon bo'ladi.

Ko'zdan kechirganda va\yoki paspalaganda yorg'oqning shikastlangan tomonida urug' tizimchasi venalarining tugunsimon kengayganligi, kuchanganda esa venalarning ko'proq kengayishi aniqlanadi. Sekin asta urug'donning konsistentsiyasi va o'lchamlari o'zgaradi, xatto u atrofiyaga uchrashi mumkin.

Taktika.

Kasallikning simptomlari va ob'ektiv belgilari mavjud bo'lsa, bemorni urologga yuborish yoki mutaxassisni maslaxat uchun chaqirish lozim.

Standart bayonnoma

Siydik tosh kasalligi. (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Siydik tosh kasalligi (STK) (Urolithiasis, nefrolitiaz) – bu ko'p etiologik kasallik bo'lib, buyrakning kanalchalari va kosa-jom tizimida siydikning tarkibiy qismidan shakllanuvchi toshlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

STK bo'lgan bemorlarning bel sohasida (o'ng yoki chap tomonida) og'riq, ba'zan buyrak sanchig'i, qon siyish (gematuriya) va og'riq xurujidan keyin siydik bilan toshlarning mustaqil chiqishi (kal'kuriya) kuzatiladi.

Bemor buyrak sanchig'i xuruji davrida bezovtalanadi, og'riqdan o'ziga joy topa olmaydi. Paypaslaganda bel sohasida mushaklarning taranglashishi aniqlanadi, buyrak sohasi kuchli og'riqli bo'ladi, ba'zan kattalashgan buyrak paypaslanishi mumkin. «Tukillatish» simptomi musbat bo'ladi.

Siydik tosh kasalligining asoratlari.

Siydik tosh kasalligining eng ko'p uchraydigan asoratlari siydik yo'llari infeksiyasi, o'tkir va surunkali pielonefritdir.

Siydik tosh kasalligida siydik yo'llari infeksiyasi birlamchi infeksiya, tugallanmagan bakteriuriya, retsidiv infeksiya va reinfeksiya shaklida kechishi mumkin.

O'tkir kal'kulez pielonefrit STK bo'lgan bemorlarning deyarli yarmida uchraydi. Uning klinik ko'rinishi o'tkir pielonefritning klinikasiga o'xshaydi.

Kal'kulez pionefroz – retsidiv infeksiya yoki reinfeksiya natijasida rivojlanuvchi buyrak parenximasining yiringli emirilishidir.

Kal'kulez gidronefroz – jom yoki siydik nayidagi toshlar tufayli rivojlangan obstruktsiya oqibatida buyrak-ichi bosimining oshishi hisobiga kosacha-jom tizimi kengayishi va buyrak parenximasining turli darajadagi atrofiyasi kuzatiladi.

O'tkir buyrak etishmovchiligi – ikkala siydik nayiga yoki yagona buyrakning siydik nayiga to'satdan tosh tiqilib qolishi natijasida rivojlanadi. Bu asoratning birinchi belgilari sifatida ikkala buyrak yoki yagona buyrak sohasida og'riq, anuriya va uremiyaning boshqa simptomlari kuzatilishi mumkin.

Surunkali buyrak etishmovchiligi – ko'pincha buyraklarda marjonsimon yoki ko'plab toshlar bo'lganda kuzatiladi. Gomeostazning o'zgarishi (elektrolit balansining va kislota-ishqor muvozanatining buzilishi, giperazotemiya) surunkali buyrak etishmovchiligining xarakterli belgisidir.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Siydik tahlilida cho'kmani mikroskopiya qilganda o'zgarmagan eritrotsitlar, turli tuz kristallari aniqlanishi mumkin. Agar STK siydik yo'llari infeksiyasi bilan asoratlangan bo'lsa, bu hollarda siydik tahlilida leykotsituriya va bakteriuriya aniqlanadi.

O'tkir yoki surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlangan hollarda qon tahlilida azot qoldiqlari (mochevina, kreatinin) miqdorining oshishi kuzatiladi.

Instrumental tekshirishlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida toshlar yoki obstruktsiya mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Siydik yo'llarida toshlar, obstruktsiya yoki STKning boshqa asoratlari aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Taktika.

Agar bemor murojaat qilgan vaqtda buyrak sachig'i xuruji kuzatilayotgan bo'lsa, uni bartaraf etish zarur. Buyrak sanchig'i xuruji bartaraf etilgandan so'ng siydik yo'llarida obstruktsiya saqlanib qolgan yoki STKning boshqa asoratlari mavjud bo'lgan hollarda bemorni urologga jo'natish yoki mutaxassisni konsul'tatsiyaga chaqirish kerak.

Siydik tosh kasalligi bo'lgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish va dispanserlash.

Agar siydik tosh kasalligi bo'lgan bemorga mutaxassisning tavsiyasiga binoan konservativ (dorilar bilan) davolash buyurilgan bo'lsa, davolashni davom ettirish kerak. Agar bemorga siydik tosh kasalligi sababli ma'lum bir operatsiya (pielolitotomiya, ureterolitotomiya, tsistolitotomiya, perkutan operatsiyalar va boshqalar) o'tkazilgan bo'lsa, mutaxassisning tavsiyasiga

binoan, siydik yo'llarida infektsiya mavjud bo'lgan hollarda, siydikni bakteriologik tekshiruviga asoslangan holda mikroblarning sezuvchanligiga muvofiq ravishda antibakterial dorilarni qabul qilishni davom ettirish kerak.

Antibiotik va antiseptiklar bilan profilaktik davolash to'liq sanatsiyaga qadar davom ettirilishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan, leykotsituriya va bakteriuriyaning yo'qolmagan yoki aksincha ko'payib borayotgan hollarida maslaxat olish uchun bemorni mutaxassis-urologga yuborish zarur.

Bemorda drenaj trubkalari (nefrostromik, tsistostomik va boshqalar) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak.

Siydik tosh kasalligi bo'lgan bemorlarda toshning mustaqil chiqib ketishi yoki uni konservativ yoki jarroxlik yo'li bilan bartaraf etilishi bemorni kasallikdan halos etmaydi. Keyingi vazifa retsidiv toshlar hosil bo'lishining oldini olishga qaratilgan davolash tadbirlarini o'tkazidan iborat.

Bemorlarni kuzatish va profilaktik davolash dispanser kuzatish tizimida olib borilishi lozim. Takroriy tekshiruvlarning davriyligi va hajmi kasallik xarakteri va og'irligiga, tosh hosil bo'lish turiga bog'liq. Bemorlar retsidiv hosil bo'lishi xavfi metofilaktik chora tadbirlarning bajarilishi darajasi bir – biriga to'g'ri bog'liqligidan xabardor bo'lishlari zarur. Bemorlarga metafilaktik tadbirlarni to'liq hajmda va muayyan vaqtda amal qilishlikni qat'iy tavsiya qilmoq kerak.

Birlamchi urolitiaz bilan og'rigan bemorlarni dispanserizatsiya qilishda metafilaktik tadbirlarni o'tkazish davrida agar bemor metafilaktika tadbirlariga to'liq amal qilayotgan bo'lsa, nazorat tekshiruvlarini o'tkazish uchun optimal muddat 2 oy hisoblanadi; retsidivli urolitiaz bilan og'rigan bemorlar metafilaktika tadbirlariga to'liq amal qilayotgan bo'lsa, bu muddat 4 oy hisoblanadi; bemor metafilaktika tadbirlariga qisman amal qilayotgan bo'lsa – 36 oy; metafilaktika tadbirlariga amal qilmayotgan bo'lsa – 48 oy hisoblanadi.

Tosh olib tashlangandan so'ng dastlabki 24 oy ichida bemorlarni dispanserizatsiyaga alohida e'tibor berish zarur, chunki aynan shu davr toshning qayta hosil bo'lish havfi bilan bog'liq.

Dispanser kuzatuvi jarayonida retsidiv tosh yoki siydik tosh kasalligi qaytalanishining ishonchli belgilari aniqlangan hollarda maqsadga qaratilgan davolash tadbirlarini amalga oshirish lozim.

Tosh hosil bo'lishi retsidivining profilaktikasi bo'yicha tavsiyalar.

Umumiy tavsiyalar.

1. Tosh hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin bo'lgan havfli tashqi omillarni bartaraf etish.

2. Sutka mobaynidagi siydikning miqdorini 2 litr va undan oshiq bo'lishini ta'minlash maqsadida, iste'mol qilinayotgan suyuqliklar hajmini oshirish.

3. Xarakatchan hayot tarzi maqsadga muvofiqdir: ertalabki badantarbiya, sayr qilish va boshqalar.

4. Organizmning suyug'lik yo'qotishidan saqlanish: uzoq muddat davomida quyosh nurlari ostida, saunada, juda issiq isitilgan xonalarda bo'lish, siydik haydovchi dori vositalarini is'mol qilish.

Rentgenstruktur tahlilida siydik kislotali tosh aniqlangan bemorlar uchun
maxsus tavsiyalar
(uritsit/siydik kislotasi, siydik kislotasi mono- yoki digidrati,
kaliy/natriy/ammoniy urati).

1. Parxez – turlicha (aralash), lekin urat toshlarining hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin bo'lgan purinlarga boy oziq-ovqat maxsulotlarini iste'mol qilishni cheklash kerak:

- go'sht, go'sht maxsulotlari;
- jigar, o'pka, til, buyrak, miya;
- parranda go'shti;
- baliq;
- qaynatma quruq sho'rva, xolodets;
- qo'ziqorinlar (oq, shampin'on va boshqalar);
- spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni cheklash (istisno qilish).

2. Dorilar bilan davolash:

- allopurinol (milurit, tsilurik) tabl. 0,1g (dozasi individual belgilanadi);
- etamid 35 mg, sutka mobaynida 2 tabletkadan 4 marotaba – 14 kun davomida, so'ng 7 kun tanaffus va, yana 1 kurs davolash – 7kun davomida;
- siydik rN muhitini 6,3-6,8 chegaralarida korrektsiya (ishqoriylashtirish) qilish (magurlit, blemoren, soluran, solimok, urolit-U - dozasi individual belgilanadi);
- tsitratli preparatlar, natriy gidrokarbonati (osh sodasi) – kukun – 0,5g (dozasi va qabul qilish vaqti individual belgilanadi);
- urodan – kun mobaynida 1 choy qoshiqdan 100 ml qaynatilgan suvda eritib 4 marotaba ichiladi – 30 kun;
- siydik haydovchi o'tlar damlamasi.

Rentgenstruktur tahlilida kal'tsiy oksalat yoki kal'kiy fosfat toshlari
aniqlangan bemorlar uchun maxsus tavsiyalar
(vevellit, veddellit, apatit, brushit, vitlokit).

1. Parxez – turlicha (aralash), lekin modda almashuvini buzishi va toshlarining hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin bo'lgan oziq-ovqat maxsulotlarini iste'mol qilishni cheklash kerak:

- hayvon oqsillari (go'sht, go'sht maxsulotlari);
- tarkibida kal'tsiy miqdori ko'p bo'lgan (sut va sut maxsulotlari, bargli sabzavotlar);
- oksalatga boy bo'lgan (shpinat, rovoch, kakao, yong'oq, choy);
- uratlarga boy bo'lgan (jigar, buyrak, parranda terisi, sel'd', sardina, shprot);
- tarkibida vitamin S (askorbin kislotasi) miqdori ko'p bo'lgan;
- kletchatkaga boy bo'lgan maxsulotlarni iste'mol qilishni ko'paytirish.

2. Dorilar bilan davolash:

- gipotiazid (tabl), 0,025g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 2 marotaba – 7 kun davomida, so'ng 3 kun tanaffus va shu tariqa;
- piridoksin (Vit V6) (tabl), 0,01g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 3 marotaba;

- tiamin xlorid (Vit V1) (tabl), 0,002g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 3 marotaba;
- magniy okisi (kuydirilgan magneziya) 0,5 g, kukun yoki tabletkadan, sutka mobaynida 0,5-1,0 g 3 marotaba ovqatlangandan so'ng;
- allopurinol (tabl), 0,1g -dozasi individual belgilanadi - sutka mobaynida 1 tabletkadan 1-2 marotaba uzoq muddat davomida;
- al'magel' - kun mobaynida 1-2 choy qoshiqdan 4 marotaba ovqatlanishdan yarim soat oldin ichiladi, 30-40 kunli kurslar bilan;
- siydik rN muhitini 6,4-6,8 chegaralarida korrektsiya qilish (magurlit, blemoren, soluran, solimok, urolit-U - dozasi individual belgilanadi);
- siydik haydovchi o'tlar damlamasi.

Rentgenstruktur tahlilida infeksiyali toshlar aniqlangan bemorlar uchun maxsus tavsiyalar

(struvit, karbonatapatit, sherterlit).

1. Parxez – turlicha (aralash), lekin iste'mol qilinishi cheklash zarur bo'lgan oziq-ovqat maxsulotlari:

- sut va sut maxsulotlari;
- o'tkir, ta'sirlovchi taomlar;
- shirinliklar;
- tsitrus o'simliklari;
- spirtli ichimliklar.

2. Medikamentoz davolash:

- antibakterial dorilar;
- siydik rN muhitini 5,8-6,2 chegaralarida korrektsiya qilish (L-metionin, sutka mobaynida 1-2 grammdan 4-5 marotaba; ammoniy xloridi, sutka mobaynida 2-3 grammdan 4-5 marotaba);
- fitolizin - kun mobaynida 1 choy qoshiqdan 100 ml shirinlashtirilgan suvda eritib 3 marotaba ovqatlangandan so'ng ichiladi;
- marelin (marena krasil'naya ekstrakti) tabl., 0,25g, sutka mobaynida 2-3 tabletkadan 3 marotaba – 30 kun mobaynida;
- siydik haydovchi o'tlar damlamasi.

Rentgenstruktur tahlilida tsistin toshi aniqlangan bemorlar uchun maxsus tavsiyalar (tsistin).

1. Parxez – turlicha (aralash), oziq-ovqat maxsulotlari chegaralanmaydi.

2. Dorilar bilan davolash:

- D-penitsillinamin (kuprinil) (dozasi individual belgilanadi) doimiy;
- askorbin kislotasi (vitamin S) ko'p miqdorda;
- siydik rN muhitini 7,0-7,5 chegaralarida korrektsiya qilish (magurlit, blemoren, soluran, solimok, urolit-U, natriy gidrokarbonati - dozasi individual belgilanadi);
- siydik haydovchi o'tlar damlamasi.

Rentgenstruktur tahlilida aralash toshlar aniqlangan bemorlar uchun maxsus tavsiyalar.

1. Parxez – turlicha (aralash), lekin ustun keluvchi mineral almashuvining buzilishiga olib kelishi mumkin bo'lgan oziq-ovqat maxsulotlarini iste'mol qilishni cheklash kerak:

- hayvon oqsillari (go'sht, go'sht maxsulotlari);
- tarkibida kal'tsiy miqdori ko'p bo'lgan (sut va sut maxsulotlari, bargli sabzavotlar);
- oksalatga boy bo'lgan (shpinat, rovoch, kakao, yong'oq, choy);
- uratlarga boy bo'lgan (jigar, buyrak, parranda terisi, sel'd', sardina, shprot);
- tarkibida vitamin S (askorbin kislotasi) miqdori ko'p bo'lgan;
- kletchatkaga boy tsitrusli o'simliklar;
- spirtli ichimliklar.

2. Dorilar bilan davolash:

- gipotiazid (tabl), 0,025g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 2 marotaba – 7 kun davomida, so'ng 3 kun tanaffus va shu tariqa;
- piridoksin (Vit V6) (tabl), 0,01g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 3 marotaba;
- tiamin xlorid (Vit V1) (tabl), 0,002g, sutka mobaynida 1 tabletkadan 3 marotaba;
- magniy okisi (kuydirilgan magneziya) 0,5 g, kukun yoki tabletka, sutka mobaynida 0,5-1,0 g 3 marotaba ovqatlangandan so'ng;
- allopurinol (tabl), 0,1g -dozasi individual belgilanadi - sutka mobaynida 1 tabletkadan 1-2 marotaba uzoq muddat davomida;
- al'magel' - kun mobaynida 1-2 choy qoshiqdan 4 marotaba ovqatlanishdan yarim soat oldin ichiladi, 30-40 kunli kurslar bilan;
- siydik rN muhitini 6,2-6,8 chegaralarida korrektsiya qilish (magurlit, blemoren, soluran, solimok, urolit-U, natriy gidrokarbonati - dozasi individual belgilanadi);
- siydik haydovchi o'tlar damlamasi;
- antibakterial dorilar.

Standart bayonnoma

Prostata bezi havfsiz giperplaziyasi.

(prostata bezi adenomasi).

(2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Prostata bezi adenomasi yoki prostata bezi havfsiz giperplaziyasi (PBXG) – bu prostata bezining havfsiz o'smasi bo'lib, 40-50 yoshdan katta erkaklarda uchraydi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

PBXG bo'lgan bemorlarda pastki siydik yo'llari simptomlari kuzatiladi. Bunda siyishning buzilishi simptomlari, ya'ni obstruktiv simptomlar (qiynalib siyish, siyishning sekinlashishi, siydik oqimining sustlanishi, siydikning uzilib-uzilib tushishi, siydikning tutilishi, tomchilab siyish) va siydikni tutib turishning buzilishi simptomlari, ya'ni irritativ (ta'sirlanish) simptomlar (tez-tez siyish, nikturiya, imperativ chaqiriq, siydikni tuta olmaslik) farqlanadi.

Qovuqni paypaslaganda, qovuqda ko'p miqdorda siydik bo'lsa, uning kattalashganligi yoki og'riq aniqlanishi mumkin.

To'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezining kattalashganligi, konsistentsiyasining zichlashganligi, yuzasi tekis, bo'laklararo egatchasining tekislanganligi aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Siydik tahlilida siydik yo'llariga infeksiya qo'shilgan hollarda siydik cho'kmasida leykotsituriya - ko'rish maydonida 400-dan ko'pligi, bakteriuriya - 1 ml siydikda 100000-dan ko'pligi aniqlanadi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovush tekshiruvi. Bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshirishga yuborish kerak. Prostata bezining kattalashganligi, siydik yo'llarida obstruksiya yoki qovuqda qoldiq siydik borligi aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Taktika.

Obstruktiv va irritativ simptomlar mavjud bo'lgan, hamda to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezining kattalashganligi aniqlangan hollarda bemorni urologga jo'natish yoki mutaxassisni konsul'tatsiyaga chaqirish kerak. Agar bemor murojaat qilgan vaqtda paypaslaganda qovuqning kattalashganligi aniqlansa, siyishga chaqiriq bo'la turib, bemor mustaqil siya olmayotgan bo'lsa, bu holda qovuqni steril elastik kateter bilan kateterlab, siydikni chiqarib tashlagandan so'ng bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Bemorlarni rehabilitatsiya qilish va dispanserlash.

Agar prostata bezi havfsiz giperplaziyasi bo'lgan bemorga mutaxassisning tavsiyasiga binoan konservativ (dorilar bilan) davolash buyurilgan bo'lsa, davolashni davom ettirish kerak. Agar bemorga prostata bezi havfsiz giperplaziyasi transuretral rezektsiyasi operatsiyasi qilingan bo'lsa, mutaxassisning tavsiyasiga binoan, qon to'xtatuvchi dorilarni qabul qilishni davom ettirishi kerak, infeksiya mavjud bo'lsa - siydikni bakteriologik tekshiruviga asoslangan holda mikroblarning sezuvchanligiga muvofiq ravishda antibakterial dorilar buyuriladi.

Agar bemorga an'anaviy adenomektomiya qilingan bo'lsa, mutaxassisning tavsiyasiga binoan, infeksiya mavjud bo'lsa - siydikning bakteriologik tekshiruviga asoslangan holda mikroblarning sezuvchanligiga muvofiq ravishda antibakterial dorilarni qabul qilishni davom ettirish kerak. Antibiotik va antiseptiklar bilan profilaktik davolash to'liq sanatsiyaga qadar davom etirilishi lozim.

Davolash samarasiz bo'lgan, leykotsituriya va bakteriuriyaning yo'qolmagan yoki aksincha ko'payib borayotgan hollarida, siyishning buzilishi belgilari yoki boshqa simptomlar paydo bo'lgan hollarda maslaxat olish uchun bemorni mutaxassis-urologga yuborish zarur.

Bemorda drenaj trubkalari (tsistostomik, uretral kateter) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak.

Prostata bezi havfsiz giperplaziyasi bo'lgan bemorlar operativ davolashdan keyin dispanser kuzatuvda 2 yil davomida bo'lishlari kerak.

Standart bayonnoma

Prostata bezi raki. (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Prostata bezi raki – bu prostata bezining havfli o'smasi bo'lib, hamma yoshdagi erkaklarda uchraydi. Yosh ulg'ayishi bilan prostata bezi rakining uchrashi ham ko'payib boradi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

Prostata bezi raki ko'pincha bezning periferik zonasida rivojlanadi. Shuning uchun boshlang'ich bosqichlarida hech qanday simptomlari namoyon bo'lmaydi, o'smaning kattalashishiga qarab uretraning bo'shlig'i siqiladi, buning natijasida siyish buzilishining obstruktiv simptomlari paydo bo'ladi. Ko'pgina bemorlarda prostata bezi rakining simptomlari va belgilari boshqa a'zodagi metastazlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin (suyaklarda og'riq, ozish, kamqonlik, nafas olishning qiyinlashishi, siydik naylarining obstruktsiyasi, azotemiya va boshqalar).

Prostata bezini barmoq bilan rektal tekshirganda qariyb 70% hollarda yakka yoki ko'p miqdordagi tugunlar paypaslanadi, tugunlar qattiq, ba'zan urug' pufakchalariga o'sib kirganligi yoki yon chegaralarining yo'qligi aniqlanadi.

Agar prostata bezi raki tufayli siydik tutilishi kuzatilsa, bu hollarda paypaslaganda, siydik bilan to'lganligi sababli, qovuqning kattalashganligi, hamda qov usti sohasida og'riq aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida uzoq muddat davomida o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Siydik tahlilida siydik yo'llariga infektsiya qo'shilgan hollarda siydik cho'kmasida leykotsituriya - ko'rish maydonida 400-dan ko'pligi, bakteriuriya - 1 ml siydikda 100000-dan ko'pligi aniqlanadi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Prostata bezi suyuqligining surtmasida atipik xujayralarning mavjudligiga tekshiriladi.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushli tekshirishga yuborish kerak. Prostata bezining kattalashganligi, siydik yo'llarida obstruktsiya yoki qovuqda qoldiq siydik borligi aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Taktika.

Siyishning buzilishi simptomlari yoki metastaz simptomlari mavjud bo'lgan, hamda to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezida yakka yoki ko'plab qattiq tugunlar aniqlangan hollarda bemorni urologga yoki onkourologga

jo'natish, yoki mutaxassisni konsul'tatsiyaga chaqirish kerak. Agar bemor murojaat qilgan vaqtda paypaslaganda qovuqning kattalashganligi aniqlansa, siyishga chaqiriq bo'la turib, bemor mustaqil siya olmayotgan bo'lsa, bu holda qovuqni steril elastik kateter bilan kateterlab, siydikni chiqarib tashlagandan so'ng bemorni mutaxassis-urologga yoki onkourologga jo'natish kerak.

Bemorlarni rehabilitatsiya qilish va dispanserlash.

Agar prostata bezi raki bo'lgan bemorga mutaxassisning tavsiyasiga binoan gormonal terapiya buyurilgan bo'lsa, davolashni davom ettirish kerak. Agar bemorga jarroxlik davolashdan keyin, mutaxassisning tavsiyasiga binoan, kimyoviy yoki nur bilan davolash buyurilgan bo'lsa, bu davolashning bajarilishini nazorat qilish kerak.

Boshqa a'zolarda metastazlar borligini aniqlash maqsadida bemorni har 3 oyda bir marotaba ul'tratovush va rentgen tekshiruvlariga jo'natish kerak.

Boshqa a'zolarda metastazlar aniqlansa, bemorni onkourologga jo'natish yoki mutaxassisni konsul'tatsiyaga chaqirish kerak.

Agar bemorda operatsiya qilib bo'lmaydigan prostata bezi raki bo'lsa, hamda mutaxassis tavsiyasiga binoan polliativ va simptomatik davolash buyurilgan bo'lsa, bu davolashning bajarilishini nazorat qilish kerak.

Bemorda drenaj trubkalari (tsistostomik, uretral kateter) mavjud bo'lgan hollarda drenajlarni parvarish qilish kerak.

Prostata bezi raki bo'lgan bemorlar dispanser kuzatuvida 5-10 yil davomida bo'lishlari kerak.

Standart bayonnoma

**Siydik tosh kasalligi. Buyrak sanchig'i.
(2 toifali xizmat)**

Tushuncha.

Siydik tosh kasalligi (STK) (Urolithiasis, nefrolitiaz) – bu ko'p etiologik kasallik bo'lib, buyrakning kanalchalari va kosa-jom tizimida siydikning tarkibiy qismidan shakllanuvchi toshlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Tashxislash. Simptomlari va belgilari.

STK tashxisi bemorning bel sohasidagi (o'ng yoki chap tomonida) og'riq, ba'zan buyrak sanchig'i, qon siyish (gematuriya) va og'riq xurujidan keyin siydik bilan toshlarning mustaqil chiqishi (kal'kuriya) kabi o'ziga xos shikoyatlari va anamneziga asoslanib qo'yiladi. Bemor buyrak sanchig'i xuruji davrida bezovtalanadi, og'riqdan o'ziga joy topa olmaydi.

Paypaslaganda bel sohasida mushaklarning taranglashishi aniqlanadi, buyrak sohasi kuchli og'riqli bo'ladi, ba'zan kattalashgan buyrak paypaslanishi mumkin. «Tukillatish» simptomi musbat bo'ladi.

Laboratoriya ma'lumotlari.

STKda siydik yo'llarida o'tkir infektsiya yoki azotemiya bo'lmagan hollarda qon tahlilida o'zgarishlar bo'lmaydi. Siydik tahlilida cho'kmani mikroskopiya qilganda o'zgarmagan eritrotsitlar, turli tuz kristallari aniqlanishi mumkin. Agar nefrolitiaz infektsiya tufayli rivojlangan bo'lsa yoki STK siydik yo'llari infektsiyasi bilan asoratlangan bo'lsa, bu hollarda siydik tahlilida leykotsitlar soni ko'rish maydonida 400-dan ortiq, 1 ml siydik tarkibida bakteriyalar soni 100000-

dan ortiq ekanligi aniqlanadi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida toshlar yoki obstruksiya mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Siydik yo'llarida toshlar yoki obstruksiya aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

1. O'ng tomonlama buyrak sanchig'ini o'tkir appenditsit bilan qiyosiy tashxislash kerak. O'tkir appenditsitda og'riq epigastral sohada, kindik atrofida yoki o'ng yonbosh sohasida joylashishi mumkin. qorin pardasining ta'sirlanishi simptomlari musbat bo'ladi. Ul'tratovushli tekshiruvda buyraklar va siydik naylarida obstruksiya aniqlanmaydi.

2. O'tkir xolitsistit o'ng qovurg'a osti sohasida o'tkir og'riq chaqiradi, og'riq to'satdan paydo bo'ladi, o'ng umrov usti chuqurchasi va o'ng kurakka tarqaladi. Og'riq, qoidaga binoan, parxezni buzgandan so'ng paydo bo'ladi, ba'zan ko'zning oqida va terida sarg'ayish kuzatiladi. Paypaslaganda qorinning o'ng tomonida mushaklarning taranglashishi aniqlanadi, o't xalta kattalashgan, og'riqli bo'ladi. Ul'tratovushli tekshiruvda o't xalta kattalashgan, o't yo'llari kengaygan, o't xaltada yoki yo'llarida tosh aniqlanishi mumkin.

3. Oshqozon yoki 12 barmoqli ichakning teshilgan yara kasalligida epigastral sohada kuchli «xanjar tiqqanday» og'riq namoyon bo'ladi, bu og'riqlar yara teshilganda to'satdan paydo bo'ladi, keyin peritonit klinikasi kuzatiladi. Bemor qimirlamay yotadi, qorin devori taxtadek taranglashgan bo'ladi. Qorinni perkussiya qilganda jigar usti sohasida to'mtoq tovush o'rniga timpanik tovush aniqlanadi. Rentgen tekshiruvida qorin bo'shlig'ida o'roq shaklidagi erkin gaz aniqlanadi.

4. O'tkir pankreatit epigastral sohada kuchli og'riq bilan namoyon bo'ladi, og'riq umurtqaga tarqaluvchi, belbog'ga bog'lovchi xususiyatiga ega bo'ladi. Peritonit belgilari kuzatiladi, qonda va siydikda diastazaning miqdori oshadi.

5. Bachadondan tashqarida homiladorlik qorinning pastki qismida doimiy og'riq, qorin pardasining ta'sirlanish simptomlari bilan xarakterlanadi. Ichki qon ketish belgilari kuzatiladi.

Davolash.

Buyrak sanchig'i xurujini bartaraf etishni tanani isituvchi muolajalar (grelka, issiq vanna) bilan birgalikda in'ektsiya shaklidagi og'riq qoldiruvchi va yallig'lanishga qarshi dorilardan (baralgin, omnopon yoki promedol va boshqalar) boshlash kerak.

Buyrak sanchig'i xurujining bartaraf etilganligini baholash.

Og'riqning kamayishi va bemor ahvolining yaxshilanishiga asoslangan.

Taktika.

Buyrak sanchig'i xuruji bartaraf etilgandan so'ng siydik yo'llarida obstruksiya saqlanib qolgan yoki buyrak sanchig'i xurujini to'xtatish samarasiz

bo'lgan hollarda bemorni urologga jo'natish yoki mutaxassisni konsul'tatsiyaga chaqirish kerak.

Buyrak sanchig'i xurujining bartaraf etilganligi mezonlari.

Buyrak sanchig'i klinik belgilarning butunlay yo'qolishi. Ul'tratovushli tekshiruv natijalariga asosan yuqori siydik yo'llarida obstruksiyaning kamayishi yoki yo'qolishi.

Buyrak sanchig'ini bemor (individuuum) darajasida profilaktikasi.

Siydik yo'llari obstruksiyasini chaqiruvchi omillar (toshlar, o'smalar, tarayishlar, qon laxtalari, shilliq va boshqalar) mavjud bo'lgan hollarda buyrak sanchig'ining kelib chishi havfi ori darajada bo'ladi. Shuning uchun obstruksiyaga sabab bo'luvchi kasalliklar va holatlarni barvaqt tashxislash (to'liq urologik tekshirish) zarur. Agar bemor siydik tosh kasalligi bilan xastalangan bo'lsa (buyragida yoki siydik nayida tosh bo'lsa), u og'ir mexnat qilishdan, silkinib yurishdan, sport mashg'ulotlaridan o'zini saqlashi kerak.

Oila darajasidagi profilaktika.

Bolalar ko'p xarakatchan bo'lganliklari sababli ularda buyrak sanchig'ining kelib chiqish havfi yuqori. Oilada bolalarning bel sohasida xurujsimon og'riqlar paydo bo'lsa, ularni siydik yo'llarida toshlar va obstruksiya borligini aniqlash maqsadida tekshirish kerak.

Standart bayonnoma

**Gematuriya.
(2 toifali xizmat)**

Tushuncha.

Gematuriya – siydikda qon (eritrotsitlar) borligi.

Aniqlash.

Gematuriya bemorning siydigida qon borligi, bel sohasining o'ng yoki chap tomonida og'riq borligi xaqidagi o'ziga xos shikoyatlari va anamneziga asoslanib aniqlanadi, ayrim hollarda og'riqsiz gematuriya ham kuzatilishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Gematuriyada siydik cho'kmasini mikroskopiya qilganda o'zgarmagan eritrotsitlar aniqlanadi. Makroskopik va mikroskopik gematuriya farqlanadi.

Qon tahlili me'yorda bo'lishi mumkin, ko'p qon yo'qotilganda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayishi kuzatiladi.

Instrumental tekshiruvlar.

Uretrotsistoskopiya. Gematuriyaning manbaini aniqlash maqsadida bemorni uretrotsistoskopiyaga jo'natish kerak.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida toshlar, obstruksiya yoki buyragi, qovug'i va prostata bezida o'smalar mavjudligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari va qovuqni ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Siydik yo'llarida toshlar, obstruksiya yoki buyragi, qovug'i va prostata bezida o'smalar aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

Gematuriyani TUR sindromida, zaxarlanishda, mos kelmaydigan qon quyilganda, tana yuzasining katta qismi kuyganida, ba'zi qon kasalliklarida

uchraydigan gemoglobinuriyadan farqlash zarur. Gemoglobinuriyada siydikni o'tuvchi yorug'lik nurida qaralganda siydik qizil rangga bo'yalgan, lekin tiniq bo'ladi, mikroskopiya tekshiruvida unda eritrotsitlar aniqlanmaydi.

Mioglobinuriya – siydikda qizil-qo'ng'ir rangli pigmentning yig'ilishi hisobiga siydik qizil-qo'ng'ir rangga bo'yaladi. Mioglobinuriya zilzilalar va xarbiy xarakatlar vaqtida ro'y beradigan ko'p miqdordagi mushaklarning ezilishi oqibatida kuzatiladi. Mikroskopiya tekshiruvida siydikda qizil-qo'ng'ir rangli pigment - minoglobin aniqlanadi.

Qizil lavlagi yoki fenoltalein iste'mol qilinganda ham siydik qizil rangga bo'yalishi mumkin.

Davolash.

Etiopatogenetik davolanadi, ya'ni davolashni gematuriyani keltirib chiqargan sabablarni (siydik yo'llari yallig'lanishi kasalliklari, siydik yo'llaridagi havfsiz yoki havfli o'smalar, sil, nefroptoza, nekrotik papillit, siydik tosh kasalligi, gidronefroza, polikistoza va boshqalar) yo'qotishdan boshlash kerak.

Siydik yo'llari infeksiyasida Davolash samaradorligini baholash..

Kasallik klinik belgilarining kamayishi va yo'qolishiga asoslangan.

Siydik yo'llari infeksiyasidan Sog'ayish mezonlari..

Kasallik klinik ko'rinishlarining batamom yo'qolishi. Qon va siydik tahlilining turg'un me'yoriga kelishi.

Taktika.

Gematuriya sababi aniqlangandan so'ng (siydik yo'llaridagi havfsiz va havfli o'smalar, sil, nefroptoza, nekrotik papillit, siydik tosh kasalligi va boshqalar) bemorni urologga jo'natish yoki mutaxassisni konsultatsiyaga chaqirish kerak.

Gematuriyani bemor (individuum) darajasidagi profilaktikasi.

Siydik yo'llari infeksiyasi va obstruksiya chaqiruvchi omillar (toshlar, o'smalar va boshqalar) mavjud bo'lgan hollarda gematuriyaning kelib chiqishi havfi yuqori darajada bo'ladi. Shuning uchun gematuriyaga sabab bo'luvchi kasalliklar va holatlarni barvaqt tashxislash (to'liq urologik tekshirish) va bartaraf etish, hamda bemorlarni har yili dispanserlash zarur.

Oilada darajasidagi profilaktika.

Oilada havfli guruhlarini (buyraklarning tug'ma nuqsonlari, nefroptoza, buyrak sili va boshqalar) barvaqt aniqlashga yo'naltirilgan tushuntirish ishlarini olib borish kerak.

Standart bayonnoma

Pastki siydik yo'llari simptomlari (PSYS).

(2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Pastki siydik yo'llari simptomlari (PSYS) - siyishning buzilishi (obstruktiv simptomlar) va yoki siydikni tutib turishning buzilishi (irritativ simptomlar) simptomlarining uyg'unlashib kelishi tushuniladi.

Obstruktiv simptomlar siydik oqimining pasayishi, qiynalib siyish, kuchanib siyish, siyish muddatining ko'payishi, siydikning uzilib-uzilib tushishi, siyish

oxirida siydikning tomchilab ajralishi, qovuqning oxirigacha bo'shamasligi, siydikning o'tkir tutilishi, paradoksal siydik tutilishidan iborat.

Irritativ simptomlar kam miqdorda tez-tez siyish, to'satdan paydo bo'luvchi siyishga kuchli chaqiriq, siydikni imperativ tuta olmaslik, nikturiyadan iborat.

PSYS siydik yo'llari infektsiyasida, prostata bezining (prostata bezi havfsiz giperplaziyasi va raki, prostatit), qovuqning (o'smalar, toshlar va boshqalar) va uretraning kasalliklarida (torayishlar, jaroxatlar, o'smalar va boshqalar), siydik naylarining qovuq oldi yoki intramural qismining toshlarida kuzatiladi.

PSYS markaziy nerv sistemasining kasalliklarida (bosh yoki orqa miya o'smalari, bosh miya qon tomirlari kasalliklari, orqa miya shikastlanishi va boshqalar), reflektor funktsional buzilishlarda (oraliq sohasida, to'g'ri ichakda, ayollar jinsiy a'zolarida bajarilgan operatsiyalardan keyin, oraliq, chanoq va oyoq travmalarida), dorilar bilan zaxarlanishda (masalan, atropin qatoridagi dorilar) ham kuzatilishi mumkin.

Siyishning buzilishi simptomlarining kelib chiqish mexanizmi infravezikal obstruktsiya, detruzor kontraktilligining pasayishi yoki detruzorning gipoaktivligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Siydikni tutib turishning buzilishi simptomlarining kelib chiqish mexanizmi detruzorning nostabilligi va infravezikal obstruktsiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Aniqlash.

PSYS bemorning shikoyatlarini sinchiklab so'rash va anamnezini puxta yig'ishga asoslangan holda aniqlanadi. Kasallik simptomlarini siyish kundaligi, hayot sifati (BS) va simptomlarni jam'iy baholash Xalqaro tizimini (I-PSS) qo'llagan holda miqdoriy baholash zarur. Fizikal tekshirish PSYSning kelib chiqishiga sabab bo'lgan kasallikni aniqlashga imkon beradi.

Masalan, qovuqni paypaslaganda ko'p miqdorda siydik bo'lsa, qovuqning kattalashganligi va og'riq aniqlanishi mumkin.

Prostata bezini to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezining havfsiz giperplaziyasi, raki yoki prostatitning belgilari aniqlanishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida odatda o'zgarishlar bo'lmaydi. Surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlangan hollarda qon tahlilida azot qoldiqlari (mochevina, kreatinin) miqdorining oshishi kuzatiladi.

Siydik yo'llari infektsiyasida siydik tahlilida leykotsitlar soni ko'rish maydonida 400-dan ortiq, 1 ml siydik tarkibida bakteriyalar soni 100000-dan ortiq ekanligi aniqlanadi, siydik yo'llari o'smalari, toshlari va travmalarida esa, makro yoki mikrogematuriya kuzatiladi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda, siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar yoki o'smalar mavjudligini, hamda qovuqda qoldiq siydikning borligini aniqlash maqsadida

bemorni buyraklar, siydik naylari, qovuq va prostata bezini ul'tratovushda tekshirishga yuborish kerak. Siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar, o'smalar yoki qoldiq siydik aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

Siydik tutilishini anuriyadan farqlash zarur. Anuriyada siyishga chaqiriq bo'lmaydi va qovuqda siydik bo'lmaydi.

O'tkir siydik tutilishi to'satdan rivojlanadi, siyishga chaqiriq bo'la turib, bemor siya olmasligi bilan xarakterlanadi, qovuq yoki qov usti sohasida og'riqlar bilan birga kechadi, shu bilan bir vaqtda qovuq to'la bo'ladi.

Surunkali siydik tutilishi asta-sekin rivojlanadi, siyishning qisman saqlanganligi, qovuqda qoldiq siydikning borligi, siyishga chaqiriqning saqlanganligi bilan xarakterlanadi.

Anamnez, qovuqni paypaslash va siydik yo'llarini ul'tratovushda tekshirish siydik tutilishini anuriyadan osongina qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

Davolash.

Pastki siydik yo'llari simptomlari bo'lgan bemorlarni davolash printsiplari asosiy kasallikni bartaraf etishga asoslangan.

Siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan hollarda antibakterial terapiya o'tkaziladi.

Agar bemor murojaat qilgan vaqtda paypaslaganda qovuqning kattalashganligi aniqlansa, siyishga chaqiriq bo'la turib, bemor mustaqil siya olmayotgan bo'lsa, bu holda qovuqni steril elastik kateter bilan kateterlab, siydikni chiqarib tashlagandan so'ng bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Standart bayonnoma

Anuriya. Oliguriya. (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Anuriya – qovuqda siydikning yo'qligi. Klinik amaliyotda «anuriya» tushunchasi - bu shunday holatki, qachonki bir sutka mobaynida qovuqqa 100 millilitrgacha siydik tushadi. Anuriya bir qator kasalliklarning havfli simptomi bo'lib, u asosan buyrak etishmovchiligining klinik belgisidir.

Anuriyaning arenal, prerenal, renal (sekretor) va postrenal (ekskretor, obturatsion) turlari farqlanadi.

Arenal anuriya chaqaloqlarda buyrak agenezijasida yoki yagona buyrakni operatsiya paytida olib tashlash natijasida kuzatiladi.

Prerenal anuriya ko'pincha buyrakka etarli miqdorda qon kelmasligi (shok, kollaps, yurak etishmovchiligi) yoki qon kelishining butunlay to'xtashi (aorta, pastki g'ovak venasi, buyrak arteriyalari va venalari trombozi), hamda gipogidratatsiya (qon yo'qotish, kuchli ich ketish, tinimsiz qusish) oqibatida kelib chiqadi.

Renal anuriya buyrak parenximasi zararlanishi natijasida rivojlanadi, buning asosida turli sabablar oqibatida (glomulonefrit, pielonefrit, intoksikatsiya, organik zaxarlar, og'ir metall tuzlari va boshqalar bilan zaxarlanish) buyraklarda qon aylanishining buzilishi (ishemiya, gipoksiya) yotadi.

Postrenal anuriya yuqori siydik yo'llarida siydik oqimining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Postrenal anuriyaning eng ko'p uchraydigan sabablari quyidagilardir: ikkala buyrak yoki siydik naylari toshlari, siydik naylarining o'sma bilan tashqaridan siqilishi, operatsiya paytida siydik naylarini bilmasdan bog'lab qo'yish, o'tkir uratli uropatiya va boshqalar.

Oliguriya – sutka mobaynidagi diurez miqdorining 100 millilitrdan 500 millilitrgacha kamayishi.

Oliguriyaning fiziologik va patologik turlari farqlanadi. Fiziologik oliguriya sog'lom kishilarda suyuqliklarni kam miqdorda iste'mol qilgan hollarda ham kuzatilishi mumkin. Bu hollarda siydik me'yorga nisbatan kuchli kontsentrlangan, nisbiy zichligi yuqoriroq bo'ladi.

Patologik oliguriya buyrak etishmovchiligining simptomlaridan biri bo'lib, u juda yomon prognostik belgidir. Oliguriya, urologik kasalliklardan tashqari, ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotish bilan bog'liq bo'lgan barcha patologik jarayonlarda (qon yo'qotish, kuchli ich ketish, tinimsiz qusish, terlash, isitma chiqishi), hamda shishlar bilan kechuvchi yurak etishmovchiligida kuzatilishi mumkin.

Aniqlash.

Anuriyaning klinik ko'rinishi uni keltirib chiqargan sababiga bog'liq. Anuriya siydikning va siyishga chaqiriqning yo'qligiga shikoyatlari bilan, gomeostazning buzilishi va uremik intoksikatsiya bilan xarakterlanadi. Postrenal anuriyada paypaslaganda bel sohasida mushaklarning taranglashishi aniqlanishi mumkin, buyrak sohasi kuchli og'riqli bo'lishi, ba'zan kattalashgan buyrak paypaslanishi mumkin. «Tukillatish» simptomi musbat bo'lishi mumkin. Paypaslaganda qovuq aniqlanmaydi. Erkaklarda siydik naylariga o'sib o'tgan prostata bezi rakini istisno etish maqsadida to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish zarur.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida azot qoldiqlari (mochevina, kreatinin) miqdorining oshishi, suv-elektrolit balansining va organizmning kislotali-ishqoriy holatining buzilishi kuzatiladi.

Siydik kam miqdorda (10-30 ml) bo'lsa ham, uni tekshirish anuriya sababini aniqlashga imkon beradi: gemolitik shokda gemoglobin parchalarining borligi, ezilish sindromida mioglobin kristallarining borligi, sul'fanilamidli anuriyada sul'fanilamidlar kristallarining borligi va hokazo.

Urosepsis oqibatida rivojlangan anuriyada siydik tahlilida leykotsitlar soni ko'rish maydonida 400-dan ortiq, 1 ml siydik tarkibida bakteriyalar soni 100000-dan ortiq ekanligi aniqlanadi. Leykotsituriya va bakteriuriya aniqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

Ul'tratovushli tekshiruv. Yuqori siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar yoki o'smalar mavjudligini, hamda qovuqda siydikning borligini aniqlash maqsadida bemorni buyraklar, siydik naylari, qovuq va prostata bezini ul'tratovushli

tekshiruvga yuborish kerak. Yuqori siydik yo'llarida obstruktsiya, toshlar yoki o'smalar aniqlangan hollarda bemorni mutaxassis-urologga jo'natish kerak.

Differentsial tashxislash..

Anuriyani siydik tutilishidan farqlash zarur. Anuriyada siyishga chaqiriq bo'lmaydi va qovuqda siydik bo'lmaydi.

O'tkir siydik tutilishi to'satdan rivojlanadi, siyishga chaqiriq bo'la turib, bemor siya olmasligi bilan xarakterlanadi, qovuq yoki qov usti sohasida og'riqlar bilan birga kechadi, shu bilan bir vaqtda qovuq to'la bo'ladi.

Surunkali siydik tutilishi asta-sekin rivojlanadi, siyishning qisman saqlanganligi, qovuqda qoldiq siydikning borligi, siyishga chaqiriqning saqlanganligi bilan xarakterlanadi.

Anamnez, qovuqni paypaslash va siydik yo'llarini ultratovushda tekshirish anuriyani siydik tutilishidan osongina qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

Davolash.

Davolash anuriyaning sabablari va klinik ko'rinishlariga bog'liq. Arenal, prerenal va renal anuriyani davolash gemodializ o'tkazishga muvofiqlashtirilgan asboblardan biri jixozlangan buyrak markazlarida amalga oshirilishi lozim.

Postrenal anuriyani davolashda siydik oqimini tiklashga yo'naltirilgan tadbirlar etakchi ahamiyatga ega, buning uchun bemorni darhol mutaxassis-urologga jo'natish zarur.

Agar bemor murojaat qilgan vaqtda ahvoli og'ir bo'lsa, bu intoksikatsiya hisobiga bo'lishi mumkin, bunday hollarda simptomatik davolash shaklida (yurakni quvvatlovchi dorilar, suyuqliklarni tomchilab quyish, oshqozon va ichaklarni yuvish, antidotlarni qo'llash va boshqalar) zudlik bilan yordam ko'rsatish mumkin.

Standart bayonnoma

Orxialgiya (2 toifali xizmat)

Tushuncha.

Orxialgiya – yorg'oqdagi og'riq. Orxialgiya bilan namoyon bo'luvchi kasalliklar bir qancha bo'lib, ularni 2 guruxga bo'lib o'rganish mumkin: infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar.

Infeksiyon (spetsifik yoki nospetsifik) kasalliklar: orxit, epididimit, orxoepididimit, yorg'oqning yallig'lanishli kasalliklari va boshqalar.

Noinfeksiyon kasalliklar: yorg'oq a'zolari travmasi, urug'don buralib qolishi, gidatidalar buralib qolishi, varikotsele, gidrotsele, chov churrasi va boshqalar.

Yorg'oqdagi og'riqning intensivligiga ko'ra orxialgiya o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. O'tkir orxialgiya deganda yorg'oq va uning a'zolaridagi kuchli og'riq nazarda tutiladi va bu holatni ba'zi adabiyotlarda "o'tkir yorg'oq sindromi" deb ham ataladi. Agar og'riq kuchli bo'lmasdan, simillovchi xarakterga ega bo'lsa, bu holat surunkali orxialgiya deb atalib, odatda, bu xolat 3 oydan uzoq davom etish xususiyatga ega bo'ladi.

Aniqlash

O'tkir orxialgiya (yoki o'tkir yorg'oq sindromi) belgilari:

- yorg'oqdagi kuchli og'riq (bir yoki ikki tomonlama)
- yorg'oq va uning a'zolarining kattalashuvi (bir yoki ikki tomonlama)
- yorg'oq terisining giperemiyasi, teri burmalarining tekislashuvi
- paypaslab ko'rilganda yorg'oq va uning a'zolari og'riqliligi
- paypaslab ko'rliganda ba'zan yorg'oqda suyuqlik aniqlanishi (reaktiv gidrotsele)

- tana haroratining ko'tarilishi (infeksion etiologiyali bo'lsa)

Surunkali orxialgiya belgilari:

- yorg'oq va uning a'zolaridagi og'riq odatda simillovchi xususiyatga ega bo'lib, u doimiy yoki davriy (vaqti-vaqti bilan) bo'lishi mumkin va yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek ushbu bezovtalik bemorlarni 3 oydan ortiq bezovta qiladi. Ayrim bemorlarda og'riq urug' tizimchasi proektsiyasi bo'ylab irradiatsiya berishi mumkin.

Laboratoriya ma'lumotlari.

Qon tahlilida odatda leykotsitoz kuzatiladi.

Siydik tahlili va uretradan olingan surtma mikroskopiyasi siydik yo'llaridagi infeksiyani aniqlash uchun zarur. Orxit kasalligida ko'p hollarda siydik tahlili o'zgarishlarsiz bo'ladi. Leykotsituriya va bakteriuriya anqqlangan hollarda siydikni steril idishga olib muzlatgichga joylash (+4 - +6°S temperaturada siydikni 8 soatgacha saqlash mumkin) va maxsus termokonteynerda bakteriologik laboratoriyaga ekish uchun jo'natish zarur.

Instrumental tekshiruvlar.

O'tkir orxit, epididimit yoki orxoepididimitda transuretral tekshiruvlar va qovuqni kateterlash mumkin emas.

Ul'tratovushli tekshiruv. Bemorni yorg'oq a'zolari ul'tratovushli tekshiruviga yuborish kerak. Bu tekshiruv differentsial tashxislash uchun juda muxim informatsiyalarni beradi.

Differentsial tashxislash..

1. Paypaslash yo'li bilan o'tkir epididimitni o'tkir orxitdan osongina qiyosiy tashxislash mumkin. Piuriya va uretradan ajralmaning borligi, hamda yorg'oq a'zolari ul'tratovushli tekshiruv epididimitni differentsial tashxislashga imkon beradi.

2. Moyak va urug' tizimchasi buralishi ko'pincha yosh bolalar va o'smirlarda uchraydi. Moyak buralishining boshlang'ich davrida moyak ortig'i moyakning ustida paypaslanadi. Ul'tratovushli tekshiruv orxit tashxisini tasdiqlash yoki istesno qilishga imkon beradi.

3. Yorg'oq jaroxatida moyakning posttravmatik yorilishi va moyakda o'tkir qon ketishi kuzatiladi. Ul'tratovushli tekshiruv moyak yorilishidan orxitni qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

4. Moyak o'smalaridan o'tkir orxitni differentsiallash zarur. Moyak o'smasida yorg'oq a'zolari sinchiklab paypaslaganda og'riqsiz qattiq hosilaning borligi aniqlanadi. Moyakni ul'tratovushda tekshirish differentsial tashxislashga imkon beradi.

5. Sil epididimiti – kuchli og'riqlar va tana haroratining yuqori ko'tarilishi kam hollarda kuzatiladi. Paypaslaganda moyak ortig'i moyakdan alohida farqlanadi,

«tasbih» simptomi kuzatilishi mumkin. To'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirganda prostata bezining qattiqlashgani va urug' pufakchalarining (epididimit rivojlangan tarafida) kattalashgani aniqlanadi. Tashxis siydik yoki prostata bezi suyuqligi ekmasida sil tayoqchalarining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.

6. Varikotsele – urug' tizimchasi venalarining (plexus pampiniformis) varikoz kengayishi bo'lib, asosan chap tomonda rivojlanadi, ba'zi hollarda varikotsele ikki tomonda yoki faqat so'ng tomonda kuzatilishi mumkin. Ko'zdan kechirganda va\yoki paspalaganda yorg'oqning shikastlangan tomonida urug' tizimchasi venalarining tugunsimon kengayganligi, kuchanganda esa venalarning ko'proq kengayishi aniqlanadi. Sekin asta urug'donning konsistentsiyasi va o'lchamlari o'zgaradi, xatto u atrofiyaga uchrashi mumkin.

7. Gidatidalar patologiyasi – appendix testis yoki appendix epididimis lardan birining buralib qolishi yoki yallig'lanishni palpatsiya qilib aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

8. Surunkali prostatit ayrim bemorlarda orxialgiya bilan namoyon bo'lishi mumkin. Surunkali prostatitni tashxislash Meyers-Stamey lokalizatsiyalangan modificatsiyalangan sinamasi orqali amalgam oshiriladi.

9. Siydik nayinining pastki uchdan birida otkir obstruktsiya paydo bo'lishi sababli buyrak sanchig'i rivojlansa. Bu bemorlarda og'riq yorg'oqqa irradiatsiya berishi mumkin.

10. Nervus genitofemoralis yoki nervus ilioingvinalis larning patologiyasida bemor orxialgiyaga shikoyat qilishi mumkin.

11. Chov churrallari ham orxialgiya bilan namoyon bo'lishi mumkin. Uning diagnostikasini yorg'oq a'zolarini palpatsiyasi va ko'zdan kechirish osonlashtiradi.

12. Ayrim teri kasalliklari, masalan, herpes genitalis orxilagoya bilan namoyon bo'lishi mumkin. Yorg'oq terisida mayday, gurux-gurux bo'lib joylashgan pufakchalar aniqlanadi. Vaqt o'tishi bilan bu pufakchalar yorilishi va yar xosil qilishi mumkin.

Davolash

Orxialgiya sindromida davolash taktikasi aniqlangan tashxis asosida olib boriladi. Otkir orxit, epididimit yoki orxoepididimitda yiringli asoratlar bolamagan xolda antibakterial va yallig'lanishga qarshi vositalar qo'llaniladi. Yorg'oq a'zolari travmasida darajasiga ko'ra konservativ yoki operativ davo o'tkaziladi. Moyak o'smalari bilan onkourolog shug'ullanadi. Varikotsele aniqlansa, korsatmalarga ko'ra operativ davo qilinadi va xakozo.

Standart bayonnoma

Buyraklarni paypaslash va «tukillatish» simptomi.

(3.1. toifali xizmat)

Ko'rsatmalar: buyraklar va siydik yo'llari kasalliklari.

Bemorning holati. Buyraklar bemorning kurakda yotganda, yonbosh holatida va extiyoj bo'lganda, tik turgan holatda paypaslanadi. qorinning oldigi devori mushaklarining tarangligini kamaytirish uchun bemorga oyoqlarini tizza va son bo'g'imlarida bukib yotish so'raladi.

Vrachning holati. Buyraklar paypaslaganda vrach bemorning o'ng tarafida, yuzi bilan krovatning bosh tomoniga qarab o'tiradi.

Buyraklarni paypaslash texnikasi: o'ng buyrakni paypaslash uchun chap qo'l bemor belining ostiga qovurg'a-umurtqa burchagiga qo'yiladi. o'ng qo'lining barmoqlari qorinning oldingi devori orqali qovurg'a yoyi ostiga joylashtiriladi va ikkita qo'lining barmoqlari bir-biriga yaqinlashtirib paypaslanadi. Chap buyrakni paypaslaganda o'ng qo'lni bel tarafdin qovurg'a-umurtqa burchagiga, chap qo'l esa chap qovurg'a-yoyi ostiga joylashtirib paypaslanadi. Buyrakni yonbosh xolatda va tik turganda ham xuddi shunday usul bilan paypaslanadi.

Buyrak faqat astenik tana tuzilishiga ega bo'lgan sog'lom odamlarda va bolalarda paypaslanadi. Chuqur nafas olganda o'ng va chap qo'lning barmoqlari yaqinlashtirilib buyrakning pastki qutbini sezish mumkin. Bunda buyrakni paypaslash og'riq va bel mushaklarining taranglashishini keltirib chiqarmaydi.

Kattalashgan buyrak gidronefroz, o'sma, polikistoz va buyrak distopiyasida paypaslanadi. Patologik xarakatchan buyrak bemor tik turgan holatda paypaslanadi.

«Tukillatish» simptomi bemor yonboshga yotganda yoki tik turganda belning qovurg'a-umurtqa burchagiga qo'yilgan chap qo'lning orqa yuzasiga o'ng kaftning qirrasi bilan har tomondan qisqa-qisqa qilib sekingina urib ko'riladi.

Sog'lom odamda «tukillatish» simptomi kuzatiladi. Agar urib ko'rilganda og'riq sezilsa, «tukillatish» simptomi musbat hisoblanadi, bu esa buyrak va buyrak atrofida yog' kletchatkasida patologik holat bo'lganda kuzatiladi.

Standart bayonnoma

Qovuqni paypaslash va perkussiya qilish.

(3.1. toifali xizmat)

Ko'rsatmalar: buyraklar, qovuq, uretra va prostata bezi kasalliklari.

Bemorning holati. Qovuq bemor kurakda yotganda paypaslanadi. Qorinning oldi devoridagi mushaklarning tarangligini kamaytirish uchun bemorga oyoqlarini tizza va son bo'g'imlarida salgina bukib yotish so'raladi.

Vrachning holati. Qovuq paypaslanganda vrach bemorning o'ng tarafida, yuzi bilan krovatning bosh tomoniga qarab o'tiradi.

Paypaslash texnikasi. O'ng qo'lning barmoqlari qov suyagining yuqori qismiga qo'yiladi va sekin harakat bilan qovuqqa bosiladi.

Bundan tashqari ikki qo'l bilan (bimanual) (ayollarda qin orqali, erkaklarda va qiz bolalarda to'g'ri ichak orqali) qovuq paypaslanadi.

Siydikdan bo'shagan qovuq paypaslanmaydi.

Kattalashgan qovuq ko'pincha siydik tutilishida kuzatiladi. Bimanual paypaslaganda katta tosh, o'sma va boshqalarni aniqlash mumkin.

Qovuqni perkussiya qilish qorinning o'rta oq chizig'i bo'ylab epigastral sohadan qov suyagiga qarab qilinadi. Qovuq to'la bo'lsa qov usti sohasida bo'g'iq tovush aniqlanadi.

Qovuqda qoldiq siydikni aniqlash uchun bemor siyib bo'lgan zaxoti perkussiya qilinadi. Agar qoldiq siydik bo'lsa, qov usti sohasida bo'g'iq perkutor tovush aniqlanadi.

Standart bayonnoma

Prostata bezini barmoq bilan rektal tekshirish.

(3.1. toifali xizmat)

Ko'rsatmalar: prostata bezi, qovuq va uretra kasalliklari.

Bemorning holati. Prostata bezini barmoq bilan tekshirish bemor tik turgan holatida 90 gradusga oldinga egilgan, tizza-tirsak yoki yonboshga yotgan holatda o'tkaziladi.

Tekshirish texnikasi. Vrach qo'lga rezinali qo'lqop kiyib, o'ng qo'lining ko'rsatgich barmog'iga vazelin yoki glitserin surkaydi. Ko'rsatgich barmoq to'g'ri ichakka kirgazilganda uning oldingi devorida prostata bezi paypaslanadi.

Paypaslaganda quyidagi tekshiruv algoritmi bajariladi:

- Prostata bezining o'lchamlari: me'yorda, kattalashgan, kichiklashgan.
- Yuzasi: silliq yoki g'adir-budir.
- Bulaklarining simmetrikligi: simmetrik, nosimmetrik.
- O'rtadagi egatchasi: yaqqol rivojlangan, silliqlashgan, aniqlanmaydi.
- Konsistentsiyasi: elastik, qattiq, yumshoq, hamirsimon.
- Og'riqliligi: og'riqli, og'riqsiz.
- Tugunchalar borligi: bor yoki yo'q.
- Tugunchalarning joylashishi: o'ng yoki chap bo'lagida.
- Prostata bezining qirralari: tekis, notekis.

Paypaslagandan so'ng, massaj qilib prostata bezi sekretini laborator tekshiruvga olish mumkin.

Paypaslab prostatit, prostata bezi havfsiz giperplaziyasi yoki uning rakini aniqlash mumkin.

Standart bayonnoma

Qovuqni kateterlash.

(3.1. toifali xizmat)

Kateterlashga ko'rsatma bo'lib siydik tutilishi hisoblanadi. Bundan tashqari, qovuqni kateterlash qovuqqa dorilarni va rentgen-kontrast moddalarini kiritish uchun ham amalga oshiriladi.

Bemorning holati. Qovuqni kateterlash bemorni kurakka yotkazilgan holatda o'tkaziladi.

Kateterlash uchun elastik kateterlar ishlatiladi. Muolaja aseptikaning barcha qoidalariga rioya qilingan holda bajariladi. Ayollarda qovuqqa kateter kiritish texnikasi: kurakka yotkazilgan holatda, oyoqlari ikki tomonga ochilgan bo'lib, qin daxlizi va uretraning tashqi teshigi atrofi sovun eritmasiga botirilgan dokali tamponi bilan 2 marotaba ishlov beriladi, so'ngra 3-chi tampon bilan quritib artiladi. Shundan keyin steril pintset bilan kateter uretra orqali qovuqqa kiritiladi.

Erkaklarda qovuqqa kateterni kiritish texnikasi: olat beshchasi yon tomonidan chap qo'lning ikki barmog'i bilan (3-4 barmoqlari) ushlanadi va uretraning shilliq qavatidagi burmalarni to'g'irlash uchun salgina oldinga tortiladi. Uretraning tashqi teshigi va olat boshchasiga ishlov berilgandan keyin xuddi ayollardagi kabi o'ng qo'l bilan steril librikant yoki glitserin surkalgan kateter qovuqqa uretra orqali kiritiladi.

Qovuqni kateterlashga qarshi ko'rsatma bo'lib uretrorragiya, o'tkir uretrit, o'tkir tsistit, o'tkir prostatit hisoblanadi.

Standart bayonnoma

Nefrostomik drenajni parvarish qilish.

(3.1. toifali xizmat)

Tushuncha.

Nefrostomik (buyrak) drenaj – uning proksimal qismi buyrak jomida joylashadi, distal qismi siydik yig'uvchi xaltachaga ulangan bo'lishi kerak. Nefrostomik drenaj buyrakda bajariladigan ochiq operatsiyalar (pielolitotomiya, nefrolitotomiya, buyrak rezektsiyasi, kistani kesishda yoki olib tashlashda, buyrak dekansulyatsiyasi va boshqalar) va perkutan operatsiyalarda (PK nefrostomiya, PK nefrolitotripsiya, PK nefrolitoelektraksiya) o'rnatiladi.

Nefrostomik drenaj beldagi operatsiyadan keyingi yaradan chiqarib qo'yiladi. Drenaj sifatida silikonli trubka, Foley kateteri, Maleko kateteri, modellashtirilgan «pig-tail» drenajlari qo'llaniladi.

Nefrostomik drenajni parvarishlash.

Drenajni tashqaridan kuzdan kechirish: buklanib, siqilib qolmaganmi, teshilib qolmaganmi, tabiiy rangi o'zgarmaganmi, ammiak hidi bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

Drenajning ishlashini ko'zdan kechirish: agar drenaj ishlab turgan bo'lsa, siydik tomchilab yig'uvchi xaltachaga tomib turadi.

Drenajdan ajralib turgan ajralmani ko'zdan kechirish: siydik tiniqligi yoki loyqalangan parchalar bilan ajralganligiga, yiring, qon, tuzlar yoki boshqa ajralmalar bor yoki yo'qligiga e'tibor beriladi.

Buyrakning adekvat drenajlanishi uchun drenajni va siydik yig'uvchi xaltachaning distal qismi, bemorning gorizontal holatida, krovatdan 25-30sm pastda joylashishi kerak. Vertikal holatida esa uning - soni yuhori 1/3 qismida joylashishi kerak.

Buyrak drenaji siydik yig'uvchi xaltachaga zinali konus orqali ulangan bo'lishi kerak.

Bemor to'shakda yotganda siydik yig'uvchi xaltacha krovatga osilgan bo'lishi kerak. Agar xaltacha erda yotsa, uning bakterial fil'tri siydik bilan ho'llanib qoladi va xaltachaga siydik tushishi qiyinlashadi.

Buyrakka infektsiya kirishining oldini olish uchun yopiq sistemali drenaj ishlatilishi kerak va drenaj siydik yig'uvchi xaltachadan ochilmasligi kerak.

Agar drenajning funktsiyasi buzilsa, uni almashtirish kerak. Drenajni yuvish havfli, chunki drenajning ichki yuzasiga yopishgan mikroblar assotsiatsiyalari yuvilib, bunda siydik yo'llarining infektsiyanishiga olib keladi.

Nefrostomik drenajni almashtirishga ko'rsatmalar: drenajning infektsiyanishiga, drenajning uzoq muddat (1 oydan ko'p) turishi, drenajning teshilishi (perforatsiyasi), drenajning tushib ketishi, drenajning tuzlar, tosh, parchalar, quyuq yiring, qon laxtalari bilan berkilib qolishi.

Standart bayonnoma

Tsistostomik drenajni parvarish qilish.

(3.1. toifali xizmat)

Tushuncha.

Tsistostomik (qovuq) drenaj, uning proksimal qismi qovuq bo'shlig'ida joylashadi, distal qismi siydik yig'uvchi xaltachaga ulangan bo'lishi kerak. Tsistostomik drenaj qovuqda bajariladigan ochiq operatsiyalarda (epitsistostomiya, epitsistolitostomiya, adenomektomiya, qovuqdan o'sma olinganda va boshqalar), perkutan va troakar tsistostomiyalarda o'rnatiladi. qovuqdagi drenaj qorinning o'rta chizig'i bo'ylab kindik va qov oralig'ida operatsiyadan keyingi yaradan chiqarib qo'yiladi.

Qovuq drenaji sifatida Petstser kateteri, Maleko kateteri, Foley kateteri, silikonli trubka, modellastirilgan «pig-tail» drenaji, troakar kateterlari ishlatiladi.

Qovuqdagi drenajni parvarishlash.

Drenajni tashqaridan ko'zdan kechirish: buklanish, qisilish, shikastlanish bormi, tabiiy rangi o'zgarganmi, ammiak hidi bor yoki yO'qligi aniqlanadi.

Drenajning ishlashini ko'zdan kechirish: agar drenaj ishlab turgan bo'lsa siydik tomchilab yig'uvchi xaltachaga tomib turadi.

Drenajdan chiqayotgan ajralmani ko'zdan kechirish: siydik tiniqligi yoki loyqalangan parchalar bilan, aralashganligiga yiring, qon, tuzlar yoki boshqa aralashmalar bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

Qovuqning adekvat drenajlanishi uchun drenaj va siydik yig'uvchi xaltachaning distal qismi, bemor yotganda krovatdan 25-30sm pastda joylashishi kerak. Tik turganda sonning o'rta 1/3 qismida bo'lishi kerak.

Qovuq drenaji siydik yig'uvchi xaltachaga zinali konus orqali ulangan bo'lishi kerak.

Bemor tushakda yotganda, siydik yig'uvchi xaltacha krovatga osilgan bo'lishi kerak. Agar xaltacha erda yotsa uning bakterial fil'tri siydik bilan ho'llanib qoladi va xaltachaga siydik tushishi qiyinlashadi.

Qovuqqa infektsiya kirishining oldini olish uchun yopiq sistemali drenaj ishlatilishi kerak va drenaj siydik yig'uvchi xaltachadan ochilmasligi kerak.

Agar drenajning funktsiyasi buzilsa, uni sterillangan furatsillin yoki 0,05% xlorgeksidinning suvli eritmasi bilan yuvish mumkin. Drenajni yuvish infuziya uchun ishlatiladigan sterillangan sistema yordamida furatsillin yoki xlorgeksidin eritmasini tomchilab kiritiladi. Drenajni yuvish maxsus o'qitilgan malakasi bor tibbiyot xodimi yoki bemorni parvarish qiluvchi odam tomonidan bajarilishi kerak.

Tsistostomik drenajni almashtirishga ko'rsatmalar: drenajning infektsiyalanishi, drenajning uzoq muddat (1 oydan ko'p) turishi, drenajning teshilishi (perforatsiyasi), drenajning tushib ketishi, drenajning tuzlar, tosh, parchalar, quyuq yiring, qon laxtalari bilan berkilib qolishi.

Standart bayonnoma

Uretradagi kateterni parvarish qilish.

(3.1. toifali xizmat)

Tushuncha.

Uretradagi kateter yoki drenaj siydik chiqarish kanali orqali o'tkaziladi, uning proksimal qismi qovuqda joylashadi. Uretradagi doimiy kateter siydik

tutilishida, qovuq, siydik chiqarish kanali va prostata bezida amalga oshirilgan operatsiyalardan so'ng o'rnatiladi.

Uretradagi kateter yoki drenaj uchun Foley kateteri, Nelaton kateteri, silikonli trubkalar ishlatiladi.

Uretradagi drenajni parvarishlash.

Drenajni tashqaridan ko'zdan kechirish: buklanish, qisilish, shikastlanish bormi, tabiiy rangi o'zgarganmi, ammiak hidi bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

Drenajning ishlashini ko'zdan kechirish: agar drenaj ishlab turgan bo'lsa, siydik tomchilab yig'uvchi xaltachaga tomib turadi.

Drenajdan chiqayotgan ajralmani ko'zdan kechirish: siydik tiniqligi yoki loyqalangan parchalar bilan, aralashganligiga yiring, qon, tuzlar yoki boshqa aralashmalar bor yoki yo'qligiga e'tibor beriladi.

Qovuqning adekvat drenajlanishi uchun drenaj va siydik yig'uvchi xaltachaning distal qismi, bemor yotganda krovatdan 25-30sm pastda joylashishi kerak. Tik turganda sonning pastki 1/3 qismida bo'lishi kerak.

Uretraning tashqi teshigidan (kateterning yonidan) ajralma ajralishini ko'zdan kechirish kerak. Agar kateter yonidan yiringli ajralma ajralishi aniqlansa, bu uretraning yallig'lanishi belgisidir (uretrit).

Uretradagi kateter siydik yig'uvchi xaltachaga zinali kopus orqali ulangan bo'lishi kerak.

Bemor tushakda yotganda, siydik yig'uvchi xaltacha krovatga osilgan bo'lishi kerak. Agar xaltacha erda yotsa, uning bakterial fil'tri siydik bilan ho'llanib holadi va xaltachaga siydik tushishi qiyinlashadi.

Siydik yo'llariga infektsiya kirishining oldini olish uchun yopiq sistemali drenaj ishlatilishi kerak va kateter siydik yig'uvchi xaltachadan ochilmasligi kerak.

Agar kateterning funktsiyasi buzilsa, uni sterillangan furatsillin yoki 0,05% xlorgeksidinning suvli eritmasi bilan yuvish mumkin. Kateterni yuvish infuziya uchun ishlatiladigan sterillangan sistema yordamida furatsillin yoki xlorgeksidin eritmasini tomchilab kiritiladi. Drenajni yuvish maxsus o'qitilgan malakasi bor tibbiyot xodimi yoki bemorni parvarish qiluvchi odam tomonidan bajarilishi kerak.

Uretradagi doimiy kateterni almashtirishga ko'rsatmalar: drenajning teshilishi (perforatsiyasi), drenajning chiqib ketishi, drenajning siydikdagi tuzlar, tosh, parchalar, quyuq yiring, qon laxtasi bilan berkilib qolishi.

Uretradagi kateterni olib tashlashga ko'rsatma: uretrit.

Adabiyotlar:

1. Липшульц Л., Клейман И. Руководство по урологии. – СПб., 2000.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – М., 1998.
3. Неотложная урология. Ю.А.Пытель, И.И. Золотарев. М. Мед. 1985г.
4. Савченко Н.Е., Строчкин А.В., Жлоба П.П. Нехирургические методы лечения доброкачественной гиперплазии простаты. Минск. 1998 г.
5. Справочник врача общей практики. Дж. Мёрт. М. Практика. 1998г.

6. Рациональная антимикробная терапия: Руководство для практических врачей. Под ред. В.П.Яковлева. – М.:Литера. - 2003. – 1008 с.
7. Учебник «Урология» под редакцией проф. Лопаткина Н.А. М. Медицина. 2004г.
8. Урология и андрология в вопросах и ответах. Под ред. О.А.Тиктинского, В.В. Михайличенко. «Питер». Санкт-Петербург. - 1998. – 377с.
9. Урология по Дональду Смиту. Под ред. Э.Танаго и Дж.Маканинча. Перевод с англ. «Практика». М. 2005. – 819с.
10. Ahmed A.Shoker. Current Opinion in Urology, 2002, 12:263-269.
- 11.Denis L., Connel F.Мс., Yoshida O., Khaury S. и члены комитета. Материалы 5-го Международного совещания по ДГП. Рекомендации Международного научного комитета: Диагностика и лечение симптомов нижнего мочевого тракта, предполагающими наличие простатической обструкции. 2000г.
- 12.Chute C.G., Panser L.A., Girman C.J., Oesterling J.E., Guess H.A., Jacobsen S.J., Lieber M.M. The prevalence of prostatism: a population based survey of urinary symptoms. // J. Urol. - 1993; 150: 85-89.
- 13.The Sanford Guide to Antimicrobial Chemotherapy. // Thirty-fifth edition. Ed by Gilbert R. Moellering, M. Sande. – Antimicrob Therapy Inc. – 2005.
- 14.Интернет: www.uroweb.ru; www.uro.ru; www.medscape.com;
www.medicalstudents.com; www.uroweb.org; www.bju.org;
www.europeanurology.com.