

Ўзбекистон Республикаси  
Солини салаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН УРОЛОГИЯ ИЛМИЙ-  
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ГИДРОЦЕЛЕ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

**“КЕЛИШИЛДИ”**

**Республика ихтисослаштирилган  
урология илмий-амалий тиббиёт**



**маркази директори**

**Ш.Т. Мухтаров**

” “ \_\_\_\_\_ ” 2025 йил

**«ГИДРОЦЕЛЕ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

## **МУНДАРИЖА**

<b>«ВАРИКОЦЕЛЕ» НОЗОЛОГИСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>5</b>
<b>«ГИДРОЦЕЛЕ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....</b>	<b>23</b>
<b>«ГИДРОЦЕЛЕ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....</b>	<b>31</b>

**«ГИДРОЦЕЛЕ»  
НОЗОЛОГИСНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

## 1. КИРИШ

Ушбу клиник протоколлар Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ), “Ўзбекистон урологлар илмий жамияти”, “Ўзбекистон болалар урологлар жамияти” ва Тошкент тиббиёт академияси урология кафедрасининг мутахассислари, Европа урологлари ассоциацияси (EAU) тавсиялари ва соҳа бўйича олимларнинг маълумотлари асосида тайёрлаган.

Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда эксперт-мутахассислар учун мавжуд бўлган энг ҳаққоний маълумотларни ифодалашини таъкидлаш керак деб ҳисоблайдилар. Клиник протоколлар ҳеч қачон алоҳида беморни даволаш тактикасини аниқлашда клиник тажрибанинг ўрнини боса олмайди, аксинча беморнинг ўзига хос хусусиятлари ва нималарни афзал кўришини ҳисобга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради.

Миллий клиник протоколлар ХКТ-10 – N43: N43.1, N43.2, N43.3 ва ХКТ-11 – GB00: GB00.0, GB00.1, GB00.Y, GB00.Z шифрли Гидроцеле (Hydrocele) билан касалланган беморларни даволаш, реабилитация ва профилактикаларини олиб боришда қўллашга ҳисобланиб, Улардан Республиканинг барча тиббиёт даволаш-профилактика муассасаларининг урологлари фойдаланишлари мумкин.

### Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифрлари:

ХКТ-10	
Код	Номи
<b>N43</b>	<b>Гидроцеле ва сперматоцеле</b> <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43</a>
N43.1	Инфекцияланган гидроцеле <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.1">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.1</a>
N43.2	Гидроцеленинг бошқа шакллари <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.2">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.2</a>
N43.3	Гидроцеле аниқлаштирилмаган <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.3">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.3</a>

КХТ-11	
Код	Номи
<b>GB00</b>	<b>Гидроцеле ва сперматоцеле</b> <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778</a>
GB00.0	Алоқадор бўлмаган (кистали) гидроцеле <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1995003672">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1995003672</a>
GB00.1	Инфекцияланган гидроцеле <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#329423502">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#329423502</a>
GB00.Y	Бошқа аниқлаштирилмаган гидроцеле ёки сперматоцеле <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2Fother">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2Fother</a>
GB00.Z	Аниқлаштирилмаган гидроцеле ёки сперматоцеле <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2F unspecified">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2F unspecified</a>

## **Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси.**

Миллий клиник протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган. Протоколни қайта кўриб чиқиш ҳар 5 йилда ёки ташхислаш, даволаш, реабилитация ва профилактика бўйича далиллар даражаси ўзгариши кузатилганда амалга оширилади.

## **Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот.**

Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИУИАТМ).

## **Мултидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

**Мухтаров Шухрат Турсунович** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

**Акилов Фарход Атауллаевич** – Тошкент тиббиёт академияси урология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Гайбуллаев Асилбек Асадович** – “Европейан Медисал Университй” хусусий тиббиёт университети ректори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Кариев Саидахроп Саидасланович** – Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш марказининг Хирургия факултети декани, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

**Агзамхўжаев Саиданвар Талатович** – Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори.

**Рахматуллаев Акмал Абадбекович** – Тошкент педиатрия тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

**Тиллашайхов Мирзағолиб Ниғматович** – Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Ахмедов Рустам Носирович** – Республика шошилинич тиббий ёрдам маркази урология бўлими мудири, тиббиёт фанлари доктори.

**Раҳматов Мақсуд Мирзаевич** – Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, фтизиоуролог.

**Умаров Азиз Рустамович** – Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси бош шифокорининг акушерлик ишлари бўйича ўринбосари.

**Тоиров Бобур Акбарович** – Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази дерматокосметология бўлими мудири, тиббиёт фанлари доктори.

**Кариев Сарвар Собиржонович** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, нефролог, тиббиёт фанлари номзоди.

**Субботин Марк Борисович** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази интенсив терапия ва жонлантириш бўлими мудири.

**Фозилов Абдуқодир Абдуқаҳҳорович** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, андролог-сексопатологи.

**Адилхўжаев Асқар Анварович** – Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори.

**Иноятгов Умид Нуриллаевич** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, патологоанатом.

**Абдуфаттаев Улуғбек Авазжанович** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази йетакчи мутахассиси, ултратовуш диагностикаси шифокори.

**Абдукаримов Боходир Хошимович** – Республика ихтисослаштирилган суд-тиббий экспертиза илмий-амалий маркази директори ўринбосари.

**Тоҳиров Алишер Обидович** – Тошкент шаҳар Олмазор тумани кўп тармоқли марказий поликлиника бош шифокори ўринбосари.

### **Муаллифлар:**

**Шавахабов Шавкат Шонасирович** – т.ф.н., РИУИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари.

**Мирхамидов Джалол Хамидович** – т.ф.н., Тошкент тиббиёт академияси «Урология» кафедраси доценти.

**Абдурахманов ФаррухФуркатович** – PhD. РИУИАТМ нинг урология бўлими уролог-шифокори.

### **Тақризчилар:**

**Божедомов Владимир Александрович** – Олий таълимнинг федерал давлат бюджет муассасаси М.В.Ломоносов номли “Москва давлат университети” Фундаментал тиббиёт кафедраси профессори, т.ф.д.

**Нуруллаев Рустам Бабаджанович** – “Р.Б. Нуруллаев” хусусий клиникаси директори, т.ф.д.

### **Миллий клиник протокол лойиҳасининг муҳокамаси.**

Миллий клиник протоколи Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг 2025 йил \_\_\_\_\_ сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

### **Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:**

**Кариев Саидахроп Саитасланович** – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, урология ва нефрология кафедраси доценти, т.ф.д.

**Агзамходжаев Саиданвар Талатович** – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Урология ва болалар урологияси кафедраси мудири, т.ф.д.

## **Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:**

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

### **Қисқартмалар рўйхати**

- РСНПМЦУ – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази
- СЙИ – Сийдик йўллари инфекцияси
- ХКТ -10 – Халқаро kasalliklar таснифи 10-ташрих
- ХПН – Халқаро патентланмаган номи
- ИД – Исботланганлик даражаси

### **Протокол фойдаланувчилари:**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази, марказнинг юридик мақомга эга бўлган филиаллари, марказнинг Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази негизидаги филиаллари, Олий таълим муассасалари негизидаги урология бўлимлари, Вилоят кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси, Туман/Шаҳар тиббиёт марказларидаги урология бўлимлари, Туман/Шаҳар кўп тармоқли тиббиёт поликлиникаси уролог-шифокорлари ва оилавий шифокорлари.

### **Ушбу нозологияда беморлар тоифаси.**

Гидроцеле билан хаста эркаклар.

## Далилларга асосланган тиббиётнинг далиллари даражаси шкаласи.

### Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

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

### Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)

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

### Тавсияларнинг ишонччилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишонччилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган.

## **2. АСОСИЙ ҚИСМ.**

### **2.1. Кириш.**

Мояк қобикларининг истисқоси ёки гидроцеле - моякнинг қин қобиғи ичида сероз суюқлигининг тўпланиши натижасида юзага келадиган касаллик. Нормада, бу суюқлик моякни ўраб олади ва унинг қобикларидан ёки ёрғоқнинг деворларидан бири ҳисобланади [1].

Қин қобиғи она қорнида ҳомиланинг ривожланиши даврида қорин бўшлиғида мояк билан бирга ҳосил бўлади. Бу қорин парданинг бир қисми бўлиб, хомила ривожланиши даврида мояк билан бирга ёрғоққа тушади. Қин қобиғининг функцияси мояклар учун мойловчи модда бўлган ва унинг ёрғоқ ичида эркин ҳаракатланишини осонлаштирадиган суюқлик ҳосил қилишдан иборатдир. Бирламчи гидроцеленинг патогенези, иккиламчи гидроцеледан фарқли ўлароқ, қорин парданинг ўтувчан қин ўсимтаси билан боғлиқ бўлиб, унинг тўлиқ облитерацияси ҳар хил турдаги алоқали гидроцелеларнинг ривожланишига олиб келади. Очiq қин ўсмаси қорин бўшлиғи аъзоларининг чиқиши ва чурра ҳосил бўлишига сабаб бўлади [2]. Қин ўсмаси облитерациясининг аниқ вақти номаълум. Янги туғилган чақалоқларнинг тахминан 80-94 фоизида ва катталарнинг 20 фоизида сақланиб қолади [3]. Ўтказувчанликни сақлаб қолган қин ўсмасининг тўлиқ облитерациясида унинг ўрта қисмида уруғ тизимчаси кистаси ривожланади. Янги туғилган чақалоқларда қин ўсимтасининг ўтказувчанлиги билан боғлиқ бўлмаган гидроцеле ҳам пайдо бўлади [4]. Алоқадор бўлмаган гидроцеле суюқликнинг секрецияси ва реабсорцияси жараёнлари ўртасидаги номувофиқлик натижасида ривожланади ва майда травмалар, мояклар буралиб қолиши, эпидидимит, варикоцеле бўйича жарроҳлик амалиёти (лимфа томирларини боғлаш туфайли) ёки алоқали ёки алоқадор бўлмаган гидроцеленинг бирламчи пластик жарроҳлигидан кейин қайталаниши мумкин.

### **2.2. Умумий таърифи.**

Мояк қобикларининг истисқоси ёки гидроцеле - моякнинг қин қобиғи ичида сероз суюқлигининг тўпланиши натижасида юзага келадиган касаллик. Нормада, бу суюқлик моякни ўраб олади ва унинг қобикларидан ёки ёрғоқнинг деворларидан бири ҳисобланади [1].

### **2.3. Гидроцеленинг таснифи.**

Клиник амалиётда гидроцеленинг қуйидаги таснифи қўлланилади:

- Алоқадор бўлмаган гидроцеле;
- Алоқали (туғма) гидроцеле;
- Инфекцияланган гидроцеле.

Болаларда кўпинча қорин бўшлиғи ва моякнинг қин қобиғи ўртасида боғламнинг туғма битмаслиги мавжуд. Ушбу патология мояк қобикларининг алоқали гидроцелеси деб аталади. У янги туғилган чақалоқларнинг 6 фоизида учрайди ва тахминан ярмида ўз-ўзидан ўтиб кетади. Мояк истисқосининг бошқа сабаблари бўлиб, мояк ва унинг ортигининг ўткир ва сурункали яллиғланиши (орхит, эпидидимит), ёрғоқ травмаси, ёрғоқ аъзоларининг ўсмалари, чов ва тос лимфа тугунларининг шикастланиши (ўсимта метастазлари), оғир юрак-қон

томир етишмовчилиги, лимфа оқимининг бузилиши билан паразитар касалликлар (филяриатоз) ҳисобланади. Мояк қобиклари истисқоси варикоцеле бўйича жарроҳлик амалиётлари ёки чуррани жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳар хил турлари (ингуинал чурралар учун) ёки бандажни узоқ вақт кийиб юришдан кейин асорат сифатида пайдо бўлиши мумкин. Мояк қобикларининг истисқоси ҳажмининг ўсиши анча секин (бир неча йил) ҳамда тез (бир неча ҳафта) рўй бериши мумкин, бу истисқонинг пайдо бўлиш сабабларига ва тананинг компенсатор имкониятларига боғлиқ.

Мояк ва унинг ортиғининг шикастланиши ва яллиғланиш касалликлари унинг қаватлари орасидаги бўшлиқда экссудат ва фибрин тўпланиши билан қин хусусий қобиғининг ўткир яллиғланиши натижасида ўткир истисқонинг шаклланишига олиб келиши мумкин. Экссудатнинг йиринглаши жуда кам ҳолларда учрайди. Моякнинг хусусий қобиғи юзасида катта миқдорда фибрин йиғилганда, ушбу қобикнинг иккита қаватининг қисман ёки тўлиқ бирлашиши содир бўлиши мумкин. Баъзида мояк қобикларининг ўткир истисқоси, унинг симптомлари йўқолганидан кейин сурункали ҳолатга ўтади. Кўпинча, истисқо моякнинг ва унинг ортиғининг яллиғланиш жараёни тугаганидан кейин узоқ вақт ўтгач пайдо бўлади, сурункали истисқо кам даражада сезиларли сурункали травма таъсирида ривожланиши мумкин. Мояк қобиклари истисқоси патогенезида асосий омиллардан бири бўлиб, кейинчалик микроциркуляциянинг бузилиши билан лимфанинг чиқишининг бузилиши натижасида қин қобиғининг склеротик ўзгаришлари ҳисобланади. Мояк қобикларининг бўшлиғида суюқликнинг тўпланиши бир неча ўн миллилитрдан 2-3 литргача ўзгариши мумкин. Истисқо суюқдиги миқдори 20 литрдан ортиқ бўлганида казуистик ҳолатлар тавсифланган. Таркиби бўйича истисқо суюқлиги трансудатга яқин бўлиб, шаффоф, сарғиш-сарик ёки яшил рангга эга, ёрқин нурда опалесцентланади, ҳидсиз бўлади.

### **3. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ, УСЛУБЛАРИ, ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР ЁНДОШУВЛАРИ ВА ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ**

#### **3.1. Шикоят, анамнез ва объектив кўрик.**

Стандарт текширув тўлиқ анамнезни йиғиш ва физикал текширувни ўз ичига олади. Гидроцеле ташҳиси анамнез ва физикал текширув маълумотлари бўйича қўйилади. Кўпгина ҳолларда у ёрғоқнинг трансиллюминацияси мавжудлигида аниқланади, аммо шуни эсда тутиш керакки, суюқлик билан тўлган ичак ва баъзи препубертал ўсмалар ҳам трансиллюминацияда кўриниши мумкин [5, 6; УД:2]. Агар гидроцеле ташҳиси қўйилган бўлса, у жойига тушмаслиги ёки ҳеч қандай симптомларни келтириб чиқармаслиги керак, шишиш соҳаси силлиқ, кўринади ва палпация вақтида одатда оғриқсиздир. Ёрғоқнинг катталашиши бўйича шубҳа туғилса, ёрғоқ патологиясини ташҳислашда деярли 100% сезувчанликка эга бўлган УТТни ўтказиш керак.

#### **3.2. Гидроцелени объектив текшириш ва диагностика қилиш.**

Касалликнинг диагностикаси ўзига хос объектив маълумотларга асосланади. Текширувда ёрғоқнинг бир томонлама ёки икки томонлама катталашиши қайд этилади. Касаллик ананези ва текширувига кўра, биринчи маслаҳатдан ўтишда икки томонлама гидроцелени истисно қилиш керак [7; УД:2]. Мояк қобиғининг истисқосини аниқлашда нурлар ўтишининг мусбат симптоми (диафаноскопия) ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Истисқо мавжудлигида нурлар ўтишининг симптоми фақат ўтказилган яллиғланишдан кейин қобиклар кескин қалинлашган ёки истисқо суюқлигида қон аралашмаси (гематоцеле) мавжуд бўлган ҳолларда манфий бўлади. Диафаноскопияда бутун ёрғоқ шаклланишидан нурлар ўтиши қайд этилади, аммо ушбу усул ҳар доим ҳам ахборотли эмас.

#### **3.3. Асосий ва қўшимча лаборатор текширув усуллари.**

Кўпгина ҳолларда гидроцеле ёрғоқни физикал кўриқдан ўтказиш ва инструментал текширувларда аниқланади, аммо шуни эсда тутиш керакки, суюқлик билан тўлган ичак ва баъзи препубертал ўсмалар ҳам трансиллюминацияда кўриниши мумкин (диафаскопии) [5, 6; УД:2]. Агар гидроцеле ташҳиси қўйилган бўлса, стандарт лаборатор текширувлари усуллари жарроҳлик аралашувларига олдиндан тайёргарлик кўрсатилган, лекин шубҳаланиш ҳолатларида ва онкологик касалликларга шубҳа бўлса, онкологик касалликлар бўйича стандартларга мувофиқ онкомаркерлар учун таҳлил топшириш тавсия этилади.

#### **3.4. Асосий ва қўшимча инструментал текширув усуллари.**

Мояк қобиклари истисқосининг ташҳислаш ва бошқа касалликлар билан дифференциал ташҳислашнинг асосий ва энг ахборотли усули – бу УТТ ҳисобланади. Ёрғоқ УТТнинг замонавий имкониятлари истисқода ликвор тузилишини ва моякнинг нормал контурини ажратиш, мояк қобиклари истисқосини унинг ўсмаларидан, уруғ тизимчасининг истисқосидан, сперматоцеледан, чов-ёрғоқ ва чов чурраларидан дифференциаллаш имконини беради.

Ёрдамчи инструментал усуллар истиско бўшлиғи пункциясига ва аспирацияга инвазив текширувни ўз ичига олиши мумкин. Шу тарзда мойк ортиғининг сил қасаллиги (туберкулёзи) белгиларини аниқлаш мумкин: ортиқнинг ғадир-будурлиги, уруғ чиқарувчи йулдаги аниқ шаклдаги ўзгаришлар. Мойкнинг икки томонлама истисқосида полисерозит белгилари билан кечадиган бруцеллёзни истисно қилиш керак.

### 3.5. Бошқа мутахассислар маслаҳати.

Кўпгина ҳолларда, гидроцелени ташхислаш ва даволашда бошқа мутахассислар маслаҳатидан ўтиш талаб этилмайди. Бироқ, ташхислашда ва бошқа каслликлар билан фарқлашда шубҳалар пайдо бўлган баъзи ҳолатларда, бошқа тиббиёт мутахассислари билан ҳамкорлик қилиш талаб қилиниши мумкин.

Чов-ёрғоқ ва чов чуррасини баҳолашда абдоминал жарроҳ, мойк ортиғининг сил қасаллигига (туберкулёзи) ёки унинг белгиларига шубҳа туғилганда фтизиатр ва инфекционист маслаҳати зарур бўлиши мумкин, чунки мойкнинг икки томонлама истисқосида полисерозит белгилари билан кечадиган бруцеллёзни истисно қилиш керак

### 3.6. Ташхислаш алгоритми.



### 3.7. Дифференциал ташҳис ва қўшимча текширувларни асослаш

Ташҳис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташҳисни истисно қилиш мезонлари
Мояк ортиғи кистаси	Ретенцион шаклланиш, унинг сабаби туғма ретенция, ўтказилган травма ва ўткир эпидидимит бўлиши мумкин. Мояк ортиғи кисталари симптомларсиз кечиши мумкин ва соғлиқ ёки ҳаёт учун ҳеч қандай хавф туғдирмайди.	Допплеро-графия билан ёрғоқ органлари УТТ	Гидроцеледа беморни палпатор текширувида эластик шаклланиш аниқланади, моякни аниқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмайди. Пайпаслашда мояк фақат истисқосимон шаклланишнинг катта бўлмаган ўлчамларида аниқланади.
Чов-ёрғоқ и чов чурраси	Бу қорин деворидаги табиий тешиқлар бўлган ички ёки ташқи чов ҳалқасининг бириктирувчи тўқималарининг ишдан чиқиши туфайли ички органларнинг ёрғоққа тушиши. Чов-ёрғоқ чуррасининг асосий белгилари бўлиб, чов соҳасида қаттиқ ва пайпаслашда оғриқли бўлган бўртиқ, мос келадиган томонда моякнинг катталашиши ҳисобланади. Ушбу патологияни даволашнинг асосий ва ягона тўғри усули – бу жарроҳлик аралашувидир. Консерватив ёки анъанавий усуллар	Допплеро-графия билан ёрғоқ органларнинг УТТ.	Гидроцеледа беморни палпатор текширувида эластик шаклланиш аниқланади, моякни аниқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмайди. Пайпаслашда мояк фақат истисқосимон шаклланишнинг катта бўлмаган ўлчамларида аниқланади.

	<p>ёрдамида чуррани даволаш мумкин эмас. Шифокорга ўз вақтида муружаат қилмаслик эса чурранинг қисилиб қолиши каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин.</p>		
<p>Моякнинг буралиб қолиши</p>	<p>Бу моякнинг буралиб қолиши ва кейинчалик уни таъминлайдиган томирларнинг сиқилиши натижасида юзага келадиган фавқулодда ҳолат. Симптомлар ёрғоқда кучли оғриқ ва шиш, кўнгил айнаши ва қайт қилишни ўз ичига олади. Ташхис физикал кўрик маълумотларига асосланади ва доплерография ёрдамида тасдиқланади.</p>	<p>Доплерография билан ёрғоқ органларнинг УТТ.</p>	<p>Гидроцеледа беморни палпатор текширувида эластик шаклланиш аниқланади, моякни аниқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмайди. Пайпаслашда мояк фақат истисқосимон шаклланишнинг катта бўлмаган ўлчамларида аниқланади.</p>

## 4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ.

### 4.1. Дори воситаларисиз (номедикаментоз) даволаш.

Мояк қобиклари истисқосини даволаш учун дори-дармонсиз усуллари мавжуд эмас. Болаларда гидроцеленинг алоқадор бўлмаган шаклига шубҳа билан ривожланишида, ўз-ўзидан сўрилиш эҳтимоли 75% ни ташкил қилади, шунинг учун 6-9 ой давомида динамик кузатувни олиб бориш тавсия этилади [8; УД:2].

### 4.2. Дори воситалари билан (медикаментоз) даволаш.

Мояк қобиклари истисқосини дори-дармонли даволаш усуллари мавжуд эмас.

### 4.3. Жарроҳлик аралашуви.

Гидроцеледан халос бўлишнинг ягона радикал усули - бу жарроҳлик амалиётидир. Гидроцелени йўқ қиладиган ҳар қандай жарроҳлик аралашувнинг моҳияти - моякнинг қин қобиғини кесиш ва уни ағдарилган ҳолатда тикиш (Винкельман операцияси) орқали йўқ қилиш, кесиш ва олиб ташлаш (Бергман операцияси) ёки кейинчалик махсус чоклар ёрдамида тахлаш билан (пликация) ёриш (Лорд операцияси) орқали йўқ қилишдир. Кўп сонли бундай жарроҳлик амалиётлари бўйича тўпланган тажриба шуни кўрсатдики, аралашувдан кейин мояк нормал тарзда ишлайди ва агар унинг қин қобиғи ишончли тарзда кесилган бўлса, одамга ҳеч қандай безовталиқ туғдирмайди.

Орттирилган истисқони даволашнинг энг самарали усули бўлиб, Лорд бўйича қобикларнинг пликацияси ҳисобланади, бунда ёрғоқнинг бўшашган бириктирувчи тўқималарининг шикастланиши минимал бўлади.

**Лорд операцияси.** Мояк уни кўтарадиган мушакни бўшаштириш учун пастга тортилади. Чап қўлнинг бош бармоғи ва кўрсаткич бармоғи ўртасида жарроҳ ёрғоқнинг юқори қисмларида уруғ тизимчасини қисиб қўяди. Тизимча 1% ли лидокаин эритмаси билан инфилтрланади. Худди шу қўл билан ёрғоқнинг таъсирланган ярми унинг устига терини чўзиш билан маҳкамланади ва тери ости томирлари сиқилади. Ёрғоқнинг кўринадиган томирлари ўртасида 4 см узунликдаги кўндаланг кесма амалга оширилади. Гўштли қобик очилади ва қин қобиғи юзаси яланғочланади. Тери, тери ости тўқимаси ва гўштли қобик қин қобиғига маҳкамланади. Бармоқ билан қин қобиғи ажратиб олинади ва мояк ўлчамига мос келадиган чўнтак ҳосил қилинади. Кейин қин қобиғи очилади ва истисқо суюқлиги эвакуация қилинади, шундан сўнг қин қобиғи кесмаси кенгайтирилади ва мояк сиқиб чиқарилади, у визуал ва палпациялаш орқали текширилади. Моякни кўтариб турган ҳолда, қин қобиғи чўзилади, қин қобиғининг париетал қавати бир нечта сўрилиши мумкин бўлган чоклар билан йиғилади, шундан сўнг моякнинг бутун периметри бўйлаб 6-8 та шундай чок қўйилади. Ретрактор ёрдамида мояк гўштли қобик остидаги ёрғоқ чўнтагига ботирилади ва охирги босқичда тери ости ёғ тўқимасини изоляция қилган ҳолда, барча қатламлар (тери, гўштли қобик ва бўшашган бириктирувчи тўқима) бўйича тугун чоклар қўйилади. Дренажлаш талаб қилинмайди.

Операциянинг гематома ва рецидивлар кўринишидаги асоратлари жуда кам учрайди, чунки операциядан кейин истиско суюқлигининг тўпланиши мумкин бўлган бўшлиқлар қолмайди.

**Винкельман операцияси.** Оғриқсизлантиргандан сўнг олд ташқи юзаси бўйлаб узунлама йўналишда ёрғоқнинг ярмига мос келадиган кесма ўтказилади. Тери кесмаси чегарасида мойк қобиғи нур ўтадиган қин қобиғига қадар қатламма-қатлам ёрилади. Тўмтоқ ёки ўткир усул ёрдамида иккинчиси ички уруф фасциясидан ажратилади, истиско халтаси париетал қаватнинг мойк ва ортиғига ўтиш жойигача тўлиқ бўшатилади. Троакар ёрдамида истиско халтаси эвакуация қилинади, сўнгра қин қобиғининг париетал қатлами ёрилади ва мойкни яланғочлаган ҳолда, у орқасига ағдарилади. Мойк ва унинг ортиғи тафтиши амалга оширилади. Қин қобиғи париетал қатламининг чекка қисмлари мойк ва унинг ортиғи орқасида тугунли ёки узлуксиз чоклар билан тикилади. Тикилган қобиқнинг чекка қисмлари уруғ тизимчасини босиб қўймаслиги керак. Пухталиқ билан гемостаз амалга оширилади, шундан сўнг мойк ёрғоққа чўктирилади. Гематомалар пайдо бўлишининг олдини олиш учун жароҳат жойининг пастки бурчагига ёки ёрғоқнинг пастки соҳасида контрапертура орқали резинали дренаж 1 кунга ўрнатилади. Ёрғоқ жароҳати сўриладиган чоклар билан қатламма-қатлам тикилади. Чов боғлами юқорисида ва унга параллел равишда кесма қилинади, чов каналининг олд девори ёрилади. Қорин пардасининг битмаган қин ўсмаси ажратиб олинади, кейин у ўрта қисмида очилади, қорин пардаси ўсмасининг проксимал учи уруғ тизимчасининг элементларидан ажратиб олинади ва қийшиқ чов чурраси мавжудлигида чурра халтаси сифатида қайта ишланади. Унинг дистал учи уруғ тизимчасининг элементларидан ажратиблиб, мойкнинг юқори полюсида ажратиб кесилади. Истиско суюқлиги эвакуация қилинади ва юқорида тавсифланган Винкельман операцияси амалга оширилади, шундан сўнг чов каналининг пластикаси ўтказилади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши препаратлар буюрилади. Беморларга 2 ой давомида жисмоний фаолият тавсия этилмайди.

**Бергман операцияси.** Истиско бўшлиғи очилгандан сўнг, ўз қобиғи тўмтоқ усул билан ажратилади ва мойкдан 0,5-0,8 см масофа ташлаб бутун узунаси бўйлаб кесилади. Қобиқнинг қолган чекка қисми узлуксиз келгуч чок билан тикилади, кейин мойк ёрғоққа чўктирилади. Тўлиқ гемостазни ўтказилади. Ёрғоқ бўшлиғи гематомани олдини олиш учун 1-2 кун давомида резинали дренаж билан дренажланади. Жароҳат жойи қатламма-қатлам тикилади.

#### **4.4. Кейинги даволаш.**

Гидроцеле бўйича ҳар қандай операциядан сўнг, операциядан 2-6 ҳафта ўтгач, назорат текшируви ўтказилиши керак.

#### **4.5. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари.**

Истиско бўйича жарроҳлик аралашувларининг энг кўп учрайдиган асоратлари - бу операция пайтида механик тирнаш хусусияти ва ёрғоқнинг шишиши билан боғлиқ бўлган мойкнинг яллиғланиши ҳолатларидир. Бу асоратлар, у ёки бу даражада, 20-50% ҳолларда мавжуд бўлади. Бироқ, улар ҳаммада операциядан кейин 2 ҳафта ичида деярли мустақил равишда ўтиб кетади.

Баъзи ҳолларда асоратлар антибиотиклар ва яллиғланишга қарши препаратларни буюришни талаб қилади. Истисқо бўйича операцияда юзага келиши мумкин бўлган яна бир асорат - бу ёрғоқ гематомаси шаклланиши билан қон кетишидир. Шунинг учун ёрғоқдаги ҳар қандай операцияда бўлгани каби, операциянинг якуний босқичида пухталиқ билан гемостаз ўтказиш ва бўшлиқни албатта дренажлаш керак.

## 5. ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

### 5.1. Режали госпитализация учун кўрсатмалар.

- **Режалаштирилган жарроҳлик муолажаси.** Агар беморга гидроцеле бўйича, масалан, мойкнинг қин қобиғини кесиш ва тикиш орқали олиб ташлаш каби режалаштирилган операцияни амалга ошириш талаб этилса, бу шошилишч аралашувни талаб қилмаса, бемор касалхонага режа асосида ётқизилиши мумкин.

- **Даволаш режасини ишлаб чиқиш.** Агар беморда гидроцеле мавжуд бўлса, жарроҳлик йўли билан даволаш усулини ишлаб чиқиш керак.

- **Болалар ва уларни даволаш хусусиятлари.** Кўп ҳолларда бирданига сўрилиш тенденцияси туфайли ҳаётнинг дастлабки 12 ойида жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма бўлмайди [9; УД:2]. Чов чуррасигача ўтиш хавфи кам даражада ва гидроцеле қисилиб қолиш билан оғирлашмайди [1; УД:2]. Ҳамроҳ чов чурраси ёки мойк патологиясига шубҳа қилинганида эрта жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма берилади [10, 11; УД:2]. 12 ойлик ҳаётдан кейин оддий гидроцеленинг сақланиб қолиши жарроҳлик пластикасини ўтказиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

## **6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.**

### **6.1. Беморни кузатиш картаси, беморнинг йўналтириш.**

#### **6.1.1. Беморни кузатиш картаси:**

- Шахсий маълумотлар: исми, ёши, беморнинг алоқа маълумотлари.
- Касаллик тарихи ҳақида маълумот: олдинги касалликлар, жарроҳлик амалиётлари, аллергия ва бошқа тиббий хусусиятлар.
  - Ҳозир кечаётган симптомларнинг тавсифи: Бемор ёрғоқнинг катталашини, оғриқ ва ноқулайликдан шикоят қилади.
  - Физик кўрикдан ўтказиш: ёрғоқ соҳасини умумий баҳолаш, 2 томонлама гидроцеле мавжудлигини аниқлаш.
  - Лаборатор текширувлар натижалари: Умумий қон ва сийдик таҳлили каби лаборатория таҳлиллари яллиғланиш жараёнларини аниқлашга ёрдам беради.
  - Ташхис: гидроцеле ташҳисини қўйиш.
  - Даволашнинг тиббий режаси: даволаш бўйича буюришлар, шу жумладан усулни танлаш (жарроҳлик).
  - Кузатишлар ва тавсиялар: беморнинг аҳволи вақт ўтиши билан қандай ўзгариши тўғрисида ёзиб бориш ва тиббиёт ходимларининг тавсиялари.

#### **6.1.2. Беморни йўналтириш (1-расмга қаранг):**

- Шошилинчлилик даражасини баҳолаш. Шошилинч тиббий ёрдам қанчалик зарурлигини баҳолаш.
  - Тиббиёт муассасасини танлаш: даволаниш касалхонага ётқизиш шароитида амалга оширилади.
  - Алоқа ўрнатиш: ўз вақтида ва малакали ёрдамни таъминлаш учун шифокорлар, ҳамширалар ва бошқа мутахассислар ўртасидаги алоқа ва мувофиқлаштириш.

### **6.2. Номедикаментоз даволаш.**

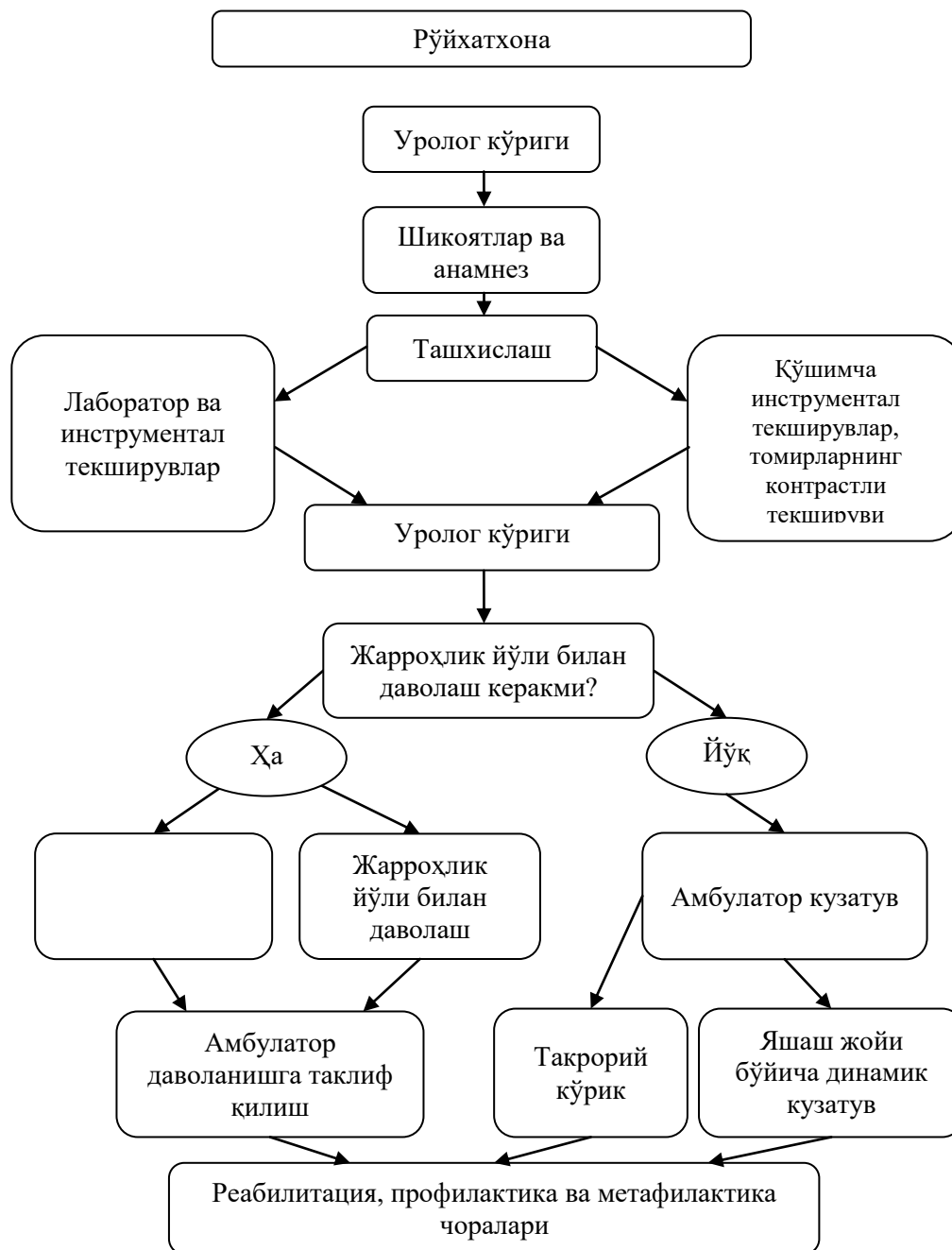
Гидроцелени дори-дармонсиз даволаш мавжуд эмас.

### **6.3. Медикаментоз даволаш.**

Гидроцелени дори-дармонли даволаш мавжуд эмас.

### **6.4. Жарроҳлик аралашуви.**

Гидроцелени жарроҳлик йўли билан даволаш амбулатория шароитида жарроҳлик йўли билан даволаш бўлимида тавсифланган.



**1-расм. Беморнинг маршрут картаси.**

### 6.5. Кейинги даволаш.

Гидроцеле бўйича ҳар қандай операциядан кейин, операциядан 2-12 ҳафта ўтгач, назорат текшируви ўтказилиши керак.

### 6.6. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари

Даволашнинг самарадорлиги ва ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги кўрсаткичлари тегишли бўлимда аввалроқ тавсифланган.

**«ГИДРОЦЕЛЕ»  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

# 1. АСОСИЙ ҚИСМ

## 1.1. Кириш

Ушбу протокол гидроцеле мавжудлигида мойкнинг қин қобиғини кесиш ва тикиш йўли билан йўқотиш муолажасини бажариш учун расмий тавсиялар ва стандартларни ифодалайди. Протокол жарроҳлик йўли билан даволаш, анестезиянинг турли усуллари, муолажани бажариш техникаси, шунингдек, асосий ва қўшимча ташхислаш тадбирлари ҳақида маълумотларни ўз ичига олади. Шунингдек, муолажани амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар ва жарроҳлик аралашувини ўтказиш шартлари тасвирланган. Протокол шунингдек, муолажага қарши кўрсатмалар ҳақида огоҳлантиради ва уни бажариш учун кўрсатмаларни тақди этади. Пиравордида, у муолажанинг самарадорлиги кўрсаткичлари ва протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари тўғрисида маълумот беради. Ушбу протокол тиббий стандартларга риоя қилган ҳолда, жарроҳлик аралашувининг хавфсиз ва самарали бажарилишини таъминлаш учун мўлжалланган.

## 1.2. Умумий таъриф.

Мояк қобикларининг истисқоси ёки гидроцеле - мойкнинг қин қобиғи ичида сероз суюқлигининг тўпланиши натижасида юзага келадиган касаллик. Нормада, бу суюқлик мойкни ўраб олади ва унинг қобикларидан ёки ёрғоқнинг деворларидан бири ҳисобланади [1].

## 1.3. Клиник тасниф.

Клиник амалиётда гидроцеленинг қуйидаги таснифи қўлланилади:

- Алоқадор бўлмаган гидроцеле;
- Алоқали (туғма) гидроцеле;
- Инфекцияланган гидроцеле.

• Болаларда кўпинча қорин бўшлиғи ва мойкнинг қин қобиғи ўртасида боғламнинг туғма битмаслиги мавжуд. Ушбу патология мойк қобикларининг алоқали гидроцелеси деб аталади. У янги туғилган чақалоқларнинг 6 фоизида учрайди ва тахминан ярмида ўз-ўзидан ўтиб кетади. Мояк истисқосининг бошқа сабаблари бўлиб, мойк ва унинг ортиғининг ўткир ва сурункали яллиғланиши (орхит, эпидидимит), ёрғоқ травмаси, ёрғоқ аъзоларининг ўсмалари, чов ва тос лимфа тугунларининг шикастланиши (ўсимта метастазлари), оғир юрак-қон томир етишмовчилиги, лимфа оқимининг бузилиши билан паразитар касалликлар (филяриатоз) ҳисобланади. Мояк қобиклари истисқоси варикоцеле бўйича жарроҳлик амалиётлари ёки чуррани жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳар хил турлари (чов чуррасида) ёки бандажни узоқ вақт кийиб юришдан кейин асорат сифатида пайдо бўлиши мумкин. Мояк қобикларининг истисқоси ҳажмининг ўсиши анча секин (бир неча йил) ҳамда тез (бир неча ҳафта) рўй бериши мумкин, бу истисқонинг пайдо бўлиш сабабларига ва тананинг компенсатор имкониятларига боғлиқ.

• Мояк ва унинг ортиғининг шикастланиши ва яллиғланиш касалликлари унинг қаватлари орасидаги бўшлиқда экссудат ва фибрин тўпланиши билан қин хусусий қобиғининг ўткир яллиғланиши натижасида ўткир истисқонинг

шаклланишига олиб келиши мумкин. Экссудатнинг йиринглаши жуда кам ҳолларда учрайди. Моякнинг хусусий қобиғи юзасида катта микдорда фибрин йиғилганда, ушбу қобиқнинг иккита қаватининг қисман ёки тўлиқ бирлашиши содир бўлиши мумкин. Баъзида мояк қобиқларининг ўткир истисқоси, унинг симптомлари йўқолганидан кейин сурункали ҳолатга ўтади. Кўпинча, истисқо моякнинг ва унинг ортиғининг яллиғланиш жараёни тугаганидан кейин узок вақт ўтгач пайдо бўлади, сурункали истисқо кам даражада сезиларли сурункали травма таъсирида ривожланиши мумкин. Мояк қобиқлари истисқоси патогенезида асосий омиллардан бири бўлиб, кейинчалик микроциркуляциянинг бузилиши билан лимфанинг чиқишининг бузилиши натижасида қин қобиғининг склеротик ўзгаришлари ҳисобланади. Мояк қобиқларининг бўшлиғида суюқликнинг тўпланиши бир неча ўн миллилитрдан 2-3 литргача ўзгариши мумкин. Истисқо суюқдиги микдори 20 литрдан ортиқ бўлганида казуистик ҳолатлар тавсифланган. Таркиби бўйича истисқо суюқлиги трансудатга яқин бўлиб, шаффоф, сарғиш-сарик ёки яшил рангга эга, ёрқин нурда опалесцентланади, ҳидсиз бўлади.

### Тиббий аралашувларнинг халқаро таснифи (ICHI).

№	Жарроҳлик амалиётнинг номи	Халқаро тасниф бўйича коди (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1443390342">https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1443390342</a>
1.	<b>Моякнинг қин қобиғини кесиш ва тикиш йўли билан йўқотиш</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Винкельман операцияси.</li> <li>– Бергман операцияси.</li> <li>– Лорд операцияси.</li> </ul>	NGL.JI.AA

## **2. ГИДРОЦЕЛЕДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.**

### **2.1. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади.**

Гидроцеле беморнинг ҳаётига таҳдид солмайди, балки эстетик ва функционал ноқулайлик туғдиради. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади кейинги асоратларни олдини олишдан иборат.

### **2.2. Жарроҳлик амалиёти учун қарши кўрсатмалар**

Жарроҳлик аралашуви режа тартибида амалга оширилади. Олдиндан ҳар бир бемор жарроҳлик амалиётига мумкин бўлган қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун текширувдан ўтади. Кўпгина ҳолларда, аниқланган чекловлар вақтинчалик бўлиб, улар бартараф этилгандан кейин, беморга тез орада жарроҳлик йўли билан даволаш учун сана белгиланади.

Гидроцеледа жарроҳлик амалиётини амалга оширишни чекловчи ҳолатлар:

– вирусли ёки бактериал этиологияга эга юқумли касалликнинг ривожланиши;

– тасдиқланган мойк саратони ёки унинг ривожланишига шубҳа;

– яқинда ўтказилган ўткир мия қон айланишининг бузилиши (инсульт);

– ўтказилган миокард инфарктдан кейинги эрта давр;

– нафас олиш касалликлари;

– анестезия препаратларига аллергия;

– тери касалликлари, чов соҳасидаги йирингли жараёнлар;

– қон таҳлилларида эритроцитлар ва гемоглобин концентрациясининг камайиши;

– травматик жароҳатлардан кейин тикланиш даври;

– юрак ва ўпка патологияларининг оғир кечиши;

– жигар-буйрак етишмовчилиги;

– иситма.

### **2.3. Жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар.**

– Гидроцеленинг катта миқдори (40мл-дан ортиқ)

– Оғрик синдроми

– Гидроцеленинг инфекцияланиши.

### **2.4. Жарроҳлик амалиётларини бажарувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар.**

– Мутахассис тегишли маълумотга ва тиббий малакага эга бўлиши керак. Одатда бу - уролог ёки жарроҳ.

– Мутахассиснинг амал қилувчи лицензияси бўлиши керак.

– Мутахассис ушбу муолажани бажаришда тажрибага эга бўлиши ва техника ва усулларни яхши билиши керак.

– Мутахассис замонавий асбоб-ускуналар ва асбоблардан фойдаланиш имкониятига эга бўлиши, шунингдек муолажанинг стериллигини кузатиши керак.

– Мутахассис беморни уруғ тизимчаси томирларини боғлаш билан боғлиқ юзага келиши мумкин бўлган хавф ва ножўя таъсирлар ҳақида огоҳлантириши ва

беморга танланган жарроҳлик усулининг афзалликлари ва камчиликларини тушунтириши керак.

– Мутахассис тиббий муолажаларни ўтказишда ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрларга амал қилиши, беморнинг ҳуқуқ ва истакларини ҳурмат қилиши керак.

– Мутахассис доимий равишда ўз билим ва кўникмаларини янгилаб туриши, гидроцеле бўйича жарроҳлик йўли билан даволаш соҳасидаги сўнгги тиббий ишланмалар ва тавсияларни кузатиб бориши керак.

## **2.5. Муолажа ёки аралашувга тайёргарлик жараёнида асосий (мажбурий) ва қўшимча ташхислаш тадбирлари.**

### **Асосий (мажбурий) тадбирлар:**

– *Тиббий кўрик.* Бемор жарроҳлик амалиётини амалга оширадиган мутахассис томонидан диққат билан текширилиши керак. У беморнинг умумий аҳволини ва касаллик тарихини баҳолашни ўз ичига олади.

– *Анамнезни баҳолаш.* Мутахассис бемордан касаллик тарихи, шу жумладан сурункали касалликлар, аллергия ва бошқа тиббий омиллар мавжудлиги ҳақида билиб олиши керак.

– *Физикал текширув.* Шифокор патологиялар мавжудлигини аниқлаш учун ёрғоқ органлари ва чов соҳасини текширади, яллиғланиш, ажратма ёки муолажага таъсир қилиши мумкин бўлган бошқа ҳолатлар мавжудлигини баҳолаш учун уретранинг ташқи тешигини (меатусни) текширади.

– *Лаборатория таҳлиллари.* Одатда умумий қон таҳлили, шунингдек, гепатит В, С, ОИТС ва сифилис каби инфекциялар мавжудлигига таҳлил ўтказиш талаб қилинади. Лаборатория текширувлари натижалари беморнинг умумий ҳолатини аниқлаш ва инфекцияларни истисно қилиш учун фойдаланилиши мумкин.

– *Допплер сканерлаш билан ультратовуш текшируви.* Мояк тузилиши ва уруғ тизимчаси томирларининг мояк тузилишини батафсилроқ баҳолаш учун талаб қилиниши мумкин.

### **Қўшимча текширувлар (зарур бўлган ҳолларда):**

– *Мутахассис маслаҳатидан ўтиш.* Касаллик тарихи ва беморнинг умумий ҳолатига қараб, мутахассис абдоминал жарроҳ, инфекционист, фтизиатр ёки анестезиолог каби бошқа мутахассислар маслаҳатидан ўтишни талаб қилиши мумкин.

– Онкомаркер учун таҳлиллар, спермограмма, TORCH инфекцияси учун таҳлиллар, сийдик ва простата беzi секретцияси таҳлиллари.

## **2.6. Амалиётни ўтказишга қўйиладиган талаблар.**

– *Хавфсизлик чоралари ва асептика.* Гидроцеле бўйича жарроҳлик аралашуви инфекцияни олдини олиш учун асептик усуллардан фойдаланган ҳолда стерил шароитда амалга оширилиши керак. Тиббиёт ходими шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишлари, санитария кийими ва қўлқоп кийишлари керак.

– *Жиҳозланиши.* Гидроцеле бўйича жарроҳлик йўли билан даволашни амалга ошириш учун махсус асбоб-ускуналар, шу жумладан жарроҳлик асбоб-

ускуналари, анестетиклар ва асбобларни қайта ишлаш ва стерилизация қилиш учун асуюю-ускуналарни талаб қилади.

– *Дори-дармонлар.* Анестетиклар ва антисептиклар фойдаланишга тайёр бўлиши керак. Анестетиклар муолажани ўтказишдан олдин муолажа жойида оғрикни қолдириш учун ишлатилади. Антисептиклар жарроҳлик майдонини тозалаш ва инфекцияни олдини олиш учун ишлатилади.

– *Сарф материаллари.* Ҳар бир муолажага докали сочиқлар, тикиш ишлари, кўлқоп ва жарроҳлик аралашувлари ва операциядан кейинги парваришлар учун зарур бўлган бошқа материаллар каби алмаштириладиган сарф материаллари талаб қилинади.

– *Ўтказиш жойи.* Муолажа хавфсизлик ва гигиена стандартларига жавоб берадиган махсус жиҳозланган муолажа хонасида ёки жарроҳлик хонасида амалга оширилади.

– *Санитария ва эпидемияга қарши режимга риоя қилиш.* Тиббиёт ходимлари муолажа пайтида ва ундан кейин инфекцияларнинг тарқалишини олдини олиш учун барча зарур санитария ва эпидемияга қарши чораларга риоя қилишлари керак.

– *Хавфсизлик стандартларига риоя қилиш.* Жарроҳлик ходимлари барча хавфсизлик стандартларига риоя қилишлари керак, шу жумладан анестезияни назорат қилиш ва муолажа давомида беморни мониторинг қилиш.

## **2.7. Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар ва муолажани ўтказиш методикаси.**

### **Беморни тайёрлаш:**

1) *Касаллик тарихини баҳолаш.* Шифокор беморнинг касаллик тарихини, шу жумладан мумкин бўлган аллергия, сурункали касалликлар ва бошқа тиббий ҳолатларнинг таҳлилини ўтказиши керак.

2) *Операциядан олдинги текширувларни ўтказиш.* Муолажа учун қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун беморга операциядан олдинги текширувлар, масалан, қон ва сийдик таҳлиллари, Допплер сканерлаш билан УТТ, томирлар рентгенографияси ва бошқалар талаб қилиниши мумкин.

3) *Психологик жиҳатдан тайёрлаш.* Бемор ва унинг оиласига муолажа ҳақида маълумот берилиши ва аралашув тўғрисида тушунчага эга бўлиши ва розилигини таъминлаш учун барча саволларга жавоб берилиши керак.

4) *Анестезия.* Муолажа бошланишидан олдин, маҳаллий ёки умумий анестезия аралашув ўтказиладиган соҳада оғрикни қолдириш учун қўлланилади [27].

### **Муолажани ўтказиш методикаси.**

Бугунги кунда гидроцеле бўйича жарроҳлик амалиёти бир неча усуллар ёрдамида амалга оширилиши мумкин.

*Лорд операцияси.* Мояк уни кўтарадиган мушакни бўшаштириш учун пастга тортилади. Чап кўлнинг бош бармоғи ва кўрсаткич бармоғи ўртасида жарроҳ ёрғоқнинг юқори қисмларида уруғ тизимчасини қисиб кўяди. Тизимча 1% ли лидокаин эритмаси билан инфилтрланади. Худди шу кўл билан ёрғоқнинг

таъсирланган ярми унинг устига терини чўзиш билан маҳкамланади ва тери ости томирлари сиқилади. Ёрғоқнинг кўринадиган томирлари ўртасида 4 см узунликдаги кўндаланг кесма амалга оширилади. Гўштли қобиқ очилади ва қин қобиғи юзаси яланғочланади. Тери, тери ости тўқимаси ва гўштли қобиқ қин қобиғига маҳкамланади. Бармоқ билан қин қобиғи ажратиб олинади ва мойк ўлчамига мос келадиган чўнтак ҳосил қилинади. Кейин қин қобиғи очилади ва истисқо суяқлиги эвакуация қилинади, шундан сўнг қин қобиғи кесмаси кенгайтирилади ва мойк сиқиб чиқарилади, у визуал ва палпациялаш орқали текширилади. Мойкни кўтариб турган ҳолда, қин қобиғи чўзилади, қин қобиғининг париетал қавати бир нечта сўрилиши мумкин бўлган чоклар билан йиғилади, шундан сўнг мойкнинг бутун периметри бўйлаб 6-8 та шундай чок қўйилади. Ретрактор ёрдамида мойк гўштли қобиқ остидаги ёрғоқ чўнтагига ботирилади ва охири босқичда тери ости ёғ тўқимасини изоляция қилган ҳолда, барча қатламлар (тери, гўштли қобиқ ва бўшашган бириктирувчи тўқима) бўйича тугун чоклар қўйилади. Дренажлаш талаб қилинмайди.

Операциянинг гематома ва рецидивлар кўринишидаги асоратлари жуда кам учрайди, чунки операциядан кейин истисқо суяқлигининг тўпланиши мумкин бўлган бўшлиқлар қолмайди.

*Винкельман операцияси.* Оғриқсизлантирилгандан сўнг олд ташқи юзаси бўйлаб узунлама йўналишда ёрғоқнинг ярмига мос келадиган кесма ўтказилади. Тери кесмаси чегарасида мойк қобиғи нур ўтадиган қин қобиғига қадар қатламма-қатлам ёрилади. Тўмтоқ ёки ўткир усул ёрдамида иккинчиси ички уруғ фасциясидан ажратилади, истисқо халтаси париетал қаватнинг мойк ва ортиғига ўтиш жойигача тўлиқ бўшатилади. Троакар ёрдамида истисқо халтаси эвакуация қилинади, сўнгра қин қобиғининг париетал қатлами ёрилади ва мойкни яланғочлаган ҳолда, у орқасига ағдарилади. Мойк ва унинг ортиғи тафтиши амалга оширилади. Қин қобиғи париетал қатламининг чекка қисмлари мойк ва унинг ортиғи орқасида тугунли ёки узлуксиз чоклар билан тикилади. Тикилган қобиқнинг чекка қисмлари уруғ тизимчасини босиб қўймаслиги керак. Пухталиқ билан гемостаз амалга оширилади, шундан сўнг мойк ёрғоққа чўктирилади. Гематомалар пайдо бўлишининг олдини олиш учун жароҳат жойининг пастки бурчагига ёки ёрғоқнинг пастки соҳасида контрапертура орқали резинали дренаж 1 кунга ўрнатилади. Ёрғоқ жароҳати сўриладиган чоклар билан қатламма-қатлам тикилади. Болаларда мойк қобиқларининг алоқали истисқосини камида 1,5-2 ёшдан кейин операция қилиш тавсия этилади. Чов боғлами юқорисида ва унга параллел равишда кесма қилинади, чов каналининг олд девори ёрилади. Қорин пардасининг битмаган қин ўсмаси ажратиб олинади, кейин у ўрта қисмида очилади, қорин пардаси ўсмасининг проксимал учи уруғ тизимчасининг элементларидан ажратиб олинади ва қийшиқ чов чурраси мавжудлигида чурра халтаси сифатида қайта ишланади. Унинг дистал учи уруғ тизимчасининг элементларидан ажратилиб, мойкнинг юқори полюсида ажратиб кесилади. Истисқо суяқлиги эвакуация қилинади ва юқорида тавсифланган Винкельман операцияси амалга оширилади, шундан сўнг чов каналининг пластикаси ўтказилади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши препаратлар буюрилади. Беморларга 2 ой давомида жисмоний фаолият тавсия этилмайди.

*Бергман операцияси.* Истиско бўшлиғи очилгандан сўнг, ўз қобиғи тўмток усул билан ажратилади ва мойкдан 0,5-0,8 см масофа ташлаб бутун узунаси бўйлаб кесилади. Қобиқнинг қолган чекка қисми узлуксиз келгуч қок билан тикилади, кейин мойк ёрғоққа чўктирилади. Тўлиқ гемостазни ўтказилади. Ёрғоқ бўшлиғи гематомани олдини олиш учун 1-2 кун давомида резинали дренаж билан дренажланади. Жароҳат жойи қатламма-қатлам тикилади.

## **2.8. Муолажа ёки аралашув самарадорлиги индикаторлари.**

Истиско бўйича жароҳлик аралашувларининг энг кўп учрайдиган асоратлари - бу операция пайтида механик тирнаш хусусияти ва ёрғоқнинг шишиши билан боғлиқ бўлган мойкнинг яллиғланиши ҳолатларидир. Бу асоратлар, у ёки бу даражада, 20-50% ҳолларда мавжуд бўлади. Бироқ, улар ҳаммада операциядан кейин 2 ҳафта ичида деярли мустақил равишда ўтиб кетади. Баъзи ҳолларда асоратлар антибиотиклар ва яллиғланишга қарши препаратларни буюришни талаб қилади. Истиско бўйича операцияда юзага келиши мумкин бўлган яна бир асорат - бу ёрғоқ гематомаси шаклланиши билан қон кетишидир. Шунинг учун ёрғоқдаги ҳар қандай операцияда бўлгани каби, операциянинг якуний босқичида пухталиқ билан гемостаз ўтказиш ва бўшлиқни албатта дренажлаш керак.

**«ГИДРОЦЕЛЕ»  
НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

# 1. АСОСИЙ ҚИСМ

## 1.1. Кириш.

Қин қобиғи она қорнида ҳомиланинг ривожланиши даврида қорин бўшлиғида мойк билан бирга ҳосил бўлади. Бу қорин парданинг бир қисми бўлиб, хомила ривожланиши даврида мойк билан бирга ёрғоққа тушади. Қин қобиғининг функцияси мойклар учун мойловчи модда бўлган ва унинг ёрғоқ ичида эркин ҳаракатланишини осонлаштирадиган суюқлик ҳосил қилишдан иборатдир. Нормада, бу суюқликнинг ишлаб чиқарилиши ва унинг орқага сўрилиши ўртасида мувозанат мавжуд. Қин қобиғининг у томонидан ишлаб чиқарилган суюқликни сўриш қобилияти пасайганда, бу жараённинг номутаносиблиги юзага келади, бу суюқликнинг ортиқча тўпланишига ва истисқорнинг ривожланишига олиб келади.

Бирламчи гидроцеленинг патогенези, иккиламчи гидроцеледан фарқли ўлароқ, қорин парданинг ўтувчан қин ўсимтаси билан боғлиқ бўлиб, унинг тўлиқ облитерацияси ҳар хил турдаги алоқали гидроцелеларнинг ривожланишига олиб келади.

Очиқ қин ўсмаси қорин бўшлиғи аъзоларининг чиқиши ва чурра ҳосил бўлишига сабаб бўлади [2]. Қин ўсмаси облитерациясининг аниқ вақти номаълум. Янги туғилган чақалоқларнинг тахминан 80-94 фоизида ва катталарнинг 20 фоизида сақланиб қолади [3]. Ўтказувчанликни сақлаб қолган қин ўсмасининг тўлиқ облитерациясида унинг ўрта қисмида уруғ тизимчаси кистаси ривожланади. Янги туғилган чақалоқларда қин ўсимтасининг ўтказувчанлиги билан боғлиқ бўлмаган гидроцеле ҳам пайдо бўлади [4]. Алоқадор бўлмаган гидроцеле суюқликнинг секрецияси ва реабсорцияси жараёнлари ўртасидаги номувофиқлик натижасида ривожланади ва майда травмалар, мойклар буралиб қолиши, эпидидимит, варикоцеле бўйича жарроҳлик амалиёти (лимфа томирларини боғлаш туфайли) ёки алоқали ёки алоқадор бўлмаган гидроцеленинг бирламчи пластик жарроҳлигидан кейин қайталаниши мумкин.

Мояк қобиклари истисқоси варикоцеле бўйича жарроҳлик амалиётлари ёки чуррани жарроҳлик йўли билан даволашнинг ҳар хил турлари (чов чурраларида) ёки бандажни узоқ вақт кийиб юришдан кейин асорат сифатида пайдо бўлиши мумкин. Мояк қобикларининг истисқоси ҳажмининг ўсиши анча секин (бир неча йил) ҳамда тез (бир неча ҳафта) рўй бериши мумкин, бу истисқонинг пайдо бўлиш сабабларига ва тананинг компенсатор имкониятларига боғлиқ.

Патология профилактикасининг таъсир қилувчи усуллари йўқ, чунки унинг пайдо бўлиши кўпинча ирсиятга боғлиқ. Истисқонинг пайдо бўлишини жарроҳлик амалиётидан кейинги асорат сифатида ҳисобга олинса, касалликнинг ривожланишининг олдини олиш учун чов-ёрғоқ канали соҳасида жарроҳлик аралашувини ўтказишда лимфа томирларига зарар етказмаслик учун иложи борича ҳаракат қилиш керак.

## 1.2. Таъриф.

Мояк қобикларининг истисқоси ёки гидроцеле - мойкнинг қин қобиғи ичида сероз суюқлигининг тўпланиши натижасида юзага келадиган касаллик. Нормада,

бу суюқлик моякни ўраб олади ва унинг қобикларидан ёки ёрғоқнинг деворларидан бири ҳисобланади [1].

### **1.3. Профилактика ёки реабилитация турлари.**

Гидроцеле профилактикаси ва реабилитацияси қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

- *Тиббий профилактика.* Гидроцелени эрта аниқлаш ва даволаш, тушунтириш ва таълим суҳбатларини ўз ичига олади.

- *Ташкилий тадбирлар.* Узоқ муддатли ва оғир жисмоний зўриқишлардан қочиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилмаслик ва рационал жинсий ҳаёт олиб бориш муҳимдир.

- *Тиббий реабилитация.* Касалликларни жарроҳлик йўли билан даволашни ўз ичига олади.

Бу чораларнинг барчаси эстетик кўринишга эга бўлишга ёрдам беради ва гидроцеле пайдо бўлганда асоратларни ривожланишига йўл қўймайди.

### **1.4. Оммавий профилактика чораларини ёки индивидуал профилактикани ўтказиш тамойиллари.**

- *Ахборот бериш.* Гидроцеленинг хавф омиллари, аломатлари ва оқибатлари ҳақида жамоатчиликни ўқитиш ва ахборот бериш ишларини олиб бориш. Бунга таълим дастурларини ўтказиш, тушунтириш суҳбатларини олиб бориш ва профилактика маълумотларини тарқатиш киради.

- *Эрта аниқлаш ва даволаш.* Гидроцелени эрта аниқлаш учун мунтазам тиббий кўрикларни рағбатлантириш.

- *Хатарларни камайтириш.* Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, жумладан, ёмон одатлардан воз кечиш, жинсий ҳаётни режалаштириш ва оғир нарсаларни кўтариш каби касбий хавф-хатарларни истисно қилиш.

- *Индивидуал профилактика.* Махсус профилактика усуллари мавжуд эмас.

- *Тизимли ёндашув.* Гидроцелени эрта аниқлаш бўйича самарали чора-тадбирларни таъминлаш учун тиббиёт муассасалари, таълим ташкилотлари ва жамоат ташкилотларининг ҳамкорлиги.

Ушбу тамойиллар гидроцеленинг жамоат ва индивидуал профилактикаси, хавфни камайтириш ва репродуктив тизимнинг соғлиғини яхшилашга ёрдам беради.

## 2. ГИДРОЦЕЛЕ ПРОФИЛАКТИКАСИ

### 2.1. Гидроцеле профилактикасининг мақсади.

Гидроцеле профилактикасининг мақсади ушбу ҳолатнинг ривожланишини олдини олиш ва унга боғлиқ бўлган асоратларни камайтиришдир.

### 2.2. Бирламчи профилактика.

Гидроцеленинг бирламчи профилактикаси қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

- *Ўқитиш ва ахборот бериш.* Аҳоли ва тиббиёт ходимлари учун тарғибот кампаниялари ва таълим дастурларини ўтказиш. Ушбу дастурларда гидроцеле ва репродуктив тизим, хавф омиллари ва профилактика усуллари ҳақида маълумотларни ўз ичига олиш керак.

- *Мунтазам тиббий кўриқдан ўтиш.* Уролог ёки андрологларда мунтазам кўриқдан ўтиш, айниқса ўсмирлик даврида, гидроцеленинг дастлабки босқичларини аниқлашга ёрдам беради. Ушбу кўриқлар барча ўсмирлар ва юқори хавфга эга бўлганлар учун ўтказилиши керак.

- *Ота-оналар учун огоҳлантиришлар.* Ота-оналар ва ўсмирлар учун масъул шахслар боланинг ривожланишига ва унинг репродуктив тизимига эътибор бериш зарурлиги ҳақида огоҳлантиришлари керак.

- *Жароҳатлар профилактикаси.* Эркакларда, айниқса ўсмирларда гидроцеленинг пайдо бўлиши, ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган травматик ҳодисаларнинг олдини олиш.

- *Соғлом турмуш тарзи.* Соғлом турмуш тарзини рағбатлантириш, жумладан, ўрта меъёрда овқатланиш, меъёрланган жисмоний фаоллик, чекиш, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилмаслик.

- *Жинсий ҳаётни режалаштириш.* Оила қуришни режалаштириш ва жинсий ҳаёт бўйича таълим дастурлари ва маслаҳатлар. Масъулиятли жинсий алоқаларни рағбатлантириш.

Бирламчи профилактика тадбирлари мунтазам равишда ўтказилиши ва ўсмирларни ҳам, катталарни ҳам қамраб олиши керак. Улар тиббиёт ходимлари, ўқитувчилар ва жамоат ташкилотлари томонидан амалга оширилиши керак. Тадбирлар жадвали ва жойи мақсадли аудитория ва манбалар мавжудлигига қараб ўзгартирилиши мумкин.

### 2.3. Скрининг

Гидроцеле мавжудлигида, хавфни аниқлаш ва ушбу ҳолатларни эрта аниқлаш учун скрининг мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин. Гидроцеле учун стандарт скрининг усуллари – бу ёрғоқ органларини пайпаслаш ва Допплер УТТ текширувидир.

Скрининг ўтказилишига қўйиладиган талаблар:

- *Мақсадли аудитория.* Ўсмирлар ва катталар.

- *Ўтказиш вақти.* Скрининг уролог ва андрологларнинг мунтазам тиббий кўриқлари пайтида, шунингдек, беморлар тегишли шикоятлар билан (масалан, ёрғоқ соҳасининг катталашиши ва ундаги оғриқлар) мурожаат қилганда ўтказилиши мумкин.

- *Ўтказиш жойи.* Тиббиёт муассасалари, жумладан, малакали уролог ёки андрологлар ишлайдиган клиникалар ва касалхоналар.

- *Тиббиёт ходимининг малакаси.* Гидроцеле скрининги тиббий ходимлар, шу жумладан урологлар, андрологлар ва жарроҳлар томонидан ўтказилиши керак. Ушбу мутахассислар гидроцелени аниқлаш ва баҳолаш учун тегишли тиббий малака ва тажрибага эга бўлиши керак.

Бу ҳолатдаги скрининг, масалан, оммавий процедура эмас, балки тиббий кўриклар пайтида ва беморлар тегишли муаммоларга дуч келганда амалга оширилади.

#### **2.4. Иккиламчи профилактика.**

Гидроцеленинг иккиламчи профилактикаси беморларда ушбу ҳолатни эрта аниқлаш ва даволашга қаратилган. Иккиламчи профилактика қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

- *Мунтазам тиббий кўриқдан ўтиш.* Гидроцелени ривожланиш хавфи бўлган беморлар, айниқса ўсмирлар ва эркаклар (чов-ёрғоқ соҳасида жарроҳлик аралашувлари ўтказилган) урологлар, андрологлар ёки жарроҳлар томонидан мунтазам тиббий кўриқдан ўтишлари керак. Улар гидроцелени аниқлашга ёрдам беради.

- *Беморга таълим бериш фаолияти.* Иккиламчи профилактика беморлар ва уларнинг оила аъзоларини гидроцеле белгилари, эҳтиёт чоралари ва мунтазам текширувларнинг аҳамияти ҳақида маълумот беришни ўз ичига олади. Беморларга аломатлар пайдо бўлганда қандай алоқа қилиш кераклиги ҳақида маълумот берилиши керак.

- *Ўзини-ўзи текшириш.* Беморларга, айниқса юқори хавф остида бўлганларга, гидроцеле белгилари учун ўзини-ўзи текширишга ўргатиш мумкин. Бу ўзини-ўзи пайпаслаш ва ёғоқни визуал текширишни ўз ичига олиши мумкин.

- *Профилактик чоралар.* Беморларга профилактика чораларини кўриш тавсия қилиниши мумкин, масалан, қаттиқ сузиш иштонларини кийиш ва жароҳатлардан қочиш.

- *Ихтисослашган маслаҳатлар.* Гидроцелени ривожланиш хавфи бўлган беморлар зарурат туғилганда уролог ва андрологлар маслаҳатидан ўтишлари керак. Бу ёрғоқ органларининг УТТ ва доплер сканерлаш каби диагностик текширувларни ўз ичига олиши мумкин.

- *Индивидуал парвариш режаларини ишлаб чиқиш.* Баъзи ҳолларда, чов-ёрғоқ соҳасида жарроҳлик аралашувлари ўтказилган беморларда қайталаниш ёки асоратлар хавфини бошқариш учун индивидуал парвариш режалари талаб қилиниши мумкин.

Иккиламчи профилактика мунтазам бўлиши ва мутахассислар билан текширувлар ва маслаҳатларни ўз ичига олиши керак. Уролог-андролог ва жарроҳлар иккиламчи профилактика ва гидроцелени даволаш бўйича тегишли макага эга бўлишлари керак.

#### **2.5. Учламчи профилактика.**

Специфик профилактика усуллари мавжуд эмас.

### **3. ГИДРОЦЕЛЕ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.**

#### **3.1. Реабилитациянинг мақсади.**

Реабилитациянинг мақсади – гидроцеле бўйича жарроҳлик амалиётлари амалга оширилган беморларнинг соғлиғининг энг яхши тикланишини, эстетик кўрсаткичлар ва ҳаёт сифатини яхшилашни таъминлашдан иборат.

#### **3.2. Зарарланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ёки йўқолган функцияларни қоплаш.**

Специфик реабилитация усуллари мавжуд эмас.

#### **3.3. Ўткир ривожланган патологик жараённинг тугаши пайтида тананинг фаолиятини ушлаб туриш.**

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда специфик реабилитация усуллари мавжуд эмас.

#### **3.4. Шикастланган органлар ёки тана тизимлари функцияларини эҳтимолӣ бузилишини олдини олиш, эрта ташхислаш ва коррекция қилиш.**

Гидроцеле мавжудлигида реабилитация қилиш шунингдек, шикастланган органлар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган бузилишларининг олдини олиш, эрта ташхислаш ва тузатишни ўз ичига олади. Бу беморнинг тикланиш жараёнидаги муҳим жиҳатдир, чунки бу касалликлар билан боғлиқ узоқ муддатли оқибатлар ва асоратларни олдини олиш ёки минималлаштиришга ёрдам беради. Эрта аралашув ва бузилишларни тузатиш беморларнинг нормал фаолиятини тиклашга ва сперматогенезни яхшилашга ёрдам беради.

#### **3.5. Ногиронликнинг олдини олиш ва эҳтимолини пасайтириш.**

Гидроцеле мавжудлигида бепуштлик эҳтимолини камайтириш ва олдини олиш бўйича чоралар мавжуд эмас. Ушбу ҳолатларни эрта аниқлаш, шунингдек, самарали даволаш ва реабилитация чоралари мумкин бўлган функционал чекловларнинг олдини олишга, ҳаёт сифатини яхшилашга ва асоратлар хавфини камайтиришга ёрдам беради.

#### **3.6. Ҳаёт сифатини яхшилаш.**

Гидроцеле мавжудлигида ҳаёт сифатини яхшилаш уни эрта аниқлаш, етарли даражада даволаниш ва кейинги реабилитация билан боғлиқ. Ушбу ҳолатларнинг олдини олиш ва даволаш бўйича самарали чора-тадбирлар нафақат репродуктив саломатликни сақлашга, балки беморларнинг психологик ва ижтимоий фаровонлигини яхшилашга ҳам ёрдам беради. Замонавий диагностика ва даволаш усулларида фойдаланиш имкониятини таъминлаш, шунингдек, реабилитация жараёнида қўллаб-қувватлаш гидроцеле билан дуч келган инсонларнинг тўлиқ ва фаровон ҳаётини таъминлашда муҳим роль ўйнайди.

#### **3.7. Беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш.**

Гидроцеле бўлган беморнинг меҳнат қилиш қобилиятини сақлаб қолиш тиббий ёрдамнинг муҳим жиҳати ҳисобланади. Ташхис, даволаш ва кейинги

реабилитациянинг самарали усуллари нафақат соғлиғини тиклашга, балки беморни фаол ҳаёт даражасида сақлашга ҳам қаратилган.

### **3.8. Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.**

Тиббий реабилитация билан бир вақтда беморни ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва жамиятга мослашишни таъминлаш муҳим аҳамиятга эга. Бу психологлар билан маслаҳатлашишни, шунингдек, ижтимоий муҳитга интеграцияни қўллаб-қувватлашни ўз ичига олиши мумкин.

Реабилитациянинг мақсади беморни тўлиқ ҳаётга қайтариш, унинг мустақиллигини ва жамоат ҳаётидаги иштирокини таъминлашдир. Шу билан бирга, ҳар бир беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиш ва унга реабилитация жараёнининг барча босқичларида қўллаб-қувватлаш ва зарур ёрдамни кўрсатиш муҳимдир.

## **4. УЧ ТУРДАГИ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯНИ ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМАЛАР.**

Гидроцеледа уч турдаги профилактика ва реабилитация ишларини ўтказиш касалликнинг турли босқичларига мос келадиган аниқ кўрсатмаларга эга. Бирламчи профилактика гидроцени эрта аниқлаш ва даволаш қаратилган. Иккиламчи профилактика аллақачон гидроцеле белгиларига эга бўлган инсонларга, шу жумладан самарали даволаш усуллари ва рецидивларнинг олдини олишни ўз ичига олади. Учламчи профилактика репродуктив тизимларнинг функционал имкониятларини тиклаш ва пасайишнинг олдини олиш учун эришилган даволаш натижаларини сақлаб қолиш, мумкин бўлган асоратларни олдини олиш ва сифатли реабилитацияни таъминлашга қаратилган.

## **5. ПРОФИЛАКТИКА ТУРЛАРИНИ ЎТКАЗИШНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ (ХАЛҚАРО СТАНДАРТЛАР, ДАЛИЛЛАРГА АСОСЛАНГАН ТИББИЁТ МАЪЛУМОТЛАРИГА МУВОФИҚ).**

Гидроцеленинг самарали профилактикаси ва реабилитацияси учун халқаро стандартлар ва далилларга асосланган тиббиёт мезонлари билан белгиланадиган турли жиҳатларни ҳисобга олиш керак. Бирламчи профилактикада асосий эътибор чрв-ёрғоқ соҳасида ўтказилган жарроҳлик аралашувлари каби хавф омилларини эрта аниқлаш ва мунтазам тиббий кўриқдан ўтишга қаратилади. Иккиламчи профилактика тиббий аралашувни талаб қиладиган гидроцеленинг клиник кўриниши бўлган беморларга қаратилган. Учламчи профилактика ва реабилитация даволашдан кейинги ҳолатни кузатиш, мунтазам равишда кейинги текширувлар ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтириш учун терапия самарадорлигини баҳолашни ўз ичига олади. Барча мезонлар ушбу нозологиянинг профилактикаси ва реабилитацияси учун индивидуаллаштирилган ва самарали ёндашувни таъминлаган ҳолда, юқори тиббий стандартларга мос келиши керак.

## **6. РЕАБИЛИТАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИНИНГ БОСҚИЧИ ВА КЎЛАМИНИ АНИҚЛАШ МЕЗОНЛАРИ**

Ишлаб чиқилмаган.

- 7. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ ВА КЎЛАМИ**  
Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.
- 8. ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ДИАГНОСТИКА ЧОРАЛАРИ.**  
Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.
- 9. ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАКТИКАСИ.**  
Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.
- 10. ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ ИНДИКАТОРЛАРИ**  
Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Kapur, P., et al. Pediatric hernias and hydroceles. *Pediatr Clin North Am*, 1998. 45:773. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9728185/>
2. Barthold, J.S., Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management, In: *Campbell-Walsh Urology*, A.J. Wein et al. Editors. 2012, Elsevier Saunders: Philadelphia.
3. Schneck, F.X., et al., Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management In: *Campbell's Urology*, P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D. Vaughan & A.J. Wein, Editors. 2002, WB Saunders: Philadelphia.
4. Rubenstein, R.A., et al. Benign intrascrotal lesions. *J Urol*, 2004. 171: 1765. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15076274/>
5. Lin, H.C., et al. Testicular teratoma presenting as a transilluminating scrotal mass. *Urology*, 2006. 67: 1290.e3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16750249/>
6. Skoog, S.J. Benign and malignant pediatric scrotal masses. *Pediatr Clin North Am*, 1997. 44: 1229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9326960/>
7. Saad, S., et al. Ten-year review of groin laparoscopy in 1001 pediatric patients with clinical unilateral inguinal hernia: an improved technique with transhernia multiple-channel scope. *J Pediatr Surg*, 2011. 46: 1011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21616272/>
8. Christensen, T., et al. New onset of hydroceles in boys over 1 year of age. *Int J Urol*, 2006. 13: 1425. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17083397/>
9. Koski, M.E., et al. Infant communicating hydroceles--do they need immediate repair or might some clinically resolve? *J Pediatr Surg*, 2010. 45: 590. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20223325/>
10. Stringer, M.D., et al., Patent processus vaginalis. In: *Pediatric Urology*, J.P. Gearhart, R.C. Rink & P.D. Mouriquand, Editors. 2001, WB Saunders: Philadelphia.
11. Stylianos, S., et al. Incarceration of inguinal hernia in infants prior to elective repair. *J Pediatr Surg*, 1993. 28:582.