

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN UROLOGIYA ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT MARKAZI**

**«GIDROTSELE»  
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

**“KELISHILDI”**

**Respublika ixtisoslashtirilgan**

**urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot**

**markazi direktori**

**Sh.T. Muxtarov**

**” 2025 yil**



**«GIDROTSELE»  
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

## **MUNDARIJA**

<b>«VARIKOTSELE» NOZOLOGISINING TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....</b>	<b>5</b>
<b>«GIDROTSELE» NOZOLOGIASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL .....</b>	<b>22</b>
<b>«GIDROTSELE» NOZOLOGIASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....</b>	<b>30</b>

**«GIDROTSELE»  
NOZOLOGISINING TASHXISLASH VA DAVOLASH  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

## 1. KIRISH

Ushbu klinik protokollar Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIUIATM), “O‘zbekiston urologlar ilmiy jamiyati”, “O‘zbekiston bolalar urologlar jamiyati” va Toshkent tibbiyot akade-miyasi urologiya kafedrasining mutaxassislari, Evropa urologlari assotsiatsiyasi (EAU) tavsiyalari va soha bo‘yicha olimlarning ma’lumotlari asosida tayyorlagan.

Mualliflar guruhi xalqaro ekspertlarning fikrlarini to‘liq qo‘llab-quvvatlaydi va klinik protokollar nashr etilgan paytda ekspert-mutaxassislar uchun mavjud bo‘lgan eng haqqoniy ma’lumotlarni ifodalashini ta’kidlash kerak deb hisoblaydilar. Klinik protokollar hech qachon alohida bemorni davolash taktikasini aniqlashda klinik tajribaning o‘rnini bosa olmaydi, aksincha bemorning o‘ziga xos xususiyatlari va nimalarni afzal ko‘rishini hisobga olgan holda tanlov qilishga yordam beradi.

Milliy klinik protokollar XKT-10 – N43: N43.1, N43.2, N43.3 va XKT-11 – GB00: GB00.0, GB00.1, GB00.Y, GB00Z shifrlari Hidrotsele (Hydrocele) bilan kasallangan bemorlarni davolash, rehabilitatsiya va profilaktikalarini olib borishda qo‘llamma hisoblanib, Ulardan Respublikaning barcha tibbiyot davolash-profilaktika muassasalarining urologlari foydalanishlari mumkin.

### Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifrlari:

XKT-10	
Kod	Nomi
N43	<b>Gidrotsele va spermatotsele</b> <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43</a>
N43.1	Infektsiyalangan gidrotsele <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.1">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.1</a>
N43.2	Gidrotselening boshqa shakllari <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.2">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.2</a>
N43.3	Gidrotsele aniqlashtirilmagan <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.3">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.3</a>

KXT-11	
Kod	Nomi
GB00	<b>Gidrotsele va spermatotsele</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	Aloqador bo‘lmagan (kistali) gidrotsele <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	Infektsiyalangan gidrotsele <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	Boshqa aniqlashtirilmagan gidrotsele yoki spermatotsele <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	Aniqlashtirilmagan gidrotsele yoki spermatotsele <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2Funspecified">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1323357778%2Funspecified</a>

## **Milliy klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi.**

Milliy klinik protokol 2025 yilda ishlab chiqilgan. Protokolni qayta ko‘rib chiqish har 5 yilda yoki tashxislash, davolash, reabilitatsiya va profilaktika bo‘yicha dalillar darajasi o‘zgarishi kuzatilganda amalga oshiriladi.

## **Milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas‘ul bo‘lgan tashkilot.**

Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIUIATM).

## **Multidistsiplinar ishchi guruh a‘zolari:**

**Muxtarov Shuhrat Tursunovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

**Akilov Farxod Atullaevich** – Toshkent tibbiyot akademiyasi urologiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

**Gaybullaev Asilbek Asadovich** – “European Medical University” xususiy tibbiyot universiteti rektori, tibbiyot fanlari doktori, professor.

**Kariev Saidahror Saidaslanovich** – Tibbiyot xodimlari malakasini oshirish markazining Xirurgiya fakulteti dekani, tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

**Agzamxo‘jaev Saidanvar Talatovich** – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti urologiya va bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori.

**Raxmatullaev Akmal Abadbekovich** – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

**Tillashayxov Mirzag‘olib Nig‘matovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor.

**Axmedov Rustam Nosirovich** – Respublika shoshilinch tibbiy yordam markazi urologiya bo‘limi mudiri, tibbiyot fanlari doktori.

**Rahmatov Maqsud Mirzaevich** – Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yetakchi mutaxassisi, ftiziourolog.

**Umarov Aziz Rustamovich** – Toshkent tibbiyot akademiyasi ko‘p tarmoqli klinikasi bosh shifokorining akusherlik ishlari bo‘yicha o‘rinbosari.

**Toirov Bobur Akbarovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan dermatologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi dermatokosmetologiya bo‘limi mudiri, tibbiyot fanlari doktori.

**Kariev Sarvar Sobirjonovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yetakchi mutaxassisi, nefrolog, tibbiyot fanlari nomzodi.

**Subbotin Mark Borisovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi intensiv terapiya va jonlantirish bo‘limi mudiri.

**Fozilov Abduqodir Abduqahhorovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yetakchi mutaxassisi, androlog-seksopatologi.

**Adilxo‘jaev Asqar Anvarovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy kotibi, tibbiyot fanlari doktori.

**Inoyatov Umid Nurillaevich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yetakchi mutaxassisi, patologoanatom.

**Abdufattaev Ulug‘bek Avazjanovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yetakchi mutaxassisi, ultratovush diagnostikasi shifokori.

**Abdukarimov Boxodir Xoshimovich** – Respublika ixtisoslashtirilgan sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi direktori o‘rinbosari.

**Tohirov Alisher Obidovich** – Toshkent shahar Olmazor tumani ko‘p tarmoqli markaziy poliklinika bosh shifokori o‘rinbosari.

#### **Mualliflar:**

**Shavaxabov Shavkat Shonasirovich** – t.f.n., RIUIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari.

**Mirxamidov Djalol Xamidovich** – t.f.n., Tokent tibbiyot akademiyasi «Urologiya» kafedrasida dotsenti.

**Abduraxmanov Farrux Furkatovich** – PhD. RIUIATM ning urologiya bo‘limi urolog-shifokori.

#### **Taqrizchilar:**

**Bojedomov Vladimir Aleksandrovich** – Oliy ta‘limning federal davlat byudjet muassasasi M.V.Lomonosov nomli “Moskva davlat universiteti” Fundamental tibbiyot kafedrasida professori, t.f.d.

**Nurullaev Rustam Babadjanovich**– “R.B. Nurullaev” xususiy klinikasi direktori, t.f.d.

#### **Milliy klinik protokol loyihasining muhokamasi.**

Milliy klinik protokoli Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashining 2025 yil \_\_\_\_\_-sonli yig‘ilishida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

#### **Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va tahrirlash:**

**Kariev Saidaxror Saitaslanovich** – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, urologiya va nefrologiya kafedrasida dotsenti, t.f.d.

**Agzamxodjaev Saidanvar Talatovich** – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Urologiya va bolalar urologiyasi kafedrasida mudiri, t.f.d.

#### **Milliy klinik protokol va standartlarni Sog‘liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o‘tkazilgan baholash bo‘yicha ekspert xulosasi:**

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

#### **Qisqartmalar ro‘yxati**

- RSNPMTSU – Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
- SYI – Siydik yo‘llari infeksiyasi
- XKT -10 – Xalqaro kasalliklar tasnifi 10-tashrix
- XPN – Xalqaro patentlanmagan nomi
- ID – Isbotlanganlik darajasi

**Protokol foydalanuvchilari:**

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi, ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, markazning yuridik maqomga ega bo‘lgan filiallari, markazning Viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazi negizidagi filiallari, Oliy ta‘lim muassasalari negizidagi urologiya bo‘limlari, Viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot poliklinikasi, Tuman/Shahar tibbiyot markazlaridagi urologiya bo‘limlari, Tuman/Sahar ko‘p tarmoqli tibbiyot poliklinikasi urolog-shifokorlari va oilaviy shifokorlari.

**Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi.**

Gidrotsele bilan xasta erkaklar.

## Dalillarga asoslangan tibbiyotning dalillari darajasi shkalasi.

### Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usul yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

### Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (profilaktika, davolash va reabilitatsion tadbirlar uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno.
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

### Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)
V	SHartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan, ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari, natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan.

## 2. ASOSIY QISM.

### 2.1. Kirish.

Moyak qobiqlarining istisqosi yoki gidrotsele - moyakning qin qobig'i ichida seroz suyuqligining to'planishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Normada, bu suyuqlik moyakni o'rab oladi va uning qobiqlaridan yoki yorg'oqning devorlaridan biri hisoblanadi [1].

Qin qobig'i ona qornida homilaning rivojlanishi davrida qorin bo'shlig'ida moyak bilan birga hosil bo'ladi. Bu qorin pardaning bir qismi bo'lib, xomila rivojlanishi davrida moyak bilan birga yorg'oqqa tushadi. Qin qobig'ining funksiyasi moyaklar uchun moylovchi modda bo'lgan va uning yorg'oq ichida erkin harakatlanishini osonlashtiradigan suyuqlik hosil qilishdan iboratdir. Birlamchi gidrotselening patogenezi, ikkilamchi gidrotseledan farqli o'laroq, qorin pardaning o'tuvchan qin o'simtasi bilan bog'liq bo'lib, uning to'liq obliteratsiyasi har xil turdagi aloqali gidrotselelarning rivojlanishiga olib keladi. Ochiq qin o'smasi qorin bo'shlig'i a'zolarining chiqishi va churra hosil bo'lishiga sabab bo'ladi [2]. Qin o'smasi obliteratsiyasining aniq vaqti noma'lum. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning taxminan 80-94 foizida va kattalarning 20 foizida saqlanib qoladi [3]. O'tkazuvchanlikni saqlab qolgan qin o'smasining to'liq obliteratsiyasida uning o'rta qismida urug' tizimchasi kistasi rivojlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qin o'simtasining o'tkazuvchanligi bilan bog'liq bo'lmagan gidrotsele ham paydo bo'ladi [4]. Aloqador bo'lmagan gidrotsele suyuqlikning sekretsiyasi va reabsortsiyasi jarayonlari o'rtasidagi nomuvofiqlik natijasida rivojlanadi va mayda travmalar, moyaklar buralib qolishi, epididimit, varikotsele bo'yicha jarrohlik amaliyoti (limfa tomirlarini bog'lash tufayli) yoki aloqali yoki aloqador bo'lmagan gidrotselening birlamchi plastik jarrohligidan keyin qaytalanishi mumkin.

### 2.2. Umumiy ta'rifi.

Moyak qobiqlarining istisqosi yoki gidrotsele - moyakning qin qobig'i ichida seroz suyuqligining to'planishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Normada, bu suyuqlik moyakni o'rab oladi va uning qobiqlaridan yoki yorg'oqning devorlaridan biri hisoblanadi [1].

### 2.3. Gidrotselening tasnifi.

Klinik amaliyotda gidrotselening quyidagi tasnifi qo'llaniladi:

- Aloqador bo'lmagan gidrotsele;
- Aloqali (tug'ma) gidrotsele;
- Infektsiyalangan gidrotsele.

Bolalarda ko'pincha qorin bo'shlig'i va moyakning qin qobig'i o'rtasida bog'lamning tug'ma bitmasligi mavjud. Ushbu patologiya moyak qobiqlarining aloqali gidrotselesi deb ataladi. U yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 6 foizida uchraydi va taxminan yarmida o'z-o'zidan o'tib ketadi. Moyak istisqosining boshqa sabablari bo'lib, moyak va uning ortig'ining o'tkir va surunkali yallig'lanishi (orxit, epididimit), yorg'oq travmasi, yorg'oq a'zolarining o'smalari, chov va tos limfa tugunlarining shikastlanishi (o'simta metastazlari), og'ir yurak-qon tomir etishmovchiligi, limfa oqimining buzilishi bilan parazitlar kasalliklar (filyariatoz) hisoblanadi. Moyak qobiqlari istisqosi varikotsele

bo'yicha jarrohlik amaliyotlari yoki churrani jarrohlik yo'li bilan davolashning har xil turlari (inguinal churralar uchun) yoki bandajni uzoq vaqt kiyib yurishdan keyin asorat sifatida paydo bo'lishi mumkin. Moyak qobiqlarining istisqosi hajmining o'sishi ancha sekin (bir necha yil) hamda tez (bir necha hafta) ro'y berishi mumkin, bu istisqoning paydo bo'lish sabablariga va tananing kompensator imkoniyatlariga bog'liq.

Moyak va uning ortig'ining shikastlanishi va yallig'lanish kasalliklari uning qavatlari orasidagi bo'shliqda ekssudat va fibrin to'planishi bilan qin xususiy qobig'ining o'tkir yallig'lanishi natijasida o'tkir istisqoning shakllanishiga olib kelishi mumkin. Ekssudatning yiringlashi juda kam hollarda uchraydi. Moyakning xususiy qobig'i yuzasida katta miqdorda fibrin yig'ilganda, ushbu qobiqning ikkita qavatining qisman yoki to'liq birlashishi sodir bo'lishi mumkin. Ba'zida moyak qobiqlarining o'tkir istisqosi, uning simptomlari yo'qolganidan keyin surunkali holatga o'tadi. Ko'pincha, istisqo moyakning va uning ortig'ining yallig'lanish jarayoni tugaganidan keyin uzoq vaqt o'tgach paydo bo'ladi, surunkali istisqo kam darajada sezilarli surunkali travma ta'sirida rivojlanishi mumkin. Moyak qobiqlari istisqosi patogenezida asosiy omillardan biri bo'lib, keyinchalik mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan limfaning chiqishiining buzilishi natijasida qin qobig'ining sklerotik o'zgarishlari hisoblanadi. Moyak qobiqlarining bo'shlig'ida suyuqlikning to'planishi bir necha o'n millilitrdan 2-3 litrgacha o'zgarishi mumkin. Istisqo suyuqdigi miqdori 20 litrdan ortiq bo'lganida kazuistik holatlar tavsiflangan. Tarkibi bo'yicha istisqo suyuqligi transudatga yaqin bo'lib, shaffof, sarg'ish-sariq yoki yashil rangga ega, yorqin nurda opalestsentlanadi, hidsiz bo'ladi.

### **3. TEKSHIRUV USULLARI, USLUBLARI, TIBBIY MUOLAJALAR YONDOSHUVLARI VA TASHXISLASH JARAYONLARI**

#### **3.1. Shikoyat, anamnez va ob'ektiv ko'rik.**

Standart tekshiruv to'liq anamnezni yig'ish va fizikal tekshiruvni o'z ichiga oladi. Gidrotsele tashhisi anamnez va fizikal tekshiruv ma'lumotlari bo'yicha qo'yiladi. Ko'pgina hollarda u yorg'oqning transillyuminatsiyasi mavjudligida aniqlanadi, ammo shuni esda tutish kerakki, suyuqlik bilan to'lgan ichak va ba'zi prepubertal o'smalar ham transillyuminatsiyada ko'rinishi mumkin [5, 6; UD:2]. Agar gidrotsele tashxisi qo'yilgan bo'lsa, u joyiga tushmasligi yoki hech qanday simptomlarni keltirib chiqarmasligi kerak, shishish sohasi silliq, ko'rinadi va palpatsiya vaqtida odatda og'riqsizdir. Yorg'oqning kattalashishi bo'yicha shubha tug'ilsa, yorg'oq patologiyasini tashhishlashda deyarli 100% sezuvchanlikka ega bo'lgan UTTni o'tkazish kerak.

#### **3.2. Gidrotseleni obyektiv tekshirish va diagnostika qilish.**

Kasallikning diagnostikasi o'ziga xos ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanadi. Tekshiruvda yorg'oqning bir tomonlama yoki ikki tomonlama kattalashishi qayd etiladi. Kasallik ananezi va tekshiruviga ko'ra, birinchi maslahatdan o'tishda ikki tomonlama gidrotseleni istisno qilish kerak [7; UD:2]. Moyak qobig'ining istiqosini aniqlashda nurlar o'tishining musbat simptomi (diafanoskopiya) hal qiluvchi omil hisoblanadi. Istisqo mavjudligida nurlar o'tishining simptomi faqat o'tkazilgan yallig'lanishdan keyin qobiqlar keskin qalinlashgan yoki istisqo suyuqligida qon aralashmasi (gematotsele) mavjud bo'lgan hollarda manfiy bo'ladi. Diafanoskopiyada butun yorg'oq shakllanishidan nurlar o'tishi qayd etiladi, ammo ushbu usul har doim ham axborotli emas.

#### **3.3. Asosiy va qo'shimcha laborator tekshiruv usullari.**

Ko'pgina hollarda gidrotsele yorg'oqni fizikal ko'rikdan o'tkazish va instrumental tekshiruvlarda aniqlanadi, ammo shuni esda tutish kerakki, suyuqlik bilan to'lgan ichak va ba'zi prepubertal o'smalar ham transillyuminatsiyada ko'rinishi mumkin (diafaskopii) [5, 6; UD:2]. Agar gidrotsele tashxisi qo'yilgan bo'lsa, standart laborator tekshiruvlari usullari jarrohlik aralashuvlariga oldindan tayyorgarlik ko'rsatilgan, lekin shubhalanish holatlarida va onkologik kasalliklarga shubha bo'lsa, onkologik kasalliklar bo'yicha standartlarga muvofiq onkomarkerlar uchun tahlil topshirish tavsiya etiladi.

#### **3.4. Asosiy va qo'shimcha instrumental tekshiruv usullari.**

Moyak qobiqlari istisqosining tashhishlash va boshqa kasalliklar bilan differentsial tashxislashning asosiy va eng axborotli usuli – bu UTT hisoblanadi. Yorg'oq UTTning zamonaviy imkoniyatlari istisqoda likvor tuzilishini va moyakning normal konturini ajratish, moyak qobiqlari istisqosini uning o'smalaridan, urug' tizimchasining istisqosidan, spermatotseledan, chov-yorg'oq va chov churralaridan differentsiallash imkonini beradi.

Yordamchi instrumental usullar istisqo bo'shlig'i punktsiyasiga va aspiratsiyaga invaziv tekshiruvni o'z ichiga olishi mumkin. Shu tarzda moyak ortig'ining sil qasalligi (tuberkulyozi) belgilarini aniqlash mumkin: ortiqning g'adir-budurligi, urug'

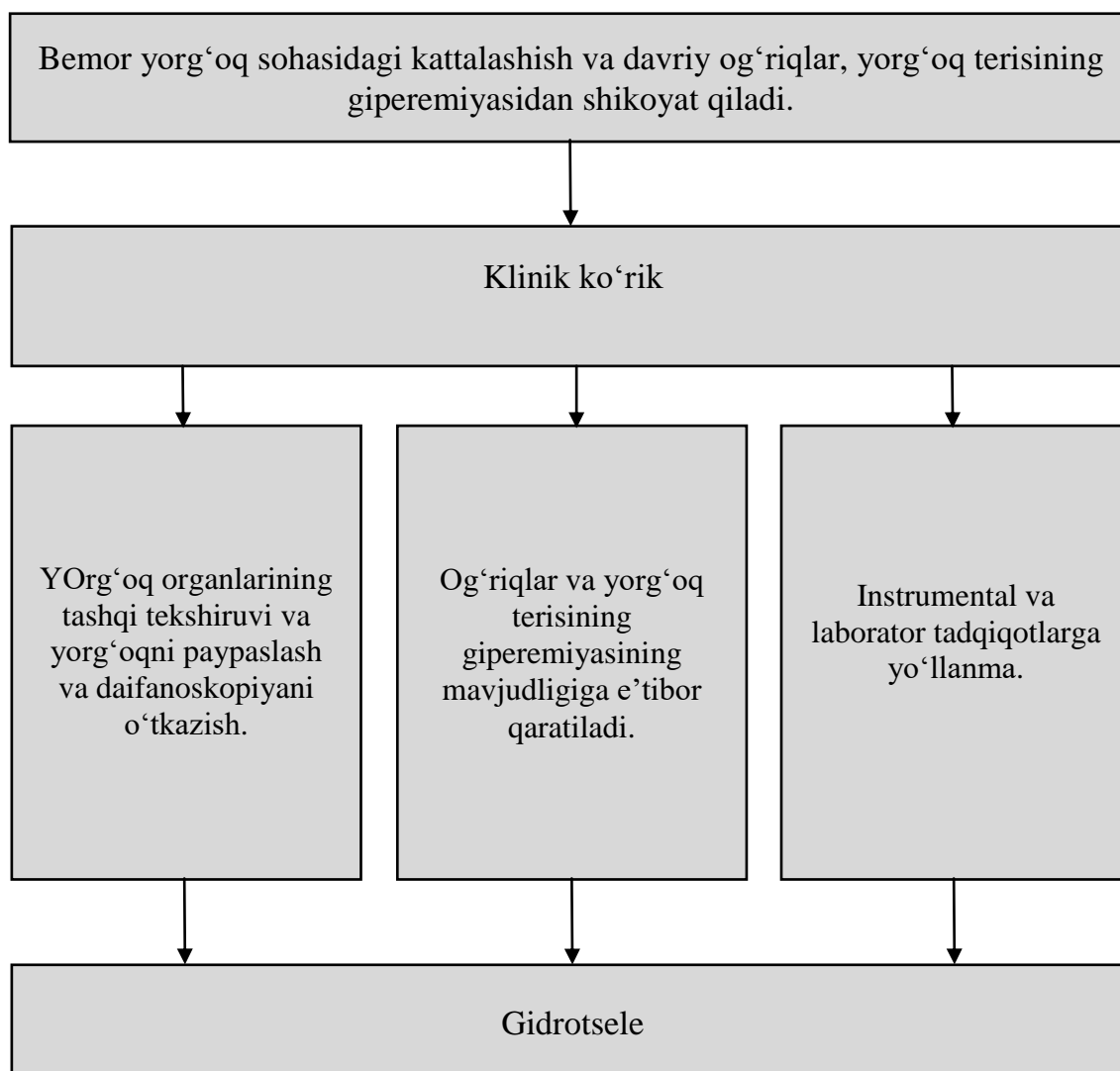
chiqaruvchi yuldagi aniq shakldagi o'zgarishlar. Moyakning ikki tomonlama istisqosida poliserozit belgilari bilan kechadigan brutsellyozni istisno qilish kerak.

### 3.5. Boshqa mutaxassislar maslahati.

Ko'pgina hollarda, gidrotseleni tashxislash va davolashda boshqa mutaxassislar maslahatidan o'tish talab etilmaydi. Biroq, tashxislashda va boshqa kaslliklar bilan farqlashda shubhalar paydo bo'lgan ba'zi holatlarda, boshqa tibbiyot mutaxassislari bilan hamkorlik qilish talab qilinishi mumkin.

Chov-yorg'oq va chov churrasini baholashda abdominal jarroh, moyak ortig'ining sil qasalligiga (tuberkulyozi) yoki uning belgilariga shubha tug'lganda ftiziator va infeksiionist maslahati zarur bo'lishi mumkin, chunki moyakning ikki tomonlama istisqosida poliserozit belgilari bilan kechadigan brutsellyozni istisno qilish kerak

### 3.6. Tashxislash algoritmi.



### 3.7. Differentsial tashhis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

Tashxis	Differentsial diagnostika uchun asos	Tekshiruv	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Moyak ortig‘i kistasi	Retentsion shakllanish, uning sababi tug‘ma retentsiya, o‘tkazilgan travma va o‘tkir epididimit bo‘lishi mumkin. Moyak ortig‘i kistalari simptomlarsiz kechishi mumkin va sog‘liq yoki hayot uchun hech qanday xavf tug‘dirmaydi.	Dopplero-grafiya bilan yorg‘oq organlari UTT	Gidrotsaleda bemorni palpator tekshiruvda elastik shakllanish aniqlanadi, moyakni aniqlashning har doim ham imkoni bo‘lmaydi. Paypaslashda moyak faqat istisqosimon shakllanishning katta bo‘lmagan o‘lchamlarida aniqlanadi.
CHov-yorg‘oq i chov churrasi	Bu qorin devoridagi tabiiy teshiklar bo‘lgan ichki yoki tashqi chov halqasining biriktiruvchi to‘qimalarining ishdan chiqishi tufayli ichki organlarning yorg‘oqqa tushishi. CHov-yorg‘oq churrasining asosiy belgilari bo‘lib, chov sohasida qattiq va paypaslashda og‘riqli bo‘lgan bo‘rtiq, mos keladigan tomonda moyakning kattalashishi hisoblanadi. Ushbu patologiyani davolashning asosiy va yagona to‘g‘ri usuli – bu jarrohlik aralashuvidir. Konservativ yoki an’anaviy usullar yordamida churrani davolash mumkin emas. SHifokorga o‘z vaqtida murojaat qilmaslik esa churraning qisilib qolishi	Dopplero-grafiya bilan yorg‘oq organlarning UTT.	Gidrotsaleda bemorni palpator tekshiruvda elastik shakllanish aniqlanadi, moyakni aniqlashning har doim ham imkoni bo‘lmaydi. Paypaslashda moyak faqat istisqosimon shakllanishning katta bo‘lmagan o‘lchamlarida aniqlanadi.

	kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.		
Moyakning buralib qolishi	Bu moyakning buralib qolishi va keyinchalik uni ta'minlaydigan tomirlarning siqilishi natijasida yuzaga keladigan favqulodda holat. Simptomlar yorg'ochda kuchli og'riq va shish, ko'ngil aynishi va qayt qilishni o'z ichiga oladi. Tashxis fizikal ko'rik ma'lumotlariga asoslanadi va dopplerografiya yordamida tasdiqlanadi.	Doplero-grafiya bilan yorg'och organlarning UTT.	Gidrotseleda bemorni palpator tekshiruvda elastik shakllanish aniqlanadi, moyakni aniqlashning har doim ham imkoni bo'lmaydi. Paypaslashda moyak faqat istisqosimon shakllanishning katta bo'lmagan o'lchamlarida aniqlanadi.

## 4. AMBULATORIYA DARAJASIDA DAVOLASH.

### 4.1. Dori vositalarisiz (nomedikamentoz) davolash.

Moyak qobiqlari istisqosini davolash uchun dori-darmonsiz usullari mavjud emas. Bolalarda gidrotselening aloqador bo'lmagan shakliga shubha bilan rivojlanishida, o'z-o'zidan so'rilish ehtimoli 75% ni tashkil qiladi, shuning uchun 6-9 oy davomida dinamik kuzatuvni olib borish tavsiya etiladi [8; UD:2].

### 4.2. Dori vositalari bilan (medikamentoz) davolash.

Moyak qobiqlari istisqosini dori-darmonli davolash usullari mavjud emas.

### 4.3. Jarrohlik aralashuvi.

Gidrotseledan xalos bo'lishning yagona radikal usuli - bu jarrohlik amaliyotidir. Gidrotseleni yo'q qiladigan har qanday jarrohlik aralashuvning mohiyati - moyakning qin qobig'ini kesish va uni ag'darilgan holatda tikish (Vinkelman operatsiyasi) orqali yo'q qilish, kesish va olib tashlash (Bergman operatsiyasi) yoki keyinchalik maxsus choklar yordamida taxlash bilan (plikatsiya) yorish (Lord operatsiyasi) orqali yo'q qilishdir. Ko'p sonli bunday jarrohlik amaliyotlari bo'yicha to'plangan tajriba shuni ko'rsatdiki, aralashuvdan keyin moyak normal tarzda ishlaydi va agar uning qin qobig'i ishonchli tarzda kesilgan bo'lsa, odamga hech qanday bezovtalik tug'dirmaydi.

Orttirilgan istisqoni davolashning eng samarali usuli bo'lib, Lord bo'yicha qobiqlarning plikatsiyasi hisoblanadi, bunda yorg'oqning bo'shashgan biriktiruvchi to'qimalarining shikastlanishi minimal bo'ladi.

**Lord operatsiyasi.** Moyak uni ko'taradigan mushakni bo'shashtirish uchun pastga tortiladi. CHap qo'lning bosh barmog'i va ko'rsatkich barmog'i o'rtasida jarroh yorg'oqning yuqori qismlarida urug' tizimchasini qisib qo'yadi. Tizimcha 1% li lidokain eritmasi bilan infiltrlanadi. Xuddi shu qo'l bilan yorg'oqning ta'sirlangan yarmi uning ustiga terini cho'zish bilan mahkamlanadi va teri osti tomirlari siqiladi. YOrg'oqning ko'rinadigan tomirlari o'rtasida 4 sm uzunlikdagi ko'ndalang kesma amalga oshiriladi. Go'shtli qobiq ochiladi va qin qobig'i yuzasi yalang'ochlanadi. Teri, teri osti to'qimasi va go'shtli qobiq qin qobig'iga mahkamlanadi. Barmoq bilan qin qobig'i ajratib olinadi va moyak o'lchamiga mos keladigan cho'ntak hosil qilinadi. Keyin qin qobig'i ochiladi va istisqo suyuqligi evakuatsiya qilinadi, shundan so'ng qin qobig'i kesmasi kengaytiriladi va moyak siqib chiqariladi, u vizual va palpatsiyalash orqali tekshiriladi. Moyakni ko'tarib turgan holda, qin qobig'i cho'ziladi, qin qobig'ining parietal qavati bir nechta so'rilishi mumkin bo'lgan choklar bilan yig'iladi, shundan so'ng moyakning butun perimetri bo'ylab 6-8 ta shunday chok qo'yiladi. Retraktor yordamida moyak go'shtli qobiq ostidagi yorg'oq cho'ntagiga botiriladi va oxirgi bosqichda teri osti yog' to'qimasini izolyatsiya qilgan holda, barcha qatlamlar (teri, go'shtli qobiq va bo'shashgan biriktiruvchi to'qima) bo'yicha tugun choklar qo'yiladi. Drenajlash talab qilinmaydi.

Operatsiyaning gematoma va retsivlar ko'rinishidagi asoratlari juda kam uchraydi, chunki operatsiyadan keyin istisqo suyuqligining to'planishi mumkin bo'lgan bo'shliqlar qolmaydi.

**Vinkelman operatsiyasi.** Og'riqsizlantirgandan so'ng old tashqi yuzasi bo'ylab uzunlama yo'nalishda yorg'oqning yarmiga mos keladigan kesma o'tkaziladi. Teri

kesmasi chegarasida moyak qobig‘i nur o‘tadigan qin qobig‘iga qadar qatlamma-qatlam yoriladi. To‘mtoq yoki o‘tkir usul yordamida ikkinchisi ichki urug‘ fastsiyasidan ajratiladi, istisqo xaltasi parietal qavatning moyak va ortig‘iga o‘tish joyigacha to‘liq bo‘shatiladi. Troakar yordamida istisqo xaltasi evakuatsiya qilinadi, so‘ngra qin qobig‘ining parietal qatlami yoriladi va moyakni yalang‘ochlagan holda, u orqasiga ag‘dariladi. Moyak va uning ortig‘i taftishi amalga oshiriladi. Qin qobig‘i parietal qatlamining chekka qismlari moyak va uning ortig‘i orqasida tugunli yoki uzluksiz choklar bilan tikiladi. Tikilgan qobiqning chekka qismlari urug‘ tizimchasini bosib qo‘ymasligi kerak. Puxtalik bilan gemostaz amalga oshiriladi, shundan so‘ng moyak yorg‘oqqa cho‘ktiriladi. Gematomalar paydo bo‘lishining oldini olish uchun jarohat joyining pastki burchagiga yoki yorg‘oqning pastki sohasida kontrapertura orqali rezinali drenaj 1 kunga o‘rnatiladi. YOrg‘oq jarohati so‘riladigan choklar bilan qatlamma-qatlam tikiladi. Chov bog‘lami yuqorisida va unga parallel ravishda kesma qilinadi, chov kanalining old devori yoriladi. Qorin pardasining bitmagan qin o‘smasi ajratib olinadi, keyin u o‘rta qismida ochiladi, qorin pardasi o‘smasining proksimal uchi urug‘ tizimchasining elementlaridan ajratib olinadi va qiyshiq chov churra mavjudligida churra xaltasi sifatida qayta ishlanadi. Uning distal uchi urug‘ tizimchasining elementlaridan ajratilib, moyakning yuqori polyusida ajratib kesiladi. Istisqo suyuqligi evakuatsiya qilinadi va yuqorida tavsiflangan Vinkelman operatsiyasi amalga oshiriladi, shundan so‘ng chov kanalining plastikasi o‘tkaziladi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi preparatlar buyuriladi. Bemorlarga 2 oy davomida jismoniy faoliyat tavsiya etilmaydi.

**Bergman operatsiyasi.** Istisqo bo‘shlig‘i ochilgandan so‘ng, o‘z qobig‘i to‘mtoq usul bilan ajratiladi va moyakdan 0,5-0,8 sm masofa tashlab butun uzunasi bo‘ylab kesiladi. Qobiqning qolgan chekka qismi uzluksiz kelgut chok bilan tikiladi, keyin moyak yorg‘oqqa cho‘ktiriladi. To‘liq gemostazni o‘tkaziladi. Yorg‘oq bo‘shlig‘i gematomani oldini olish uchun 1-2 kun davomida rezinali drenaj bilan drenajlanadi. Jarohat joyi qatlamma-qatlam tikiladi.

#### **4.4. Keyingi davolash.**

Gidrotsele bo‘yicha har qanday operatsiyadan so‘ng, operatsiyadan 2-6 hafta o‘tgach, nazorat tekshiruvi o‘tkazilishi kerak.

#### **4.5. Davolash samaradorligi va usullarning xavfsizligi indikatorlari.**

Istisqo bo‘yicha jarrohlik aralashuvlarining eng ko‘p uchraydigan asoratlari - bu operatsiya paytida mexanik tirnash xususiyati va yorg‘oqning shishishi bilan bog‘liq bo‘lgan moyakning yallig‘lanishi holatlaridir. Bu asoratlar, u yoki bu darajada, 20-50% hollarda mavjud bo‘ladi. Biroq, ular hammadamda operatsiyadan keyin 2 hafta ichida deyarli mustaqil ravishda o‘tib ketadi. Ba‘zi hollarda asoratlar antibiotiklar va yallig‘lanishga qarshi preparatlarni buyurishni talab qiladi. Istisqo bo‘yicha operatsiyada yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan yana bir asorat - bu yorg‘oq gematomasi shakllanishi bilan qon ketishidir. SHuning uchun yorg‘oqdagi har qanday operatsiyada bo‘lgani kabi, operatsiyaning yakuniy bosqichida puxtalik bilan gemostaz o‘tkazish va bo‘shliqni albatta drenajlash kerak.

## 5. SHIFOXONAGA YOTQIZISH UCHUN KO'RSATMALAR

### 5.1. Rejali hospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar.

- **Rejalashtirilgan jarrohlik muolajasi.** Agar bemorga gidrotsele bo'yicha, masalan, moyakning qin qobig'ini kesish va tikish orqali olib tashlash kabi rejalashtirilgan operatsiyani amalga oshirish talab etilsa, bu shoshilinch aralashuvni talab qilmasa, bemor kasalxonaga reja asosida yotqizilishi mumkin.

- **Davolash rejasini ishlab chiqish.** Agar bemorda gidrotsele mavjud bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan davolash usulini ishlab chiqish kerak.

- **Bolalar va ularni davolash xususiyatlari.** Ko'p hollarda birdaniga so'rilish tendentsiyasi tufayli hayotning dastlabki 12 oyida jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatma bo'lmaydi [9; ID:2]. CHov churrasigacha o'tish xavfi kam darajada va gidrotsele qisilib qolish bilan og'irlashmaydi [1; ID:2]. Hamroh chov churrasi yoki moyak patologiyasiga shubha qilinganida erta jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatma beriladi [10, 11; ID:2]. 12 oylik hayotdan keyin oddiy gidrotselening saqlanib qolishi jarrohlik plastikasini o'tkazish uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

## **6. STATIONAR DARAJADA DAVOLASH TAKTIKASI.**

### **6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorning yoʻnaltirish.**

#### **6.1.1. Bemorni kuzatish kartasi:**

- Shaxsiy maʼlumotlar: ismi, yoshi, bemorning aloqa maʼlumotlari.
- Kasallik tarixi haqida maʼlumot: oldingi kasalliklar, jarrohlik amaliyotlari, allergiya va boshqa tibbiy xususiyatlar.
  - Hozir kechayotgan simptomlarning tavsifi: Bemor yorgʻoqning kattalashishi, ogʻriq va noqulaylikdan shikoyat qiladi.
  - Fizik koʻrikdan oʻtkazish: yorgʻoq sohasini umumiy baholash, 2 tomonlama gidrotsele mavjudligini aniqlash.
  - Laborator tekshiruvlar natijalari: Umumiy qon va siydik tahlili kabi laboratoriya tahlillari yalligʻlanish jarayonlarini aniqlashga yordam beradi.
  - Tashxis: gidrotsele tashhisini qoʻyish.
  - Davolashning tibbiy rejasi: davolash boʻyicha buyurishlar, shu jumladan usulni tanlash (jarrohlik).
  - Kuzatishlar va tavsiyalar: bemorning ahvoli vaqt oʻtishi bilan qanday oʻzgarishi toʻgʻrisida yozib borish va tibbiyot xodimlarining tavsiyalari.

#### **6.1.2. Bemorni yoʻnaltirish (1-rasmga qarang):**

- SHoshilinchlik darajasini baholash. SHoshilinch tibbiy yordam qanchalik zarurligini baholash.
- Tibbiyot muassasasini tanlash: davolanish kasalxonaga yotqizish sharoitida amalga oshiriladi.
- Aloqa oʻrnatish: oʻz vaqtida va malakali yordamni taʼminlash uchun shifokorlar, hamshiralar va boshqa mutaxassislar oʻrtasidagi aloqa va muvofiqlashtirish.

### **6.2. Nomedikamentoz davolash.**

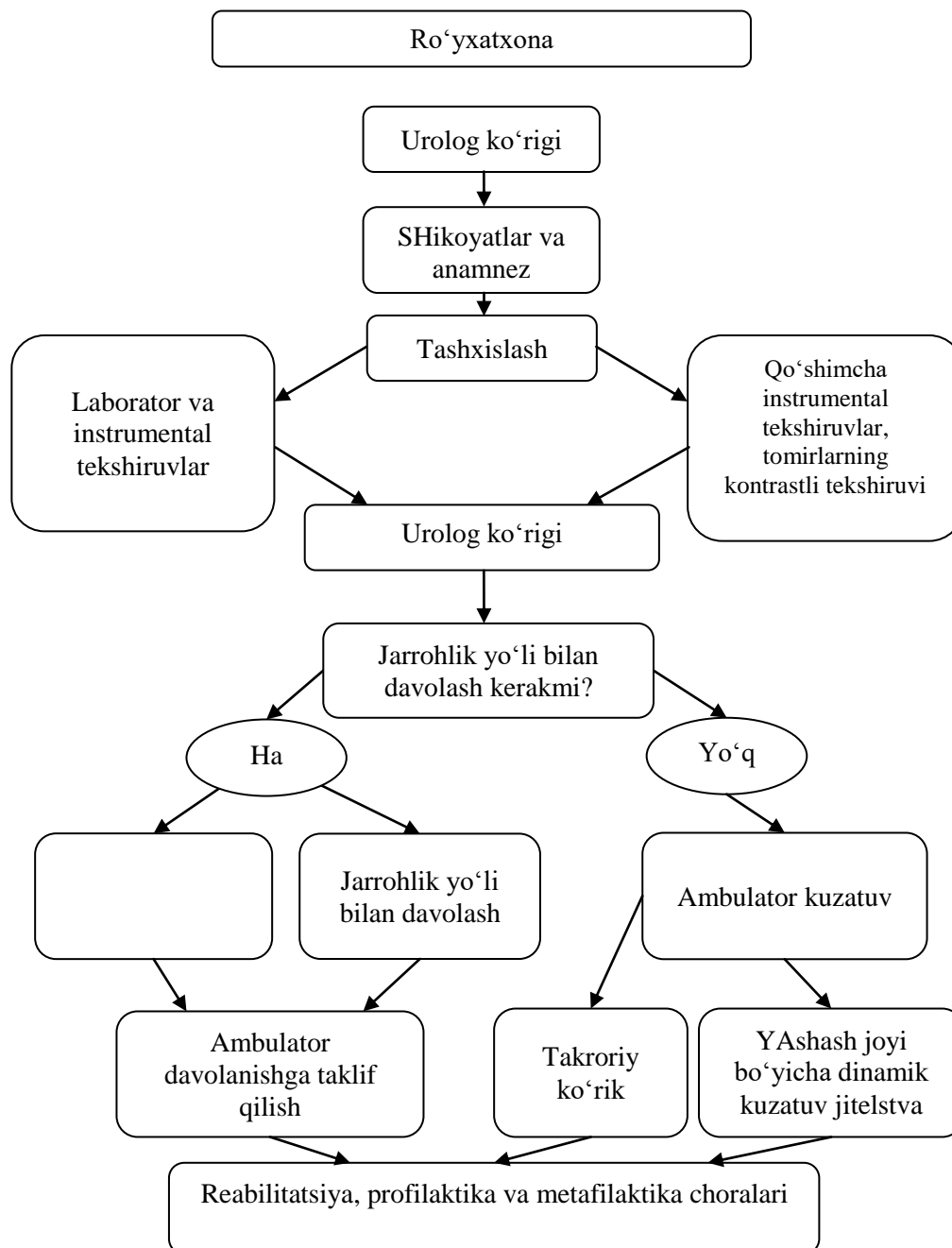
Gidrotseleni dori-darmonsiz davolash mavjud emas.

### **6.3. Medikamentoz davolash.**

Gidrotseleni dori-darmonli davolash mavjud emas.

### **6.4. Jarrohlik aralashuvi.**

Gidrotseleni jarrohlik yoʻli bilan davolash ambulatoriya sharoitida jarrohlik yoʻli bilan davolash boʻlimida tavsiflangan.



**1-rasm. Bemorning marshrut kartasi.**

### 6.5. Keyingi davolash.

Gidrotsele bo'yicha har qanday operatsiyadan keyin, operatsiyadan 2-12 hafta o'tgach, nazorat tekshiruvi o'tkazilishi kerak.

### 6.6. Davolash samaradorligi va usullarning xavfsizligi indikatorlari

Davolashning samaradorligi va tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi ko'rsatkichlari tegishli bo'limda avvalroq tavsiflangan.

**«GIDROTSELE»  
NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025

## **1. ASOSIY QISM**

### **1.1. Kirish**

Ushbu protokol gidrotsele mavjudligida moyakning qin qobig'ini kesish va tikish yo'li bilan yo'qotish muolajasini bajarish uchun rasmiy tavsiyalar va standartlarni ifodalaydi. Protokol jarrohlik yo'li bilan davolash, anesteziyaning turli usullari, muolajani bajarish texnikasi, shuningdek, asosiy va qo'shimcha tashhishlash tadbirlari haqida ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Shuningdek, muolajani amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar va jarrohlik aralashuvini o'tkazish shartlari tasvirlangan. Protokol shuningdek, muolajaga qarshi ko'rsatmalar haqida ogohlantiradi va uni bajarish uchun ko'rsatmalarni taqdi etadi. Piravordida, u muolajaning samaradorligi ko'rsatkichlari va protokolni qayta ko'rib chiqish shartlari to'g'risida ma'lumot beradi. Ushbu protokol tibbiy standartlarga rioya qilgan holda, jarrohlik aralashuvining xavfsiz va samarali bajarilishini ta'minlash uchun mo'ljallangan.

### **1.2. Umumiy ta'rif.**

Moyak qobiqlarining istisqosi yoki gidrotsele - moyakning qin qobig'i ichida seroz suyuqligining to'planishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Normada, bu suyuqlik moyakni o'rab oladi va uning qobiqlaridan yoki yorg'oqning devorlaridan biri hisoblanadi [1].

### **1.3. Klinik tasnif.**

Klinik amaliyotda gidrotselening quyidagi tasnifi qo'llaniladi:

- Aloqador bo'lmagan gidrotsele;
- Aloqali (tug'ma) gidrotsele;
- Infektsiyalangan gidrotsele.

• Bolalarda ko'pincha qorin bo'shlig'i va moyakning qin qobig'i o'rtasida bog'lamning tug'ma bitmasligi mavjud. Ushbu patologiya moyak qobiqlarining aloqali gidrotselesi deb ataladi. U yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 6 foizida uchraydi va taxminan yarmida o'z-o'zidan o'tib ketadi. Moyak istisqosining boshqa sabablari bo'lib, moyak va uning ortig'ining o'tkir va surunkali yallig'lanishi (orxit, epididimit), yorg'oq travmasi, yorg'oq a'zolarining o'smalari, chov va tos limfa tugunlarining shikastlanishi (o'simta metastazlari), og'ir yurak-qon tomir etishmovchiligi, limfa oqimining buzilishi bilan parazitar kasalliklar (filyariatoz) hisoblanadi. Moyak qobiqlari istisqosi varikotsele bo'yicha jarrohlik amaliyotlari yoki churrani jarrohlik yo'li bilan davolashning har xil turlari (chov churrasida) yoki bandajni uzoq vaqt kiyib yurishdan keyin asorat sifatida paydo bo'lishi mumkin. Moyak qobiqlarining istisqosi hajmining o'sishi ancha sekin (bir necha yil) hamda tez (bir necha hafta) ro'y berishi mumkin, bu istisqoning paydo bo'lish sabablariga va tananing kompensator imkoniyatlariga bog'liq.

• Moyak va uning ortig'ining shikastlanishi va yallig'lanish kasalliklari uning qavatlari orasidagi bo'shliqda eksudat va fibrin to'planishi bilan qin xususiy qobig'ining o'tkir yallig'lanishi natijasida o'tkir istisqoning shakllanishiga olib kelishi mumkin. Eksudatning yiringlashi juda kam hollarda uchraydi. Moyakning xususiy qobig'i yuzasida katta miqdorda fibrin yig'ilganda, ushbu qobiqning ikkita qavatining qisman yoki to'liq birlashishi sodir bo'lishi mumkin. Ba'zida moyak qobiqlarining o'tkir istisqosi, uning simptomlari yo'qolganidan keyin surunkali holatga o'tadi.

Ko‘pincha, istisqo moyakning va uning ortig‘ining yallig‘lanish jarayoni tugaganidan keyin uzoq vaqt o‘tgach paydo bo‘ladi, surunkali istisqo kam darajada sezilarli surunkali travma ta‘sirida rivojlanishi mumkin. Moyak qobiqlari istisqosi patogenezida asosiy omillardan biri bo‘lib, keyinchalik mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan limfaning chiqishiining buzilishi natijasida qin qobig‘ining sklerotik o‘zgarishlari hisoblanadi. Moyak qobiqlarining bo‘shlig‘ida suyuqlikning to‘planishi bir necha o‘n millilitrdan 2-3 litrgacha o‘zgarishi mumkin. Istisqo suyuqdigi miqdori 20 litrdan ortiq bo‘lganida kazuistik holatlar tavsiflangan. Tarkibi bo‘yicha istisqo suyuqligi transudatga yaqin bo‘lib, shaffof, sarg‘ish-sariq yoki yashil rangga ega, yorqin nurda opalestsentlanadi, hidsiz bo‘ladi.

### Tibbiy aralashuvlarning xalqaro tasnifi (ICHI).

№	Jarrohlik amaliyotning nomi	Xalqaro tasnif bo‘yicha kodi (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1443390342">https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1443390342</a>
1.	<b>Moyakning qin qobig‘ini kesish va tikish yo‘li bilan yo‘qotish</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vinkelman operatsiyasi.</li> <li>– Bergman operatsiyasi.</li> <li>– Lord operatsiyasi.</li> </ul>	NGL.JI.AA

## **2. GIDROTSELEDA JARROHLIK ARALASHUVLARINI QO‘LLASH.**

### **2.1. Jarrohlik yo‘li bilan davolashning maqsadi.**

Gidrotsele bemorning hayotiga tahdid solmaydi, balki estetik va funktsional noqulaylik tug‘diradi. Jarrohlik yo‘li bilan davolashning maqsadi keyingi asoratlarni oldini olishdan iborat.

### **2.2. Jarrohlik amaliyoti uchun qarshi ko‘rsatmalar**

Jarrohlik aralashuvi reja tartibida amalga oshiriladi. Oldindan har bir bemor jarrohlik amaliyotiga mumkin bo‘lgan qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun tekshiruvdan o‘tadi. Ko‘pgina hollarda, aniqlangan cheklovlar vaqtinchalik bo‘lib, ular bartaraf etilgandan keyin, bemorga tez orada jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun sana belgilanadi.

Gidrotseleda jarrohlik amaliyotini amalga oshirishni cheklovchi holatlar:

- virusli yoki bakterial etiologiyaga ega yuqumli kasallikning rivojlanishi;
- tasdiqlangan moyak saratoni yoki uning rivojlanishiga shubha;
- yaqinda o‘tkazilgan o‘tkir miya qon aylanishining buzilishi (insult);
- o‘tkazilgan miokard infarktidan keyingi erta davr;
- nafas olish kasalliklari;
- anesteziya preparatlariga allergiya;
- teri kasalliklari, chov sohasidagi yiringli jarayonlar;
- qon tahlillarida eritrotsitlar va gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi;
- travmatik jarohatlardan keyin tiklanish davri;
- yurak va o‘pka patologiyalarining og‘ir kechishi;
- jigar-buyrak etishmovchiligi;
- isitma.

### **2.3. Jarrohlik aralashuvi uchun ko‘rsatmalar.**

- Gidrotselening katta miqdori (40ml-dan ortiq)
- Og‘riq sindromi
- Gidrotselening infeksiyalanishi.

### **2.4. Jarroxlik amaliyotlarini bajaruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar.**

- Mutaxassis tegishli ma‘lumotga va tibbiy malakaga ega bo‘lishi kerak. Odatda bu - urolog yoki jarroh.
- Mutaxassisning amal qiluvchi litsenziyasi bo‘lishi kerak.
- Mutaxassis ushbu muolajani bajarishda tajribaga ega bo‘lishi va texnika va usullarni yaxshi bilishi kerak.
- Mutaxassis zamonaviy asbob-uskunalar va asboblardan foydalanish imkoniyatiga ega bo‘lishi, shuningdek muolajaning sterilligini kuzatishi kerak.
- Mutaxassis bemorni urug‘ tizimchasi tomirlarini bog‘lash bilan bog‘liq yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan xavf va nojo‘ya ta’sirlar haqida ogohlantirishi va bemorga tanlangan jarrohlik usulining afzalliklari va kamchiliklarini tushuntirishi kerak.
- Mutaxassis tibbiy muolajalarni o‘tkazishda axloqiy va huquqiy me‘yorlarga amal qilishi, bemorning huquq va istaklarini hurmat qilishi kerak.

– Mutaxassis doimiy ravishda o‘z bilim va ko‘nikmalarini yangilab turishi, gidrotsela bo‘yicha jarrohlik yo‘li bilan davolash sohasidagi so‘nggi tibbiy ishlanmalar va tavsiyalarni kuzatib borishi kerak.

## **2.5. Muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlik jarayonida asosiy (majburiy) va qo‘shimcha tashxislash tadbirlari.**

### **Asosiy (majburiy) tadbirlar:**

– *Tibbiy ko‘rik.* Bemor jarrohlik amaliyotini amalga oshiradigan mutaxassis tomonidan diqqat bilan tekshirilishi kerak. U bemorning umumiy ahvolini va kasallik tarixini baholashni o‘z ichiga oladi.

– *Anamnezni baholash.* Mutaxassis bemordan kasallik tarixi, shu jumladan surunkali kasalliklar, allergiya va boshqa tibbiy omillar mavjudligi haqida bilib olishi kerak.

– *Fizikal tekshiruv.* SHifokor patologiyalar mavjudligini aniqlash uchun yorg‘oq organlari va chov sohasini tekshiradi, yallig‘lanish, ajratma yoki muolajaga ta‘sir qilishi mumkin bo‘lgan boshqa holatlar mavjudligini baholash uchun uretraning tashqi teshigini (meatusni) tekshiradi.

– *Laboratoriya tahlillari.* Odatda umumiy qon tahlili, shuningdek, gepatit V, C, OITS va sifilis kabi infeksiyalar mavjudligiga tahlil o‘tkazish talab qilinadi. Laboratoriya tekshiruvlari natijalari bemorning umumiy holatini aniqlash va infeksiyalarni istisno qilish uchun foydalanilishi mumkin.

– *Doppler skanerlash bilan ultratovush tekshiruvi.* Moyak tuzilishi va urug‘ tizimchasi tomirlarining moyak tuzilishini batafsilroq baholash uchun talab qilinishi mumkin.

### **Qo‘shimcha tekshiruvlar (zarur bo‘lgan hollarda):**

– *Mutaxassis maslahatidan o‘tish.* Kasallik tarixi va bemorning umumiy holatiga qarab, mutaxassis abdominal jarroh, infeksiyonist, ftiziatr yoki anesteziolog kabi boshqa mutaxassislar maslahatidan o‘tishni talab qilishi mumkin.

– Onkomarker uchun tahlillar, spermogramma, TORCH infeksiyasi uchun tahlillar, siydik va prostata bezi sekretsiyasi tahlillari.

## **2.6. Amaliyotni o‘tkazishga qo‘yladigan talablar.**

– *Xavfsizlik choralari va aseptika.* Gidrotsela bo‘yicha jarrohlik aralashuvi infeksiyani oldini olish uchun aseptik usullardan foydalangan holda steril sharoitda amalga oshirilishi kerak. Tibbiyot xodimi shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishlari, sanitariya kiyimi va qo‘lqop kiyishlari kerak.

– *Jihozlanishi.* Gidrotsela bo‘yicha jarrohlik yo‘li bilan davolashni amalga oshirish uchun maxsus asbob-uskunalar, shu jumladan jarrohlik asbob-uskunalari, anestetiklar va asboblarni qayta ishlash va sterilizatsiya qilish uchun asyuoyu-uskunalarni talab qiladi.

– *Dori-darmonlar.* Anestetiklar va antiseptiklar foydalanishga tayyor bo‘lishi kerak. Anestetiklar muolajani o‘tkazishdan oldin muolaja joyida og‘riqni qoldirish uchun ishlatiladi. Antiseptiklar jarrohlik maydonini tozalash va infeksiyani oldini olish uchun ishlatiladi.

– *Sarf materiallari.* Har bir muolajaga dokali sochiqlar, tikish iplari, qo‘lqop va jarrohlik aralashuvlari va operatsiyadan keyingi parvarishlash uchun zarur bo‘lgan boshqa materiallar kabi almashtiriladigan sarf materiallari talab qilinadi.

– *O‘tkazish joyi.* Muolaja xavfsizlik va gigiena standartlariga javob beradigan maxsus jihozlangan muolaja xonasida yoki jarrohlik xonasida amalga oshiriladi.

– *Sanitariya va epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilish.* Tibbiyot xodimlari muolaja paytida va undan keyin infeksiyalarning tarqalishini oldini olish uchun barcha zarur sanitariya va epidemiyaga qarshi choralarga rioya qilishlari kerak.

– *Xavfsizlik standartlariga rioya qilish.* Jarrohlik xodimlari barcha xavfsizlik standartlariga rioya qilishlari kerak, shu jumladan anesteziyani nazorat qilish va muolaja davomida bemorni monitoring qilish.

## **2.7. Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar va muolajani o‘tkazish metodikasi.**

### **Bemorni tayyorlash:**

1) *Kasallik tarixini baholash.* SHifokor bemorning kasallik tarixini, shu jumladan mumkin bo‘lgan allergiya, surunkali kasalliklar va boshqa tibbiy holatlarning tahlilini o‘tkazishi kerak.

2) *Operatsiyadan oldingi tekshiruvlarni o‘tkazish.* Muolaja uchun qarshi ko‘rsatmalarni istisno qilish uchun bemorga operatsiyadan oldingi tekshiruvlar, masalan, qon va siydik tahlillari, Doppler skanerlash bilan UTT, tomirlar rentgenografiyasi va boshqalar talab qilinishi mumkin.

3) *Psixologik jihatdan tayyorlash.* Bemor va uning oilasiga muolaja haqida ma‘lumot berilishi va aralashuv to‘g‘risida tushunchaga ega bo‘lishi va roziligini ta‘minlash uchun barcha savollarga javob berilishi kerak.

4) *Anesteziya.* Muolaja boshlanishidan oldin, mahalliy yoki umumiy anesteziya aralashuv o‘tkaziladigan sohada og‘riqni qoldirish uchun qo‘llaniladi [27].

### **Muolajani o‘tkazish metodikasi.**

Bugungi kunda gidrotsele bo‘yicha jarrohlik amaliyoti bir necha usullar yordamida amalga oshirilishi mumkin.

*Lord operatsiyasi.* Moyak uni ko‘taradigan mushakni bo‘shashtirish uchun pastga tortiladi. Chap qo‘lning bosh barmog‘i va ko‘rsatkich barmog‘i o‘rtasida jarroh yorg‘oqning yuqori qismlarida urug‘ tizimchasini qisib qo‘yadi. Tizimcha 1% li lidokain eritmasi bilan infiltrlanadi. Xuddi shu qo‘l bilan yorg‘oqning ta‘sirlangan yarmi uning ustiga terini cho‘zish bilan mahkamlanadi va teri osti tomirlari siqiladi. Yorg‘oqning ko‘rinadigan tomirlari o‘rtasida 4 sm uzunlikdagi ko‘ndalang kesma amalga oshiriladi. Go‘shli qobiq ochiladi va qin qobig‘i yuzasi yalang‘ochlanadi. Teri, teri osti to‘qimasi va go‘shli qobiq qin qobig‘iga mahkamlanadi. Barmoq bilan qin qobig‘i ajratib olinadi va moyak o‘lchamiga mos keladigan cho‘ntak hosil qilinadi. Keyin qin qobig‘i ochiladi va istisqo suyuqligi evakuatsiya qilinadi, shundan so‘ng qin qobig‘i kesmasi kengaytiriladi va moyak siqib chiqariladi, u vizual va palpatsiyalash orqali tekshiriladi. Moyakni ko‘tarib turgan holda, qin qobig‘i cho‘ziladi, qin qobig‘ining parietal qavati bir nechta so‘rilishi mumkin bo‘lgan choklar bilan yig‘iladi, shundan so‘ng moyakning butun perimetri bo‘ylab 6-8 ta shunday chok qo‘yiladi.

Retraktor yordamida moyak go'shtli qobiq ostidagi yorg'oq cho'ntagiga botiriladi va oxirgi bosqichda teri osti yog' to'qimasini izolyatsiya qilgan holda, barcha qatlamlar (teri, go'shtli qobiq va bo'shashgan biriktiruvchi to'qima) bo'yicha tugun choklar qo'yiladi. Drenajlash talab qilinmaydi.

Operatsiyaning gematoma va retsidivlar ko'rinishidagi asoratlari juda kam uchraydi, chunki operatsiyadan keyin istisqo suyuqligining to'planishi mumkin bo'lgan bo'shliqlar qolmaydi.

*Vinkelman operatsiyasi.* Og'riqsizlantirilgandan so'ng old tashqi yuzasi bo'ylab uzunlama yo'nalishda yorg'oqning yarmiga mos keladigan kesma o'tkaziladi. Teri kesmasi chegarasida moyak qobig'i nur o'tadigan qin qobig'iga qadar qatlam-qatlam yoriladi. To'mtoq yoki o'tkir usul yordamida ikkinchisi ichki urug' fastsiyasidan ajratiladi, istisqo xaltasi parietal qavatning moyak va ortig'iga o'tish joyigacha to'liq bo'shatiladi. Troakar yordamida istisqo xaltasi evakuatsiya qilinadi, so'ngra qin qobig'ining parietal qatlami yoriladi va moyakni yalang'ochlagan holda, u orqasiga ag'dariladi. Moyak va uning ortig'i taftishi amalga oshiriladi. Qin qobig'i parietal qatlamining chekka qismlari moyak va uning ortig'i orqasida tugunli yoki uzluksiz choklar bilan tikiladi. Tikilgan qobiqning chekka qismlari urug' tizimchasini bosib qo'ymasligi kerak. Puxtalik bilan gemostaz amalga oshiriladi, shundan so'ng moyak yorg'oqqa cho'ktiriladi. Gematomalar paydo bo'lishining oldini olish uchun jarohat joyining pastki burchagiga yoki yorg'oqning pastki sohasida kontrapertura orqali rezinali drenaj 1 kunga o'rnatiladi. YOrg'oq jarohati so'riladigan choklar bilan qatlam-qatlam tikiladi. Bolalarda moyak qobiqlarining aloqali istisqosini kamida 1,5-2 yoshdan keyin operatsiya qilish tavsiya etiladi. CHov bog'lami yuqorisida va unga parallel ravishda kesma qilinadi, chov kanalining old devori yoriladi. Qorin pardasining bitmagan qin o'smasi ajratib olinadi, keyin u o'rta qismida ochiladi, qorin pardasi o'smasining proksimal uchi urug' tizimchasining elementlaridan ajratib olinadi va qiyshiq chov churrasi mavjudligida churra xaltasi sifatida qayta ishlanadi. Uning distal uchi urug' tizimchasining elementlaridan ajratilib, moyakning yuqori polyusida ajratib kesiladi. Istisqo suyuqligi evakuatsiya qilinadi va yuqorida tavsiflangan Vinkelman operatsiyasi amalga oshiriladi, shundan so'ng chov kanalining plastikasi o'tkaziladi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda og'riq qoldiruvchi va yallig'lanishga qarshi preparatlar buyuriladi. Bemorlarga 2 oy davomida jismoniy faoliyat tavsiya etilmaydi.

*Bergman operatsiyasi.* Istisqo bo'shlig'i ochilgandan so'ng, o'z qobig'i to'mtoq usul bilan ajratiladi va moyakdan 0,5-0,8 sm masofa tashlab butun uzunasi bo'ylab kesiladi. Qobiqning qolgan chekka qismi uzluksiz kelgut chok bilan tikiladi, keyin moyak yorg'oqqa cho'ktiriladi. To'liq gemostazni o'tkaziladi. YOrg'oq bo'shlig'i gematomanini oldini olish uchun 1-2 kun davomida rezinali drenaj bilan drenajlanadi. Jarohat joyi qatlam-qatlam tikiladi.

## **2.8. Muolaja yoki aralashuv samaradorligi indikatorlari.**

Istisqo bo'yicha jarrohlik aralashuvlarining eng ko'p uchraydigan asoratlari - bu operatsiya paytida mexanik tirnash xususiyati va yorg'oqning shishishi bilan bog'liq bo'lgan moyakning yallig'lanishi holatlaridir. Bu asoratlar, u yoki bu darajada, 20-50% hollarda mavjud bo'ladi. Biroq, ular hammadamda operatsiyadan keyin 2 hafta ichida deyarli mustaqil ravishda o'tib ketadi. Ba'zi hollarda asoratlar antibiotiklar va yallig'lanishga qarshi preparatlarni buyurishni talab qiladi. Istisqo bo'yicha

operatsiyada yuzaga kelishi mumkin bo'lgan yana bir asorat - bu yorg'oq gematomasi shakllanishi bilan qon ketishidir. Shuning uchun yorg'oqdagi har qanday operatsiyada bo'lgani kabi, operatsiyaning yakuniy bosqichida puxtalik bilan gemostaz o'tkazish va bo'shliqni albatta drenajlash kerak.

**«GIDROTSELE»  
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA  
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOL**

Toshkent – 2025

## **1. ASOSIY QISM**

### **1.1. Kirish.**

Qin qobig'i ona qornida homilaning rivojlanishi davrida qorin bo'shlig'ida moyak bilan birga hosil bo'ladi. Bu qorin pardaning bir qismi bo'lib, xomila rivojlanishi davrida moyak bilan birga yorg'oqqa tushadi. Qin qobig'ining funktsiyasi moyaklar uchun moylovchi modda bo'lgan va uning yorg'oq ichida erkin harakatlanishini osonlashtiradigan suyuqlik hosil qilishdan iboratdir. Normada, bu suyuqlikning ishlab chiqarilishi va uning orqaga so'rilishi o'rtasida muvozanat mavjud. Qin qobig'ining u tomonidan ishlab chiqarilgan suyuqlikni so'rish qobiliyati pasayganda, bu jarayonning nomutanosibliyi yuzaga keladi, bu suyuqlikning ortiqcha to'planishiga va istisqorning rivojlanishiga olib keladi.

Birlamchi gidrotselening patogenezi, ikkilamchi gidrotseledan farqli o'laroq, qorin pardaning o'tuvchan qin o'simtsasi bilan bog'liq bo'lib, uning to'liq obliteratsiyasi har xil turdagi aloqali gidrotselelarning rivojlanishiga olib keladi.

Ochiq qin o'smasi qorin bo'shlig'i a'zolarining chiqishi va churra hosil bo'lishiga sabab bo'ladi [2]. Qin o'smasi obliteratsiyasining aniq vaqti noma'lum. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarning taxminan 80-94 foizida va kattalarning 20 foizida saqlanib qoladi [3]. O'tkazuvchanlikni saqlab qolgan qin o'smasining to'liq obliteratsiyasida uning o'rta qismida urug' tizimchasi kistasi rivojlanadi. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda qin o'simtsasining o'tkazuvchanligi bilan bog'liq bo'lmagan gidrotsele ham paydo bo'ladi [4]. Aloqador bo'lmagan gidrotsele suyuqlikning sekretsiyasi va reabsortsiyasi jarayonlari o'rtasidagi nomuvofiqlik natijasida rivojlanadi va mayda travmalar, moyaklar buralib qolishi, epididimit, varikotsele bo'yicha jarrohlik amaliyoti (limfa tomirlarini bog'lash tufayli) yoki aloqali yoki aloqador bo'lmagan gidrotselening birlamchi plastik jarrohligidan keyin qaytalanishi mumkin.

Moyak qobiqlari istisqosi varikotsele bo'yicha jarrohlik amaliyotlari yoki churrani jarrohlik yo'li bilan davolashning har xil turlari (chov churralarida) yoki bandajni uzoq vaqt kiyib yurishdan keyin asorat sifatida paydo bo'lishi mumkin. Moyak qobiqlarining istisqosi hajmining o'sishi ancha sekin (bir necha yil) hamda tez (bir necha hafta) ro'y berishi mumkin, bu istisqoning paydo bo'lish sabablariga va tananing kompensator imkoniyatlariga bog'liq.

Patologiya profilaktikasining ta'sir qiluvchi usullari yo'q, chunki uning paydo bo'lishi ko'pincha irsiyatga bog'liq. Istisqoning paydo bo'lishini jarrohlik amaliyotidan keyingi asorat sifatida hisobga olinsa, kasallikning rivojlanishining oldini olish uchun chov-yorg'oq kanali sohasida jarrohlik aralashuvini o'tkazishda limfa tomirlariga zarar etkazmaslik uchun iloji boricha harakat qilish kerak.

### **1.2. Ta'rif.**

Moyak qobiqlarining istisqosi yoki gidrotsele - moyakning qin qobig'i ichida seroz suyuqligining to'planishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Normada, bu suyuqlik moyakni o'rab oladi va uning qobiqlaridan yoki yorg'oqning devorlaridan biri hisoblanadi [1].

### **1.3. Profilaktika yoki rehabilitatsiya turlari.**

Gidrotsele profilaktikasi va rehabilitatsiyasi quyidagi jihatlarni o'z ichiga oladi:

- *Tibbiy profilaktika.* Gidrotseleni erta aniqlash va davolash, tushuntirish va ta'lim suhbatlarini o'z ichiga oladi.

- *Tashkiliy tadbirlar.* Uzoq muddatli va og'ir jismoniy zo'riqishlardan qochish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilmaslik va ratsional jinsiy hayot olib borish muhimdir.

- *Tibbiy rehabilitatsiya.* Kasalliklarni jarrohlik yo'li bilan davolashni o'z ichiga oladi.

Bu choralarning barchasi estetik ko'rinishga ega bo'lishga yordam beradi va gidrotsele paydo bo'lganda asoratlarni rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi.

#### **1.4. Ommaviy profilaktika choralari yoki individual profilaktikani o'tkazish tamoyillari.**

- *Axborot berish.* Gidrotselening xavf omillari, alomatlari va oqibatlari haqida jamoatchilikni o'qitish va axborot berish ishlarini olib borish. Bunga ta'lim dasturlarini o'tkazish, tushuntirish suhbatlarini olib borish va profilaktika ma'lumotlarini tarqatish kiradi.

- *Erta aniqlash va davolash.* Gidrotseleni erta aniqlash uchun muntazam tibbiy ko'riklarni rag'batlantirish.

- *Xatarlarni kamaytirish.* Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, jumladan, yomon odatlardan voz kechish, jinsiy hayotni rejalashtirish va og'ir narsalarni ko'tarish kabi kasbiy xavf-xatarlarni istisno qilish.

- *Individual profilaktika.* Maxsus profilaktika usullari mavjud emas.

- *Tizimli yondashuv.* Gidrotseleni erta aniqlash bo'yicha samarali chora-tadbirlarni ta'minlash uchun tibbiyot muassasalari, ta'lim tashkilotlari va jamoat tashkilotlarining hamkorligi.

Ushbu tamoyillar gidrotselening jamoat va individual profilaktikasi, xavfni kamaytirish va reproduktiv tizimning sog'lig'ini yaxshilashga yordam beradi.

## 2. GIDROTSELE PROFILAKTIKASI

### 2.1. Siydik toshi kasalligi profilaktikasining maqsadi.

Gidrotsele profilaktikasining maqsadi ushbu holatning rivojlanishini oldini olish va unga bogʻliq boʻlgan asoratlarni kamaytirishdir.

### 2.2. Birlamchi profilaktika.

Gidrotselening birlamchi profilaktikasi quyidagi tadbirlarni oʻz ichiga oladi:

- *Oʻqitish va axborot berish.* Aholi va tibbiyot xodimlari uchun targʻibot kampaniyalari va taʼlim dasturlarini oʻtkazish. Ushbu dasturlarda gidrotsele va reproduktiv tizim, xavf omillari va profilaktika usullari haqida maʼlumotlarni oʻz ichiga olish kerak.

- *Muntazam tibbiy koʻrikdan oʻtish.* Urolog yoki androloglarda muntazam koʻrikdan oʻtish, ayniqsa oʻsmirlik davrida, gidrotselening dastlabki bosqichlarini aniqlashga yordam beradi. Ushbu koʻriklar barcha oʻsmirlar va yuqori xavfga ega boʻlganlar uchun oʻtkazilishi kerak.

- *Ota-onalar uchun ogohlantirishlar.* Ota-onalar va oʻsmirlar uchun masʼul shaxslar bolaning rivojlanishiga va uning reproduktiv tizimiga eʼtibor berish zarurligi haqida ogohlantirishlari kerak.

- *Jarohatlar profilaktikasi.* Erkaklarda, ayniqsa oʻsmirlarda gidrotselening paydo boʻlishi, rivojlanishiga olib kelishi mumkin boʻlgan travmatik hodisalarning oldini olish.

- *Sogʻlom turmush tarzi.* Sogʻlom turmush tarzini ragʻbatlantirish, jumladan, oʻrta meʼyorda ovqatlanish, meʼyorlangan jismoniy faollik, chekish, spirtli ichimliklar va giyohvand moddalarni isteʼmol qilmaslik.

- *Jinsiy hayotni rejalashtirish.* Oila qurishni rejalashtirish va jinsiy hayot boʻyicha taʼlim dasturlari va maslahatlar. Masʼuliyatli jinsiy aloqalarni ragʻbatlantirish.

Birlamchi profilaktika tadbirlari muntazam ravishda oʻtkazilishi va oʻsmirlarni ham, kattalarni ham qamrab olishi kerak. Ular tibbiyot xodimlari, oʻqituvchilar va jamoat tashkilotlari tomonidan amalga oshirilishi kerak. Tadbirlar jadvali va joyi maqsadli auditoriya va manbalar mavjudligiga qarab oʻzgartirilishi mumkin.

### 2.3. Skrining

Gidrotsele mavjudligida, xavfni aniqlash va ushbu holatlarni erta aniqlash uchun skrining maqsadga muvofiq boʻlishi mumkin. Hidrotsele uchun standart skrining usullari – bu yorgʻoq organlarini paypaslash va Doppler UTT tekshiruvidir.

Skrining oʻtkazilishiga qoʻyiladigan talablar:

- *Maqsadli auditoriya.* Oʻsmirlar va kattalar.

- *Oʻtkazish vaqti.* Skrining urolog va androloglarning muntazam tibbiy koʻriklari paytida, shuningdek, bemorlar tegishli shikoyatlar bilan (masalan, yorgʻoq sohasining kattalashishi va undagi ogʻriqlar) murojaat qilganda oʻtkazilishi mumkin.

- *Oʻtkazish joyi.* Tibbiyot muassasalari, jumladan, malakali urolog yoki androloglar ishlaydigan klinikalar va kasalxonalar.

- *Tibbiyot xodimining malakasi.* Hidrotsele skriningi tibbiy xodimlar, shu jumladan urologlar, androloglar va jarrohlardan tomonidan oʻtkazilishi kerak. Ushbu

mutaxassislar gidrotseleni aniqlash va baholash uchun tegishli tibbiy malaka va tajribaga ega bo'lishi kerak.

Bu holatdagi skrining, masalan, ommaviy protsedura emas, balki tibbiy ko'riklar paytida va bemorlar tegishli muammolarga duch kelganda amalga oshiriladi.

#### **2.4. Ikkilamchi profilaktika.**

Gidrotselening ikkilamchi profilaktikasi bemorlarda ushbu holatni erta aniqlash va davolashga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- *Muntazam tibbiy ko'rikdan o'tish.* Gidrotseleni rivojlanish xavfi bo'lgan bemorlar, ayniqsa o'smirlar va erkaklar (chov-yorg'oq sohasida jarrohlik aralashuvlari o'tkazilgan) urologlar, androloglar yoki jarrohlar tomonidan muntazam tibbiy ko'rikdan o'tishlari kerak. Ular gidrotseleni aniqlashga yordam beradi.

- *Bemorga ta'lim berish faoliyati.* Ikkilamchi profilaktika bemorlar va ularning oila a'zolarini gidrotsele belgilari, ehtiyot choralari va muntazam tekshiruvlarning ahamiyati haqida ma'lumot berishni o'z ichiga oladi. Bemorlarga alomatlar paydo bo'lganda qanday aloqa qilish kerakligi haqida ma'lumot berilishi kerak.

- *O'zini-o'zi tekshirish.* Bemorlarga, ayniqsa yuqori xavf ostida bo'lganlarga, gidrotsele belgilari uchun o'zini-o'zi tekshirishga o'rgatish mumkin. Bu o'zini-o'zi paypaslash va yoog'oqni vizual tekshirishni o'z ichiga olishi mumkin.

- *Profilaktik choralari.* Bemorlarga profilaktika choralari ko'rish tavsiya qilinishi mumkin, masalan, qattiq suzish ishtonlarini kiyish va jarohatlardan qochish.

- *Ixtisoslashgan maslahatlar.* Gidrotseleni rivojlanish xavfi bo'lgan bemorlar zarurat tug'ilganda urolog va androloglar maslahatidan o'tishlari kerak. Bu yorg'oq organlarining UTT va doppler skanerlash kabi diagnostik tekshiruvlarni o'z ichiga olishi mumkin.

- *Individual parvarish rejalarini ishlab chiqish.* Ba'zi hollarda, chov-yorg'oq sohasida jarrohlik aralashuvlari o'tkazilgan bemorlarda qaytalanish yoki asoratlar xavfini boshqarish uchun individual parvarish rejaları talab qilinishi mumkin.

Ikkilamchi profilaktika muntazam bo'lishi va mutaxassislar bilan tekshiruvlar va maslahatlarni o'z ichiga olishi kerak. Urolog-androlog va jarrohlar ikkilamchi profilaktika va gidrotseleni davolash bo'yicha tegishli makaga ega bo'lishlari kerak.

#### **2.5. Uchlamchi profilaktika.**

Spetsifik profilaktika usullari mavjud emas.

### **3. GIDROTSELE REABILITATSIYASI.**

#### **3.1. Reabilitatsiyaning maqsadi.**

Reabilitatsiyaning maqsadi – gidrotsele bo'yicha jarrohlik amaliyotlari amalga oshirilgan bemorlarning sog'lig'ining eng yaxshi tiklanishini, estetik ko'rsatkichlar va hayot sifatini yaxshilashni ta'minlashdan iborat.

#### **3.2. Zararlangan a'zo yoki tizimning buzilgan funktsiyalarini to'liq yoki qisman tiklash yoki yo'qolgan funktsiyalarni qoplash.**

Spetsifik reabilitatsiya usullari mavjud emas.

#### **3.3. O'tkir rivojlangan patologik jarayonning tugashi paytida tananing faoliyatini ushlab turish.**

Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda spetsifik reabilitatsiya usullari mavjud emas.

#### **3.4. SHikastlangan organlar yoki tana tizimlari funktsiyalarini extimoliy buzilishini oldini olish, erta tashxislash va korrektsiya qilish.**

Gidrotsele mavjudligida reabilitatsiya qilish shuningdek, shikastlangan organlar yoki tana tizimlarining mumkin bo'lgan buzilishlarining oldini olish, erta tashxislash va tuzatishni o'z ichiga oladi. Bu bemorning tiklanish jarayonidagi muhim jihatdir, chunki bu kasalliklar bilan bog'liq uzoq muddatli oqibatlar va asoratlarni oldini olish yoki minimallashtirishga yordam beradi. Erta aralashuv va buzilishlarni tuzatish bemorlarning normal faoliyatini tiklashga va spermatogenezni yaxshilashga yordam beradi.

#### **3.5. Nogironlikning oldini olish va ehtimolini pasaytirish.**

Gidrotsele mavjudligida bepustlik ehtimolini kamaytirish va oldini olish bo'yicha choralar mavjud emas. Ushbu holatlarni erta aniqlash, shuningdek, samarali davolash va reabilitatsiya choralari mumkin bo'lgan funktsional cheklovlarning oldini olishga, hayot sifatini yaxshilashga va asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradi.

#### **3.6. Hayot sifatini yaxshilash.**

Gidrotsele mavjudligida hayot sifatini yaxshilash uni erta aniqlash, etarli darajada davolanish va keyingi reabilitatsiya bilan bog'liq. Ushbu holatlarning oldini olish va davolash bo'yicha samarali chora-tadbirlar nafaqat reproduktiv salomatlikni saqlashga, balki bemorlarning psixologik va ijtimoiy farovonligini yaxshilashga ham yordam beradi. Zamonaviy diagnostika va davolash usullaridan foydalanish imkoniyatini ta'minlash, shuningdek, reabilitatsiya jarayonida qo'llab-quvvatlash gidrotsele bilan duch kelgan insonlarning to'liq va farovon hayotini ta'minlashda muhim rol o'ynaydi.

#### **3.7. Bemorning mehnat qobiliyatini saqlab qolish.**

Gidrotsele bo'lgan bemorning mehnat qilish qobiliyatini saqlab qolish tibbiy yordamning muhim jihati hisoblanadi. Tashxis, davolash va keyingi reabilitatsiyaning samarali usullari nafaqat sog'lig'ini tiklashga, balki bemorni faol hayot darajasida saqlashga ham qaratilgan.

### **3.8. Bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.**

Tibbiy reabilitatsiya bilan bir vaqtda bemorni ijtimoiy qo'llab-quvvatlash va jamiyatga moslashishni ta'minlash muhim ahamiyatga ega. Bu psixologlar bilan maslahatlashishni, shuningdek, ijtimoiy muhitga integratsiyani qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga olishi mumkin.

Reabilitatsiyaning maqsadi bemorni to'liq hayotga qaytarish, uning mustaqilligini va jamoat hayotidagi ishtirokini ta'minlashdir. SHu bilan birga, har bir bemorning individual xususiyatlarini hisobga olish va unga reabilitatsiya jarayonining barcha bosqichlarida qo'llab-quvvatlash va zarur yordamni ko'rsatish muhimdir.

## **4. UCH TURDAGI PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYANI O'TKAZISHGA KO'RSATMALAR.**

Gidrotseda uch turdagi profilaktika va reabilitatsiya ishlarini o'tkazish kasallikning turli bosqichlariga mos keladigan aniq ko'rsatmalarga ega. Birlamchi profilaktika gidrotseni erta aniqlash va davolash qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika allaqachon gidrotsele belgilariga ega bo'lgan insonlarga, shu jumladan samarali davolash usullarini va retsidivlarning oldini olishni o'z ichiga oladi. Uchlamchi profilaktika reproduktiv tizimlarning funktsional imkoniyatlarini tiklash va pasayishning oldini olish uchun erishilgan davolash natijalarini saqlab qolish, mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish va sifatli reabilitatsiyani ta'minlashga qaratilgan.

## **5. PROFILAKTIKA TURLARINI O'TKAZISHNI ANIQLASH MEZONLARI (XALQARO STANDARTLAR, DALILLARGA ASOSLANGAN TIBBIYOT MA'LUMOTLARIGA MUVOFIQ).**

Gidrotselening samarali profilaktikasi va reabilitatsiyasi uchun xalqaro standartlar va dalillarga asoslangan tibbiyot mezonlari bilan belgilanadigan turli jihatlarni hisobga olish kerak. Birlamchi profilaktikada asosiy e'tibor chrv-yorg'oq sohasida o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlari kabi xavf omillarini erta aniqlash va muntazam tibbiy ko'rikdan o'tishga qaratiladi. Ikkilamchi profilaktika tibbiy aralashuvni talab qiladigan gidrotselening klinik ko'rinishi bo'lgan bemorlarga qaratilgan. Uchlamchi profilaktika va reabilitatsiya davolashdan keyingi holatni kuzatish, muntazam ravishda keyingi tekshiruvlar va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni kamaytirish uchun terapiya samaradorligini baholashni o'z ichiga oladi. Barcha mezonlar ushbu nozologiyaning profilaktikasi va reabilitatsiyasi uchun individuallashtirilgan va samarali yondashuvni ta'minlagan holda, yuqori tibbiy standartlarga mos kelishi kerak.

## **6. REABILITATSIYA MUOLAJALARINING BOSQICHI VA KO'LAMINI ANIQLASH MEZONLARI**

Ishlab chiqilmagan.

## **7. REABILITATSIYA BOSQICHLARI VA KO'LAMI**

Maxsus reabilitatsiya usullari mavjud emas.

## **8. TIBBIY PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYA DARAJASI KO'RSATILGAN DIAGNOSTIKA CHORALARI.**

Maxsus reabilitatsiya usullari mavjud emas.

**9. DARAJASI KO'RSATILGAN TIBBIY PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYA TAKTIKASI.**

Maxsus reabilitatsiya usullari mavjud emas.

**10. PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA TADBIRLARI SAMARADORLIGI INDIKATORLARI**

Maxsus reabilitatsiya usullari mavjud emas.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

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.