

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**

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

Тошкент – 2025

**“КЕЛИШИЛДИ”**

Республика ихтисослаштирилган  
урология илмий-амалий тиббиёт



маркази директори

Ш.Т. Мухтаров

” “ \_\_\_\_\_ ” 2025 йил

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

Тошкент – 2025

## **МУНДАРИЖА**

<b>«ПРИАПИЗМ» НОЗОЛОГИСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ</b>	<b>5</b>
<b>«ПРИАПИЗМ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ</b>	<b>49</b>
<b>«ПРИАПИЗМ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ</b>	<b>59</b>

**«ПРИАПИЗМ»  
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 – N48.3 ва ХКТ-11 – GB06.1 шифрли Приапизм (Priapism) билан касалланган беморларни даволаш, реабилитация ва профилактикаларини олиб боришда қўлланма ҳисобланиб, ундан Республиканинг барча тиббиёт даволаш-профилактика муассасаларининг урологлари фойдаланишлари мумкин.

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

ХКТ-10	
Код	Номи
N48.3	Приапизм <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N48.3">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N48.3</a>

ХКТ-11	
Код	Номи
GB06.1	Приапизм <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1983776037">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1983776037</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).

### Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

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

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

**Гайбуллаев Асилбек Асадович** – “European Medical University” 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 мудир, тиббиёт фанлари доктори.

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

**Рахматов 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 мудир, 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 мудир.

**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.

**Иноятов 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:**

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

**Фозилов Абдуқодир Абдукаххорович** – РИУИАТМ уролог-андрологи.

**Нуриддин Хусниддин Зафариддин ўгли** –РИУИАТМ илмий-лаборанти, кичик илмий ходим.

#### **Тақризчилар:**

**Ризоев Хайриддин Хайруллоевич** – т.ф.н., Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош урологи, Абуали ибни Сино номли Тожикистон давлат тиббиёт университети урология кафедраси доценти.

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

#### **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 Саидахрор 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 касаллик 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.**

Приапизм 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.

Приапизм бу жинсий олатнинг тегишли стимуляция мавжуд бўлмаганда узок муддатли, қаттиқ эрекцияни сақлаб туриши кўринишидаги бузилишидир. Таърифлар эрекциянинг давомийлиги бўйича фарқ қилади, аммо тўрт соат ёки ундан кўпроқ давом этадиган ҳар қандай эрекция одатда приапизм ҳисобланади.

Ушбу касалликнинг учта асосий тоифаси мавжуд: ишемик, ноишемик ва қайталанувчи (рецидивланувчи). Приапизмнинг ишемик сабаблари шошилич ҳолат бўлиб, тўлиқ ва доимий эректил дисфункция билан асоратланиши мумкин бўлган жинсий олатни шикастланишининг олдини олиш учун дарҳол аралашувни талаб қилади. Ушбу касалликни шошилич даволаш детумесценцияга эришишга қаратилган [1, 2]. Приапизм бу жинсий олатни эрекция ва детумесценцияни назорат қиладиган гемодинамик тизимларнинг бузилиши касаллигидир. Приапизм нисбатан кам учрайди, 100 000 кишига 1,5 тани ташкил қилади [3].

Эректил қобилиятнинг функционал тикланиши учун эрта аралашув жуда муҳим аҳамиятга эга. Агар даволамаса, жинсий олат тўқималарининг некрози ва охир-оқибатда доимий эректил дисфункция билан бирга фиброз юзага келади. Приапизмни замонавий даволаш учта мақсадга эришишга қаратилган: шошилич ҳолатни бартараф этиш, эректил функцияни сақлаб қолиш ва қайталанишнинг олдини олиш [4].

### 2.2. Умумий таърифи.

*Приапизм* – жинсий олатнинг жинсий стимуляция билан боғлиқ бўлмаган 4 соатдан ортиқ давом этадиган барқарор эрекцияси [5, 6].

### 2.3. Приапизмнинг таснифи.

Шошилич вазиятларда приапизмнинг иккита асосий патофизиологик вариантлари фарқлаш муҳим: ишемик (паст оқим) ва ишемик бўлмаган (юқори оқим) приапизм. Ушбу вариантларнинг ҳар бири ўзига хос этиологияга, диагностика мезонларига ва даволаш усулларига эга [5].

**Ишемик приапизмни** жинсий олатнинг компартмент синдроми деб ҳисоблаш мумкин. Приапизмнинг бу тури шошилич аралашувни талаб қилади, чунки у жинсий олатнинг фиброзига ва эректил дисфункцияга (ЭД) олиб келиши мумкин. Ишемик приапизм тўқималарда кислород етишмаслиги туфайли юзага келади, бу эса 4-10 соатдан ортиқ давом этадиган узок муддатли эрекция пайтида гиперкарбия ва ацидозга олиб келади. Ишемик приапизм йўқолмайдиган оддий эрекциядан кейин пайдо бўлиши мумкинлигини таъкидлаш муҳим.

**Ишемик бўлмаган приапизм**, бошқа томондан, кўпинча чаноқ суяги ёки жинсий олатнинг жароҳатланиши билан боғлиқ, масалан, йиқилиш вақтида ёки зарба натижасида олинган жароҳатлар. Бундай ҳолда, каверноз артерия ёки каверноз синусларнинг бузилиши содир бўлади, бу артериал-синусоидал оқма (фистула) шаклланишига олиб келиши мумкин. Ишемик бўлмаган приапизм симптомлари жароҳатдан бир неча соат ёки кунлар ўтгач пайдо бўлиши мумкин ва одатда бир неча кун ёки ҳафта давомида тунги эрекциядан кейин сезиладиган қисман барқарор эрекцияни ўз ичига олади [6].

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

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

Приапизм билан ҳасталанган беморни дастлабки баҳолашда аномал эрекциянинг аниқ давом этиш вақтини аниқлаш керак. Ҳолатнинг тарихи ва давомийлиги унинг асосий этиологиясини аниқлашда фойдали бўлиб, бемор ҳис қилаётган приапизмнинг муайян турини аниқлашга ёрдам беради. Муҳим клиник саволлар ўз ичига симптомларнинг давомийлиги, қўлланилган ҳар қандай даволаш ёки инъекцияли терапия, приапизм эпизодигача бўлган эректил функция, приапизмнинг олдинги эпизодлари ва даволаш усуллари, жорий дори воситалари ва приапизм ривожланишига сабаб бўладиган ўроксимон-ҳужайрали анемия ёки жинсий олат, чаноқ суяги ёки оралиқнинг шикастланиши каби ҳар қандай асосий касалликлар тарихини олади. Тақиқланган наркотик моддаларини истеъмол қилиш ва алкогольдан мастлик ҳолатлари ишемик приапизм ҳолатларининг 21 фоизда сабабчи омиллар бўлиб ҳисобланади [5]. Бундан ташқари, оғриқнинг мавжудлиги ёки йўқлиги ушбу касалликнинг ишемик ва ноишемик сабабларини фарқлашга ёрдам беради, чунки оғриқсиз намоён бўлиши ноишемик патологияни назарда тутди. Фақат жуда камдан-кам ҳолларда ва ўта оғир ҳолатларда ишемик приапизм гангрена билан бирга кечади, бу охир-оқибат жинсий олатнинг қисман ёки тўлиқ некрозига олиб келади [7].

Физикал кўрикда артериал юқори оқим приапизмини кўрсатиши мумкин бўлган ва ишемик ҳолатларда одатда мавжуд бўлмайдиган ҳар қандай пулсациялар мавжудлигини аниқлаш учун жинсий олатни пайпаслаб кўриш керак. Ишемик приапизмда каверноз (ғоваксимон) таначалар қаттиқ ва тўлиқ эрекцияланган бўлади. Улар одатда пайпаслашда бироз оғриқли. Олат бошчаси юмшоқ бўлади ёки фақат қисман қон билан тўлади, лекин қаттиқ бўлмайди. Оғриқлик ёки қисман шишган каверноз қисмининг йўқлиги одатда ноишемик касалликнинг ташхиси тўғрисида кўпроқ далолат беради.

Ноишемик ёки юқори оқимли приапизмда одатда ишемик приапизмга қараганда қаттиқликнинг пасайиши ва анча камроқ даражада оғриқ кузатилади. Игна билан инъекция қилиш, оралиқнинг жароҳатли шикастланиши ёки яқинда ўтказилган урологик муолажалар асосий кўзгатувчи ҳолат бўлиши мумкин. Жинсий аъзолардан ташқари, оралиқ ва қорин бўшлиғини травма, кўкариш мавжудлиги ёки ҳатарли бўлиши эҳтимоли белгилари учун пухталиқ билан текшириш керак. Батафсил анамнез ва физик текширув асосий этиологияни аниқлашга ёрдам беради.

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

Приапизм диагностикаси ишемик ёки ноишемик приапизм турини аниқлаш учун анамнезни пухта йиғиш ва физикал кўриқдан бошланади. Асосий диагностика мезони бўлиб, эрекция давомийлиги ва оғриқнинг мавжудлиги ҳисобланади. Кучли оғриқ ва каверноз таначаларининг қаттиқлиги билан бирга кечадиган ишемик приапизмда қайтарилмас оқибатларнинг олдини олиш учун шошилишч диагностика жуда муҳимдир.

Ташҳисни тасдиқлаш ва приапизм турларини фарқлаш учун каверноз таначалардан қон газларининг таҳлиллари фойданилади. Ишемик приапизм ҳолатида қон тўқ рангда, таркибида кислород даражаси паст ( $pO_2 < 30$  мм.сим.уст.), карбонат ангидрид юқори даражада ( $pCO_2 > 60$  мм.сим.уст.) ва ацидоз ( $pH < 7,2$ ) бўлади. Ноишемик приапизмда қон кўрсаткичлари меъёрга яқинроқ бўлади.

Шунингдек, жинсий олатнинг ультратовушли доплер текширувини ўтказиш ҳам муҳимдир, бу каверноз артерияларда қон оқимини баҳолашга ёрдам беради. Ишемик приапизмда қон оқими мавжуд бўлмайди ёки сезиларли даражада пасайган бўлади, ноишемик приапизмда эса қон оқими нормал ёки кўпайган бўлади. Қўшимча тарзда, эҳтимолли ўсмалар ёки қон томир аномалияларини аниқлаш учун магнит-резонанс томография (МРТ) буюрилиши мумкин.

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

Лаборатория диагностикаси усуллари беморнинг аҳволини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашда муҳим рол ўйнайди. Улар нафақат ташҳисни тасдиқлашга, балки мумкин бўлган патологияларни аниқлашга ёрдам беради, бу айниқса мураккаб ва ноаниқ клиник ҳолатларда муҳим ҳисобланади.

#### **Асосий лаборатор текширув усуллари:**

1. *Умумий қон таҳлили (УҚТ)*. Бу яллиғланиш белгилари (лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши), анемия (гемоглобин даражасининг пасайиши), тромбоцитопения ёки – қон ҳужайраларининг ҳосил бўлиши тизимининг бошқа бузилишларини аниқлашга ёрдам берадиган биринчи ва энг ахборотли тестлардан биридир. УҚТ шунингдек, бемор танасининг умумий ҳолатини баҳолашга имкон беради.
2. *Биокимёвий қон таҳлили*. Электролитлар даражасини, жигар ва буйраклар фаолиятини (креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ), глюкоза даражасини, липидларни ва метаболит ҳолатининг бошқа кўрсаткичларини аниқлашни ўз ичига олади. Ушбу таҳлил касалликни кўзгатадиган ёки мураккаблаштирадиган метаболит касалликларни истисно қилиш учун муҳимдир.
3. *Қондаги газлар таҳлили*. Ушбу тест приапизм турларини фарқлаш учун амалга оширилади. Ишемик приапизм ҳолатида, каверноз таначалардаги қон таркибида кислород миқдори кам даражада, карбонат ангидрид юқори даражада ва pH паст даражада бўлади, бу қон оқими ва кислород алмашинувининг бузилганлигини кўрсатади.
4. *Умумий сийдик таҳлили (УСТ)*. Урологик касалликларга ҳамроҳ бўлиши мумкин бўлган сийдик йўллари инфекциялари белгиларини аниқлаш имконини беради. Оқсил, лейкоцитлар, эритроцитлар ёки бактериялар мавжудлиги сийдик тизимидаги яллиғланиш жараёнлари хақида далолат бериши мумкин.

#### **Қўшимча лаборатор текширув усуллари:**

1. *Коагулограмма*. Қон ивиш тизимини баҳолаш гемостаз бузилишларини истисно қилиш учун зарур, айниқса тромб ҳосил бўлиш хавфи мавжуд бўлганда ёки жарроҳлик аралашувини ўтказишни режалаштиришда. У

протромбин вақтини (ПВ), халқаро нормаллаштирилган нисбатни (ХНН), фибриноген даражасини ва бошқа параметрларни аниқлашни ўз ичига олади.

2. *Гормонал текширувлар.* Тестостерон, пролактин, лютеинловчи гормон (ЛГ) ва фолликулостимулловчи гормон (ФГ) даражасини ўрганиш, агар андрологик касалликларнинг сабаби бўлиши мумкин бўлган гипогонадизм каби гормонал касалликларга шубҳа қилинганда фойдали бўлиши мумкин.
3. *Бактериологик текширувлар.* Юқумли асоратларга шубҳа қилинган ҳолларда патоген микроорганизмларни аниқлаш ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун сийдик ёки бошқа биологик суюқликларни экиш амалга оширилади. Бу усул мақсадли равишда антибиотик терапияни танлашга ёрдам беради.
4. *Цитологик текширув.* Агар беморда хатарли жараёнларнинг мавжудлигига шубҳа қилинганда (масалан, гематурия бўлса), сийдик ёки бошқа биологик материалларнинг цитологик текшируви атипик хужайраларни аниқлаши мумкин, бу эса кейинги чуқур текширувни талаб қилади.
5. *Молекуляр генетик тестлар.* Баъзи ҳолларда, айниқса, ирсий ёки генетик патологияларга шубҳа туғилганда, баъзи касалликларга мойиллик билан боғлиқ мутациялар ёки полиморфизмларни аниқлаш учун генетик текширувларни ўтказишга кўрсатмалар бўлиши мумкин.

Лаборатория усуллари клиник ва инструментал текширувлар билан биргаликда диагностикага комплекс ёндашувни таъминлайди ва ҳар бир бемор учун энг самарали даволаш тактикасини танлаш имконини беради.

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

Приапизмни ташхислашнинг инструментал усуллари унинг шаклини (ишемик ёки ноишемик) аниқлашга ва жинсий олатдаги структуравий ўзгаришларни баҳолашга қаратилган бўлиб, бу тўғри даволаш тактикасини ўз вақтида танлаш ва жиддий асоратларни олдини олиш имконини беради.

#### **Асосий инструментал текширув усуллари:**

1. *Жинсий олат томирларининг доплер ултратовуш текшируви (доплерография).* Допплерография ишемик ва ноишемик приапизмни дифференциал диагностикасининг асосий усули ҳисобланади. Бу усул жинсий олатнинг ғоваксимон (каверноз) таначаларида қон оқимини баҳолаш имконини беради. Ишемик приапизмда каверноз таначаларни озиклантирадиган артерияларда қон оқимининг йўқлиги ёки сезиларли даражада пасайиши кузатилади. Ноишемик приапизм мавжуд бўлса, қон оқими сақланиши ёки кўпайиши мумкин, бу артериовеноз шунтнинг мавжудлигини кўрсатади.
2. *Кавернозография.* Бу қон томирлари ва артериовеноз шунтларнинг шикастланишини аниқлаш учун ишлатиладиган рентгенологик текширув усулидир. Жинсий олатнинг ичига контрастли восита юборилади, шундан сўнг бир қатор рентген суратлари олинади, бу каверноз таначаларнинг томирли тўрини визуаллаштириш имконини беради. Ушбу усул кўпроқ ноишемик приапизмда артериовеноз фистула (оқма) мавжудлигини ёки

жароҳатланишдан келиб чиққан томирларнинг шикастланишини баҳолаш учун қўлланилади.

3. *Жинсий олат ва чаноқ аъзоларининг МРТ (магнит-резонанс томография).* МРТ - юмшоқ тўқималарни визуаллаштиришнинг юқори даражали ахборотли усули бўлиб, у каверноз таначаларнинг ҳолатини баҳолаш ва некроз ёки фиброз майдонларини, айниқса узоқ давом этган ишемик приапизмни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин. МРТ шунингдек, чаноқ соҳасининг бошқа мумкин бўлган патологияларини, масалан, янги ўсмалар ёки приапизмни қўзғатадиган яллиғланиш жараёнларини истисно қилишга ёрдам беради.

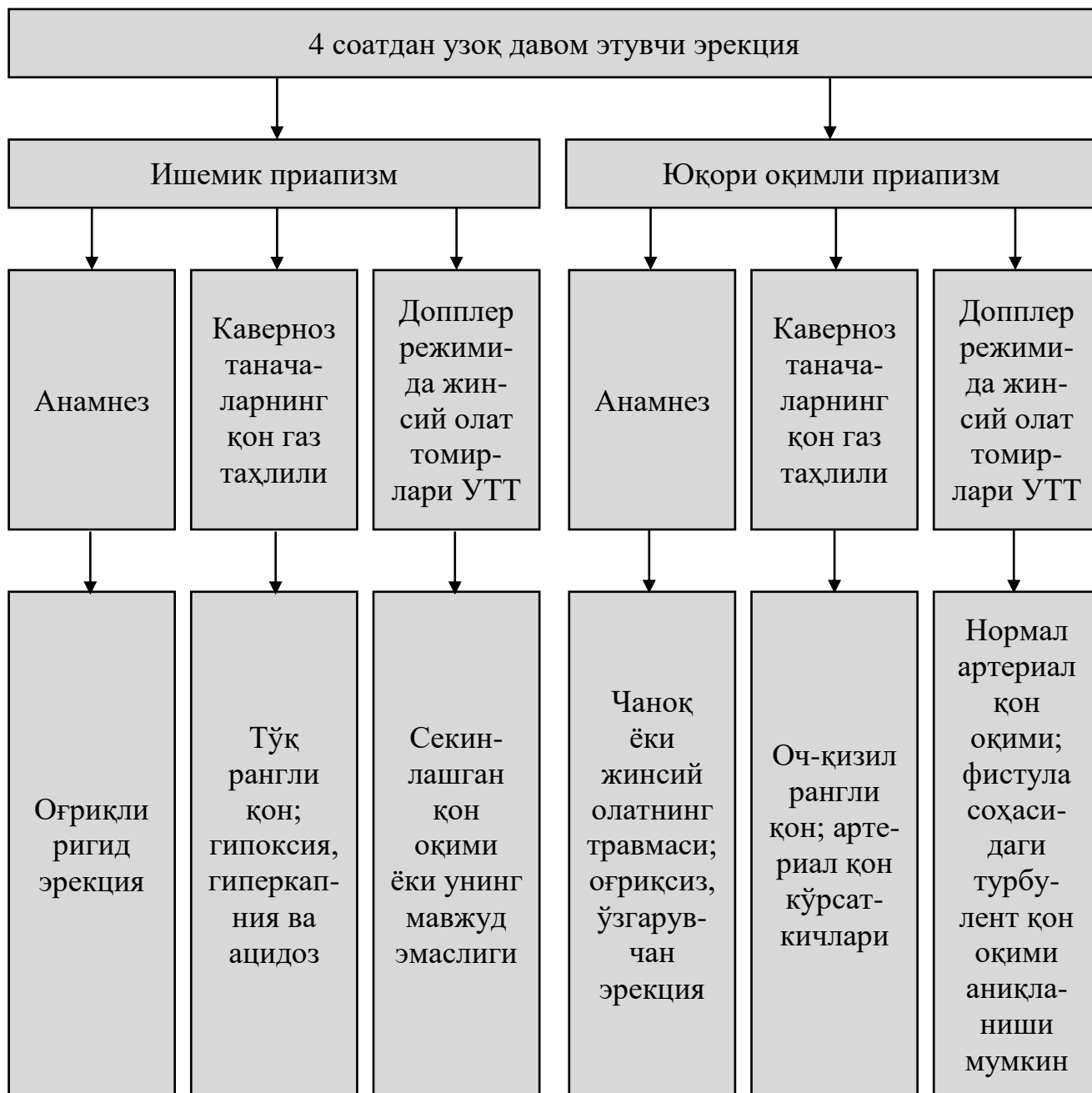
#### **Қўшимча инструментал текширув усуллари:**

1. *Кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви (УТТ).* Кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви простата бези, қовуқ ва уруғ пуфакчаларининг ҳолатини баҳолашга имкон беради. Бу усул приапизм ёки қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар ёки сийиш қийинлишуви каби ҳамроҳ аломатларга олиб келиши мумкин бўлган бошқа сийдик-таносил тизимлари патологияларини истисно қилиш учун фойдалидир.
2. *Жинсий олат ангиографияси.* Ангиография, асосан, ноишемик приапизмни ташхислаш ва кейинги даволаш учун, айниқса жинсий олат артерияларининг шикастланишига шубҳа қилинганда, травмада қўлланилади. Ушбу усул артериовеноз шунтнинг жойлашиш жойини аниқ аниқлаш ва унинг эмболизациясини режалаштириш имконини беради, бу ҳам диагностик, ҳам даволовчи муолажа бўлиши мумкин.
3. *МСКТ.* МСКТ приапизмни ташхислашнинг асосий усули бўлмаса-да, у кичик чаноқ аъзоларининг ҳолатини баҳолаш ва ноишемик приапизмга олиб келиши мумкин бўлган ўсмалар, травмалар ёки бошқа касалликларни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин.
4. *Ретроград ва микцион уретрография.* Гарчи уретрография приапизмни ташхислашнинг асосий усули бўлмаса-да, уни алоҳида ҳолатларда, айниқса травматик приапизм ёки эрекциянинг узоқ муддатли ва оғриқли ҳолати билан бирга кечадиган уретранинг шикастланишига шубҳа қилинган ҳолларда қўллаш мумкин. Мисол учун, приапизмга олиб келадиган жинсий олат ёки ораликнинг жароҳатланишида, уретранинг ёрилиши ёки шикастланишини истисно қилиш керак бўлиши мумкин.
5. *Цистоуретроскопия.* Ушбу усул, уретра ва сийдик пуфагининг ички юзасини уларнинг шикастланиши ёки анатомик аномал ҳолатларга шубҳа қилинганда, визуаллаштириш имконини беради. Баъзи ҳолларда цистоскопия приапизмга ўхшаш аломатлар билан намоён бўлиши мумкин бўлган бошқа урологик касалликларни ташхислаш ва истисно қилишда фойдали бўлиши мумкин.

Приапизмни ташхислашнинг инструментал усуллари касалликнинг шаклини аниқ аниқлаш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни аниқлаш имконини беради. Жинсий олат томирларининг доплерографияси ва МРТ ишемик ва ишемик бўлмаган приапизмни дифференциал ташхислашда ёрдам берадиган асосий усуллар бўлиб, сабабларни аниқлаш ва ҳамроҳ патологияларни

баҳолаш учун кичик чаноқ аъзоларининг УТТ ва жинсий олатни ангиографияси каби ёрдамчи усуллардан фойдаланиш мумкин.

### 3.5. Ташҳислаш алгоритми.



### 3.6. Бошқа мутахассислар маслаҳати.

Аксарият ҳолларда приапизмни ташҳислаш ва даволашда бошқа мутахассислар маслаҳатидан ўтиш талаб этилмайди. Бироқ, приапизмнинг асоратланган шакларида ёки ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлганда, тегишли тиббиёт соҳасидаги мутахассислар маслаҳатидан ўтиш талаб қилиниши мумкин. Биринчи навбатда, ишемик приапизмга сабаб бўлиши мумкин бўлган ўроқсимон-хужайрали анемия ёки қон ивишининг бошқа турдаги бузилишлари каби гематологик касалликларга шубҳа бўлганда, гематолог маслаҳати зарур бўлади. Гематолог қоннинг ҳолатини баҳолашга ва приапизмнинг қайталанувчи

эпизодларини олдини олиш учун асосий касалликни даволаш тактикасини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Приапизм ривожланишига ёрдам бериши мумкин бўлган гормонал дисфункциялар каби эндокрин касалликларни аниқлашда эндокринологни жалб қилиш ҳам муҳимдир. Травматик ёки невроген приапизм ҳолатларида асаб тизими ёки тўқималарининг шикастланишини ташхислаш ва даволаш учун невролог ёки травматолог маслаҳати талаб қилиниши мумкин. Ушбу кўп тармоқли ёндашув приапизмнинг асосий сабабларини ўз вақтида ташхислаш ва бартараф этиш имконини беради, бу эса айниқса эректил дисфункция каби узок муддатли асоратларнинг олдини олиш учун аҳамиятлидир.

### 3.7. Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш

#### Приапизмнинг ҳар хил турларини дифференциал ташхиси

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ишемик приапизм	Оғриқ, узок муддатли эрекция (4 соатдан ортик), каверноз таначаларга артериал қон оқимининг йўқлиги билан тавсифланади, бу эса некрозга олиб келиши мумкин.	Допплерография билан УТТ, каверноз қоннинг аспирацияси, қон газининг таҳлили, лактатларга биокимёвий қон таҳлили	УТТга кўра каверноз таначаларда нормал қон оқими, каверноз қондаги нормал газлар, оғриқнинг йўқлиги ёки сезиларли ишемик ўзгаришлар
Ноишемик приапизм	Оғриқ йўқ, анча юмшоқ эрекция, артериал қон оқимининг сақланиши, кўпинча чот ёки жинсий олатни жароҳатланиши натижасида юзага келади.	Допплерография билан УТТ, кавернозография	УТТга кўра артериал қон оқимининг пасайиши, ишемия белгилари билан қон аспирацияси (паст даражадаги кислород, юқори даражада карбонат ангидрид), кучли оғриқ синдроми
Жинсий олатнинг чуқур томирлари тромбози	Жинсий олатнинг веноз тизимида тромблар пайдо бўлиши мумкин, бу эса кучли бўлмаган оғриқлар билан узок муддатли эрекцияга олиб келиши	Коагулограмма, Жинсий олатнинг УТТ, МРТ	УТТ ёки МРТда жинсий олатни томирларида тромбнинг йўқлиги, коагулограмманинг нормал кўрсаткичлари, артериал ва веноз қон

	мумкин		оқимининг сақланиши
Ўроқсимон-хужайрали анемияда приапизм	Эрекция анемияда эритроцитларининг агрегацияси натижасида микроциркуляция ва қон томирларининг окклюзияси натижасида юзага келиши мумкин	Умумий қон таҳлили, гемоглобин электрофорези, коагулограмма	Умумий қон таҳлилида ўроқсимон эритроцитларнинг йўқлиги, нормал гемоглобин даражаси, коагуляцион бузилиш белгилари йўқ
Жинсий олатнинг ёки чанок аъзоларининг хавфли ўсмаси	Ўсма жараёнлари томирларни сиқиб қўйиши ва веноз обструкцияни ёки артериал аномалияларни келтириб чиқариши мумкин	Кичик чанок МРТ, агар мавжуд бўлса, ўсма шаклланишининг биопсияси, ПЭТ-КТ	МРТ ва бошқа визуал тадқиқотларда ўсмаларнинг йўқлиги, салбий биопсия, Допплерография маълумотларига кўра нормал қон оқими динамикаси
Нейроген приапизм	Марказий ёки периферик асаб тизимининг шикастланиши натижасида юзага келиши мумкин, бу каверноз таначаларда қон оқимини тартибга солишнинг бузилишига олиб келади	Бош мия ва орқа мия МРТ, электронейромиография	МРТ маълумотларига кўра МАТ патологияларининг йўқлиги, периферик асаб тизимининг нормал функцияси, неврологик касалликларнинг йўқлиги, аномал веноз ёки артериал қон оқимининг йўқлиги

### Приапизмнинг бошқа касалликлар билан дифференциал таъхиси.

Таъхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Таъхисни истисно қилиш мезонлари
Ўткир простатит	Чот ва қориннинг пастки қисмида оғриқлар, дизурия, иситма; эректил дисфункция билан бирга кечиши мумкин, аммо барқарор эрекция билан эмас	Бармоқли ректал текширув, простата беъи УТТ, умумий сийдик таҳлили, ПСА	Сийдикда инфекция йўқдиги, УТТ маълумотларига кўра простатанинг нормал ўлчамлари, ректал текширувда оғриқ йўқлиги

Жинсий олат травмаси	Травматик эрекция ёки жинсий олатнинг деформацияси, фоваксимон таначаларнинг узилиши или жинсий олатнинг синиши ҳолати бўлиши мумкин	Жинсий олатни МРТ ёки УТТ, синганлигига шубҳа бўлганда рентгенография	МРТ ёки УТТда фоваксимон таначаларнинг шикастланишининг йўқлиги, жинсий олатнинг нормал тузилиши, гематома ёки шишнинг йўқлиги
Чаноқ томирлари тромбози	Веноз турғунлиги ва чаноқ томирларининг тромбаланиши оғриқ ва узок муддатли эрекцияга олиб келиши мумкин, аммо кучли ишемиясиз	Чаноқ томирларининг доплерография билан УТТ, кичик чаноқ КТ ёки МРТ	УТТ ёки МРТ маълумотларига кўра чаноқ томирларида тромбларнинг йўқлиги, нормал веноз оқиб чиқиши, кучли оғриқнинг йўқлиги
Жинсий олат лимфостази	Жинсий олатнинг қон айланишининг бузилишисиз лимфатик шишиши, оғриқлик бўлиши мумкин, аммо барқарор эрекция мавжуд эмас	Чаноқнинг лимфа тугунларининг лимфографияси, УТТ	Текширув маълумотларига кўра, лимфа тугунларининг катталаниши ёки лимфа бузилишлари мавжуд эмаслиги
Жинсий олат саратони	Хатарли ўсмалар қон томирларини сиқиб қўйиб, эрекция ва оғриқни келтириб чиқариши, яралар ёки оқинди билан бирга кечиши мумкин	Жинсий олат МРТ, биопсияси, ПЭТ-КТ	МРЕ ёки биопсия маълумотларига кўра ўсимта шаклланишининг йўқлиги, текширилган материалда хатарли ҳужайраларнинг йўқлиги
Периферик нейропатия	Нерв ўтказувчанлигининг бузилиши эрекцияга олиб келиши мумкин, аммо оғриқсиз ва ишемия	Электронеуро- миография, умуртқа МРТ	ЭНМГ маълумотларига кўра, нормал нерв ўтказувчанлиги, МРТда асаб тизимининг шикастланиш

	белгиларисиз; ҳамроҳ аломатлар сенсор бузилишларни ўз ичига олади		белгилари йўқлиги, ишемик приапизмга хос бўлган оғриқларнинг йўқлиги
--	---	--	---

## 4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ.

Приапизм шошилишч тиббий ёрдамни талаб қиладиган кечиктириб бўлмайдиган ҳолатдир, шунинг учун амбулатория даражасида даволаш жуда чекланган. Агар приапизмга шубҳа бўлса, беморни зудлик билан ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун стационар муассасага юбориш керак. Бироқ, касалхонага ётқизилгунга қадар амбулатория даражасида биринчи ёрдам чоралари ва қўллаб-қувватловчи терапия ўтказилиши мумкин. Приапизм шаклига қараб (ишемик, ноишемик, қайталанувчи) даволаш қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

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

Амбулатория даражасида дори-дармонсиз чоралар касалхонага ётқизишдан олдин беморнинг аҳволини барқарорлаштиришга қаратилган. Бироқ, уларнинг самарадорлиги тўғрисида маълумотлар йўқ [8].

- *Позицион манипуляция.* Беморга веноз оқиб чиқишини яхшилаш учун баландроқ ҳолатни сақлаш тавсия этилади. Бу ишемик приапизмда вақтинчалик энгиллик бериши мумкин.
- *Совуқ компресслар.* Чот ёки чов соҳасига муз қўйиш томирларнинг торайиши ва каверноз таначаларга қон оқимини камайишига сабаб бўлиши мумкин, бу эса ишемик бўлмаган приапизмдан вақтинчалик энгиллик беради.

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

Амбулатория шароитида дори-дармонли терапия беморни стационарга олиб боришдан олдин унинг аҳволини барқарорлаштириш учун қўлланилади. Дори-дармонли чоралар чекланган, чунки амбулатория даражасида уларнинг самарадорлиги паст:

- *Аналгетиклар.* Оғриқ синдромини тўхтатиш учун қўлланилади. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НСЯҚП) ёки кучли оғриқларда, одатда, опиоидлар буюрилади.
- *Алфа-адреномиметиклар.* Амбулатория шароитида каверноз таначаларга қон оқимини камайиши учун алфа-адреномиметиклар (масалан, псевдоэфедрин) оғиз орқали қабул қилиниши мумкин. Бироқ, бу вақтинчалик чора бўлиб, якуний даволаш стационар шароитда амалга оширилиши керак.

### Амбулатория шароитида приапизмда қўлланиладиган асосий дори препаратлари рўйхати

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси	Ҳаволалар
Наркотик бўлмаган анальгетик-	Метамизол натрий	500 мг таблеткалар, инъекция учун эритма 250 мг/ мл; 500 мг/мл	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252">https://mediqlab.com/mn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252</a>

лар	Парацетамол	Таблеткалар 200 мг; 500 мг, суспензия 120 мг/5 мл, сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл; шам 50 мг; 100 мг; 125 мг; инфузия учун эритма 250 мг 10 мг/мл 200 мг/ 20 мл; 1000 мг/ 100 мл	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f">https://mediqlab.com/mn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/362O9ITL9D">https://drugs.ncats.io/drug/362O9ITL9D</a>
Ностероид яллиғланиш-га қарши препаратлар	Диклофенак	Таблеткалар 25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг 75 мг; капсулалар 100 мг 25 мг/мл; инъекция учун эритма 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7">https://mediqlab.com/mn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/144O8QL0L1">https://drugs.ncats.io/drug/144O8QL0L1</a>
	Кетопрофен	Инъекция учун эритма 50 мг/мл; 100 мг/2 мл, капсулалар 50 мг; 100 мг; таблеткалар 150 мг; 200 мг 100 мг; 150 мг форте, Ректал шамлар 100 мг	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d">https://mediqlab.com/mn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d</a>
	Ибупрофен	Таблеткалар 200 мг; 400 мг; 800 мг 200 мг; 300 мг; капсулалар 400 мг, 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия, инфузия учун эритма 400 мг/4 мл 4 мл; сироп 800 мг/8 мл 8 мл 100 мг/5 мл, шамлар 60 мг, 125 мг	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73">https://mediqlab.com/mn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73</a>
	Декскетопрофен	Таблеткалар 25 мг инъекция учун эритма 25 мг/2 мл; 50 мг/ 2мл	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/bee5cfc4-f97b-4f64-b7d8-e8c950345480">https://mediqlab.com/mn/bee5cfc4-f97b-4f64-b7d8-e8c950345480</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/6KD9E78X68">https://drugs.ncats.io/drug/6KD9E78X68</a>
	Мелоксикам	Таблеткалар 7,5 мг; 15 мг, инъекция учун эритма 10 мг/1,5 мл; 15 мг/1,5	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/7c563906-24f8-4a4f-8abd-69b1fc313bbe">https://mediqlab.com/mn/7c563906-24f8-4a4f-8abd-69b1fc313bbe</a>

		мл; 5 мг/мл 3 мл, шамлар 7,5 мг; 15 мг		
	Кеторолак	Таблеткалар 7,5 мг; 10 мг инъекция учун эритма 30 мг/мл 1 мл; 2 мл	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/61f5095c-4fab-4386-b191-d23ab8d934a1">https://mediqlab.com/mn/61f5095c-4fab-4386-b191-d23ab8d934a1</a>
Альфа-адреноми-метиклар	Псевдо-эфедрин	Кунига 2-3 марта 30-60 мг дан	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/8e3d6b30-bdee-454b-927e-f8b27bd159b6">https://mediqlab.com/mn/8e3d6b30-bdee-454b-927e-f8b27bd159b6</a>

#### 4.3. Жарроҳлик аралашуви.

Жарроҳлик аралашуви амбулатория даражасида амалга оширилмайди, чунки приапизм ихтисослашган оператив ёрдамни талаб қилади, масалан, каверноз таначалардан қонни аспирация қилиш ёки шунтлаш. Приапизм мавжуд бўлган беморлар шошилиш жарроҳлик аралашуви учун махсус урология бўлимига юборилиши керак.

#### 4.4. Кейинги даволаш.

Приапизмнинг ўткир эпизоди тўхтатилгандан кейин, беморлар, айниқса касалликнинг қайталанувчи шаклларида, қайталанишларнинг олдини олиш учун динамик кузатув олиб боришни тақозо этади. Кейинги амбулатор олиб бориш куйидагиларни ўз ичига олади:

- Асосий касалликни тузатиш (ўроқсимон хужайрали анемия, тромбофилия, эндокрин бузилишлар).
- Қайталанган приапизмда профилактик дори-дармонли терапияни буюриш.
- Ҳаёт тарзини ўзгартириш ва хавф омилларини тузатиш бўйича маслаҳатлар (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, айрим дори-дармонларни қабул қилиш).

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

Амбулатор чора-тадбирларнинг самарадорлиги мезонлари бўлиб куйидагилар хизмат қилиши мумкин:

- Оғриқ синдромининг тўхташи.
- Терапия бошланганидан кейин 2-4 соат ичида эрекциянинг пасайиши ёки унинг тўлиқ бартараф этилиши.
- Дастлабки 24 соат ичида қайталанишларнинг бўлмаслиги.

Даволаш усулларининг хавфсизлиги индикаторлари асоратларнинг мавжуд эмаслиги ҳисобланади, масалан:

- Совуқ компресларни қўллаш жойидаги инфекциялар.
- Дори-дармонлардан ноўя таъсирлар (гипотензия, альфа-адреномиметикларни қўллашда тахикардия).

Приапизмни фақат стационар шароитда самарали даволаш мумкин, шунинг учун амбулатор чоралар фақат вақтинчалик ва қўллаб-қувватловчи хусусиятга эга бўлади.

## 5. ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

Приапизм шошилини чоралар кўришни талаб қиладиган ҳолат бўлиб, даволанишни кечиктириш жинсий олат тўқималарининг шикастланиши, шу жумладан фиброз ва эректил дисфункцияга олиб келиши мумкин. Шунга кўра, касалхонага ётқизиш деярли ҳар доим шошилини ҳисобланади, касалхонага ётқизишнинг режалаштирилган ҳолатлари камдан-кам учрайди ва фақат приапизмнинг айрим қайталанувчи шакллари тааллуқлидир.

### 5.1. Шошилини госпитализация учун кўрсатмалар.

Приапизмга шубҳа қилинган барча беморлар учун шошилини касалхонага ётқизиш кўрсатилади, айниқса вазият 4-6 соат ичида бартараф этилмаса. Асосий кўрсаткичларга қуйидагилар киради:

1. Ишемик (вено-окклюзив) приапизм.
  - Жинсий олатда прогрессив оғриқ.
  - 4 соатдан ортиқ эрекциянинг сақланиши.
  - Эрекция каверноз таначаларнинг ригидлиги ва губкасимон тананинг юмшоқлиги (жинсий олат бошчаси юмшоқ) билан бирга кечади.
2. Қайталанувчи приапизм (анамнезда).
  - Приапизмнинг олдин кечилган эпизодларининг мавжудлиги.
  - Вазият қисқа вақт ичида ўз-ўзидан ҳал этилмайди ва профессионал аралашувни талаб қилади.
3. Ёндош касалликлар.
  - Приапизмни (масалан, ўроқсимон хужайрали анемия, саратон) ривожланишига сабаб бўлиши мумкин бўлган маълум касалликлари бўлган беморларни дарҳол касалхонага ётқизиш керак, чунки ҳолат тез кучайиши мумкин.
4. Амбулатория шароитида дастлабки терапиянинг самарасизлиги.
  - Агар альфа-адреномиметиклар ёки совуқ компрессларни қўллаш каби амбулатор чоралар биринчи соат давомида натижа бермаса.

### 5.2. Режали госпитализация учун кўрсатмалар.

Приапизм мавжуд бўлганда режали касалхонага ётқизиш фақат чекланган ҳолатларда, приапизмнинг қайталанувчи шакллариининг профилактикаси ва даволаш ҳақида гап кетганда мумкин, хусусан:

1. Қайталанувчи приапизм (доимий эпизодлар билан).
  - Приапизмнинг тез-тез эпизодлари бўлган, шошилини ёрдамга муҳтож бўлмаган, аммо кўшимча текширувлар ўтказиш, касалликнинг сабабини аниқлаш ва узоқ муддатли профилактика стратегиясини ишлаб чиқиш учун режалаштирилган касалхонага ётқизишни талаб қиладиган беморлар.
  - Касалликнинг тизимли патологиялар (ўроқсимон хужайрали анемия) билан боғлиқ бўлган сурункали шаклида асосий касалликни тузатиш учун касалхонага ётқизиш зарур.
2. Жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги кузатиш.

- Шунтлаш операцияси ёки бошқа жинсий олатдаги жарроҳлик аралашувини ўтказган беморлар операциядан кейинги кузатув ва қайталанишларнинг профилактикаси учун касалхонага ётқизишни талаб қилиши мумкин.

Шундай қилиб, шошилич касалхонага ётқизиш приапизм мавжуд бўлган беморларни даволашнинг асосий стратегиясидир, чунки бу ҳолатда шошилич тиббий ёрдам талаб қилинади. Режалаштирилган касалхонага ётқизиш фақат қайталанувчи шакллари ва профилактика чоралари учун амалга оширилиши мумкин.

## 6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.

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

#### 6.1.1. Беморни кузатиш картаси:

Приапизмда беморнинг стационар шароитда кузатиш картаси клиник ҳолат, даволаш ва яхшиланиш динамикасининг тўлиқ ҳужжатларини ўз ичига олади. Кузатув харитасининг асосий бўлимлари:

#### 1. Анкета маълумотлари ва касаллик тарихи:

- Беморнинг ФИШ, ёши.
- Симптомлар бошланган сана ва вақт.
- Касалхонага ётқизилган вақтда приапизмнинг давомийлиги.
- Олдинги эпизодлар тарихи (агар мавжуд бўлса).
- Қўзғатувчи омилларнинг мавжудлиги (жароҳатлар, дори-дармонлар, ўроқсимон ҳужайрали анемия ёки хавфли ўсмалар каби касалликлар).
- Дастлабки даволаш ва унинг самарадорлиги.
- Физикал текширув:
- Беморнинг умумий аҳволи.
- Жинсий олатнинг ҳолатини баҳолаш: каверноз таначаларнинг ригидлиги, жинсий олатнинг бошчаси ҳолати, оғриқнинг мавжудлиги.
- Жинсий олатда пульсацияни текшириш (артериал приапизмни истисно қилиш учун).
- Бошқа симптомларнинг мавжудлиги (оғриқ, тери рангининг ўзгариши).

#### 2. Лаборатор ва инструментал ташҳислаш усуллари:

- Қоннинг лаборатория кўрсаткичларини баҳолаш (умумий қон таҳлили, коагулограмма, метаболик бузилишларни истисно қилиш учун биокимёвий таҳлил).
- Каверноз таначаларининг қон газлари таҳлили (ишемик приапизмни истисно қилиш ёки тасдиқлаш).
- Жинсий олатни доплерография билан УТТ (қон оқимини баҳолаш).
- ЭКГ (зарурият бўлган ҳолларда, айниқса юрак-қон томир касалликлари мавжуд беморларда).

#### 3. Олиб борилган даволаш чоралари:

- Терапия бошланган сана ва вақт.
- Дори-дармонли даволаш (альфа-адреномиметикларни киритиш, оғриқни йўқотиш, зарур ҳолларда антибиотикли терапия).
- Жарроҳлик аралашуви (зарурият бўлган ҳолларда): шунтлаш операциялари турлари, каверноз таначаларни пункцияси, дренажлаш.
- Қўшимча муолажалар (совуқ аппликациялар, флеботомия ва бошқалар).

#### 4. Бемор аҳволи динамикасини баҳолаш:

- Даволашнинг ҳар бир босқичида беморнинг аҳволини объектив баҳолаш: жинсий олатнинг ригидлигининг камайиши ёки йўқолиши, оғриқ синдромининг камайиши, нормал қон оқимининг тикланиши.

- Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш, ҳаётий муҳим кўрсаткичларни назорат қилиш.
- Жинсий олатни ҳолати ва тикланиш динамикасини ҳар куни кузатиб бориш амалга оширилади.

#### 5. Кейинги даволаш ва касалхонадан чиқариш режаси:

- Қўшимча текширув ёки жарроҳлик аралашувлар зарурлигини аниқлаш.
- Профилактик чора-тадбирларни режалаштириш (рецидивларнинг олдини олиш учун дори-дармонларни буюриш, асосий касалликни даволашга тузатиш киритиш, агар у аниқланган бўлса).
- Касалхонадан чиқаришга тайёргарлик ва амбулатор кузатиш ва даволаниш бўйича тавсиялар.

Беморнинг кузатиш картаси клиник ҳолатнинг тўлиқ тасвирини ва ўтказилган даволаш самарадорлигини акс эттирувчи асосий ҳужжатдир.

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

Приапизм билан ҳасталанган беморни стационарда йўналтириш тиббий муассасага ётқизилган пайтдан бошлаб бошланади ва тезкор диагностика, шошилич ёрдам ва кейинги даволашга қаратилган бир қатор босқичларни ўз ичига олади. Приапизм кечиктириб бўлмайдиган ҳолат бўлганлиги сабабли, асоратларни минималлаштириш ва қайтарилмас оқибатларнинг олдини олиш учун аниқ ва тезкор даволаш жараёнини ташкил этиш муҳимдир.

Беморнинг маршрут картаси 1-расмда кўрсатилган.

#### **6.2. Ишемик приапизмни даволаш.**

Ўткир ишемик приапизм – бу шошилич даволанишни талаб қиладиган кечиктириб бўлмайдиган ҳолат (ИД: 4С), уни босқичма-босқич олиб бориш керак. Ҳар қандай даволаш усулининг мақсади - каверноз таначаларга қайтариб бўлмайдиган шикастланишининг олдини олиш учун детумесценция ҳолатини тиклаш ва оғриқни йўқотишдан иборатдир.

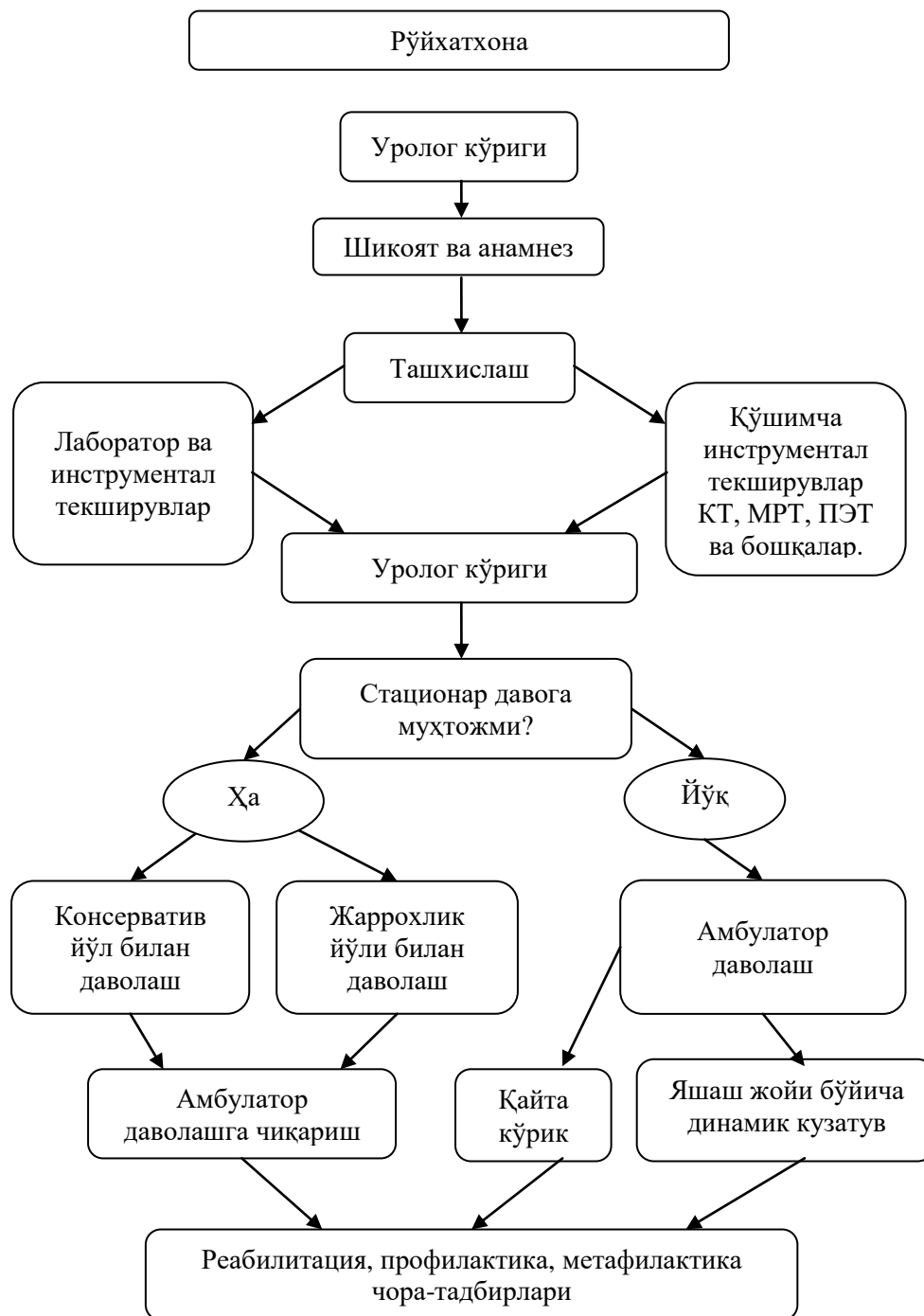
Даволаш кетма-кетликда амалга оширилади ва самарасиз бўлганда, шифокор кейинги босқичга ўтиши керак.

#### **6.2.1. Биринчи қатор даволаш усуллари.**

4 соатдан кўпроқ давом этадиган ишемик приапизмда жарроҳлик йўли билан даволашдан олдин биринчи қатор даволаш усуллари қўллаш тавсия этилади (ИД: 4С). Аксинча, эрекция 72 соатдан ортиқ давом этганда, биринчи қаторга кирувчи усуллар керак бўлмаган эрекция ва оғриқни бартараф этиши мумкин, аммо улар эректил функцияни сақлаб қолишда кам самаралидир (ИД: 4С).

Адабиётларда бир нечта биринчи қатор усуллари тасвирланган, жумладан, жисмоний машқлар эякуляция, муз қўйиш, совуқ ванналар ва совуқ сувли клизма(хўкна)ларни ўз ичига олган [8], аммо уларнинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар йўқ.

Қисман приапизм одатда анальгезиядан сўнг ўз-ўзидан йўқолади ва бундай ҳолатларда камдан-кам ҳолларда жарроҳлик йўли билан даволаш талаб қилинади [9].



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

### **6.2.2. Жинсий олатни оғриқсизлантириш/тизимли аналгезия.**

Баъзида анестезиясиз симпатомиметикларни интракавернозал юбориш билан қоннинг аспирациясини амалга ошириш мумкин. Бироқ, жинсий олатдаги кучли оғриқлар оғриқсизлантиришни талаб қилиши мумкин. Анестезия ишемик оғриқларда самарали бўлмаса-да, тери анестезияси кейинги аралашувларни осонлаштиради. Жинсий олатнинг анестезияси/ тизимли анальгезия вариантлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- дорзал нерв блокировкаси; аммо, у юқори интракавернозал босимдан келиб чиққан оғриқни камайтирмайди;
- айлана бўйлаб жинсий олатни блокировкаси;
- жинсий олат танасининг тери ости маҳаллий блокировкаси;

- оғиз орқали қабул қилинадиган седатив препаратлар (болалар учун).

### **6.2.3. Аспирация ± физиологик эритма билан ювиш.**

4 соатдан кўпроқ давом этадиган приапизм учун биринчи аралашув - бу жинсий олатнинг сиқилиши синдромини бартараф этишга имкон берадиган, турғун қонни дренажлаш учун каверноз таначаларнинг (ИД: 4С) аспирацияси бўлиши керак. Қон аспирацияси 16G ёки 18 G ўлчамли томир катетери ёки «капалак» туридаги игна ёрдамида бошча орқали интракорпорал кириш ёки жинсий олат танасининг латерал қисмида перкутан кириш билан амалга оширилиши мумкин. Каверноз таначаларни дренажлаш учун игнани тери, тери ости тўқималари ва оқсил қобиғи орқали ўтказиш керак (ИД: 4С).

Баъзи шифокорлар аспирацияни тезлаштириш, шунингдек, симультан аспирация ва физиологик эритма билан ювиш учун, бир вақтнинг ўзида иккита томир катетери ёки «капалак» игналаридан фойдаланадилар [10] (ИД: 4С). Аспирацияни ёрқин қизил, кислород билан тўйинган қон пайдо бўлгунгача давом эттириш керак (ИД: 4С).

Ушбу усул 30% ҳолларда приапизм эпизодини ҳал қилиш имконини беради. Ҳозирги вақтда кейинчалик каверноз таначаларни ювиш билан аспирация фақатгина аспирациядан устунроқ деган хулосага келиш учун далиллар етарли эмас (ИД: 4С).

### **6.2.4. Аспирация ± фармакологик препаратларни интракавернозал юбориш билан биргаликда физиологик эритма билан ювиш.**

Ҳозирги вақтда ушбу комбинация ишемик приапизмни даволашни стандарти сифатида қабул қилинади [6, 8, 11] (ИД: 4С). Фармакологик препаратлар симпатомиметиклар ёки алфа-адреномиметикларни ўз ичига олади. Интракавернозал юбориш учун симпатомиметик вариантларга фенилэфрин, этилэфрин, эфедрин, эпинефрин, норэпинефрин ва метараминол киради, улар 80% дан кўпроқ ҳолларда самарали бўлади [8, 11-19] (ИД: 2Б). Камдан кам ҳолларда фақат адреналинни интракавернозал юбориш тавсифланган [20].

**Фенилэфрин.** Фенилефрин альфа-1-адренорецепторларига юқори селективлиги туфайли, бета-агонистик таъсири билан боғлиқ юракка ино- ва хронотроп ҳамроҳ бўлган таъсирсиз танланган дори препарати бўлиб ҳисобланади [12, 16, 17] (ИД: 4С). Фенилефрин одатда физиологик эритмада 100-500 мкг/мл концентрациягача эритилади. Одатда, 1 мг максимал дозагача 1 соатдан кўп бўлмаган вақт давомида 200 мкг доза билан ҳар 3-5 дақиқада тўғридан-тўғри каверноз таначаларга юборилади, (ИД: 4С).

Болалар ва оғир даражадаги юрак-қон томир касалликлари бўлган беморларда камроқ концентрация ёки ҳажм қўлланилади (ИД: 4С). Фенилефринни қўллаш юрак-қон томир тизими томонидан бўладиган эхтимолли ножўя таъсир билан боғлиқ [8, 11-13, 16, 17], шунинг учун 1 соат давомида ҳар 15 дақиқада қон босими ва пульсни баҳолаш тавсия этилади. Бу юрак-қон томир касалликлари мавжуд бўлган кекса эркакларда айниқса муҳимдир. Препарат юборилгандан кейин унинг тарқалишини осонлаштириш учун инъекция жойини каверноз таначаларни массаж қилиш билан сиқиш мумкин.

Фенилэфринни (ва бошқа симпатомиметикларни) интракавернозал юборишнинг эхтимолли ножўя таъсирлари орасида бош оғриғи, бош айланиши, гипертензия, рефлектор брадикардия, тахикардия ва юракнинг «тўхтаб қолиши»

ҳисси, юрак ритми бузилишлари (юрак-қон томир хавфи юқори бўлган эркаклар электрокардиография билан яхшироқ кузатилиши керак) ва спорадик субарахноидал қон кетиши ҳолатлари кузатилиши мумкин [21]. Симпатомиметиклар интракаверноз юборилганда қон босими, юрак пульси ва юрак ритми мониторинги олиб борилади.

Умуман олганда, симпатомиметикларни интракаверноз юбориш хатарли ёки ёмон назорат қилинадиган гипертензия билан хасталанган беморлар ва моноаминоксидаза ингибиторларини (ИД: 4С) қабул қилувчи беморлар учун қўллаш мумкин бўлмаган ҳолат ҳисобланади.

**Этилэфрин.** Этилэфрин – бу иккинчи энг кўп ишлатиладиган симпатомиметик бўлиб, 1-2 мл физиологик эритмага 2,5 мг концентрацияда интракаверноз юборилади [13] (ИД: 3В).

**Кўк метиленли.** Кўк метиленли – бу гуанилатциклаза ингибитори бўлиб, у каверноз таначаларни эндотелий воситачилигида бўшаштиришнинг потенциал ингибитори бўлиши мумкин. Препарат дори-дармонлар билан қўзғатилган приапизмнинг қисқа муддатли эпизодларини даволаш учун тавсия этилади [22, 23] (ИД: 3В). Кўк метиленли 50-100 мг дозада [22] 5 дақиқа давомида таъсир қилиш билан интракаверноз юборилиши керак. Шундан сўнг у аспирация қилинади ва жинсий олатни яна 5 дақиқа сиқилади (587). Ножўя таъсирларга вақтинчалик ловуллаш (ачишиш) ҳисси ва препарат юборилгандан кейин жинсий олатнинг кўкариши киради.

**Адреналин.** Адреналинни интракаверноз юбориш асосан вазоактив дори препаратларини интракаверноз юбориш билан боғлиқ ишемик приапизм билан хасталанган беморларда (1/100000 эритманинг 2 мл дозасида 20 дақиқалик оралик билан 5 мартагача [20]) қўлланилади. Бир марталик юборишдаги самарадорлик 50%дан ошади, такрорий инъекцияларда 95% кўрсаткичга эришилади (ИД: 3В).

**Перорал (оғиз орқали қабул қилинадиган) тербуталин.** Оғиз орқали қабул қилинадиган тербуталин – бу кам миқдордаги бета-1 агонизми ва баъзи алфа-адренергик фаолликка эга бўлган бета-2 агонистидир. Вазоактив дориларни интракаверноз юборишдан кейин 2,5 соатдан ортиқ давом этадиган ишемик приапизмни даволаш учун унинг 5 мг дозаси тавсия этилади. Препаратнинг таъсир қилиш механизми тўлиқ ўрганилмаган [24-26] (ИД: 1В).

Уни қўллаш учун асосий кўрсатма – давом этувчи эрекциянинг қайталанувчи эпизодларини олдини олишдан иборат. Тербуталинни юрак ишемик касалликлари, айланма қон ҳажмининг ошиши, шиш ва гипокалемия мавжуд бўлган беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш керак [26].

### **6.3. Ўроқсимон-ҳужайрали анемия билан боғлиқ приапизмни даволаш.**

Шошилишч даволашни амалга ошириш зарур (ИД: 4С). Ушбу ёндашув ишемик приапизмнинг бошқа турлари учун тавсифланган ёндашувга ўхшаб кетади [27-29] (ИД: 4С).

Бошқа гематологик касалликларда бўлгани каби, бир неча йўналиш мутахассисларининг маслаҳати ўтказилиши керак [27, 29, 30]. Ўроқсимон ҳужайрали анемия билан боғлиқ приапизмни даволашнинг ўзига хос чоратадбирлари беморни аспирация ва каверноз таначалар ирригациясига тайёрлашда наркотик анальгетикларни томир ичига инфузиялаш ва парентерал юборишни ўз

ичига олади. Бундан ташқари, қўшимча кислород билан тўйинтириш (оксиген) терапияси ва бикарбонатлар билан қонни ишқорлаш тавсия этилади [28, 31].

Тўқималарга кислород етказиб беришни ошириш учун алмашлаб қон қуйиш ҳам таклиф қилинади [32]. Қон қуйиш тўғрисида қарор қабул қилганда, қон Rh ва Kell антигени бўйича типиклаш билан Hb S-манфий бўлиши керак [33]. Шундай бўлса ҳам, ҳозирги вақтда ўроқсимон хужайрали анемия бўлган эркакларда қон қуйишнинг ўзи приапизмнинг йўқолишига ёрдам беради деган хулосага келиш учун ишончли далиллар мавжуд эмас. Шунини ҳам таъкидлаш керакки, бир нечта тадқиқотларда қон қуйишдан кейин жиддий неврологик асоратлар ҳақида маълумотлар олинган [34], гарчи ўроқсимон хужайрали анемия билан боғлиқ бўлган приапизм мавжуд бўлган 10 нафар беморлардан ташкил топган туркумда алмашлаб қон қуйиш хавфсизлиги тавсифланган [32]. Шунини ҳисобга олиб, мутахассислар гуруҳи ушбу усулдан мунтазам фойдаланишни тавсия этмайди (ИД: 4С).

#### **6.4. Артериал приапизмни (ноишемик, ёки юқори оқим приапизмини) даволаш.**

Юқори оқимли приапизм шошилишч даволанишни талаб қилмайди, чунки жинсий олатнинг ишемияси мавжуд эмас. Бу бемор билан у даволашнинг хавфлари ва асоратларини тушуниши учун жарроҳлик аралашувини режалаштириш ва муҳокама қилиш имконини беради [8, 35] (ИД: 3В).

##### **6.4.1. Консерватив даволаш.**

Консерватив даволаш чотга муз қўйиш ёки чотни сиқишни ўз ичига олади [36-39]. У барча ҳолатларда, айниқса болаларда амалга оширилиши мумкин [40] (ИД: 3В). Фистула(оқим)нинг ўз-ўзидан ёпилиши ҳолатлари тавсифланган. Консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда ҳам, жинсий стимуляцияга реакция бўлганда жинсий алоқа қилишга имкон яратилади. Адабиётларда ўз-ўзидан ва тунги эрекцияларни камайтириш учун фистулани ёпиш учун андроген депривация ўтказиш (лейпролид, бикалутамид ва кетоконазолни юбориш) ҳолатлари тавсифланган [41]. Бироқ, жинсий дисфункциянинг ривожланиш хавфини ҳисобга олиш керак. Консерватив даволаш пайтида беморларда ЭД ривожланиши ёки жинсий олатни дистал қисмининг ригидлиги камайиши жуда кам учрайди, шунинг учун селектив эмболизацияни эртароқ ўтказиш масаласини кўриб чиқиш керак [42].

Артериал приапизмда қонни аспирация қилиш самарасиз бўлади ва алфа-адреноблокаторларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки препаратнинг тизимли қон оқимида тушиши билан боғлиқ жиддий нохуш ҳодисалар юзага келиши мумкин.

##### **6.4.2. Селектив артериал эмболизация.**

Селектив артериал эмболизация аутологик қуйқа [43-45], гел ёки шимгич [44, 46] ёки анча перманент бўлган моддалар, шу жумладан спираллар [44, 46, 47] ёки акрил елим [48] билан амалга оширилиши мумкин (ИД: 3В). Нисбатан кичик рандомизацияланмаган тадқиқотларда самарадорлик 89% гачани ташкил қилади [49]. Бугунги вақтга қадар ҳар хил турдаги эмболаларнинг нисбий афзалликларини кўрсатадиган ишончли маълумотлар олинмаган. Аутологик қуйқадан фойдаланиш ҳеч бўлмаганда назарий жиҳатдан баъзи афзалликларга эга. Бу фистуланинг вақтинча ёпилишига имкон беради, аммо аутологик қуйқа

лизисга учрагандан кейин, артериал шикастланиш одатда сақланмайди ва жинсий олатдаги қон оқими нормал ҳолатга қайтади. Спирал каби доимий эмболалардан фойдаланиш артериянинг доимий блокланишига ва спонтан эректил функциянинг бузилишига олиб келиши мумкин. Бошқа мумкин бўлган асоратларга жинсий олатни гангренази, думба ишемияси, кавернозит ва чотда хўппоз (абцес) пайдо бўлиши киради [8, 50].

Тери ости эмболизациясидан кейин, 1-2 ҳафта давомида кузатиш олиб бориш етарли бўлади. Эмболизация самарадорлигини клиник текширув ва рангли дуплекс УТТ ёрдамида аниқлаш мумкин [51]. Агар шубҳа мавжуд бўлса, такроран ангиографияни амалга ошириш талаб қилинади. Бир марталик эмболизациядан кейин, қайталаниш тезлиги 7-27% гача етиши мумкин [44, 45, 52] (ИД: 3В). Камдан кам ҳолларда такрорий эмболизация зарур. Эмболизациядан кейин жинсий функция ёмонлашиши мумкин, аммо беморларнинг тахминан 80% да унинг тўлиқ тикланиши кузатилади [52, 53] (ИД: 3В).

Эмболизация болаларда самарали эканлиги тавсифланган бўлса-да, у техник жиҳатдан қийин ва болаларда интервенцион радиологик аралашувлар бўйича мутахассиснинг иштирокини талаб қилади [15, 54].

### **6.5. Қайталанувчи (рецидивланувчи) приапизмни даволаш.**

Вақти-вақти билан қайталанувчи приапизм билан ҳасталанган беморларни даволашнинг асосий мақсади - бу одатда, фармакологик жиҳатдан эришиш мумкин бўлган кейинги эпизодларнинг профилактикаси. Ҳар бир ўткир эпизодни даволаш ишемик приапизмдаги ёндашувлардан фарқ қилмайди: алфа-адреномиметикларни интракаверноз юбориш билан биргаликда аспирация қилиш/ювиш. Афсуски, турли хил даволаш усулларининг самарадорлиги ва хавфсизлиги адабиётларда кам даражада тавсифланган. Масалан, кўпгина нашрларда ҳолатларнинг кичик туркумлари келтирилган ва ушбу даволаш усулларининг самарадорлиги ва хавфсизлиги бўйича нашр этилган яхши ишлаб чиқилган назорат остида тадқиқотлар маълумотларидан ишчи гуруҳнинг фойдаланиш имконияти чекланган [28, 31, 55].

**Альфа-адреномиметиклар.** Вақти-вақти билан қайталанувчи приапизм учун оғиз орқали қабул қилинадиган алфа-адреномиметикларни ўрганиш натижалари улардан кундалик фойдаланиш профилактика сифатида самарали эканлигини кўрсатади [56]. Дори-дармонли терапиянинг ноҳўя таъсири тахикардия ва юракнинг «тўхтаб қолиши» ҳиссини ўз ичига олади. Шунингдек, биринчи қатор терапияси сифатида псевдоэфедрин - кенг қўлланиладиган перорал антиконгестант ҳам қўлланилиши мумкин [25]. Шу билан бирга, унинг каверноз таначаларнинг силлиқ мушакларига таъсири тўлиқ ўрганилмаган. Этилэфрин – бу алфа-адреномиметик бўлиб, ўроксимон хужайрали анемия билан боғлиқ вақти-вақти билан қайталанувчи приапизмнинг профилактикаси учун муваффақиятли қўлланилади. Оғиз орқали кунига 50-100 мг дозада қабул қилинади, самарадорлиги 72% гачани ташкил қилади [57,58]. Этилэфрин ва эфедриндан профилактик мақсадда фойдаланишни ўрганивчи рандомизацияланган плацебо назорати остидаги тадқиқот бу дориларнинг самарадорлигида ҳеч қандай фарқни кўрсатмади.

### **Тестостерон даражасини ўзгартириш учун гормонал манипуляция.**

Гормонал терапиянинг мақсади андрогенларнинг эрекцияга таъсирини камайтириш учун қондаги тестостерон даражасини камайтиришдир [28, 31, 59]. Бу мақсадда агонистлар ёки гонадотропин-релизинг-гормон антагонистлари (ГнРГ), антиандрогенлар ёки эстрогенлар қўлланилади [60] (ИД: 4С). Эҳтимолли ножўя таъсирларга тер қўйилиши, гинекомастия, эректил дисфункция, жинсий хоҳиш(либидо)нинг пасайиши ва астения киради. Барча дорилар ўхшаш самарадорлик профилига эга (ИД: 4С), аммо эстрогенларнинг юрак-қон томир тизимида салбий таъсири клиник қўлланилишини чеклайди. Ўртача самарали бўлган муқобил дорилар бўлиб 5-альфа-редуктаза инхибиторлари (669) (ИД: 3В) ва буйрак усти безлари ва мойқлардаги тестостерон синтезини камайтирадиган замбурукқа қарши кетоконазол ҳисобланади [59, 61] (ИД: 4С).

Приапизм профилактикаси учун тавсия этилган гормонал дори препаратларидан ГнРГ агонистлари ва антиандрогенлар энг самарали ва хавфсиз ҳисобланади. Улар катта ёшли эркекларда қайталанувчи приапизмни биринчи қатор терапияси учун тавсия этилади (ИД: 4С).

Приапизмнинг қайталанишини самарали камайтириш учун гормонал терапия давомийлигини аниқлаш ҳали-хамон қийин масала бўлиб қолмоқда. Ҳозирги вақтда терапиянинг самарадорлиги, дозалари ва давомийлиги тўғрисида хулоса чиқариш мумкин эмас. Бундан ташқари, гормонал дори препаратлари контрацептив таъсирга эга бўлиши ва табиий балоғатга етиш жараёнини бузиши мумкин. Шу сабабли препубертат ёшдаги ўғил болалар, ўсмирлар ёки фарзанд кўришга ҳаракат қилаётган эркекларда гормонал дори препаратларини қўллашда эҳтиёт бўлиш керак. Тестостерон даражасини кастрация даражасигача камайтириш контрацептив таъсирга эга ва ўсишдаги бузилишларга олиб келиши ва жинсий функцияга сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин.

**Дигоксин.** Дигоксин (ижобий инотроп таъсирга эга юрак гликозиди) турғун юрак етишмовчилигини даволаш учун фойдаланилади. У силлиқ мушак тонусини турли хил сигнал берувчи йўллар орқали тартибга солади, бу эса жинсий олатнинг детумесценциясига олиб келади [28, 31, 51]. Дигоксиннинг идиопатик вақти-вақти билан қайталанувчи приапизм учун қўлаб-қувватловчи дозасини (0,25-0,5 мг/кун) қўллаш касалхонага мурожаат қилишлар сонини камайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилади [32]. Катта бўлмаган, икки томонлама кўр (ёпиқ) плацебо-назорати остида ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, дигоксинни (0,25-0,5 мг/кун) қабул қилиш тестостерон, эстроген ва лутеинлаштирувчи гормонлар даражасидаги ўзгаришлардан қатъий назар, жинсий олат ригидлигининг пасайиши билан бирга жинсий хоҳиш ва ихтироснинг пасайишига олиб келади [51] (ИД: 2В). Тез-тез учрайдиган ножўя таъсирларга либидонинг пасайиши, анорексия, кўнғил айниши, қусиш, безовталик, кўришнинг хиралашиши, бош оғриғи, гинекомастия, тошма ва аритмия киради.

**Тербуталин.** Вазодилатацияни юзага келтирадиган бета-агонист бўлган тербуталин томирлар силлиқ мушакларининг бўшашишига олиб келади [28, 31]. Оғиз орқали қабул қилинганда, детумесценциянинг 36% тезлиги билан алпростадилни юбориш билан боғлиқ бўлган вақти-вақти билан қайталанувчи приапизмнинг олдини олиш имконини беради [25] (ИД: 3В). Ягона рандомизацияланган плацебо-назорат остидаги тадқиқотда (n=68), шу жумладан

фармакологик индукцияланган приапизм мавжуд бўлган беморларда тербуталин гуруҳида детумесценция учраш даражаси плацебо гуруҳидаги 15% га нисбатан 42% ни ташкил этди [26] (ИД: 1b). Кўп учрайдиган ножўя таъсирларга асабийлашиш, терлаш, уйқучанлик, юракнинг «тўхтаб қолиши» ҳисси, бош оғриғи, бош айланиши, тер қуймлиши, кўнгил айниши ва қувватсизлик киради.

**Габапентин.** Габапентин талвасага тушишга қарши, антиноцицептив ва анксиолитик таъсирга эга ва оғриқ қолдирувчи ва антиэпилептик(тутқанокқа қарши) дори препарати сифатида кенг қўлланилади. Назарда тутилган таъсир механизми синаптик узатишни осонлаштирадиган потенциал боғланган кальций каналларини ингибирлаш билан [59], тестостерон ва фолликулларни рағбатлантирувчи гормонлар даражасининг пасайиши билан боғлиқ [62]. Препарат кунига 4 марта 400 мг дозада ҳар куни 2400 мг-гача, жинсий олатни тўлиқ детумесценциясигача, кейинги қўллаб-қувватловчи кунига 300 мг дозада қабул қилиш қилиш билан, қабул қилинади (ИД: 4C). Тез-тез учрайдиган ножўя таъсирларга аноргазмия ва эректил функциянинг бузилиши киради.

**Баклофен.** Баклофен - миорелаксантик ва спазмолитик сифатида таъсир кўрсатадиган гамма-аминомой кислотаси (ГАМК) ҳосиласидир. У ГАМК-фаоллиги ёрдамида эрекция ва эякуляция ривожланишини ингибирлаши ва неврологик касалликларда қайталанувчи рефлексоген ёки узок муддатли эрекцияни профилактика қилиши мумкин [64]. Баклофенни оғиз орқали қабул қилиш кам самарага эга ва одатда вақти-вақти билан қайталанувчи приапизмда қўлланилмайди, гарчи препаратни интратекал юбориш самаралироқ бўлса ҳам [28, 65-67] (ИД: 4C). Тез-тез учрайдиган ножўя таъсирларга уйқучанлик, безовталиқ, бош айланиши, қувватсизлик, чарчоқ, бош оғриғи, гипотензия ва кўнгил айниш киради.

**Гидроксиуреа.** Гидроксиуреа S-фазада хужайраларни блоклайдиган рибонуклеотидредуктазани ингибирлаш орқали ДНК синтезини блоклайди [59, 68]. Ушбу дори препарати ўроқсимон хужайрали анемияда самарадорлигини исботлади ва кутилган умр кўриш давомийлигини оширади [27, 69]. Адабиётларда ўроқсимон хужайрали анемия ва қайталанувчи приапизм бўлган беморларда гидроксиуреяни профилактика мақсадида қўллаш бўйича чекланган маълумотлар келтирилади (ИД: 3B) [59, 68, 70]. Эҳтимолли ножўя таъсирларга олигоспермия ва оёқда яраларнинг пайдо бўлиши киради.

**5-тоифали фосфодиэстераза ингибиторлари.** ФДЭ-5 ингибиторларининг паст дозалари асосан идиопатик тоифадаги ва ўроқсимон хужайрали анемия билан боғлиқ приапизм бўлган беморларда вақти-вақти билан қайталанувчи приапизмни бартараф этиш ва профилактикасида парадоксал таъсирга эга [28, 31, 71-74] (ИД: 3B). Приапизмни даволаш учун ФДЭ-5 ингибиторларидан фойдаланганда шуни ёдда тутиш керакки, фақат жинсий олат детумесценция ҳолатида бўлганда уни қабул қилишни бошлаш керак, ўтқир эпизод пайтида эмас. Самарадорлик ФДЭ-5 ингибиторларини тизимли равишда қабул қилиш бошланганидан 1 ҳафта ўтгач кузатилади. Адабиётларда жинсий функциянинг бузилиши тавсифланмаган (ИД: 3B). ФДЭ-5 ингибиторларининг таъсири асосий касалликнинг фонида приапизм билан юзага келадиган NO функциясининг бузилиши ҳолатида силлиқ мушакларда цГМФ концентрациясини ошириш ҳисобига ФДЭ-5 функциясини оширишга асосланган. Жинсий олатда ФДЭ-5

регуляциясининг пасайиши билан NO сигнал бериш йўлидаги ўзгаришларга олиб келиши мумкин, бу каверноз таначаларда цГМФнинг тўлиқ парчаланишига тўсқинлик қилади [28, 31, 71, 73].

**Интракаверноз инъекциялар.** Вақти-вақти билан қайталанувчи приапизм бўлган исталмаган эрекцияларнинг қайталанишини олдини олиш учун тизимли терапия бошланган баъзи беморларда тез терапевтик таъсир бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда уй шароитида симпатомиметикларни мустақил интракаверноз юбориш вақтинча талаб қилиниши мумкин [28, 31]. Фенилэфрин ва этилэфрин (ишемик приапизмни даволаш учун юқорида тавсифланганидек) кўпроқ ишлатилади [6, 57, 75, 76] (ИД: 3В). Тез-тез учрайдиган ножўя таъсирларга гипертензия, коронар ишемия ва аритмия киради.

Плазминогеннинг тўқимали фаоллаштирувчиси (ПТФ) - қонда ажралиб чиқадиган протеаз бўлиб, профермент плазминогенни фибринолитик фермент сифатида таъсир қиладиган плазминга айлантиради. Чекланган клиник маълумотлар шуни кўрсатадики, ПТФнинг бир марталик интракаверноз юборилиши вақти-вақти билан қайталанувчи приапизмни даволашда самарали бўлади [59, 77] (ИД: 3В). Тез-тез учрайдиган ножўя таъсирларга – катта бўлмаган қон кетиши киради.

### Стационар шароитда приапизмда қўлланиладиган асосий дори препаратлари рўйхати

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси	Ҳаволалар
Наркотик бўлмаган анальгетиклар	Метамизол натрий	Таблеткалар 500 мг инъекция учун эритма 250 мг/ мл; 500 мг/мл	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252">https://mediqlab.com/mn/8b7cd7c0-75af-4b20-8537-fc1138761252</a>
	Парацетамол	Таблеткалар 200 мг; 500 мг суспензия 120 мг/5 мл сироп 2,4% 40 мл; 50 мл; 60 мл; 90 мл; 100 мл шамлар 50 мг; 100 мг; 125 мг; 250 мг инфузия учун эритма 10 мг/мл 200 мг/ 20 мл; 1000 мг/ 100 мл	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f">https://mediqlab.com/mn/097dc237-6ef0-43ef-af66-2c662cf1b29f</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/36209f1TL9D">https://drugs.ncats.io/drug/36209f1TL9D</a>
Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари	Диклофенак	Таблеткалар 25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг 75 мг; 100 мг капсулалар 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; инъекция учун эритма 1 мл; 3 мл	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7">https://mediqlab.com/mn/f824419e-4a10-499e-955d-755bb9f4b7c7</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/14408QL0L1">https://drugs.ncats.io/drug/14408QL0L1</a>

	Кетопрофен	Инъеция учун эритма 50 мг/мл; 100 мг/2 мл Капсулалар 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг форте таблеткалар 100 мг; 150 мг 100 мг ректал шамлар	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d">https://mediqlab.com/mn/36a4558f-e3ca-46d1-a922-b3ceadab881d</a>
	Ибупрофен	Таблеткалар 200 мг; 400 мг; 800 мг; капсулалар 200 мг; 300 мг; 400 мг 100 мг/5 мл; 200 мг/5мл; 60 мл; 100 мл; 120 мл; 150 мл; 200 мл суспензия 400 мг/4 мл 4 мл; 800 мг/8 мл 8 мл инфузия учун эритма сироп 100 мг/5 мл шамлар 60 мг, 125 мг	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73">https://mediqlab.com/mn/9c694f61-32ef-45e7-9500-6e19acd47f73</a>
	Декскетопрофен	Таблеткалар 25 мг Инъеция учун эритма 25 мг/2 мл; 50 мг/ 2мл	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/bee5cfc4-f97b-4f64-b7d8-e8c950345480">https://mediqlab.com/mn/bee5cfc4-f97b-4f64-b7d8-e8c950345480</a> <a href="https://drugs.ncats.io/drug/6KD9E78X68">https://drugs.ncats.io/drug/6KD9E78X68</a>
	Мелоксикам	Таблеткалар 7,5 мг; 15 мг 10 мг/1,5 мл; 15 мг/1,5 мл; 5 мг/мл 3 мл инъеция учун эритма; шамлар 7,5 мг; 15 мг	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/7c563906-24f8-4a4f-8abd-69b1fc313bbe">https://mediqlab.com/mn/7c563906-24f8-4a4f-8abd-69b1fc313bbe</a>
	Кеторолак	Таблеткалар 7,5 мг; 10 мг; 30 мг/мл 1 мл; 2 мл инъеция учун эритма;	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/61f5095c-4fab-4386-b191-d23ab8d934a1">https://mediqlab.com/mn/61f5095c-4fab-4386-b191-d23ab8d934a1</a>
Альфа-адреноми-метиклар	Псевдоэфедрин	Кунига 2-3 марта 30-60 мг	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/8e3d6b30-bdee-454b-927e-f8b27bd159b6">https://mediqlab.com/mn/8e3d6b30-bdee-454b-927e-f8b27bd159b6</a>
	Фенилэфрин	1. 200 мкг ни интракаверноз юбориш хар 3–5 дақиқада. 2. Максимал доза – 1 соатда 1 мг. 3. Болалар ва оғир юрак-кон томир касалликлари бўлган беморлар учун	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/2c169b5b-4470-4e42-9b28-b9570032a4cd">https://mediqlab.com/mn/2c169b5b-4470-4e42-9b28-b9570032a4cd</a>

		камроқ доза тавсия этилади		
Симпато- миметик	Этилэфрин	1-2 мл физиологик эритмада 2,5 мг концентрацияда интракаверноз юбориш	3В	<a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Etilefrine">https://en.wikipedia.org/wiki/Etilefrine</a>
Гуалинат- циклаза ингибитори	Кўк метиленли	5 дақиқалик таъсир қилиш билан 50-100 мг интракаверноз юбориш. Шундан сўнг, аспирация амалга оширилади ва жинсий олатни яна 5 дақиқа давомида сиқилади.	3В	<a href="https://mediqlab.com/drugs/dc9ce261-4d3d-4e80-a45d-a7614e329290">https://mediqlab.com/drugs/dc9ce261-4d3d-4e80-a45d-a7614e329290</a>
Альфа ва бета- адреноми- метик	Адреналин	2 мл 1/100000 адреналин эритмасини 20 дақиқа давомида 5 мартагача интракаверноз юбориш.	3В	<a href="https://mediqlab.com/drugs/93618133-4a63-4995-b2db-58172dbbd423">https://mediqlab.com/drugs/93618133-4a63-4995-b2db-58172dbbd423</a>
Бета- адреноми- метик	Тербуталин	2,5 соатдан ортиқ давом этадиган узоқ муддатли эрекцияда вазоактив дори препаратларини интракаверноз юборишдан кейин 5 мг ичиш.	1В	<a href="https://mediqlab.com/mn/b14540c5-35d2-409c-9b2d-3712f9623552">https://mediqlab.com/mn/b14540c5-35d2-409c-9b2d-3712f9623552</a>
Гонадотро- пин- рилизинг- гормон антагонист- лари (ГнРГ)	Цетрореликс	0,25 мг-дан флаконлар Дозалаш режими индивидуал, ўрнатилган даволаш схемасига кўра.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/5b01d7f8-c3bc-46f5-bc2d-e2ff09e120a0">https://mediqlab.com/mn/5b01d7f8-c3bc-46f5-bc2d-e2ff09e120a0</a>
	Ганиреликс	иХГ билан биргаликда катъий тартибда индивидуал тарзда ўрнатилган махсус схемага мувофиқ қўлланилади. Тери остиға юборилади, бир марталик доза - 250 мкг.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/c063bff9-c937-49ac-9176-7c8710c09b3a">https://mediqlab.com/mn/c063bff9-c937-49ac-9176-7c8710c09b3a</a>
Гонадотро- пин- рилизинг- гормон	Бусерелин	Бурун спрейи - бегона қўшимчаларсиз рангсиз шаффоф суюқлик шаклида дозаланган.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/77f44902-adc8-4305-96a4-fbc3de8f2aba">https://mediqlab.com/mn/77f44902-adc8-4305-96a4-fbc3de8f2aba</a>

антагонист- лари (ГнРГ)		Бусерелин ацетат 1 доза - 150 мкг, 1 флакон - 2,1 мг Узоқ муддатли таъсирга эга мушак ичига юбориш учун суспензия тайёрлаш учун лиофилизат 3,75 мг: тўпلامда флакон - 1 дона, эритувчи билан		
	Гозерелин	Шприц-апликаторда имплант - цилиндрсимон шаклдаги қаттиқ полимер материалнинг оқ ёки деярли оқ қисмлари мавжуд, доғлар бўлишига рухсат беради. 1 имплант - Гозерелин 3,6 ёки 10,8 мг: тўпلامда флакон -1 дона 1 дона, эритувчи билан	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/6f49c47a-0c9e-4e84-8b0e-f9b2bcac0e15">https://mediqlab.com/mnn/6f49c47a-0c9e-4e84-8b0e-f9b2bcac0e15</a>
	Гистрелин	Узоқ муддатли таъсирга эга мушак ичига юбориш учун суспензия тайёрлаш учун лиофилизат, 1 фл - 50 мг гистерелин: тўпلامда флакон - 1 дона 1 дона, эритувчи билан	4С	<a href="https://rx.ua/ru/inn-mnn/gistrelin">https://rx.ua/ru/inn-mnn/gistrelin</a>
	Лейпрорелин	Узоқ муддатли таъсирга эга мушак ичига юбориш учун суспензия тайёрлаш учун лиофилизат, 1 фл – 3,75 ёки 7,5 мг лейпрорелин: тўпلامда флакон - 1 дона 1 дона, эритувчи билан	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/550d879f-3d26-4530-befe-46f658274514">https://mediqlab.com/mnn/550d879f-3d26-4530-befe-46f658274514</a>
	Трипторелин	Узоқ муддатли таъсирга эга мушак ичига юбориш учун суспензия	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/b56e4c81-ef09-4864-849b-b26295083474">https://mediqlab.com/mnn/b56e4c81-ef09-4864-849b-b26295083474</a>

		тайёрлаш учун лиофилизат, 1 фл - 3.75 мг: тўпламда флакон - 1 дона 1 дона, эритувчи билан		
Антиандрогенлар (тестостерон блокатор- лари)	Абиратерон	Плёнка билан қопланган перорал таблеткалар 250 мг: 120 дона. Тавсия этилган суткалик доза - кунига 1 марта 1000 мг, овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин ичилади.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/274a76e7-11b7-4e22-b54b-6583c36b3c4c">https://mediqlab.com/mnn/274a76e7-11b7-4e22-b54b-6583c36b3c4c</a>
	Аллилэстренол	Перорал таблеткалар 5мг-дан. Бир марталик доза - 5 мг, суткалик доза 10 дан 40 мг-гача ўзгаради.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/954f1e5b-c1cd-41ca-a26c-7efc72f6e4e9">https://mediqlab.com/mnn/954f1e5b-c1cd-41ca-a26c-7efc72f6e4e9</a>
	Амино- глутетимид	Дозалаш режими индивидуал тартибда танланади. Одатда кунига 2 марта 125 мг дан (одатда соат 8-9 ва 16-18 да), зарур бўлса - кунига 4 марта, камида 6 соатлик оралиқ билан, кортизолнинг плазмали таркибини назорати (мониторинг афзалроқ) остида, кортизол даражаси етарлича камаймаса, яхши қабул қилинадиган дозага эришилгунга қадар доза 1-2 ҳафта оралиғида ҳафтасига 250 мг-га аста-секин оширилади (кунига 1 г-дан кўп бўлмаган ҳолда); максимал дозаси - кунига 2 г.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/2e913d21-5abb-4172-afd0-36eafe1cb90e">https://mediqlab.com/mnn/2e913d21-5abb-4172-afd0-36eafe1cb90e</a>
	Апалутамид	Плёнка билан қопланган таблеткалар, 60 мг. Тавсия этилган доза -	4С	<a href="https://mediqlab.com/mnn/da27183c-e56c-46cf-a008-01884b770fad">https://mediqlab.com/mnn/da27183c-e56c-46cf-a008-01884b770fad</a>

		240 мг (60 мг дан 4 та бир марталик доза), кунига 1 марта ичилади.		
Бикалутамид	Перорал таблеткалар, 50мг. Овқат истеъмом қилишдан қатъий назар ичилади, етарли миқдордаги суюқлик билан ичиш керак.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/a363bb31-7530-4dce-8211-361bc041ba6b">https://mediqlab.com/mn/a363bb31-7530-4dce-8211-361bc041ba6b</a>	
Хлормадион ацетат	Паст дозали перорал таблеткалар (2 мг хлормадион ацетат этинилэстрадиол билан биргаликда). Паст ва ўртача дозали перорал таблеткалар (2, 5, 10, 25 мг). Перорал таблеткалар фақат юқори дозаларда (50 мг). Доза индивидуал тартибда танланади. Оғиз орқали қабул қилинади, ҳар куни 1 таблеткадан.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/b8f899eb-7c3e-433b-a247-aabd5d2a802a">https://mediqlab.com/mn/b8f899eb-7c3e-433b-a247-aabd5d2a802a</a>	
Цитротерон ацетат	Мушак ичига юбориш учун эритма (ёғли), 100 мг/мл. Перорал таблеткалар 50 мг. Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/75727b19-2520-4d4f-ab70-4affdb7cada3">https://mediqlab.com/mn/75727b19-2520-4d4f-ab70-4affdb7cada3</a>	
Делмадион ацетат	1 мл-да 10 мг делмадион ацетат бўлган сувли суспензия. 1та флакон 10 мл. Мушак ичига ва тери остига инъекциялар. Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади.	4С	<a href="https://www.chemicalbook.com/chemicalproperty_ru_cb8900128.htm">https://www.chemicalbook.com/chemicalproperty_ru_cb8900128.htm</a>	
Энзалутамид	Перорал капсулалар, энзалутамид 40,0 мг;	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/cc3470e7-14ca-4550-b264-1c86097ae22e">https://mediqlab.com/mn/cc3470e7-14ca-4550-b264-1c86097ae22e</a>	

		Ичилади, 1 марта/кунига, Дозалар индивидуал тартибда 40мг дан 160мг-гача диапазонда танланади. Тавсия этилган доза 160мг (4та капсула) 1 марта/кунига.		
	Флутамид	Перорал таблеткалар 250 мг: Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади. Тавсия этилган доза - 250 мг, 3 марта/кунига ичилади.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/7e3588ac-036e-4cb6-a668-e1bc5a475740">https://mediqlab.com/mn/7e3588ac-036e-4cb6-a668-e1bc5a475740</a>
	Гестонорон капроат	Мушак ичига юбориш учун мойли эритма бўлган ампулалар 2,0 мл (1,0 мл- да 100 мг). Ҳафтада бир марта мушак ичига 2 мл-дан (4 мл гача) қўлланилади.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/171de789-bac9-4604-8f5a-623252951668">https://mediqlab.com/mn/171de789-bac9-4604-8f5a-623252951668</a>
	Гидроксипрогестерон капроат	Мушак ичига юбориш учун мойли эритма - 125 мг/1 мл. Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/0393c064-68ea-4ae2-908d-ffb02086a235">https://mediqlab.com/mn/0393c064-68ea-4ae2-908d-ffb02086a235</a>
	Кетоконазол	Перорал таблеткалар 200 мг. 1тада қабул қилиш билан овқатланиш пайтида ичилади. Катталар учун максимал суткалик доза 1200 мг-гача (кунига 3 марта 400 мг-дан).	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/d02f1eaf-cb5e-4f21-a5ef-ba0f9771e741">https://mediqlab.com/mn/d02f1eaf-cb5e-4f21-a5ef-ba0f9771e741</a>
	Медроксипрогестерон ацетат	Перорал таблеткалар 500мг ва м/и юбориш учун суспензия 1,0 мл-да 150мг. Дозалаш режими индивидуал тартибда	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/e4c2f4a8-67d3-458b-9136-dcbb1b4b4527">https://mediqlab.com/mn/e4c2f4a8-67d3-458b-9136-dcbb1b4b4527</a>

		белгиланади.		
	Мегестрол ацетат	Перорал таблеткалар 160мг, бир марта ёки 2–4 марта қабул қилиш билан ичилади. Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади.	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/6a3a69d1-56e1-4cd4-a72f-e7034cdeff6c">https://mediqlab.com/mn/6a3a69d1-56e1-4cd4-a72f-e7034cdeff6c</a>
	Нилутамид	Перорал таблеткалар 150мг. Кўп миқдорда сув билан ичилади, 1 ёки 2 марта/кунига. Дозалаш режими индивидуал тартибда белгиланади.	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/859045b8-0300-4fe7-84ca-3f1bdf27ade3">https://mediqlab.com/mn/859045b8-0300-4fe7-84ca-3f1bdf27ade3</a>
	Оксендолон	Перорал таблеткалар 10мг. Доза индивидуал тартибда танланади. Одатда 5 дан 20мг гача оксенделон кунига, 2-4 марта қабул қилишга бўлинган ҳолда ичилади.	4C	<a href="https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/medications/adult/oxandrolone">https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/medications/adult/oxandrolone</a>
	Спиронолактон	Перорал таблеткалар 100мг. Спиронолактоннинг бир марталик ёки бўлинган дозада бошланғич суткалик 100 мг дозаси тавсия этилади, лекин кунига 25 дан 200 мг гача ўзгариши мумкин.	4C	<a href="https://mediqlab.com/mn/cc7c7156-76aa-4170-b8c9-7c7d5c54683c">https://mediqlab.com/mn/cc7c7156-76aa-4170-b8c9-7c7d5c54683c</a>
	Топилутамид	Маҳаллий ампулаларда 5, 10, 50 мг-дан. Доза ва қўллаш режими индивидуал тартибда танланади	4C	<a href="https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/96/12/3628/2834909?redirectedFrom=fulltext&amp;login=false">https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/96/12/3628/2834909?redirectedFrom=fulltext&amp;login=false</a>
5-альфа редуктаза ингибиторлари	Альфатрадиол	Маҳаллий, 0,025%-ли эритма, 200мл. Доза ва қўллаш режими индивидуал тартибда танланади	4C	<a href="https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BB">https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BB</a>

	Дутастерид	Перорал капсулалар 0,5мг Препаратнинг тавсия этилган дозаси 1 капсулани ташкил қилади (0.5 мг) 1 марта/кунига.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/fa33bb00-c901-48b2-9e31-e1439223571c">https://mediqlab.com/mn/fa33bb00-c901-48b2-9e31-e1439223571c</a>
	Эпристерид	Перорал капсулалар. Препарат жорий этиш босқичида ва клиник синовлардан ўтказилмоқда.	4С	<a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Epristeride">https://en.wikipedia.org/wiki/Epristeride</a>
	Финастерид	Перорал таблеткалар, пенкали қобик билан қопланган, 5 мг. Кунлик доза 5 мг-ни ташкил қилади, қабул қилиш - 1 марта/кунига.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/d068efcb-cdce-4b7a-9abc-0d006f8f5e89">https://mediqlab.com/mn/d068efcb-cdce-4b7a-9abc-0d006f8f5e89</a>
Юрак гликози- далари	Дигоксин	Таблеткалар- 0,25 мг- дан Қўллаб-қувватловчи дозаси 0,25–0,5 мг/кунига	2В	<a href="https://mediqlab.com/mn/75be80d7-f90f-4a05-b56d-39cc760677dd">https://mediqlab.com/mn/75be80d7-f90f-4a05-b56d-39cc760677dd</a>
Талвасага тушишга қарши препарат	Габапентин	Таблеткалар - 300 мг- дан. ҳар куни 2400 мг - 4 марта/кунига, жинсий олатнинг тўлиқ детумесценциясигача, сўнгра 300 мг/кунига дозада ушлаб турилади.	3В	<a href="https://mediqlab.com/mn/65a63114-7309-46f4-a51c-e31f40d266eb">https://mediqlab.com/mn/65a63114-7309-46f4-a51c-e31f40d266eb</a>
Марказий таъсирга эга Миоре- лаксант	Баклофен	Ампулалар 10 мг/5 мл- дан. Интратекал юбориш учун.	4С	<a href="https://mediqlab.com/mn/b4e77684-d357-4750-a580-21331d43b1ea">https://mediqlab.com/mn/b4e77684-d357-4750-a580-21331d43b1ea</a>
Ўсмага қарши дори препарати	Гидроксиуреа	Капсулалар 500 мг-дан. Ҳар бир алоҳида ҳолатда режим ва дозаларни танлашда ихтисослашган адабиётлардан олинган маълумотларга амал қилиш керак.	3В	<a href="https://mediqlab.com/drugs/1ab0240e-1645-4dc8-80a0-2dedcb973b13">https://mediqlab.com/drugs/1ab0240e-1645-4dc8-80a0-2dedcb973b13</a>

Плазмино- геннинг тўқимали фаоллаш- тирувчиси	Алтеплаза	Флаконлар 50 мг-дан. Ҳар бир алоҳида ҳолатда режим ва дозаларни танлашда ихтисослашган адабиётлардан олинган маълумотларга амал қилиш керак.	3В	<a href="https://mediqlab.com/mn/3890647f-24f6-424b-872d-f864e0f0ba2f">https://mediqlab.com/mn/3890647f-24f6-424b-872d-f864e0f0ba2f</a>
---	-----------	---	----	---

## 6.6. Жарроҳлик аралашуви.

Иккинчи қатор усуллари одатда шунтлар яратиш кўринишида жарроҳлик аралашувларини ўз ичига олади. Улар фақат консерватив усуллар самарасиз бўлганда амалга оширилиши керак (ИД: 4С). Лекин шу билан бирга, жарроҳлик йўли билан даволашга ўтишдан олдин биринчи қатор терапияси қўлланилиши мумкин бўлган вақт бўйича экспериментал маълумотлар мавжуд эмас. Умуман олганда, консенсусга кўра, жарроҳлик аралашувини ўтказишдан камида 1 соат олдин биринчи қатор усулларида фойдаланиш тавсия этилади (ИД: 4С). Турли хил клиник белгилар биринчи қатор усулларида самарасизлиги ва приапизмнинг сақланиб қолиши ҳақида далолат бериши мумкин: каверноз таначаларнинг давом этувчи ригидлиги, каверноз қоннинг газли таркибини таҳлил қилишда ацидоз ва аноксия, жинсий олатнинг дуплекс УТТда каверноз артерия орқали қон оқимининг йўқлиги ёки унинг мониторинги пайтида интракаверноз босимнинг ошиши (ИД: 4С).

### 6.6.1. Жинсий олатда шунтларни яратиш.

Жинсий олат томирларини шунтлашнинг мақсади - каверноз таначалардан қоннинг оқишини тиклаш ва шу билан бирга улардаги қон айланишини нормаллаштиришдир. Бунинг учун ҳар қандай шунтда каверноз таначаларнинг оқсилли қобиғида ойна ҳосил бўлади, уни бошча, ғоваксимон тана ёки қон оқиши учун томир билан анастомозлаш мумкин [8, 78, 79].

Умуман олганда, шунтлаш тури жарроҳнинг нимани афзал кўриши ва тажрибасига боғлиқ. Проксимал шунтларни яратишга ўтишдан олдин аввал бошланишда дистал шунтлардан фойдаланиш афзалроқдир (ИД: 4С). Кўпгина ҳолларда некрозни аниқлаш учун каверноз таначаларнинг биопсияси амалга оширилиши мумкин (агар у мавжуд бўлса, шунтлаш амалиёти самарасиз бўлади), бу даволаш тактикасини белгилашга ва беморларга маслаҳат беришга ёрдам беради, айниқса жинсий олатни протезларини эрта ўрнатиш учун кўрсатмаларни аниқлашда.

Визуал кузатиш ёки тадқиқот усуллари (каверноз таначалардан қоннинг газ таркиби таҳлили, жинсий олатни дуплекс УТТ) ёрдамида ишемик приапизмни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг ҳар қандай тури самарадорлигини дарҳол баҳолаш муҳимдир (ИД: 4С) [8, 78, 80, 81].

Узоқ давом этадиган эрекцияда шунтлар яратилгандан кейин эректил функцияни тиклаш тезлиги жуда паст ва ишемия вақтига тўғридан-тўғри боғлиқдир [80, 81]. Приапизм 36 соатдан кўпроқ давом этганда, эректил тўқималарнинг тузилмавий ва функционал равишда қайтарилмас шикастланиши

содир бўлади [80]. Узок муддатли приапизм эпизоди бўлган беморларда ҳар қандай шунтлаш операцияси эректил функцияни етарли даражада сақламаган ҳолда фақат оғрикни йўқотиш учун хизмат қилади деб ҳисобланади (ИД: 4) [82, 83].

Шунтларни яратиш бўйича тўрт турдаги операциялар тавсифланган [6, 8, 79, 82]. Нашр қилинган далилларнинг камлиги баҳолашнинг аниқ мезонлари асосида маълум бир аралашувнинг бошқасидан кўра самаралироқ ёки йўқлиги ҳақида тавсиялар беришга имкон бермайди (ИД: 4С).

**Териости дистал (каверноз-гландуляр) шунтлар.** Винтер операцияси: биопсия учун игна ёрдамида жинсий олатнинг бошчаси ва каверноз танача ўртасида ойна яратилади [6, 8, 84, 85] (ИД: 3Б). Операциядан кейинги асоратлар кам учрайди [86]. Винтер шунти бажариш учун нисбатан оддий, аммо барча дистал шунтлар орасида энг кам самарага эга ҳисобланади [81].

Эббехожи операцияси: оксилли қобикда бошча ва каверноз тананинг ҳар бир чўққиси ўртасида 11-рақамли скалпель пичоғи ёрдамида тери орқали бир неча марта ўтказилган бир нечта ойналар яратиш [6, 8, 84, 87, 88] (ИД: 3В).

Т-шунт: бошча орқали каверноз таначага тўлиқ киргунгача вертикал тарзда 10-рақамли скалпель пичоғи ёрдамида ўтказиладиган икки томонлама Т шаклидаги шунтни яратиш. Шундан кейин пичоқ уретрадан 90°га айлантирилади ва чиқарилади [6, 8, 84, 89] (ИД: 3В). Агар самарасиз бўлса, манипуляция бошқа томондан такрорланиши мумкин. Шундан сўнг, уретрани шикастламаслик учун ультратовушли назорат остида каверноз таначага бошча орқали киритилган 8Сн бужи ёрдамида туннелизация ўтказилади [89]. Жинсий олатни бўшашгандан сўнг, бошчадаги игна кирган жойларини тикиш керак.

**Очиқ дистал (каверноз-гландуляр) шунтлар.** Эль-Гораб операцияси: бошча орқали оксилли қобикнинг дистал қисмининг циркуляр конуссимон парчасини кейинчалик терини сўриладиган ип билан узлуксиз чок билан тикиш билан очиқ тарзда кесиш [6, 8, 84, 90, 91] (ИД: 3В).

Бернетт операцияси (Снейк манёври): Эль-Гораб каверноз-гландуляр шунтининг модификацияси 7/8 Гегар бужини жинсий олатнинг бошчасида Эль-Гораб кесмаси орқали ҳар бир каверноз таначанинг дистал учига ретроград киритишни ўз ичига олади. Бужни каверноз таначадан олиб ташлагандан сўнг, қонни дренажлашни енгиллаштириш учун жинсий олатни проксималдан дисталга томон йўналишда қўлда сиқиш қўлланилади. Детумесценциядан кейин, бошча териси Эль-Гораб операциясидаги каби тикилади [6, 8, 84, 92, 93] (ИД: 3В). Тавсифланган асоратларга яра инфекцияси, жинсий олатни тери некрози ва уретро-тери оқмаси киради [93].

**Очиқ проксимал (каверноз-гландуляр) шунтлар.** Квакелис операцияси: мойк халтаси ёки чот орқали кириш билан ғоваксимон ва каверноз таначалар ўртасида проксимал очиқ шунт яратилади. Энг кўп учрайдиган асоратларга уретро-каверноз оқма, уретра стриктураси ёки кавернозит ривожланиши киради [6, 8, 79, 94] (ИД: 3В). Ғоваксимон танача илдизига чот орқали киришда уретрага зарар етказиш хавфи камроқ бўлади.

**Веноз анастомозлар/шунтлар.** Грейхак операцияси: тери ости томирини унинг сон томирига тушиш жойидан пастроқда мобилизация қилиш ва каверноз танача билан «ёнбош охирига» анастомоз қилишдан иборат. Веноз шунтлар тери

ости-сон тромбларининг шаклланиши ва ўпка артерияси тромбоэмболияси билан асоратланиши мумкин [6, 8, 95-97] (ИД: 3В).

### **6.6.2. Жинсий олат протезларини зудлик билан имплантация қилиш.**

Даволашга рефрактер бўлган ишемик приапизмда ёки унинг 48-72 соатдан ортиқ давом этишида, одатда жинсий олатнинг эҳтимолли деформацияси билан бирга эректил функциянинг тўлиқ бузилиши содир бўлади. Бундай ҳолларда жинсий олат протезларини зудлик билан ўрнатиш тавсия этилади [98-101] (ИД: 3В).

Жинсий олатни протезларини зудлик билан имплантация қилиш, агар каверноз таначаларнинг фибрози аллақачон шаклланган бўлса, кечиктирилган операцияни амалга оширишда юзага келиши мумкин бўлган қийинчиликлар ва асоратларни олдини олиш учун тавсия этилади. Зудлик билан амалга оширилган имплантациядан кейин юзага келиши мумкин бўлган асоратларга дистал эрозия ва кавернозит [98, 100], шунингдек, кам даражада қайта аралашувнинг амалга оширилиши зарурлиги киради [98]. Протезларни эрта ўрнатиш, шунингдек, жинсий олатни ўлчамини сақлаб қолишга имкон беради ва каверноз таначаларнинг фибрози туфайли эгрилик ривожланишига тўсқинлик қилади. Кейинчалик протезлар пуфланадиган протезлар билан алмаштирилиши мумкин, бу эса цилиндрларнинг ўлчамини катталаштиришга имкон беради [102]. Ҳозирги вақтда ишемик приапизм бўлган беморларда жинсий олатни протезларини зудлик билан имплантация қилиш учун аниқ кўрсатмалар мавжуд эмас [9]. Нисбий кўрсатмалар [8] (ИД: 4С):

- приапизмнинг давомийлиги 36 соатдан ортиқ [101];
- аспирация ва симпатомиметикларни интракаверноз юбориш самарасиз;
- дистал ва проксимал шунтлар самарасиз (гарчи кеч мурожаат қилинганда, имплантация шунт шаклланишидан олдин амалга оширилиши мумкин);
- операциядан олдинги МРТда ёки каверноз таначаларнинг биопсиясида каверноз таначалар силлиқ мушакларининг некрози белгилари мавжуд [8, 98] (ИД: 4С).

### **6.6.3. Ишемик приапизмнинг сурункали асоратларида операциялар.**

Ишемик приапизмдан кейин тузилмавий ўзгаришлар ривожланиши мумкин, жумладан, жинсий олатни чандиқланиши, мегалофаллик деформациялари, қисқариши ва каверноз таначаларнинг некрози ва фибрози натижасида узунлигининг камайиши [79, 98, 103, 104]. ЭД кўпинча ишемик приапизмдан кейин ривожланади [105, 106]. Афсуски, биринчи ёки иккинчи қатор самарали даволаш усулларидадан кейин приапизмни муваффақиятли даволашга қарамай бу асоратлар ривожланиши мумкин.

Жинсий олатни протезларини имплантация қилиш ўроқсимон ҳужайрали анемия бўлган беморларга тавсия қилинади, улар оғир даражадаги ЭД туфайли жинсий алоқа қила олмайдилар ва эректил функцияни яхшилаш учун бошқа усулларни қўллаш мумкин эмас (ФДЭ-5 ингибиторлари, интракаверноз инъекциялар), чунки улар приапизм ривожланишига олиб келиши мумкин [8, 78]. Каверноз таначаларининг оғир фибрози мавжудлигида, пуфланадиган протезларни ўрнатишдан кўра ярим қаттиқ протезларни ўрнатиш афзалроқдир [98] (ЛЕ: 3Б). Мураккаб деформацияларнинг ривожланиши ёки ҳатто жинсий олатни тўқималарининг йўқолишига олиб келадиган приапизмнинг оғир

кечишидан кейин, жинсий олат протезларини бир вақтнинг ўзида имплантация қилиш билан ихтисослашган пластик жарроҳликни ўтказиш талаб қилиниши мумкин [107] (ИД: 3В).

#### **6.6.4. Артериал приапизмни жарроҳлик йўли билан даволаш.**

Жарроҳлик йўли билан даволаш рангли дуплекс УТТ назорати остида транскорпорал кириш орқали фистулани селектив боғлашни ўз ичига олади [6, 108]. Артериал приапизмда жарроҳлик йўли билан даволаш самарали бўлса-да, техник жиҳатдан қийиндир ва жиддий хавфга эга, бу асосан фистула ўрнига каверноз артериянинг тасодифан боғлаб қўйиш билан боғлиқ бўлган эректил дисфункция хавфи бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда очик тарздаги аралашув камдан-кам ҳолларда амалга оширилади, фақат селектив эмболизацияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ёки усул мавжуд бўлмаган ва самарасиз бўлган ҳолларда (ИД: 4С).

#### **6.7. Кейинги даволаш.**

Ишемик приапизм муваффақиятли даволангандан кейин, беморларни кузатиш такрорий эпизоднинг олдини олиш учун хавф омилларини (агар мавжуд бўлса) модификациялаш ва эректил функцияни баҳолашни ўз ичига олади, чунки у сезиларли даражада бузилиши мумкин, айниқса шунт шаклланиши ҳолатларида. Жинсий олатнинг фибрози, одатда, физикал текширувда осонгина аниқланади.

Артериал приапизм муваффақиятли даволангандан кейин, беморларни кузатиш эректил функцияни баҳолаш ва қайталаниш белгиларини аниқлаш учун клиник текширувни ўз ичига олади, айниқса эмболизациядан кейин.

Вақти-вақти билан қайталанадиган приапизм билан ҳасталанган беморларни кузатиш эпизодларнинг олдини олиш ёки унинг оғирлигини камайтиришда даволаш самарадорлигини аниқлаш, шунингдек, эректил функцияни ва жинсий олатнинг фиброзини баҳолаш учун анамнез тўплаш ва клиник текширувни ўз ичига олади.

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

Приапизмни даволаш самарадорлигини ва қўлланиладиган диагностика ва терапия усулларининг хавфсизлигини баҳолаш бир қатор клиник ва инструментал кўрсаткичларга асосланади, бу эса беморни олиб бориш тактикасини ўз вақтида тузатишга ва асоратлар хавфини минималлаштиришга имкон беради.

**Патологик эрекцияни нормал ҳолатга келтириш (детумесценция).** Патологик эрекцияни муваффақиятли бартараф этиш приапизмни ҳар қандай даволаш самарадорлигининг бирламчи кўрсаткичидир. Ишемик приапизм бўлган беморларда ижобий натижага каверноз таначаларида қон айланиши нормаллаштирилганда эришилади, бу жинсий олат ригидлигининг пасайиши билан тасдиқланади.

**Оғрик синдромини камайтириш.** Оғрик синдромини енгилаштириш ёки тўлиқ бартараф этиш, айниқса ишемик приапизм мавжудлигида, самарадорликнинг муҳим клиник кўрсаткичи ҳисобланади. Аспирация ўтказилгандан кейин оғрикни камайтириш, каверноз таначаларни ювиш ёки

жарроҳлик йўли билан шунтлаш танланган даволаш тактикасининг тўғрилигини тасдиқлайди.

**Каверноз таначаларда қон айланишини тиклаш.** Даволашнинг муваффақияти қон оқимининг яхшиланиши билан тасдиқланади, бу доплер УТТ ёки каверноз таначалардан олинган қондаги газ таркибининг таҳлили ёрдамида объектив баҳоланиши мумкин. Нормал қон таъминотини тиклаш ишемик ва ишемик бўлмаган приапизм учун муваффақиятли терапиянинг асосий кўрсаткичидир.

**Фибрознинг олдини олиш ва эректил функцияни сақлаб қолиш.** Эректил функцияни сақлаб қолиш, айниқса 36 соатдан кам вақт давом этадиган приапизм ҳолатларида, даволаш самарадорлигининг муҳим узоқ муддатли кўрсаткичи ҳисобланади. Муваффақиятли даволаш каверноз таначалар фиброзининг ривожланишини олдини олиш ва беморнинг нормал эрекция қилиш қобилиятини сақлаб қолиши керак.

**Приапизм рецидивларининг мавжуд эмаслиги.** Даволаш самарадорлигининг муҳим кўрсаткичи бўлиб приапизмнинг қайталанувчи эпизодларининг олдини олиш ҳисобланади. Самарали даволаш нафақат ўткир эпизодни тўхтатибгина қолмай, балки касалликнинг қайталанувчи шакллари ривожланишига йўд қўймаслиги керак, айниқса ўроқсимон хужайрали анемия ёки бошқа бунга мойил ҳолатлар мавжуд бўлган беморларда.

**Асоратларни минималлаштириш.** Диагностика ва даволаш усулларининг хавфсизлигини баҳолаш инфекция, кавернозли фиброз, эректил дисфункциянинг ривожланиши, уретранинг шикастланиши ва тўқималар некрози каби асоратларни минималлаштиришни ўз ичига олади. Бундай асоратларнинг учраши даражасининг камайиши қўлланиладиган усулларнинг юқори хавфсизлигини кўрсатади.

**Такрорий аралашувларга эҳтиёжнинг камлиги.** Муваффақиятли даволаш такрорий жарроҳлик аралашувларини ўтказишга бўлган эҳтиёжнинг камлиги билан тавсифланади, масалан, такрорий шунтлаш ёки жинсий олат протезларини ўрнатиш.

**Беморнинг ҳаёт сифати.** Приапизмни муваффақиятли даволаш беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, шу жумладан жинсий функцияни тиклаш, психологик стрессни камайтириш ва касаллик эпизодларидан кейин умумий реабилитацияни таъминлаши керак.

Даволаш чораларини ўз вақтида тузатиш ва беморнинг хавфсизлигини таъминлаш учун ушбу кўрсаткичлар диагностика ва даволашнинг барча босқичларида назорат қилиниши керак.

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

Тошкент – 2025

# 1. АСОСИЙ ҚИСМ

## 1.1. Кириш

Приапизмда тиббий аралашувлар бўйича мазкур Миллий клиник протоколлар приапизмнинг турли шакллари билан ҳасталанган беморларни ташхислаш, даволаш ва операциядан кейин олиб бориш учун ягона стандартлар билан таъминлаш учун ишлаб чиқилган. Протоколлар тиббий ёрдамнинг барча босқичларини қамраб олади. Хужжатда жарроҳлик аралашувларни қўллаш бўйича кўрсатмалар ва қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар (қарши кўрсатмалар), мутахассисларнинг малакасига қўйиладиган талаблар, диагностик чоралар, шунингдек, даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари тавсифланган. Ушбу тавсиялар ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш, тўқималар некрози ва эректил дисфункция каби асоратларнинг олдини олиш, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган.

## 1.2. Умумий таъриф.

**Приапизм** – жинсий олатнинг жинсий стимуляция билан боғлиқ бўлмаган 4 соатдан ортиқ давом этадиган барқарор эрекциядир [5, 6].

Приапизмнинг учта асосий шакли мавжуд: ишемик (вено-окклюзив), ишемик бўлмаган (артериал) ва қайталанувчи. Энг кенг тарқалган шакли бўлган ишемик приапизм веноз чиқишининг бузилиши билан бирга кечади, бу каверноз таначаларда қоннинг турғунлигига ва оғриқ синдромининг ривожланишига олиб келади. Ишемик бўлмаган приапизм артериовеноз фистулалар (окмалар)нинг шаклланишига олиб келадиган травма туфайли юзага келади ва оғриқсиз ёки ишемиясиз нормал артериал оқим билан тавсифланади. Қайталанувчи приапизм - ўроқсимон хужайрали анемия мавжуд бўлган беморларда тез-тез кузатиладиган эрекциянинг вақти-вақти билан содир бўладиган эпизодларидир. Приапизмнинг барча шакллари тўқималарнинг қайтарилмас шикастланиши ва эректил функциянинг йўқотилишининг олдини олиш учун шошилиш ташхис қўйиш ва даволашни талаб қилади.

## 1.3. Клиник тасниф.

### Тиббий аралашувларнинг халқаро таснифи (ICHI).

№	Жарроҳлик амалиётнинг номи	Халқаро тасниф бўйича коди (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en">https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en</a>
1.	Жинсий олат протезини ўрнатиш	NGM.DN.AA
2.	Жинсий олатнинг ташқи протезини ўрнатиш	NGM.DP.AH
3.	Жинсий олатни кесиш	NGM.FA.AA
4.	Жинсий олатни суғориш (ирригация қилиш)	NGM.JA.AC
5.	Жиндий олатни дренажлаш	NGM.JB.AA
6.	Жинсий олат реваскуляризацияси	NGM.LI.AA
7.	Каверноз таналарни шунтлаш	NGM.LI.AE

## 2. ПРИАПИЗМДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.

### 2.1. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади.

Приапизмни жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади узоқ муддатли ишемия, тўқималар некрози ва кейинги эректил дисфункциянинг олдини олиш учун жинсий олатнинг каверноз таначаларида нормал қон айланишини тиклашан иборат. Ишемик (вено-окклюзив) приапизмда жарроҳлик аралашуви веноз чиқишини тиклаш ва босимни пасайтириш имконини берувчи шунтлар яратиш орқали каверноз таначаларда қоннинг турғунлигини тезда бартараф этишга қаратилган. Узоқ муддатли (36 соатдан ортиқ) ишемик приапизм ҳолатларида фибрознинг олдини олиш ва эректил функцияни сақлаб қолиш учун жинсий олат протези талаб қилиниши мумкин. Ишемик бўлмаган приапизмда жарроҳлик аралашуви артериовеноз фмстулаларни бартараф этиш ва қон оқимини нормаллаштириш учун селектив артериал эмболизацияни ўз ичига олади.

### 2.2. Жарроҳлик амалиёти учун қарши кўрсатмалар

Приапизмда жарроҳлик ааралашувига қарши кўрсатмалар умумий жарроҳлик хавфларини ва беморнинг ўзига хос ҳолатларини ўз ичига олади. Асосий қарши кўрсатмалар:

- **Беморнинг оғир умумий ахволи.** Беқарор ҳолат, юрак-қон томир тизими, ўпка ёки буйрақларнинг декомпенсацияланган касалликлари жарроҳлик аралашуви хавфини ошириши мумкин. Бундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан даволаш бемор ҳолати барқарорлашгунга қадар қолдирилиши керак.
- **Назорат қилинмайдиган инфекциянинг мавжудлиги.** Жинсий олатнинг соҳасида инфекциялар ёки тизимли юқумли жараёнлар мавжудлиги инфекциянинг тарқалиш хавфини олдини олиш учун яллиғланиш ўчоқлари бартараф этилгунга қадар жарроҳлик муолажаларини амалга оширишга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.
- **Қон ивишининг бузилиши.** Гемофилия ёки тромбоцитопения каби оғир даражадаги коагулопатиялар операция вақтида ва ундан кейин кўп қон кетиш хавфини оширади. Жарроҳлик аралашуви фақат ушбу ҳолатлар тузатилгандан кейингина амалга оширилиши мумкин.
- **Аллергия ёки анестезияга юқори сезувчанлик.** Анестетикларга чидамлилик билан боғлиқ муаммолар кўшимча текширувларни талаб қилади ва хавфсиз анестезиологик тактика танланмагунча операцияни кечиктириши мумкин.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар ҳар бир муайян ҳолатда пухталики билан баҳоланиши керак ва жарроҳлик аралашувини амалга ошириш тўғрисидаги қарор бемор учун хавфлар ва фойдали томонларининг мувозанатини ҳисобга олган ҳолда қабул қилинади.

### 2.3. Жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар.

Приапизмни жарроҳлик йўли билан даволаш консерватив усуллар самарасиз бўлган ёки бемор касалликнинг кеч босқичларида мурожаат қилган ҳолатларда кўрсатилади. Асосий кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- **4-6 соатдан ортиқ давом этадиган ишемик приапизм.** Дори-дармонли даволаш самарасиз бўлганда (каверноз қоннинг аспирацияси, алфа-адреномиметикларни юбориш), тўқималар некрозини ва қайтарилмас эректил дисфункция ривожланишининг олдини олиш учун жарроҳлик аралашув зарур.
- **Пункция ва дори-дармонли даволашнинг самарасизлиги.** Агар каверноз таначаларнинг аспирацияси ва томирларни торайтирувчи дори препаратларини қўллаш детумесценцияга олиб келмаса, нормал веноз чиқишни тиклаш учун шунтларни япатиш талаб қилинади.
- **Узоқ муддатли (>36 соат) ишемик приапизм.** Бундай ҳолларда каверноз таначаларида қайтарилмас ўзгаришлар тез-тез ривожланади ва жарроҳлик аралашув фибрознинг профилактикасига ва эректил функцияни тиклашга қаратилган бўлиб, бу жинсий олат протезини ўрнатишни талаб қилиши мумкин.
- **Артериовеноз фистула билан ишемик бўлмаган приапизм.** Приапизмнинг сабаби травма ва артериовеноз фистуланинг пайдо бўлиши бўлса, каверноз таначаларнинг ортиқча қон билан тўлишни олдини олиш учун селектив артериал эмболизация учун кўрсатма берилади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш нормал қон оқимини тиклаш ва асоратларни олдини олишга қаратилган, шунинг учун уни амалга ошириш консерватив усуллар самарасиз ёки касалликнинг ўтказиб юборилган шакллари мавжудлигида оқланади.

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

Приапизмни жарроҳлик йўли билан даволаш мутахассиснинг юқори малакаси ва тажрибасини талаб қилади, чунки бу ҳолат кечиктириб бўлмайдиган ва бемор учун потенциал хавфлидир. Аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган асосий талаблар қуйидагилардан иборат:

- **Шифокорнинг малакаси.** Приапизмда жарроҳлик аралашувини амалга оширувчи шифокор ургент жарроҳликда тажрибаси бўлган уролог мутахассислигига эга бўлиши керак. Мутахассис приапизмни ҳам консерватив, ҳам жарроҳлик йўли билан даволашда, шу жумладан шунтлаш операциясини амалга ошириш ва жинсий олат протезларини ўрнатишда тажрибага эга бўлиши мақсадга мувофиқ.
- **Шошилинич урология бўйича кўникмалар.** Мутахассис ўткир урологик ҳолатлари бўлган беморларни бошқаришда малакали бўлиши, тезда ташхис қўйиши ва тегишли даволаш усулини (тиббий ёки жарроҳлик) танлаш бўйича қарор қабул қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.
- **Қон томирлари бўйича аралашувларни амалга ошириш тажрибаси.** Артериал (ишемик бўлмаган) приапизмда селектив артериал эмболизацияни амалга ошириш техникаси бўйича билимларни, бу эса ангиографик асбоб-ускуналар билан ишлаш кўникмаларини ва интервенцион урология ёки радиологияда тажрибани талаб қилади.
- **Анестезиология ва интенсив терапия бўйича билимларга эга бўлиши.** Мутахассис ҳамроҳ касалликлари бўлган ва оғир умумий аҳволда бўлган

беморларда аралашувни хавфсиз амалга оширишни таъминлаш учун анестезия ва интенсив терапия асосларини тушуниши керак.

- **Кўп тармоқли жамоада ишлаш.** Беморни комплекс тарзда олиб бориш учун шифокор бошқа мутахассислар (анестезиологлар, гематологлар, кардиологлар) билан ўзаро ҳамкорлик қилиш маҳоратига эга бўлиши керак, айниқса асоратлар ёки ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлган ҳолатларда.

Ушбу талаблар приапизм мавжудлигида жарроҳлик аралашувини муваффақиятли амалга оширишни ва бемор учун асоратлар хавфини камайтиришни таъминлайди.

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

Приапизмда жарроҳлик аралашувини амалга оширишдан олдин, ташхисни аниқлаштириш, беморнинг аҳволини баҳолаш ва энг яхши даволаш тактикасини танлашга қаратилган диагностика тадбирлари мажмуасини ўтказиш муҳим ҳисобланади. Ушбу чоралар асоратлар хавфини минималлаштириш ва прогнозни яхшилашга ёрдам беради.

### **Асосий диагностика тадбирлари:**

- Клиник кўриқдан ўтказиш ва анамнезни тўплаш. Приапизмнинг давомийлигини, оғриқ даражасини, каверноз таначаларнинг ригидлигини баҳолаш; Эҳтимолли қўзғатувчи омилларни аниқлаш (травмалар, доридармонлар, сурункали касалликлар); Кўриқ ва анамнез асосида приапизм турини (ишемик ёки ишемик бўлмаган) аниқлаш.
- *Каверноз таначардан қон газларининг таҳлили.* Кислород ( $pO_2$ ), карбонат ангидрид ( $pCO_2$ ) ва pH даражасини аниқлаш учун каверноз таначалардан қон олиш. Кислороднинг паст даражаси ва юқори карбонат ангидрид даражаси ишемик приапизм мавжудлигини кўрсатади.
- *Жинсий олатни доплерли ультратовуви текшируви.* Каверноз таначалардаги қон оқимини баҳолаш ва ташхисни тасдиқлаш учун ишлатилади. Ишемик приапизмда қон оқимининг пасайиши ёки йўқлиги, ишемик бўлмаган приапизмда - нормал артериал қон оқими сақланиб қолиши қайд қилинади.
- *Умумий қон таҳлили ва коагулограмма.* Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш, анемия, яллиғланишни истисно қилиш ва жарроҳлик аралашуви хавфини ошириши мумкин бўлган қон ивишининг мумкин бўлган бузилишларини аниқлаш керак.

### **Қўшимча диагностика тадбирлари:**

- *Биокимёвий қон таҳлили.* Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун электролитлар даражасини, буйрак ва жигар функциясини аниқлаш, айниқса буйрак ёки жигар етишмовчилиги каби ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлган ҳолларда.
- *ЭКГ ва кардиолог маслаҳати.* Юрак-қон томир касалликлари мавжуд бўлган беморларда анестезия ва жарроҳлик аралашувларини ўтказиш пайтида юрак асоратлари хавфини истисно қилиш учун амалга оширилади.

- *Магнит-резонанс томография (МРТ) ёки кавернозография.* У ишемик бўлмаган приапизмда артериовеноз фистулаларни аниқлаш, шунингдек, узоқ муддатли ишемик приапизмда каверноз таначаларнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун қўлланилади.
- *Токсикологик таҳлил.* Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилинганлиги ёки приапизмни қўзғатиши мумкин бўлган дори воситаларини қабул қилинганлигига шубҳа қилинган ҳолларда токсинларни аниқлаш учун сийдик ва қон таҳлиллари ўтказилади.

Ушбу диагностика тадбирлари приапизм турини аниқ аниқлаш, беморнинг аҳволини баҳолаш ва даволашнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини таъминлаган ҳолда энг тўғри жарроҳлик аралашуви тактикасини танлаш имконини беради.

## 2.6. Амалиётни ўтказишга қўйиладиган талаблар.

- **Аралашувнинг ўз вақтида амалга оширилганлиги.** Ўткир ишемик приапизм шошилишч аралашувни талаб қилади. Даволанишни имкон қадар тезроқ бошлаш керак, айниқса приапизм 4 соатдан ортиқ давом этган ҳолларда каверноз таначаларнинг қайтарилмас шикастланишининг олдини олиш учун (ИД: 4С). Даволашни бошлашда кечикиш фиброз ва эректил функциянинг йўқотилишига олиб келиши мумкин.
- **Даволашга босқичма-босқич ёндашув.** Аралашув босқичма-босқич амалга оширилиши керак, биринчи қатор усуллардан бошлаб ва олдинги даволаш самарасиз бўлса, янада инвазив усулларга ўтиш керак. Бирламчи терапия каверноз таначалардан қонни аспирация қилиш, физиологик эритма билан ювиш ва симпатомиметикларни интракаверноз юборишни ўз ичига олади (ИД: 4С). Агар бирламчи усуллар самарасиз бўлса, шунтлаш шаклида жарроҳлик аралашуви амалга оширилиши мумкин.
- **Қон аспирацияси ва фармакологик даволаш.** Ишемик приапизмда фенилэфрин каби симпатомиметикларни интракаверноз юбориш билан турғун қонни аспирация қилишга кўрсатма берилади (ИД: 4С). Юбориш қон босими ва пульсни тез-тез ўлчаш орқали назорат қилиниб борилиши керак. Юрак-қон томир касалликлари билан ҳасталанган беморлар юқори даражадаги назоратни талаб қилади.
- **Жарроҳлик йўли билан даволаш.** Агар консерватив усуллар 1-2 соат ичида самарасиз бўлса, жарроҳлик йўли билан даволашга, шу жумладан шунтлашга ўтиш керак. Аралашув самарадорлигини баҳолаш учун доплерли ультратовуш ёки қон газларининг таҳлили ёрдамида беморнинг аҳволини кузатиш керак.
- **Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар ва огоҳлантириш.** Назорат қилинмайдиган гипертензия бўлган ёки моноаминоксидаз ингибиторларини қабул қиладиган беморларда симпатомиметикларни қўллаш мумкин эмас. Аралашувдан олдин асоратлар хавфини камайтириш учун беморнинг аҳволини ҳисобга олиш муҳимдир.
- **Аралашув натижаларини баҳолаш.** Аралашувнинг самарадорлиги визуал кузатиш ёки инструментал усуллар ёрдамида дарҳол баҳоланиши керак (жинсий олатни дуплексли УТТ, каверноз таначалардан қон газлари таҳлили).

- **Беморларни ахборотлаш.** Бемор турли хил даволаш усулларининг хавфлари ва мумкин бўлган асоратлари ҳақида тўлиқ маълумотларга эга бўлиши керак.

Ўзбекистон Республикасининг санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена нормативларига мувофиқ приапизмни даволаш ёки операцияни амалга оширишга қуйидаги талаблар қўйилади:

Жарроҳлик аралашувлари ўтказиладиган хоналар, асбоб-ускуналар, тиббий ва бошқа жиҳозлар тозалашда сақланиши керак. Хоналарда нам тозалаш (полларни ювиш, мебелларни, жиҳозларни, дераза токчаларини, эшикларни ва бошқаларни артиш) кунига камида 2 марта ювиш воситаларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилиши керак. Зарур бўлганда, мунтазам тозалаш ишлари кунига бир неча марта амалга оширилади, дераза токчаларини 3 ойда камида бир марта тозалаш керак;

Операцион блокни катта ҳажмда умумий тозалаш ишлари (кундалик тозалаш ва дезинфекция қилишдан ташқари) ҳафтада бир марта амалга оширилиши керак, бунда хоналарни асбоб-ускуналар, мебеллар ва бошқа жиҳозлардан бўшатиш керак. Муассаса ювиш ва дезинфекциялаш воситаларининг доимий талаб қилинадиган уч ойлик захирасига эга бўлиши керак.

Стериллик, асептика ва антисептик режимларни талаб қиладиган операция хоналарини тозалагандан сўнг, жорий фойдаланиш жараёнида вақти-вақти билан 1 м<sup>3</sup> хона ҳажмига 1 Вт лампа қуввати ҳисобига стационар ёки кўчма бактерицид лампалар ёрдамида нейтраллаштиришни амалга ошириш керак.

Косметик таъмирлаш, профилактик ювиш ва дезинфекция қилиш учун жарроҳлик бўлимлари йилига бир марта ёпилиши керак. Жорий нуқсонларни бартараф этиш (шифт ва деворларда сув оқиши ва намликни, намлик ва моғор изларини йўқ қилиш, ёриқлар, тешиқлар ва нотекисликларни текислаш, кўчиб тушган пардозлаш плиталарини, пол қопламаларидаги нуқсонлари тиклаш ва бошқалар) кечиктирмаган ҳолда амалга оширилиши керак.

Жарроҳлик блокада наркоз аппаратлари ва тиббий асбоб-ускуналарни дезинфекция қилиш учун алоҳида изоляция қилинган ва жиҳозланган хоналар бўлиши керак.

Жарроҳлик операцияларида фойдаланиладиган тиббий технологиялар, асбоб-ускуналар, сарф материаллари ва дори воситаларидан Ўзбекистон Республикаси ҳудудида фойдаланишга рухсат берилган бўлиши керак.

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

**Беморни тайёрлаш.** Приапизмда беморни операциядан олдин тайёрлаш асоратлар хавфини минималлаштиришга ва операцияни муваффақиятли ўтказилишига қаратилган бир қатор мажбурий муолажаларни ўз ичига олади.

Биринчидан, антибиотикли профилактика тайёрлашнинг муҳим элементи бўлиб ҳисобланади. У юқумли асоратларнинг, айниқса каверноз таначаларнинг аспирацияси ёки шунтлаш операцияси каби инвазив жараёнларда, олдини олишга қаратилган. Жарроҳлик аралашуви ўтказилиши талаб қилинадиган барча беморларга операциядан 30-60 дақиқа олдин кенг спектрли антибиотиклар

(масалан, цефалоспоринлар) юборилади. Узоқ муддатли жарроҳлик аралашувлари ҳолатларида антибиотикларни ҳар 2-4 соатда қайта юбориш керак бўлиши мумкин.

Ичакни тозалаш ҳам тайёрлашнинг муҳим босқичидир, айниқса узоқ давом этадиган аралашувлар ёки умумий анестезия пайтида. Операция олдидан беморга енгил ични сурги дорилар ёки ичакларни тозалаш учун хўкна (клизма) буюрилади. Бу операция вақтида ошқозон-ичак трактининг асоратлари хавфини камайтиришга ёрдам беради.

Тромбоз шаклланиши ва тромбоэмболик асоратларни олдини олиш учун тромбоэмболик асоратларнинг профилактикаси ўтказилади. Бу, айниқса, юрак-қон томир касалликлари, семизлик ёки бошқа хавф омиллари мавжуд бўлган беморлар учун мос келади. Паст молекуляр гепаринлар (масалан, эноксапарин) операциядан 12 соат олдин қўлланилади (агар операция шошилинич бўлмаса). Оёқларда қон айланишини яхшилаш учун компрессион пайпоқлар ёки пневматик компрессион қурилмаларидан фойдаланиш ҳам мумкин. Операциядан кейин беморни эрта юргизиш тромбозлар хавфини камайтиришга ёрдам беради.

Операциядан олдин терини гигиеник қайта ишлаш мажбурийдир. Тери устига микроблар тушишини камайтириш учун жарроҳлик амалга ошириладиган соҳа хлоргексидин ёки повидон-йод каби антисептик эритмалар билан қайта ишланади.

Жарроҳлик аралашуви, айниқса, жинсий олат протезларини ўрнатиш каби жиддий операциялар пайтида беморда қўрқув пайдо бўлиши мумкин. Стрессни камайтириш учун беморга енгил седатив препаратлар буюрилиши мумкин, шунингдек, операциянинг моҳиятини, юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ва прогнозни батафсил тушунтирган ҳолда тушунтириш суҳбатини ўтказиш ҳам муҳимдир.

Ниҳоят, беморга операциядан олдин озиқ-овқат ва суюқликлардан ўзини чеклаши тавсия этилади. Бу анестезия пайтида ошқозон таркибининг аспирациясини олдини олиш учун стандарт чора ҳисобланади. Бемор операциядан 6-8 соат олдин овқатланишни тўхтатиши ва 2-4 соат олдин суюқлик ичишни тўхтатиши керак.

Шундай қилиб, операциядан олдинги беморни тайёрлаш унинг хавфсизлигини таъминлаш ва операция вақтида асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган бир қатор муолажаларни ўз ичига олади.

#### **Муолажани ўтказиш методикаси.**

*Анестезия.* Операция беморнинг клиник ҳолатига қараб регионар (орқа мия) ёки умумий анестезия остида амалга оширилади. Маҳаллий анестезия каверноз танчалари аспирацияси ва уларни ювиш каби кам инвазив муолажаларда фойдаланилиши мумкин.

*Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш.* Приапизм турига (ишемик ёки артериал) ва ҳолатнинг давомийлигига қараб, турли хил жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари танланади.

- Дистал (каверноз-гландуляр) шунтлар (Винтер, Эббехожи, Т-шунт операциялари): приапизмнинг дастлабки босқичларида афзал. Операциялар жинсий олатнинг бошчаси орқали турғун қоннинг чиқиши учун тешик яратиш билан амалга оширилади.

- Проксимал шунтлар (Квакелис операцияси): дистал шунтлар самарасиз бўлганда ва каверноз таначалар ва ғоваксимон тана ўртасида мойк халтаси ёки чот ораси орқали канал яратишни талаб қилганда қўлланилади.

*Жарроҳлик пайтида мониторинг.* Жарроҳлик пайтида каверноз таначалардан олинган қоннинг газ таркибини ва интракаверноз босимни назорат қилиш керак. Зарур бўлган ҳолатларда, шунтлаш операциясидан кейин қон оқимининг самарадорлигини баҳолаш учун дуплексли УТТ ўтказилади.

*Аралашув самарадорлигини баҳолаш.* Шунтлаш ёки бошқа жарроҳлик аралашувнинг самарадорлиги каверноз таначаларидаги қон оқимини тиклаш ва жинсий олат ригидлигининг йўқолишини визуал кузатиш орқали баҳоланади. Яқуний детумесценция (эрекциянинг нормаллашиши) лаборатор ва ультратовуш текширувлари билан тасдиқланади.

*Операциядан кейинги тавсиялар.* Операциядан кейинги даврда юқумли асоратларни олдини олиш учун антибактериал терапия ўтказилади. Операциядан кейинги дастлабки 24-48 соат ичида беморнинг аҳволини, шу жумладан қон босими, ҳарорат ва қон газлари таркибини назорат қилиш муҳимдир. Фиброз ривожланиши хавфи юқори бўлган узоқ давом этадиган приапизмда, жинсий олатнинг узунлиги ва шаклини сақлаб қолиш учун дарҳол жинсий олат протезларини ўрнатиш тавсия этилиши мумкин.

## 2.8. Муолажа ёки аралашув самарадорлиги индикаторлари.

Приапизмни жарроҳлик йўли билан даволаш самарадорлиги бир неча асосий кўрсаткичлар билан баҳоланади, улар аралашувнинг бевосита натижаларини ҳам, бемор учун узоқ муддатли натижаларни ҳам акс эттиради. Асосий кўрсаткичларга қуйидагилар киради:

- **Детумесценция (эрекциянинг нормаллашиши).** Патологик эрекцияни муваффақиятли бартараф этиш ҳар қандай жарроҳлик аралашув самарадорлигининг асосий мезони ҳисобланади. Муолажадан кейин детумесценция имкон қадар тезроқ содир бўлиши керак. Ишемик приапизм билан ҳасталанган беморларда жарроҳлик усуллари, масалан, шунтларни яратиш, уларнинг каверноз таначаларидан қон чиқишини тиклаш ва жинсий олатдаги қон айланишини нормаллаштириш қобилияти билан баҳоланади.
- **Оғриқ синдромининг пасайиши.** Жарроҳликдан кейин приапизм билан боғлиқ оғриқни камайтириш ёки йўқ қилиш самарадорликнинг муҳим клиник кўрсаткичидир. Бу, айниқса, оғриқ кучли ва барқарор бўлиши мумкин бўлган ишемик приапизм учун жуда муҳимдир.
- **Қон оқимини тиклаш.** Жинсий олатда қон айланишини нормаллаштириш инструментал усуллар (дуплексли ультратовуш текшируви, артериография) ёрдамида тасдиқланади. Бу, айниқса, артериал (ишемик бўлмаган) приапизмни даволашда муҳим аҳамиятга эга, бу ерда мақсад селектив эмболизация ёки бошқа жарроҳлик аралашувларидан кейин нормал қон таъминотини тиклашдир.
- **Эректил функцияни сақлаш ёки тиклаш.** Жарроҳлик йўли билан даволашнинг муваффақиятли натижаси, айниқса, 36 соатдан кам давом этадиган приапизм ҳолатларида, эрекцияга қобилиятни сақлаб қолиш ёки тиклаш ҳисобланади. Узоқ давом этувчи ишемик приапизмда (>36 соат) бу

кўрсаткич чекланган қийматга эга бўлиши мумкин, чунки каверноз тўқималарда қайтарилмас ўзгаришлар содир бўлиши мумкин.

- **Қайталанишларнинг йўқлиги.** Самарадорлик жарроҳлик аралашувларидан кейинги кузатишнинг маълум бир даври давомида приапизмнинг қайталанишининг йўқлиги билан баҳоланади. Қайталанувчи приапизм учун муҳим кўрсаткич бўлиб қайталанувчи эпизодларнинг олдини олиш ҳисобланади.
- **Асоратларнинг йўқлиги.** Инфекция, каверноз таначаларнинг фибрози, уретранинг шикастланиши, эректил дисфункциянинг ривожланиши ёки тўқималарнинг некрози каби асоратлар даволаш самарадорлигининг пасайишини кўрсатиши мумкин. Жарроҳлик асоратларини минималлаштириш амалга оширилган операция сифатининг асосий кўрсаткичидир.
- **Қайта аралашувларнинг кўрсаткичи.** Шунтларни яратиш ёки жинсий олат протезларини имплантация қилиш бўйича такрорий операцияларга бўлган эҳтиёжнинг паст фоизи бирламчи жарроҳлик йўли билан даволашнинг муваффақияти кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади.
- **Беморнинг ҳаёт сифати.** Оддий жинсий функцияни тиклаш, аҳволи билан боғлиқ психологик стрессни камайтириш ва даволанишдан кейин беморнинг умумий аҳволини яхшилаш жарроҳликнинг узоқ муддатли самарадорлигининг муҳим кўрсаткичлари ҳисобланади.

Мумкин бўлган асоратларни тезда аниқлаш ва кейинги даволашни тузатиш учун операциядан кейинги кузатув давомида ушбу кўрсаткичларни мунтазам равишда мониторинг қилиб бориш керак.

**«ПРИАПИЗМ»  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

### 1.1. Кириш.

Приапизм - бу жинсий стимуляция билан боғлиқ бўлмаган ва оғриқ билан кечадиган узок муддатли эрекция билан тавсифланган патологик ҳолатдир. Приапизмни ўз вақтида диагностикаси ва профилактикаси эректил дисфункцияга олиб келадиган каверноз таначаларнинг ишемияси ва некрози каби жиддий асоратларнинг олдини олиш учун муҳимдир. Приапизмдан кейинги реабилитация нормал жинсий функцияни тиклаш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган бўлиб, бу урологлар, гематологлар ва физиотерапевтларни ўз ичига олган кўп тармоқли ёндашувни талаб қилади.

### 1.2. Таъриф.

**Приапизм** – жинсий олатнинг жинсий стимуляция билан боғлиқ бўлмаган 4 соатдан ортиқ давом этадиган патологик барқарор эрекциядир ва жинсий эҳтирос билан боғланмаган. Приапизмнинг асосий шакллари ишемик (вено-окклюзив) ва ишемик бўлмаган (артериал) шаклларни ўз ичига олади, уларнинг ҳар бири даволаш ва профилактикага турли ёндашувни талаб қилади. Ишемик шакли тўқималарнинг қайтариб бўлмайдиган шикастланишининг олдини олиш учун шошилиш тиббий ёрдамни талаб қиладиган кечиктириб бўлмайдиган ҳолат ҳисобланади.

### 1.3. Профилактика ёки реабилитация турлари.

Приапизм профилактикаси уч даражага бўлинади: бирламчи, иккиламчи ва учламчи. Бирламчи профилактика приапизм эпизодлари бўлмаган беморларда касалликнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган ва хавф омилларини назорат қилишни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика приапизмни ўтказган беморларда дори-дармонли терапия ёрдамида қайталанишларнинг олдини олишга қаратилган. Учламчи профилактика касалликнинг қайталанган ёки оғир эпизодларини ўтказган беморларда асоратларни минималлаштириш ва нормал функцияни тиклашга қаратилган. Реабилитация физиотерапия, дори-дармонли ва жарроҳлик йўли билан эректил функцияни тиклаш ва ҳаёт сифатини яхшилашни ўз ичига олади.

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

Приапизм профилактикаси ўроқсимон хужайрали анемия, жинсий олатнинг шикастланиши, вазоактив дори препаратлари ва гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш каби хавф омилларини эрта аниқлаш ва назорат қилишга асосланган. Оммавий профилактика чоралари аҳолини приапизмнинг мумкин бўлган сабаблари ва оқибатлари, шунингдек, тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилиш муҳимлиги ҳақида хабардор қилиш учун таълим дастурларини ўз ичига олади. Индивидуал профилактика приапизм ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларнинг ҳолатини мониторинг қилиш, шунингдек касалликнинг ўткир эпизодларини олдини олиш учун профилактик терапияни буюришни ўз ичига олади.

## **2. ПРИАПИЗМ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

### **2.1. Профилактиканинг мақсади.**

Приапизмнинг олдини олишнинг мақсади унинг ривожланишини олдини олиш, қайталанишлар частотасини камайтириш ва каверноз таначаларнинг ишемияси, тўқималар некрози ва эректил дисфункция каби асоратлар хавфини камайтиришдир. Профилактик чора-тадбирлар мойил омилларни ўз вақтида аниқлаш, касалликнинг ўткир эпизодларини, айниқса юқори хавф даражасига эга беморларда, олдини олиш ва нормал эректил функцияни сақлашга қаратилган.

### **2.2. Бирламчи профилактика.**

Приапизмнинг бирламчи профилактикаси ушбу ҳолатнинг эрта эпизодлари бўлмаган беморларда унинг пайдо бўлиш хавфини камайтириш бўйича чораларни ўз ичига олади. Бирламчи профилактиканинг муҳим таркибий қисмлари ўроқсимон ҳужайрали анемия, вазоактив дориларни қабул қилиш, жинсий олатни шикастланиши, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш каби хавф омилларини назорат қилишдир. Приапизмнинг мумкин бўлган сабаблари ва тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилиш муҳимлиги ҳақида маълумот беришга қаратилган беморлар учун таълим дастурлари ҳам бирламчи профилактикада муҳим рол ўйнайди.

### **2.3. Скрининг**

Специфик скрининг усуллари ишлаб чиқилмаган.

### **2.4. Иккиламчи профилактика.**

Приапизмнинг иккиламчи профилактикаси касалликни ўтказган беморларда такрорий эпизодларнинг содир бўлишини олдини олишга қаратилган. Муҳим жиҳатлар бўлиб қайталанишларнинг олдини олиш учун фармакологик терапия (масалан, альфа-адреномиметиклар ёки 5-фосфодиэстераза ингибиторларини қўллаш), ҳамроҳ касалликларни тузатиш ва приапизм ривожланишига сабаб бўлувчи омилларни назорат қилиш ҳисобланади. Ўроқсимон ҳужайрали анемия билан ҳасталанган беморларга қон ёпишқоқлигини камайтириш ва тўқималарни кислород билан тўйинишини яхшилаш учун мунтазам терапияни талаб қилиши мумкин.

### **2.5. Учламчи профилактика.**

Приапизмнинг учламчи профилактикаси касалликнинг узоқ муддатли ёки такрорий эпизодларини бошдан кечирган беморларнинг асоратларини минималлаштириш ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Асосий чора-тадбирлар орасида каверноз тўқималар некроз ёки фиброзга учраган ҳолларда эректил функцияни тиклаш учун жинсий олат протезларини ўрнатиш киради. Оддий жинсий функцияни ва беморнинг умумий ҳолатини тиклаш учун реабилитация тадбирлари, жумладан, психологик ёрдам ва физиотерапия ҳам муҳимдир.

### **3. ПРИАПИЗМ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.**

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

Приапизмни реабилитация қилишдан мақсад жинсий олатни нормал фаолиятини тиклаш, эректил дисфункция ва каверноз таначалари фибрози каби сурункали асоратлар ривожланишининг олдини олиш ҳамда беморнинг умумий ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат.

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

Приапизм реабилитацияси узок вақт давомида ишемия эпизодларини ўтказган беморларда эректил функцияни тиклашга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади. Каверноз тўқималарга қайтариб бўлмайдиган зарар етказилган ҳолларда, жинсий олат протезларини ўрнатиш орқали йўқолган функцияларни компенсациялашга эътибор қаратилади. Муҳим жиҳат бўлиб физиотерапия ва дори-дармонли даволаш орқали жинсий олатдпги қон айланишини ва унинг томирлари тонусини яхшилаш ҳисобланади.

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

Приапизм ўткир эпизодининг якунланиши жараёнида реабилитация нормал қон айланишини сақлаб туришга ва қайталанишларнинг олдини олишга қаратилган. Шу мақсадда фармакологик терапия (алфа-адреномиметиклар, ФДЭ-5 ингибиторлари), шунингдек, қон томир тизимининг ҳолатини яхшилашга ёрдам берадиган физиотерапия каби усуллар қўлланилади. Ушбу даврда бемор аҳволининг мониоринги кейинги асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

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

Фиброз ёки эректил дисфункция каби эҳтимолий асоратларнинг эрта диагностикаси реабилитациянинг муҳим қисми ҳисобланади. Допплерли УТТ ёки МРТ каби инструментал усуллардан фойдаланиш тўқималарнинг шикастланишини аниқлашга ва терапияни тезда тузатишга ёрдам беради. Агар бузилишлар аниқланса, тегишли тиклаш муолажалари ва фармакологик ёрдамга кўрсатма берилади.

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

Реабилитация тадбирлари жинсий функциянинг йўқотилиши ва приапизмнинг бошқа асоратлари билан боғлиқ ногиронликнинг олдини олишга қаратилган. Жинсий функцияни сақлаб қолишда жарроҳлик йўли билан даволаш, жумладан, жинсий олат протезларини имплантация қилиш ва фармакологик ёрдам муҳим рол ўйнайди. Психологик ёрдам беморнинг ҳиссий ҳолатини қўллаб-қувватлаш ва ижтимоий изоляцияланишни олдини олиш учун муҳимдир.

### **3.6. Ҳаёт сифатини яхшилаш.**

Реабилитациянинг асосий мақсади физик функцияларни ва психологик қулайликни тиклаш орқали беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашдан иборатдир. Бунга нормал жинсий функцияни тиклаш, приапизм эпизодлари билан боғлиқ оғриқ ва ҳиссий стрессни камайтириш ва нормал ҳаёт фаолиятига қайтиш киради. Беморга психологик ёрдам кўрсатиш ва қайталанишларнинг профилактикаси бўйича маслаҳатлар ўтказиш муҳимдир.

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

Реабилитация беморнинг меҳнат қилиш қобилиятини сақлаб қолиш ёки тиклашга қаратилган бўлиши керак. Бунга беморнинг касбий фаолиятига қайтишига имкон берувчи касалликнинг жисмоний ва психологик оқибатларини бартараф этиш орқали эришилади. Муҳим жиҳат бўлиб, ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш ва узоқ муддатли меҳнатга лаёқатсизликнинг олдини олишга қаратилган қўллаб-қувватловчи терапия ҳисобланади.

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

Реабилитация, шунингдек, беморнинг ижтимоий интеграциялашуви, унинг нормал ҳаётга қайтишига ва ижтимоий ўзаро муносабатларни ўрнатишига ёрдам беришга қаратилган. Психологик ёрдам ва маслаҳатлар ўтказиш ижтимоий изоляцияланишни олдини олишда, айниқса беморда ўзига ўзи баҳо бериш ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган асоратлар ривожланишида муҳим роль ўйнайди. Реабилитация тадбирлари беморнинг ўзига ишончини тиклашга ва ижтимоий ҳаётда фаол иштирок этишига ёрдам бериши керак.

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

Приапизмнинг бирламчи профилактикасини ўтказиш учун кўрсатмаларга ўроқсимон ҳужайрали анемия, вазоактив дори препаратларини қабул қилиш, жинсий олатни шикастланиши ва приапизм ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган бошқа касалликлар каби хавф омилларининг мавжудлиги киради. Иккиламчи профилактика қайталанишларнинг олдини олиш ва оқибатларини камайтириш учун приапизм эпизодини ўтказган беморларга кўрсатилади. Учламчи профилактика касалликнинг мураккаб шакли бўлган беморларга қаратилган бўлиб, бунда фиброз кучайишининг олдини олиш ва эректил функцияни сақлаб туриш талаб этилади. Реабилитацияга ўткир ёки қайталанувчи приапизмдан кейин жинсий олатни нормал фаолиятини тиклаш ва узоқ муддатли асоратларни олдини олиш учун кўрсатма берилади.

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

Профилактик тадбирларни ўтказишнинг асосий мезонлари бирламчи профилактикада гематологик касалликлар ёки вазоактив препаратларни қабул қилиш каби хавф омилларининг мавжудлигини ўз ичига олади. Далилларга асосланган тиббиётга асосланган халқаро стандартлар қайталаниш

(рецидив)ларнинг олдини олиш учун приапизмнинг биринчи эпизодида иккиламчи профилактикани қўллашни, учламчи профилактикани эса фиброз ёки каверноз таначаларда қайтарилмас ўзгаришлар хавфи юқори бўлган беморлар учун қўллашни тавсия қилади. Профилактикани беморнинг анамнези, аҳволи ва хавф омилларига қараб бошлаш керак.

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

Реабилитация босқичлари приапизмнинг оғирлик даражаси, ишемия давомийлиги ва даволанишдан кейин каверноз таначаларнинг ҳолати билан белгиланади. Дастлабки босқичларда реабилитация қон айланишини тиклаш ва фибрознинг олдини олишга қаратилган. Реабилитация муолажаларининг кўлами эректил дисфункция ёки тўқималар эластиклигининг йўқотилиши каби функционал бузилишларга боғлиқ. Жиддий асоратлар мавжудлигида инвазив муолажалар, жумладан, жинсий олат протезларини ўрнатиш буюрилиши мумкин.

## **7. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ ВА КЎЛАМИ.**

Реабилитация уч босқичда амалга оширилади: биринчи босқич ўткир приапизм бартараф этилгандан сўнг дарҳол бошланади ва нормал қон оқимини тиклаш ва яллиғланишни бартараф этишга қаратилган бўлади. Иккинчи босқич фибрознинг олдини олиш ва жинсий олатнинг томирлари фаолиятини яхшилаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади. Учинчи босқич эректил функцияни қўллаб-қувватлаш, жинсий фаолликни тиклаш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилади. Муолажалар кўлами беморнинг аҳволига қараб консерватив усуллардан (дори-дармонли даволаш, физиотерапия) то жарроҳлик (протезлаш)гача ўзгаради.

## **8. ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ДИАГНОСТИКА ЧОРАЛАРИ.**

Диагностик тадбирлар анамнезни тўплаш, каверноз таначалардаги қон газларининг таҳлили ва приапизм турини аниқлаш ва қон оқимининг ҳолатини баҳолаш учун доплерли УТТни ўз ичига олади. Реабилитация босқичида тўқималарнинг тикланишини назорат қилиш ва фиброзни аниқлаш учун такрорий доплерли УТТ ва МРТ талаб қилиниши мумкин. Профилактика ёки реабилитация даражаси бемор аҳволининг оғирлик даражасига боғлиқ равишда белгиланади: асосий лаборатор текширувлардан тортиб, каверноз таначаларнинг ҳолатини баҳолаш учун махсус текширувларгача.

## **9. ДАРАЖАСИ КЎРСАТИЛГАН ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАКТИКАСИ.**

Профилактика тактикаси касалликнинг босқичига ва беморнинг аҳволига боғлиқ. Бирламчи профилактика хавф омиллари ҳақида хабардор қилиш ва назорат қилишга қаратилган, иккиламчи профилактика дори-дармонли терапия (алфа-адреномиметиклар, ФЛЭ-5 ингибиторлари) орқали қайталанишларнинг олдини олишга қаратилган. Реабилитация, ўз навбатида, оғир асоратлари бўлган беморлар учун физиотерапия, фармакотерапия ва жарроҳлик аралашувларини ўз

ичига олади. Тактика даражаси вазиятнинг мураккаблигига қараб, амбулатория шароитида кузатувдан стационар шароитда даволанишгача ўзгаради.

## **10. ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ ИНДИКАТОРЛАРИ.**

Профилактика самарадорлигининг асосий кўрсаткичлари бўлиб приапизм қайталанишининг йўқлиги, хавф омилларининг камайиши ва беморнинг умумий ҳолатининг яхшиланиши ҳисобланади. Реабилитация учун муваффақиятнинг асосий кўрсаткичлари бўлиб эректил функциянинг тикланиши, каверноз таначаларда қон айланишининг яхшиланиши, фибрознинг йўқлиги ва жинсий фаолиятнинг нормаллашгани ҳисобланади. Беморнинг ҳаёт сифати ва такрорий жарроҳлик аралашувларга эҳтиёжнинг йўқлиги ҳам чора-тадбирлар самарадорлигининг муҳим кўрсаткичларига киради.

## ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎХАТИ

1. Borhade MB, Patel P, Kondamudi NP. Sickle Cell Crisis. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Preeti Patel declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Noah Kondamudi declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing
2. Greiner T, Schneider M, Regente J, Toto S, Bleich S, Grohmann R, et al. Priapism induced by various psychotropics: A case series. *World J Biol Psychiatry*. 2019;20(6):505-12.
3. Eland IA, van der Lei J, Stricker BH, Sturkenboom MJ. Incidence of priapism in the general population. *Urology*. 2001;57(5):970-2.
4. El-Bahnasawy MS, Dawood A, Farouk A. Low-flow priapism: risk factors for erectile dysfunction. *BJU Int*. 2002;89(3):285-90.
5. Ericson C, Baird B, Broderick GA. Management of Priapism: 2021 Update. *Urol Clin North Am*. 2021;48(4):565-76.
6. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol*. 2003;170(4 Pt 1):1318-24.
7. Kwok B, Varol C. Priapism and penile gangrene due to thrombotic thrombocytopenic purpura. *Urology*. 2010;75(1):71-2.
8. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):476-500.
9. Hoyerup P, Azawi NH. Partial priapism. *BMJ Case Rep*. 2013;2013.
10. Ateyah A, Rahman El-Nashar A, Zohdy W, Arafa M, Saad El-Den H. Intracavernosal irrigation by cold saline as a simple method of treating iatrogenic prolonged erection. *J Sex Med*. 2005;2(2):248-53.
11. Levine LA, Burnett AL. Standard operating procedures for Peyronie's disease. *J Sex Med*. 2013;10(1):230-44.
12. Bodner DR, Lindan R, Leffler E, Kursh ED, Resnick MI. The application of intracavernous injection of vasoactive medications for erection in men with spinal cord injury. *J Urol*. 1987;138(2):310-1.
13. Davila HH, Parker J, Webster JC, Lockhart JL, Carrion RE. Subarachnoid hemorrhage as complication of phenylephrine injection for the treatment of ischemic priapism in a sickle cell disease patient. *J Sex Med*. 2008;5(4):1025-8.
14. Mantadakis E, Ewalt DH, Cavender JD, Rogers ZR, Buchanan GR. Outpatient penile aspiration and epinephrine irrigation for young patients with sickle cell anemia and prolonged priapism. *Blood*. 2000;95(1):78-82.
15. Miller SF, Chait PG, Burrows PE, Steckler RE, Khoury AE, McLorie GA, et al. Posttraumatic arterial priapism in children: management with embolization. *Radiology*. 1995;196(1):59-62.
16. Wen CC, Munarriz R, McAuley I, Goldstein I, Traish A, Kim N. Management of ischemic priapism with high-dose intracavernosal phenylephrine: from bench to bedside. *J Sex Med*. 2006;3(5):918-22.

17. Muneer A, Minhas S, Freeman A, Kumar P, Ralph DJ. Investigating the effects of high-dose phenylephrine in the management of prolonged ischaemic priapism. *J Sex Med.* 2008;5(9):2152-9.
18. Muruve N, Hosking DH. Intracorporeal phenylephrine in the treatment of priapism. *J Urol.* 1996;155(1):141-3.
19. Roberts JR, Price C, Mazzeo T. Intracavernous epinephrine: a minimally invasive treatment for priapism in the emergency department. *J Emerg Med.* 2009;36(3):285-9.
20. Keskin D, Cal C, Delibaş M, Ozyurt C, Günaydin G, Nazli O, et al. Intracavernosal adrenalin injection in priapism. *Int J Impot Res.* 2000;12(6):312-4.
21. Glina S, Sharlip ID, Hellstrom WJ. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2013;10(1):115-9.
22. Hübler J, Szántó A, Könyves K. Methylene blue as a means of treatment for priapism caused by intracavernous injection to combat erectile dysfunction. *Int Urol Nephrol.* 2003;35(4):519-21.
23. Martínez Portillo F, Hoang-Boehm J, Weiss J, Alken P, Jünemann K. Methylene blue as a successful treatment alternative for pharmacologically induced priapism. *Eur Urol.* 2001;39(1):20-3.
24. Gupta A, Seth T, Gupta A. Successful use of terbutaline in persistent priapism in a 12-year-old boy with chronic myeloid leukemia. *Pediatr Hematol Oncol.* 2009;26(1):70-3.
25. Lowe FC, Jarow JP. Placebo-controlled study of oral terbutaline and pseudoephedrine in management of prostaglandin E1-induced prolonged erections. *Urology.* 1993;42(1):51-3; discussion 3-4.
26. Priyadarshi S. Oral terbutaline in the management of pharmacologically induced prolonged erection. *Int J Impot Res.* 2004;16(5):424-6.
27. Bartolucci P, Galactéros F. Clinical management of adult sickle-cell disease. *Curr Opin Hematol.* 2012;19(3):149-55.
28. Levey HR, Kutlu O, Bivalacqua TJ. Medical management of ischemic stuttering priapism: a contemporary review of the literature. *Asian J Androl.* 2012;14(1):156-63.
29. Rogers ZR. Priapism in sickle cell disease. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2005;19(5):917-28, viii.
30. Morrison BF, Burnett AL. Priapism in hematological and coagulative disorders: an update. *Nat Rev Urol.* 2011;8(4):223-30.
31. Bivalacqua TJ, Musicki B, Kutlu O, Burnett AL. New insights into the pathophysiology of sickle cell disease-associated priapism. *J Sex Med.* 2012;9(1):79-87.
32. Ballas SK, Lyon D. Safety and efficacy of blood exchange transfusion for priapism complicating sickle cell disease. *J Clin Apher.* 2016;31(1):5-10.
33. Marouf R. Blood transfusion in sickle cell disease. *Hemoglobin.* 2011;35(5-6):495-502.
34. Merritt AL, Haiman C, Henderson SO. Myth: blood transfusion is effective for sickle cell anemia-associated priapism. *Cjem.* 2006;8(2):119-22.
35. Burnett AL, Bivalacqua TJ. Priapism: new concepts in medical and surgical management. *Urol Clin North Am.* 2011;38(2):185-94.

36. Hakim LS, Kulaksizoglu H, Mulligan R, Greenfield A, Goldstein I. Evolving concepts in the diagnosis and treatment of arterial high flow priapism. *J Urol.* 1996;155(2):541-8.
37. Hatzichristou D, Salpiggidis G, Hatzimouratidis K, Apostolidis A, Tzortzis V, Bekos A, et al. Management strategy for arterial priapism: therapeutic dilemmas. *J Urol.* 2002;168(5):2074-7.
38. Arango O, Castro R, Dominguez J, Gelabert A. Complete resolution of post-traumatic high-flow priapism with conservative treatment. *Int J Impot Res.* 1999;11(2):115-7.
39. Ilkay AK, Levine LA. Conservative management of high-flow priapism. *Urology.* 1995;46(3):419-24.
40. Corbetta JP, Durán V, Burek C, Sager C, Weller S, Paz E, et al. High flow priapism: diagnosis and treatment in pediatric population. *Pediatr Surg Int.* 2011;27(11):1217-21.
41. Mwamukonda KB, Chi T, Shindel AW, Lue TF. Androgen blockade for the treatment of high-flow priapism. *J Sex Med.* 2010;7(7):2532-7.
42. Zacharakis E, Ralph DJ, Walkden M, Muneer A. Distal corpus cavernosum fibrosis and erectile dysfunction secondary to non-ischaemic priapism. *Arch Ital Urol Androl.* 2015;87(3):258-9.
43. Cakan M, Altu Gcaron U, Aldemir M. Is the combination of superselective transcatheter autologous clot embolization and duplex sonography-guided compression therapy useful treatment option for the patients with high-flow priapism? *Int J Impot Res.* 2006;18(2):141-5.
44. Kim KR, Shin JH, Song HY, Ko GY, Yoon HK, Sung KB, et al. Treatment of high-flow priapism with superselective transcatheter embolization in 27 patients: a multicenter study. *J Vasc Interv Radiol.* 2007;18(10):1222-6.
45. Numan F, Cantasdemir M, Ozbayrak M, Sanli O, Kadioglu A, Hasanefendioglu A, et al. Posttraumatic nonischemic priapism treated with autologous blood clot embolization. *J Sex Med.* 2008;5(1):173-9.
46. Görich J, Ermis C, Krämer SC, Fleiter T, Wisianowsky C, Basche S, et al. Interventional treatment of traumatic priapism. *J Endovasc Ther.* 2002;9(5):614-7.
47. Kerlan RK, Jr., Gordon RL, LaBerge JM, Ring EJ. Superselective microcoil embolization in the management of high-flow priapism. *J Vasc Interv Radiol.* 1998;9(1 Pt 1):85-9.
48. Numan F, Cakirer S, Işlak C, Oğüt G, Kadioğlu A, Cayan S, et al. Posttraumatic high-flow priapism treated by N-butyl-cyanoacrylate embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1996;19(4):278-80.
49. Pryor J, Akkus E, Alter G, Jordan G, Lebret T, Levine L, et al. Priapism. *J Sex Med.* 2004;1(1):116-20.
50. Sandock DS, Seftel AD, Herbener TE, Goldstein I, Greenfield AJ. Perineal abscess after embolization for high-flow priapism. *Urology.* 1996;48(2):308-11.
51. Gupta S, Salimpour P, Saenz de Tejada I, Daley J, Gholami S, Daller M, et al. A possible mechanism for alteration of human erectile function by digoxin: inhibition of corpus cavernosum sodium/potassium adenosine triphosphatase activity. *J Urol.* 1998;159(5):1529-36.

52. Savoca G, Pietropaolo F, Scieri F, Bertolotto M, Mucelli FP, Belgrano E. Sexual function after highly selective embolization of cavernous artery in patients with high flow priapism: long-term followup. *J Urol*. 2004;172(2):644-7.
53. Tønseth KA, Egge T, Kolbenstvedt A, Hedlund H. Evaluation of patients after treatment of arterial priapism with selective micro-embolization. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40(1):49-52.
54. Cantasdemir M, Gulsen F, Solak S, Numan F. Posttraumatic high-flow priapism in children treated with autologous blood clot embolization: long-term results and review of the literature. *Pediatr Radiol*. 2011;41(5):627-32.
55. Morrison BF, Burnett AL. Stuttering priapism: insights into pathogenesis and management. *Curr Urol Rep*. 2012;13(4):268-76.
56. Mocniak M, Durkin CM, Early K. The use of sudafed for priapism in pediatric patients with sickle cell disease. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(1):82-4.
57. Okpala I, Westerdale N, Jegede T, Cheung B. Etilefrine for the prevention of priapism in adult sickle cell disease. *Br J Haematol*. 2002;118(3):918-21.
58. Olujohungbe AB, Adeyoju A, Yardumian A, Akinyanju O, Morris J, Westerdale N, et al. A prospective diary study of stuttering priapism in adolescents and young men with sickle cell anemia: report of an international randomized control trial--the priapism in sickle cell study. *J Androl*. 2011;32(4):375-82.
59. Yuan J, Desouza R, Westney OL, Wang R. Insights of priapism mechanism and rationale treatment for recurrent priapism. *Asian J Androl*. 2008;10(1):88-101.
60. Levine LA, Guss SP. Gonadotropin-releasing hormone analogues in the treatment of sickle cell anemia-associated priapism. *J Urol*. 1993;150(2 Pt 1):475-7.
61. DeCastro BJ, Costabile RA, McMann LP, Peterson AC. Oral ketoconazole for prevention of postoperative penile erection: a placebo controlled, randomized, double-blind trial. *J Urol*. 2008;179(5):1930-2.
62. Daoud AS, Bataineh H, Otoom S, Abdul-Zahra E. The effect of Vigabatrin, Lamotrigine and Gabapentin on the fertility, weights, sex hormones and biochemical profiles of male rats. *Neuro Endocrinol Lett*. 2004;25(3):178-83.
63. Perimenis P, Athanasopoulos A, Papatheanasopoulos P, Barbalias G. Gabapentin in the management of the recurrent, refractory, idiopathic priapism. *Int J Impot Res*. 2004;16(1):84-5.
64. Roizenblatt M, Figueiredo MS, Cançado RD, Pollack-Filho F, de Almeida Santos Arruda MM, Vicari P, et al. Priapism is associated with sleep hypoxemia in sickle cell disease. *J Urol*. 2012;188(4):1245-51.
65. D'Aleo G, Rifici C, Kofler M, Saltuari L, Bramanti P. Favorable response to intrathecal, but not oral, baclofen of priapism in a patient with spinal cord injury. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(3):E127-9.
66. Moreira DM, Pimentel M, da Silva Moreira BF, Stein AC, Koff WJ. Recurrent priapism in the young patient treated with baclofen. *J Pediatr Urol*. 2006;2(6):590-1.
67. Vaidyanathan S, Watt JW, Singh G, Hughes PL, Selmi F, Oo T, et al. Management of recurrent priapism in a cervical spinal cord injury patient with oral baclofen therapy. *Spinal Cord*. 2004;42(2):134-5.
68. Kato GJ. Priapism in sickle-cell disease: a hematologist's perspective. *J Sex Med*. 2012;9(1):70-8.

69. Meier ER, Miller JL. Sick cell disease in children. *Drugs*. 2012;72(7):895-906.
70. Saad ST, Lajolo C, Gilli S, Marques Júnior JF, Lima CS, Costa FF, et al. Follow-up of sickle cell disease patients with priapism treated by hydroxyurea. *Am J Hematol*. 2004;77(1):45-9.
71. Bivalacqua TJ, Musicki B, Hsu LL, Gladwin MT, Burnett AL, Champion HC. Establishment of a Transgenic Sickle-Cell Mouse Model to Study the Pathophysiology of Priapism. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(9):2494-504.
72. Burnett AL, Bivalacqua TJ, Champion HC, Musicki B. Long-term oral phosphodiesterase 5 inhibitor therapy alleviates recurrent priapism. *Urology*. 2006;67(5):1043-8.
73. Champion HC, Bivalacqua TJ, Takimoto E, Kass DA, Burnett AL. Phosphodiesterase-5A dysregulation in penile erectile tissue is a mechanism of priapism. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2005;102(5):1661-6.
74. Pierorazio PM, Bivalacqua TJ, Burnett AL. Daily phosphodiesterase type 5 inhibitor therapy as rescue for recurrent ischemic priapism after failed androgen ablation. *J Androl*. 2011;32(4):371-4.
75. Griffiths MR, Priestley GC. A comparison of morphea and lichen sclerosus et atrophicus in vitro: the effects of para-aminobenzoate on skin fibroblasts. *Acta Derm Venereol*. 1992;72(1):15-8.
76. Virag R, Bachir D, Lee K, Galacteros F. Preventive treatment of priapism in sickle cell disease with oral and self-administered intracavernous injection of etilefrine. *Urology*. 1996;47(5):777-81; discussion 81.
77. Rutchik S, Sorbera T, Rayford RW, Sullivan J. Successful treatment of recalcitrant priapism using intercorporeal injection of tissue plasminogen activator. *J Urol*. 2001;166(2):628.
78. Burnett AL, Sharlip ID. Standard operating procedures for priapism. *J Sex Med*. 2013;10(1):180-94.
79. Burnett AL. Surgical Management of Ischemic Priapism. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(1):114-20.
80. Bennett N, Mulhall J. Sickle cell disease status and outcomes of African-American men presenting with priapism. *J Sex Med*. 2008;5(5):1244-50.
81. Nixon RG, O'Connor JL, Milam DF. Efficacy of shunt surgery for refractory low flow priapism: a report on the incidence of failed detumescence and erectile dysfunction. *J Urol*. 2003;170(3):883-6.
82. Zacharakis E, Raheem AA, Freeman A, Skolarikos A, Garaffa G, Christopher AN, et al. The efficacy of the T-shunt procedure and intracavernous tunneling (snake maneuver) for refractory ischemic priapism. *J Urol*. 2014;191(1):164-8.
83. Zacharakis E, Garaffa G, Raheem AA, Christopher AN, Muneer A, Ralph DJ. Penile prosthesis insertion in patients with refractory ischaemic priapism: early vs delayed implantation. *BJU Int*. 2014;114(4):576-81.
84. Lue TF, Pescatori ES. Distal cavernosum-glans shunts for ischemic priapism. *J Sex Med*. 2006;3(4):749-52.
85. Winter CC. Cure of idiopathic priapism: New procedure of creating fistula between glans penis and corpora cavernosa. *Urology*. 1976;8(4):389-91.

86. Macaluso JN, Jr., Sullivan JW. Priapism: review of 34 cases. *Urology*. 1985;26(3):233-6.
87. Ebbehøj J. A new operation for priapism. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1974;8(3):241-2.
88. Lund K, Ebbehøj J. Results of glando-cavernous anastomosis in 18 cases of priapism. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1980;14(3):269-72.
89. Brant WO, Garcia MM, Bella AJ, Chi T, Lue TF. T-shaped shunt and intracavernous tunneling for prolonged ischemic priapism. *J Urol*. 2009;181(4):1699-705.
90. Ercole CJ, Pontes JE, Pierce JM, Jr. Changing surgical concepts in the treatment of priapism. *J Urol*. 1981;125(2):210-1.
91. Hanafy HM, Saad SM, Al-Ghorab MM. Ancient Egyptian medicine: contribution to urology. *Urology*. 1974;4(1):114-20.
92. Burnett AL, Pierorazio PM. Corporal "Snake" Maneuver: Corporoglanular Shunt Surgical Modification for Ischemic Priapism. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(4):1171-6.
93. Segal RL, Readal N, Pierorazio PM, Burnett AL, Bivalacqua TJ. Corporal Burnett "Snake" surgical maneuver for the treatment of ischemic priapism: long-term followup. *J Urol*. 2013;189(3):1025-9.
94. Quackels R. [TREATMENT OF A CASE OF PRIAPISM BY CAVERNOSPONGIOUS ANASTOMOSIS]. *Acta Urol Belg*. 1964;32:5-13.
95. Grayhack JT, McCullough W, O'Connor VJ, Jr., Trippel O. VENOUS BYPASS TO CONTROL PRIAPISM. *Invest Urol*. 1964;1:509-13.
96. Kandel GL, Bender LI, Grove JS. Pulmonary embolism: a complication of corpus-saphenous shunt for priapism. *J Urol*. 1968;99(2):196-7.
97. Kihl B, Bratt CG, Knutsson U, Seeman T. Priapsim: evaluation of treatment with special reference to saphenocavernous shunting in 26 patients. *Scand J Urol Nephrol*. 1980;14(1):1-5.
98. Ralph DJ, Garaffa G, Muneer A, Freeman A, Rees R, Christopher AN, et al. The immediate insertion of a penile prosthesis for acute ischaemic priapism. *Eur Urol*. 2009;56(6):1033-8.
99. Salem EA, El Aasser O. Management of ischemic priapism by penile prosthesis insertion: prevention of distal erosion. *J Urol*. 2010;183(6):2300-3.
100. Sedigh O, Rolle L, Negro CL, Ceruti C, Timpano M, Galletto E, et al. Early insertion of inflatable prosthesis for intractable ischemic priapism: our experience and review of the literature. *Int J Impot Res*. 2011;23(4):158-64.
101. Upadhyay J, Shekarriz B, Dhabuwala CB. Penile implant for intractable priapism associated with sickle cell disease. *Urology*. 1998;51(4):638-9.
102. Zacharakis E, De Luca F, Raheem AA, Garaffa G, Christopher N, Muneer A, et al. Early insertion of a malleable penile prosthesis in ischaemic priapism allows later upsizing of the cylinders. *Scand J Urol*. 2015;49(6):468-71.
103. Burnett AL, Allen RP, Tempany CM, Dover GJ, Brendler CB. Evaluation of erectile function in men with sickle cell disease. *Urology*. 1995;45(4):657-63.
104. Datta NS. Megalophallus in sickle cell disease. *J Urol*. 1977;117(5):672-3.
105. Broderick GA, Harkaway R. Pharmacologic erection: time-dependent changes in the corporal environment. *Int J Impot Res*. 1994;6(1):9-16.

106. Gholami SS, Lue TF. Correction of penile curvature using the 16-dot plication technique: a review of 132 patients. *J Urol.* 2002;167(5):2066-9.
107. Monga M, Broderick GA, Hellstrom WJ. Priapism in sickle cell disease: the case for early implantation of the penile prosthesis. *Eur Urol.* 1996;30(1):54-9.
108. Shapiro RH, Berger RE. Post-traumatic priapism treated with selective cavernosal artery ligation. *Urology.* 1997;49(4):638-43.