

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

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

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

**“КЕЛИШИЛДИ”**

**Республика ихтисослаштирилган**

**урология илмий-амалий тиббиёт**

**маркази директори**

**Ш.Т. Мухтаров**



” “ \_\_\_\_\_ ” 2025 йил

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент – 2025

## **МУНДАРИЖА**

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ» НОЗОЛОГИСИННИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ..... 5**

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ..... 266**

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИННИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ..... 35**

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ»  
НОЗОЛОГИСИНИНГ 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 МКБ-10 – N41 ва МКБ-11 – GA91 шифрига мувофиқ Ўткир бактериал простатит диагностикаси, реабилитацияси ва профилактикаси бўйича қўлланма ҳисобланади ва улардан Республиканинг барча тиббиёт даволаш-профилактика муассасаларининг урологлари фойдаланишлари мумкин.

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

ХКТ-10	
Код	Номи
N41	Ўткир бактериал простатит <a href="https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N41.0">https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N41.0</a>

ХКТ-11	
Код	Номи
GA91	Ўткир бактериал простатит <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1594247995">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1594247995</a>

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

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

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

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

### Мултидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

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

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

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

**Кариев Саидахрор 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.

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

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

**Тоиров Бобур Акбарович** – Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази дерматокосметология бўлими 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 Абдукодир Абдуқаҳхорович** – 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:**

**Гиясов Шухрат Искандарович** – т.ф.д., профессор, Тошкент тиббий академияси урология кафедраси.

**Закиров Хаёт Камилевич** – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг диагностика ва даволаш бўлими мудири.

**Косимов Сафожон Самуқжонович** – Тошкент тиббий академияси урология кафедраси ассистенти.

#### **Тақризчилар:**

**Перепанова Тамара Сергеевна** – Н.А.Лопаткина номидаги урология ва интервенцион радиология ИТИ профессори., т.ф.д., ЕУА урологияда инфекциялар секцияси бошқаруви аъзоси, Россия Федерацияси.

**Юлдашев Файзулла Юлдашевич** – т.ф.д., урология курси мудири, Фарғона жамоат саломатлиги институтининг хирургия кафедраси илмий ходими.

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

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

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

**Кариев Саидахор 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**

- ЕУА – Европа урологлар ассоциацияси
- СҶЙИ – Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси;
- КТ – Компьютер томографияси

ЯҚНДВ	– Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари
УҚТ	– Умумий қон таҳлили
УСТ	– Умумий сийдик таҳлили
ИД	– Исботланганлик даражаси
УТТ	– Ультратовушли текширув
ТД	– Тавсиялар даражаси
ЎБП	- Ўткир бактериал простатит
ПБ	- Простата беzi
СТОС	-Сурункали тос оғриғи синдроми

### **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.**

Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси билан касалланган беморлар.

## Далилларга асосланган тиббиётнинг далиллари даражаси шкаласи.

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

<b>Далилларнинг исботланганлик даражаси</b>	
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)

<b>Далилларнинг исботланганлик даражаси</b>	
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

<b>Тавсияларнинг ишонччилик даражаси</b>	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	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)
С	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.

Ўткир бактериал простатит - бу простата безидаги яллиғланиш ва инфекция белгилари асосида клиник ташхис қўйилган касалликдир [ЕАУ 2019].

Простатининг яллиғланиш касалликлари структурасида ўткир простатит 5-10% ни ташкил қилади. Касаллик асосан репродуктив ёшда (35-50 ёш) юзага келади. Турли манбаларга кўра, сурункали простатит билан 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган эркекларнинг 8 дан 35 фоизигачаси азият чекади. Шунингдек, эркекларда сурункали бактериал простатит кўп ҳолларда сийдик йўллариининг қайталанувчи инфекцияларига сабаб бўлиши аниқланди.

### 2.2. Умумий таъриф.

Ўткир бактериал простатит - бу бактериал патогенлар келтириб чиқарадиган касалликдир.

#### Этиологияси.

Простатит кенг тарқалган касалликдир, бироқ бактериал инфекция 10% дан кам ҳолларда учрайди. ЎБПнинг етакчи қўзғатувчиси бўлиб, энтеробактериялар, хусусан, *E. Coli* ҳисобланади. Бундан ташқари, *Pseudomonas*, *Klibsiella*, *Proteus*, *Enterococcus*, *Staphilococcus aureus* ҳам учраши мумкин. Иммуниетет танқислиги ёки ОИТВ - инфекцияси бўлган беморларда простатит *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida spp.* каби «инжик» қўзғатувчилар, шунингдек, *Coccidioides imitis*, *Blastomyces dermatitidis* ва и *Histoplasma capsulatum* каби ноёб патогенлар сабабли юзага келиши мумкин

### 2.3. Простатит таснифи ва NIDDK/NIH бўйича СТОС.

Гуруҳ	Ном ива тавсифи
I	Ўткир бактериал простатит
II	Сурункали бактериал простатит
III	Сурункали абактериал простатит – сурункали тос оғриғи синдроми
IIIA	Яллиғланган СТОС (уруғ суюқлигида/ПБ секретиди/сийдикнинг учинчи порциясида лекоцитларнинг мавжудлиги)
IIIB	Яллиғланмаган СТОС (уруғ суюқлигида/ПБ секретиди/сийдикнинг учинчи порциясида лекоцитларнинг мавжуд эмаслиги *)
IV	Симтомсиз яллиғланган простатит (гистологик простатит)

\* Сийдикнинг учинчи порцияси– ПБ уқалангандан кейин олинган сийдик

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

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

Ўткир бактериал простатит (ЎБП), одатда, сийдик чиқариш билан боғлиқ бузилишлар ва кучли, аммо жойи ёмон аниқланадиган оғриқлар пайдо бўлиши билан бошланади. Бу кўпинча умумий ҳолсизлик ва иситма билан бирга кузатилади. ПБнинг трансректал биопсияси, етарли даражадаги антибактериал профилактика ва антисептиклардан фойдаланишга қарамай, ЎБП хавфини оширади [1]. СБП ташхиси семптомлар камида уч ой давом этганда қўйилади [2-4]. Асосий семптомлар орасида турли жойларда, масалан, чот, мойк, жинсий олат ва соннинг ички қисмидаги оғриқлар, шунингдек, ПСЙСни ўз ичига олади [5-7].

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

Ўткир простатит, одатда, кичик порцияларда тез-тез, қийин ва оғриқли сийиш, чот, орқа тешик соҳаси ва қовғаусти соҳаси оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Бу кўпинча умумий ҳолсизлик ва фебрил ҳарорат билан бирга кузатилади. Бармоқ билан ректал текширувда простата сезиларли даражада катталашган, шишган, кескин оғриқли бўлади. Простатани массаж қилиш мумкин эмас, чунки бу иш бактериемиа ва сепсисга олиб келиши мумкин.

Касалликни таснифлашда, ушбу касалликнинг семптомлари таснифлаш параметрлари бўлиб хизмат қилади. Шу муносабат билан простатит белгиларини миқдорини аниқлаш учун махсус анкеталар қўлланилади. Буларга халқаро жамият томонидан ишлаб чиқилган сурункали простатит белгилари индекси (CPSI) суровномаси киради, аммо унинг клиник амалиёт учун фойдаси ноаниқлигича қолмоқда.

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

Пешобда нитратлар ва лейкоцитларни аниқлаш учун сийдик синов-чизиқлари ишлатилади ва унинг ижобий қиймати 95% ва салбий қиймати 70%ни ташкил этади. Аммо бизнинг мамлакатимизда сийдик синов-чизиқлари кенг қўлланилмаганлиги сабабли, 1мл сийдикни центрифугадан ўтказгандан кейин унинг чўкмасида лейкоцитлар ва эритроцитларни хисоблаш тавсия этилади. Ўткир бактериал простатитда умумий қон тахлили ва унинг бактериологик текшириш тавсия этилади. Простата беши абсцессига шубҳа бўса уни аниқлаш учун турлича визуал текширувлар ўтказилади.

ЎБП билан касалланган беморларни текширишда, энг муҳими бу простата безини суяқлигини бактериологик текширишдир. Сурункали простатитнинг тоифасини аниқлаш учун халигача пешобнинг ҳар хил қисмлари ва массаждан кейин олинган простата суяқлигини Meares и Stamey синамаси асосида текширишдир.

Stamey–Meares синамасида микробиологик текширув ўтказиш қўйидаги атипик кўзғатувчилар жумладан *S.trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* ва *Ureaplasma urealyticum*лар мавжудлиги хақида муҳим маълумот беради. Аммо

икки стаканли синаманинг диагностик қиймати тўрт стаканли синама билан таққосланганда қолишмайди.

Абактериал простатит билан касалланган беморларда эякулятни бактериологик текшириш тўрт стаканли синамани диагностик қийматини оширади, лекин у кўп ҳолларда простата беzi секретига қараганда ижобий натижа беради. Хамма ҳолатларда ҳам инфравезикал обструкцияни, уретра стриктурасини урофлоуметрия, ретроград уретрография еки эндоскопик текширувлар ёрдамида аниқлаш зарур.

#### **Сийдикни биринчи намунасини таҳлил қилиш**

Сийдикнинг биринчи намунаси *C. Trachomatis*ни аниқлаш учун муҳим ноинвазив усулдир. Бу усулда нуклеин кислотани амплификация қилиб аниқланади. Бундан ташқари, бу усул *C. Trachomatis* зарралари билан касалланган эпителий хужайраларини аниқлайди.

#### ***Простат специфик антигени***

Простат специфик антигени (ПСА) ЎБП 60% ва СБП (Сурункали бактериал простатит) да 20% ҳолларда кўтарилади. Анибактериал муолажадан кейин тахминан 40% ҳолларда унинг кўрсаткичи пасаяди. Бу ҳолат клиник ва микробиологик тузалиш билан узвий боғлиқ. ПСАни умумий ва эркин миқдори диагностика учун қўшимча ҳеч қандай маълумот бермайди

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

Ўткир бактериал простатит диагностикаси учун простатани ва сийдик қопини трансабдоминал ултратовуш текшириш (УТТ) амалиёти бажарилади.

Трансректал УТТ (ТРУТТ) эса ПБдаги абсцесслар, калцификатлар ва уруф пуфагини кенгайтишини аниқлаши мумкин, аммо ТРУТТнинг натижаларининг ишончсизлиги ҳисобга олган ҳолда простатит ташхиси қўйиш учун тавсия этилмайди.

Сабалари ноаниқ бўлса, ПБ абсцессалари қайталанса ёки ТРУТТ қилишнинг имкони бўлмаса (геморрой, проктит, аноректал оғрик) бундай ҳолатларда компьютер томография (КТ) ёки магнит-резонанс томография (МРТ) текшируви бажарилади.

Простатитнинг бирламчи дигностикаси учун ПБ биопсияси тавсия этилмайди ва сепсис хавфи ортиши сабабли охиригача даволанмаган бактериал простатитлар ҳам жу жумладан.

## Бактериал простатитни диагностикаси бўйича далиллар ва тавсияларнинг қисқача мазмуни

Далилларнинг қисқача мазмуни	ИД
ЎБПда нитритлар ва лейкоцитларни аниқлаш учун чизикли-тест текширувини ижобий қиймати 95%ни, салбий қиймати 70%ни ташкил қилади.	3
Сурункали бактериал простатитни оптимал текшириш усули бўлиб Meares и Stamey синамаси хизмат қилади. Қиёсий тадқиқот шуни кўрсатадики, икки стаканли текширув тўрт стаканли текширувдан диагностик қийматдан қолишмайди.	2b
<i>S. trachomatis</i> ни аниқлашда пешобнинг биринчи қисмида нуклеин кислотани кучайтириш йўли билан амалга ошириш афзалдир.	2b
Сурункали бактериал простатитни ташхислашда ТРУТТ ишончли усул эмас ва тавсия этилмайди.	3
Эякулятнинг бактериологик экишнинг сезгирлиги тахминан 50%ни ташкил қилади. Шунинг учун уни сурункали бактериал простатитни ташхислашда бирламчи текширув кўринишида тавсия этилмайди.	3
ЎПБ билан касалланган беморларда ПСАнинг ошиб кузатилиши мумкин. Шунинг учун уни аниқлашга зарурият йўқ, чунки у ҳеч қандай қўшимча маълумот бермайди.	3

### 3.5. Бошқа мутахассислар маслаҳати.

Аксарият ҳолларда ўткир бактериал простатит диагностикаси ва уни даволашда бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш талаб этилмайди. Аммо, агар ўткир простатитга шубҳа бўлса ва иммун танқислиги ҳолати ёки сурункали касалликлар каби махсус клиник ёки эпидемиологик омиллар мавжуд бўлса, ташхисни янада аниқлаштириш ва индивидуал даволаш режасини ишлаб чиқиш учун бошқа мутахассислар, шу жумладан урологлар, юқумли касалликлар бўйича мутахассислар ёки эндокринологлар билан маслаҳатлашиш зарур бўлиши мумкин. Бундан ташқари, беморга энг яхши тиббий ёрдам ва натижани таъминлаш учун асоратлар, ғайриоддий клиник симптомлар ёки стандарт терапиянинг самарасизлиги аниқланганда бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш зарур бўлиши мумкин.

### 3.6. Ташхислаш алгоритми.



### 3.7. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш.

Агар симптомлар узоқ давом этса (сурункали простатит каби) унда СТОС ва сийдик йўллари ва тўғри ичак касалликлари билан дифференциал ташхис қилиш керак. бошқа

Сурункали простатит ёки СТОС белгиларига простата беши туберкулёзи сабаб бўлиши мумкин. Endemik mintaqalardagi bemorlarda piyospermiya va gematospermiya yoki sil kasalligi tarixi bo'lsa , genitouriya tizimining shikastlanishini istisno qilish kerak.

Хроник простатит ёки СТОС симптомлари простата туберкулези билан боғлиқ бўлиши мумкин. Пиоспермия ва гематоспермия мавжуд бўлган ҳолларда, эндемик ҳудудлардаги ёки анамнезида туберкулез бўлган беморларда пешоб йўллари тизимнинг зарарланишини истисно этиш керак.

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ўткир уретрит	Оғриқли ва тез-тез сийдик чиқариш.	Умумий қон таҳлили. Умумий пешоб таҳлили. УТТ.	Сийдик чиқариш каналдан кўп миқдорда ажратма чиқиши хос, сийдик чиқариш каналлари лаблари шишади ва қизариб кетади, сийдик чиқариш каналлари шиллиқ қавати ташқарига ағдарилади. Сийдик чиқаришнинг бошида ачишиш ва оғриқ. Иситма

			бўлмайди. УТТда простата ҳеч қандай хусусиятга эга эмас, сийдик таҳлилида сийдикнинг биринчи порциясида ўзгаришларни аниқланади. Умумий қон таҳлили хусусиятларга эга эмас.
Қов битишмаси остейти	Қовға усти ва чот соҳасида оғриқлар.	Умумий қон таҳлили. Умумий пешоб таҳлили. УТТ.	Қов остейти симптомлари дастлаб енгил бўлиши мумкин, аммо жисмоний зўриқиш пайтида оғирлашиши мумкин. Чов соҳасидаги ҳаддан ташқари оғриқлик ва оғриқ. Йўтал, аксириш ёки узоқлаштирувчи мушакларни ишлатганда оғриқ. Ўтирган жойдан турганда ёки юриш пайтида шақиллаш. Ҳаракатланишнинг пасайиши ва эгилувчанликнинг йўқотилиши. Иситма бўлмайди. УТТда простата ҳеч қандай хусусиятга эга эмас, умумий пешоб таҳлили хусусиятларга эга эмас. Умумий қон таҳлилида яллиғланишнинг оғирлигида яллиғланиш кўринишига хос бўлган ўзгаришлар бўлиши мумкин.
Ўткир парапроктит	Чот орасидаги ва орқа тешик соҳасидаги оғриқ. Гипертермия.	Умумий қон таҳлили. Умумий пешоб таҳлили. УТТ. Простата безини бармоқ билан ректал текшириш.	Орқа тешикда қишиш, босим, оғриқ сезилади, анус тўқималари қизаради ва шишади. Дефекация кўпинча қийинчилик туғдиради, унга бўлган чақириқлар кўпайади. Тананинг харорати ошади. Орқа тешикдан вақти вақти билан йиринг чиқиши мумкин. УТТда простата

			катталашмайди, пишмайди, простата бармоқ билан текширилганда ҳеч қандай муаммо аниқланмайди.
--	--	--	--

## 4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ.

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

**Суюқлик ичиш режими.** Диурезни рағбатлантириш ва сийдик чиқариш йўлларидадан микроорганизмларни чиқариб ташлаш учун суюқликни истеъмол қилишни кўпайтириш тавсия этилади. Мунтазам равишда сув ичиш сийдикни суюқлаштиришга ва тошлар пайдо бўлишининг олдини олишга ёрдам беради, шунингдек касалликнинг кучайиш хавфини камайтиради.

**Тинчлик ҳолати.** Беморларга организмга юкломани камайтириш ва уларнинг тикланиши учун мақбул шароитларни таъминлаш учун симптомларнинг кучайиши даврида ётоқда ётиш режимида риоя қилиш тавсия этилади.

**Кўзгатувчи моддаларни истеъмол қилмаслик.** Спиртли ичимликлар, аччиқ ва нордон маҳсулотлар, кофеин ва ўткир простатит симптомларини кучайтирувчи ва сийдик йўлларида ачиштирувчи бошқа кўзгатувчи моддалардан воз кечиш тавсия этилади.

**Такрорий инфекциялар профилактикаси.** Сийдик чиқариш йўлларида қайта инфекцияланишини олдини олиш учун интим гигиенаси қоидаларига риоя қилиш, ички кийимларни мунтазам равишда алмаштириш ва Кегель машқларини бажариш муҳимдир.

Жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг (ЖЙЮИ) профилактикаси, мунтазам жинсий алоқа. Сайр қилиш ва эрталабки машқлар, югуриш, сузиш, спорт юриши ва спорт залида машқ қилиш қон оқимини нормаллаштиради ва мушакларни мустаҳкамлайди. Тўлақонли овқатланиш бутун иммунитет тизимига фойдали таъсир кўрсатади, организмнинг мавсумий ва бошқа касалликларга чидамлилигини оширади. Эркалар ўз парhezига кўйидагиларни қўшиш тавсия этилади: денгиз карами, денгиз маҳсулотлари, қовоқ уруғлари, кефир, ёнғоқ, ёғсиз гўшт ва балиқ.

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

Антибактериал терапия ЎБПда ҳаёт учун зарур бўлиб, СБПда тавсия этилади. Экма натижаларига асосланган терапия стандарт бўлиб ҳисобланади, ЎБП билан ҳасталанган барча беморлар учун эмпирик даволаш кўрсатилади. ЎБПда кенг спектрли пенициллинлар, учинчи авлод цефалоспоринлари ёки фторхинолонлар каби бактерицид антибиотикларнинг юқори дозалари парентерал тарзда буюрилиши мумкин [8]. Бошланғич терапия сифатида ушбу дори препаратлари аминогликозид билан биргаликда ишлатилиши мумкин [9-17], қўшимча чора-тадбирлар етарли миқдорда суюқлик ичиш ва сийдик чиқаришни ўз ичига олади [18]. Тана ҳарорати нормаллашганидан ва яллиғланиш кўрсаткичлари йўқолганидан сўнг, беморни перорал (оғиз орқали қабул қилиш) терапияга ўтказиш мумкин, унинг умумий давомийлиги тахминан 2-4 ҳафтани ташкил қилади [19]. СБПни даволаш учун уропатогенларнинг барқарорлик даражаси юқори бўлишига қарамай, фторхинолонларни танлаш мақсадга мувофиқ, чунки улар қулай фармакокинетик хусусиятларга [20], яхши хавфсизлик профилига ва грамм-манфий кўзгатувчиларга, шу жумладан *aeruginosa* ва *S. Trachomatis*, эга. Бунда, қаршилиқ (резистентлик)нинг кучайиши ҳисобга олиниши керак. Азитромицин ва доксициклин *S. Trachomatis* ва *Mycoplasma*

genitalium каби атипик кўзгатувчиларга таъсир қилади. Левофлоксацин СБП бўлган беморларда *S.Trachomatis*дан даволашни таъминламайди. *T.vaginalis* инфекциясида метронидазол буюрилади. Фторхинолон билан терапиянинг давомийлиги камида 14 кун, азитромицин ва доксициклин курси камида 3-4 ҳафтагача узайтирилиши керак. СБПнинг бирламчи ташхиси қўйилгандан кейин, антибиотиклар 4-6 ҳафта давомида буюрилиши керак. Хужайра ичидаги микроорганизмларнинг ажралишида ёки унга шубҳа қилинганда, макролидлар ёки тетрациклинлар кўрсатилади.

### Асосий дори воситалари рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси	Ҳаволалар
Фторхинолонлар	Офлоксацин 400мг	400-800 мг/сут кунига 2 марта, 4-6 ҳафта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/e2d435dca88-43d5-a660-5f95920e6601">https://mediqlab.com/drugs/e2d435dca88-43d5-a660-5f95920e6601</a>
	Ципрофлоксацин 500 мг	500 мг/сут кунига 2 марта, 4-6 ҳафта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0fb6e8-4137-bcd4-208034b26f53">https://mediqlab.com/drugs/6fabbb0fb6e8-4137-bcd4-208034b26f53</a>
	Левифлоксацин 500 мг	500 мг/сут кунига 1 марта, 4-6 ҳафта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/248735dc83fe-44c0-8f1f-469665e4e4bb">https://mediqlab.com/drugs/248735dc83fe-44c0-8f1f-469665e4e4bb</a>
	Моксифлоксацин 400 мг	400 мг/сут кунига 1 марта, 4-6 ҳафта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/14a33bde3ee-415c-be60-709966618acd">https://mediqlab.com/drugs/14a33bde3ee-415c-be60-709966618acd</a>
Аминогликозидлар	Амикацин 0,5 г	7,5 мг/кг 7 кун давомида ҳар 12 соатда	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/ae656202a2d3-4408-a093-701477bc8aca">https://mediqlab.com/drugs/ae656202a2d3-4408-a093-701477bc8aca</a>
Пенициллинлар	Пиперациллин + тазобактам 4,5 г	13,5 мг/сут 7 кун давомида кунига 3 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/5e7e013bd989-4c5d-ba5f-31d795b3512c">https://mediqlab.com/drugs/5e7e013bd989-4c5d-ba5f-31d795b3512c</a>
	Ампициллин + сульбактам 1,5 г	3 г/сут 7 кун давомида кунига 2 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/33ec92225fb9-4314-8e83-8f3559df902d">https://mediqlab.com/drugs/33ec92225fb9-4314-8e83-8f3559df902d</a>
Цефалоспоринлар	Цефоперазон 1,0 г	2,0 г/сут 7 кун давомида кунига 2 маҳал	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/19a3dd4e1793-4a3a-bfe9-1049341a5500">https://mediqlab.com/drugs/19a3dd4e1793-4a3a-bfe9-1049341a5500</a>
	Цефтриаксон + сульбактам 1,0 г + 0,5 г	1,5 г/сут 7 кун давомида кунига 1 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/6e1fc80d0b1c-462d-b139-fd34e11c181d">https://mediqlab.com/drugs/6e1fc80d0b1c-462d-b139-fd34e11c181d</a>
	Цефтазидим 1,0 г	2,0 г/сут 7 кун давомида кунига 3 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/f69059fe6adb-4539-b907-5ac5a2883f56">https://mediqlab.com/drugs/f69059fe6adb-4539-b907-5ac5a2883f56</a>

	Цефоперазон + сульбактам 1,0 г + 0,5 г ёки 1,0 г	2,0 г/сут 7 кун давомида кунига 2 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb">https://mediqlab.com/drugs/36e48038-8430-494c-bb76-0e1b6fd011eb</a>
	Цефепим 1,0 г	2,0 г/сут 7 кун давомида кунига 2 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/8da83f34-9a50-4406-b58b-67f943902efb">https://mediqlab.com/drugs/8da83f34-9a50-4406-b58b-67f943902efb</a>
	Цефепим+ тазобактам 1,125 г	2,250 г/сут 7 кун давомида кунига 2 марта	1b	<a href="https://mediqlab.com/mnn/65810062-fb88-4b8e-b5a9-ab888d877872">https://mediqlab.com/mnn/65810062-fb88-4b8e-b5a9-ab888d877872</a>
Наркотик бўлмаган анальгетиклар	Натрий метамизоли	таблетка 500 мг инъекция учун эритма 250 мг/ мл; 500 мг/мл	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/e5f8f1c1-2dbf-4dde-896a-ec66d426c13">https://mediqlab.com/drugs/e5f8f1c1-2dbf-4dde-896a-ec66d426c13</a>
Яллиғланишга қарши ностреид воситалар (ЯҚНВ)	Диклофенак	25 мг; 46,5 мг; 50 мг; 75 мг; 100 мг таблеткалар 75 мг; 100 мг капсулалар 25 мг/мл; 75 мг/3 мл; 1 мл; 3 мл инъекция учун эритма	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114">https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114</a>
	Кетопрофен	50 мг/мл; 100 мг/2 мл инъекция учун эритма 50 мг; 100 мг; 150 мг; 200 мг капсулалар 100 мг; 150 мг форте таблеткалар 100 мг ректал шамлар	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/720692eb-56c4-40d7-82d1-163797b86131">https://mediqlab.com/drugs/720692eb-56c4-40d7-82d1-163797b86131</a>
	Ибупрофен	200 мг; 400 мг; 800 мг таблеткалар 200 мг; 300 мг; 400 мг капсулалар 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 100 мг/5 мл сироп 60 мг, 125 мг шамлар	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbada40">https://mediqlab.com/drugs/5a85941c-d30a-49af-9b70-a29ddbada40</a>
	Кеторолак	7,5 мг; 10 мг таблеткалар 30 мг/мл 1 мл; 2 мл инъекция учун эритма	1b	<a href="https://mediqlab.com/drugs/fd2ee80d-3faa-4eaa-806d-f847c16850de">https://mediqlab.com/drugs/fd2ee80d-3faa-4eaa-806d-f847c16850de</a>

*Эслатма: Ўткир простатида қўлланиладиган дори препаратларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.*

Симптоматика яхшилангандан сўнг, бемор оғиз орқали қабул қилишга ўтказилади.

### Бактериал простатитни даволаш бўйича далиллар ва тавсияларнинг қисқача мазмуни

Далиллар	ИД
ОБП даволаш схемаси клиник тажриба ва назорат қилинмайдиган тадқиқотларга асосланади. Тизимли симптомлари бор беморлар учун парентерал антибактериал терапия афзал кўрилади. Клиник таҳлиллар нормаллашгандан кейин, даволаш давомийлиги 2–4 ҳафта бўлган перорал препаратларга ўтиш мумкин.	2b
Системали текширувда фторхинолонларнинг СБПни даволашда биринчи қатор препаратлар сифатида самарадорлиги тасдиқланган. Шу билан бирга, патогенларни эрадикация қилиш, клиник самарадорлик ва ножўя таъсирлар бўйича левофлоксацин, ципрофлоксацин ва прулифлоксацин ўртасида статистик аҳамиятли фарқ йўқлиги аниқланган.	3
Метронидазолни 500 мгдан кунига 3 маҳал 14 кун давомида қабул қилиш СБПда <i>T. vaginalis</i> ни 93,3% ҳолларда эрадикация қилишни таъминлайди.	1b
Облигат хужайра ичи патогенлари билан чақирилган СБП бўлган беморларда макролидлар микробиологик ва клиник самарадорлик кўрсаткичлари бўйича фторхинолонлардан устунлик қилади.	1a
Антибиотикларни танлашда маҳаллий резистентлик маълумотларини инобатга олиш лозим.	3

Тавсиялар	ТД
<b>Ўткир бактериал простатит</b>	
ОБП даволаш асоратланган пешоб йўллари инфекцияси даволашдаги тавсияларга мувофиқ амалга оширилади.	Кучли
<b>Сурункали бактериал простатит</b>	
СБПни даволашнинг биринчи қатор терапияси фторхинолонлар (ципрофлоксацин, левофлоксацин) ҳисобланади.	Кучли
Агар СБПнинг этиологик омили сифатида хужайра ичи патогенлари аниқланса, макролидлар (масалан, азитромицин) ёки тетрациклинлар (масалан, доксициклин) гуруҳидан препаратлар тайинланиши лозим.	Кучли
<i>T. vaginalis</i> билан чақирилган СБПда метронидазол қўллаш тавсия этилади.	Кучли

Антибиотикларни простата безига юбориш усули назорат қилинган тадқиқотларда баҳоланмаган ва уни қўллаш тавсия этилмайди.

#### 4.3. Жарроҳлик аралашуви.

Тахминан 10% ҳолларда ЎБП бўлган беморларда ўткир сийдикни тутилиши мумкин, буни цистостома, даврий катетеризация ёки доимий катетер ўрнатиш

орқали бартараф қилиш мумкин. Оддатда цистостома ўрнатиш тавсия этилади. Ўткир сийдик тутилиши бўлмаган беморларда катетеризация ўтказиш СБПга ўтиш хавфини оширади.

Простата беги абсцесси мавжуд бўлганда ҳам дренаж, ҳам консерватив даволаш самаралидир. Абсцесс ҳажми даволаш тактикасини белгилашда аҳамиятлидир. Бир тадқиқотга кўра, ҳажми 1 см дан ошмайдиган абсцессларда консерватив даволаш самарали бўлган, катта абсцессларда эса трансректал очиш ва дренажлаш бажарилган.

#### **4.4. Кейинги даволаш.**

Симптомлар бўлмаган беморларда қийин бажариладиган сийдик таҳлили ёки сийдик экмаси текширувдини ўтказиш кўрсатилмайди.

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

Ўткир бактериал простатитни даволаш самарадорлиги қуйидаги мезонлар асосида баҳоланади:

- *Тана ҳароратининг пасайиши.* Муваффақиятли даволаш терапия бошланганидан кейин маълум вақт ичида тана ҳароратининг  $< 38^{\circ}\text{C}$  гача нормаллашиши билан тавсифланади.
- *Клиник симптомларнинг яхшиланиши.* Чот соҳасида оғриқнинг камайиши, дизурия ва оғриқли сийишнинг камайиши, шунингдек, беморнинг умумий аҳволининг яхшиланиши.
- *Лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашиши.* Қонда лейкоцитларнинг нормал даражасини тиклаш, шунингдек сийдикда ва простата шарбатида лейкоцитурия ва бактериуриянинг камайиши ёки йўқолиши.
- *Асоратларнинг йўқлиги.* Простатит билан боғлиқ бўлган абсцесс, простата инфильтрати ёки сепсис каби асоратларнинг мавжуд эмаслиги.

Амбулатор даволаш усулларининг хавфсизлиги қуйидаги омиллар асосида аниқланади:

- *Жиддий ножўя таъсирлар мавжуд эмас.* Дори воситаларига аллергик реакциялар ёки даволашни ўзгартиришни талаб қиладиган бошқа салбий кўринишлар каби жиддий ножўя таъсирларнинг пайдо бўлишини баҳолаш.
- *Тавсиялар ва даволаш режимида риоя қилиш.* Беморнинг даволаниш самарадорлиги ва хавфсизлигига сезиларли таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни қабул қилиш, овқатланиш ва суюқлик ичиш режими бўйича шифокор тавсияларига риоя қилиш даражасини назорат қилиш.

Ушбу индикаторлар ўткир бактериал простатит бўйича амбулатор шароитда даволанаётган беморларни даволаш натижаларини баҳолашга ёрдам беради ва уларнинг хавфсизлигини таъминлайди

## 5. ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

### 5.1. Режали госпитализация учун кўрсатмалар.

Қуйидаги ҳолларда режа асосида шифохонага ётқизиш тавсия этилади:

- *Аҳволининг оғирлиги.* Интенсив тиббий назорат ва даволанишни талаб қиладиган тананинг юқори ҳарорати, чот ёки қовғаусти соҳасида кучли оғриқ, қусиш ва ориентациянинг йўқолиши каби ўткир бактериал простатитнинг оғир симптомлари бўлган беморлар.
- *Адекват амбулатор даволанишни таъминлашнинг имкони йўқлиги.* Бемор даволаниш бўйича тавсиялар ва режимга риоя қилишни таъминлай оладиган ҳолатда бўлмаган тақдирда, амбулатор даволаниш етарли даражада самарали бўлмаслиги мумкин.

*Қўшимча инструментал ва лаборатор текширувларни ўтказиш зарурлиги.* Аҳволининг динамикасини ҳар томонлама текшириш ёки кузатишни талаб қиладиган беморлар зарур муолажалар ва тадқиқотлар ўтказиш учун режалаштирилган шифохонага ётқизишни талаб қилиши мумкин.

### 5.2. Шошилишч госпитализация учун кўрсатмалар.

Ўткир бактериал простатит асоратлар билан кечса шошилишч тарзда шифохонага ётқизиш тавсия этилади:

- *Оғир асоратлар.* Абцесс, инфилтрат, сепсис ёки бошқа оғир асоратларни ривожлангирган шошилишч тиббий аралашув ва кузатувни талаб қиладиган ўткир бактериал простатит билан ҳасталанган беморлар.
- *Шошилишч даволаниш зарурати.* Антибиотикли терапияни ва бошқа тиббий муолажаларни зудлик билан бошлашни талаб қилувчи оғир симптомлар ва тез ривожланаётган клиник белгилар бўлган беморлар.
- *Бемор хавфсизлигини таъминлашнинг имкони йўқлиги.* Аҳволининг оғирлиги ёки шифохонада кузатувни талаб қиладиган ижтимоий ёки психологик омиллар мавжудлиги сабабли беморнинг хавфсизлигини амбулатория шароитида таъминлаш мумкин бўлмаган ҳолларда.

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

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

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

- *Шахсий маълумотлар:* беморнинг исми, ёши, алоқа маълумотлари.
- *Касаллик тарихи ҳақида маълумот:* олдинги касалликлари, жарроҳлик аралашувлари, аллергия ва бошқа тиббий хусусиятлар.
- *Кечаётган жорий симптомларнинг тавсифи:* чот ёки қовғаусти соҳасида кучли оғриқ (мавжудлиги, интенсивлиги), дизурия ва оғриқли сийиш (мавжудлиги, частотаси), қусиш (мавжудлиги, частотаси).
- *Лаборатория текширувлари натижалари:* Умумий қон таҳлили (лейкоцитлар даражаси), умумий сийдик таҳлили (лейкоцитлар, бактериялар, нитратлар, оқсил).
- *Инструментал текширувлар натижалари:* простатинг УТТ (натижа), простата МРТ (зарур бўлганда).
- *Терапия:* буюрилган дори воситалари (дозировкаси, қабул қилиш частотаси).
- *Антибиотикотерапияга тузатиш киритиш учун микробиологик текширувлар натижаси .*
- *Бемор ҳолатининг динамикаси:* симптомов вақт бўйича ўзгариши, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар динамикаси, терапия самарадорлиги.
- *Бошқа фиклар ва тавсиялар:* даволашга тузатиш киритиш зарурлиги, кейинги тадбирлар режаси.

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

Беморни йўналтириш - ҳар бир ҳолатнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўткир бактериал простатитни самарали ва комплекс даволашни таъминлашга қаратилган ҳаракатларнинг изчил режаси.

### **6.2. Номедикаментоз даволаш.**

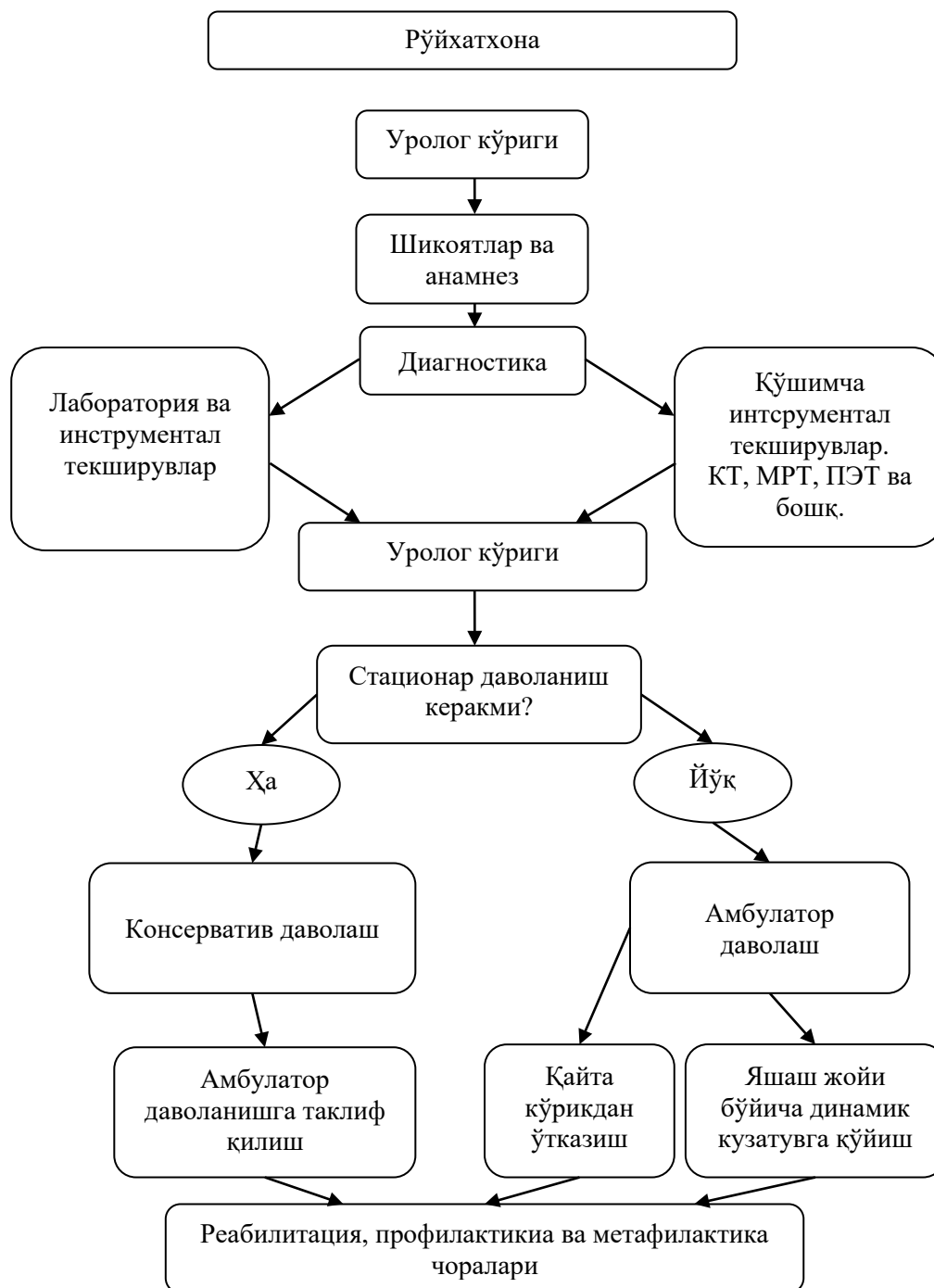
Номедикаментоз даволаш чоралари даволаш бўлимида тавсифланган.

### **6.3. Медикаментоз даволаш.**

Медикаментоз даволаш чоралари даволаш бўлимида тавсифланган.

### **6.4. Жарроҳлик аралашуви.**

Ўткир бактериал простатитда жарроҳлик аралашуви жарроҳлик даволаш бўлимида баён этилган.



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

## 6. Кейинги даволаш.

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

## 7. Даволаш самарадорлиги ва усулларнинг хавфсизлиги индикаторлари

Даволашнинг самарадорлиги ва ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги индикаторлари тегишли бўлимда аввал тавсифланган.

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

### 1.1. Кириш

Ушбу протокол перкутан цистостомия, трансректал простата пункцияси, трансректал абсцессни очиш ва дренажлаш каби амалиётларни бажариш учун расмий тавсиялар ва стандартларни ўз ичига олади. Протокол жарроҳлик даволаш усуллари, анестезия, амалиётни амалга ошириш техникаси, шунингдек, асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари ҳақидаги маълумотларни қамраб олади. Унда шунингдек, процедурани бажарувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар ва жарроҳлик аралашувини амалга ошириш шарт-шароитлари баён этилган. Протокол амалиётга қарши кўрсатмалардан ҳушёр бўлишни ҳамда уни амалга ошириш учун кўрсатмаларни қайд этади. Шунингдек, у амалиётнинг самарадорлиги кўрсатади ва протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари ҳақида маълумот беради. Ушбу протокол тиббий стандартларга амал қилган ҳолда, хавфсиз ва самарали жарроҳлик аралашувини таъминлашга қаратилган.

### 1.2. Умумий таъриф.

Ўткир бактериал простатит — бу касаллик бўлиб, клиник жиҳатдан простата безида жойлашган яллиғланиш ва инфекция белгилари асосида ташҳис қўйилади [ЕАУ 2019].

### 1.3. Клиник тасниф.

#### Простатит таснифи ва NIDDK/NIH бўйича СТОС.

Гуруҳ	Ном ива тавсифи
I	Ўткир бактериал простатит
II	Сурункали бактериал простатит
III	Сурункали абактериал простатит – сурункали тос оғриғи синдроми
IIIА	Яллиғланган СТОС (уруғ суюқлигида/ПБ секретидида/сийдикнинг учинчи порциясида лекоцитларнинг мавжудлиги)
IIIВ	Яллиғланмаган СТОС (уруғ суюқлигида/ПБ секретидида/сийдикнинг учинчи порциясида лекоцитларнинг мавжуд эмаслиги *)
IV	Симтомсиз яллиғланган простатит (гистологик простатит)

\* Сийдикнинг учинчи порцияси – ПБ уқалангандан кейин олинган сийдик.

**Тиббий аралашувларнинг халқаро таснифи (ICHI).**

<b>№</b>	<b>Жаррохликнинг номи</b>	<b>Халқаро таснифлаш коди (ICHI) <a href="https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en#/http://id.who.int/icd/entity/607666735">https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en#/http://id.who.int/icd/entity/607666735</a></b>
<b>1.</b>	<b>Перкутан цистостомия</b>	<b>NAI.LI.AE</b>
<b>2.</b>	<b>Эпицистостомия</b>	<b>NAI.JB.AA</b>
<b>2.</b>	<b>Абсцессни трансректал очиш ва дренажлаш</b>	<b>NGA.JB.AC</b>
<b>3.</b>	<b>Простатани трансректал пункция қилиш</b>	<b>NGA.AD.AC</b>

## **2. ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ.**

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

Ўткир бактериал простатитда жарроҳлик даволашнинг мақсади – инфекциядан халос этиш, сийдик чиқариш йўлини тиклаш, оғриқ синдромини камайтириш ҳамда кейинги асоратларни олдини олиш.

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

#### **2.2.1 Перкутан цистостомияга қарши кўрсатмалар**

Жарроҳлик аралашуви кўпинча шошилиш тартибда амалга оширилади. Операциядан олдин ҳар бир беморда мумкин бўлган қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун текширув ўтказилади

Абсолют қарши кўрсатмалар қуйидагилар:

- УТТ орқали аниқлаб бўлмайдиган сийдик пуфагининг анатомик локализациясини бузилиши.

Нисбий қарши кўрсатмалар қуйидагилар:

- Оғир даражадаги семизлик;
- Чов соҳаси катта чурраси;
- Киндик катта чурраси;
- Микроцист;

#### **2.2.2 Эпицистостомияга қарши кўрсатмалар**

Жарроҳлик аралашуви кўпинча шошилиш тартибда амалга оширилади. Операциядан олдин ҳар бир беморда мумкин бўлган қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун текширув ўтказилади.

- Қон ивишининг оғир бузилишлари;
- Беморнинг барқарорсиз ёки шок ҳолати;
- Сийдик пуфагининг ҳолатини пальпация ёки УЗИ ёрдамида баҳолашнинг иложи бўлмаслиги;
- Яқинда содир бўлган ўткир мия қон айланишининг бузилиши;
- Яқин вақтда ўтказилган миокард инфарктидан кейинги давр;
- Анестезия препаратларига аллергия;
- Тери касалликлари, чов соҳадаги йирингли жараёнлар;

#### **2.2.3 Абсцессни трансректал очиш ва дренажлашга қарши кўрсатмалар**

Жарроҳлик аралашуви кўпинча шошилиш тартибда амалга оширилади.

Операциядан олдин ҳар бир беморда мумкин бўлган қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун текширув ўтказилади.

- Яқинда пайдо бўлган тўғри ичак яралари. Бундай ҳолатларда трансректал усулда ҳар қандай манипуляциялар тақиқланади.
- Тўғри ичакда ва ташқи соҳада яллиғланган геморроидал тугунларнинг мавжудлиги.
- Яқинда ўтказилган тўғри ичакдаги жарроҳлик манипуляциялари.

- Ўткир парапроктит

#### **2.2.4 Простатани трансректал пункциясига қарши кўрсатмалар**

Жарроҳлик аралашуви кўпинча шошилиш тартибда амалга оширилади.

Операциядан олдин ҳар бир беморда мумкин бўлган қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун текширув ўтказилади.

- Яқинда пайдо бўлган тўғри ичак яралари. Бундай ҳолатларда трансректал усулда ҳар қандай манипуляциялар тақиқланади.
- Тўғри ичакда ва ташқи соҳада яллиғланган геморроидал тугунларнинг мавжудлиги.
- Яқинда ўтказилган тўғри ичакдаги жарроҳлик манипуляциялари.  
Ўткир парапроктит

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

- Простата абсцесси мавжудлиги ва унинг ҳажми 1 см дан ката бўлиши
- Сепсис
- Антибактериал терапия самарасизлиги
- Ўткир пешоб тутилиши
- Сурункали пешоб тутилиши

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

-Мутахассис тегишли маълумот ва тиббий малакага эга бўлиши керак. Бу одатда уролог врачлари ёки жарроҳдир.

- Мутахассис амалиёт учун амалдаги лицензияга эга бўлиши керак.

- Мутахассис ушбу амалиётни ўтказиш тажрибасига эга бўлиши, техника ва усулларни яхши билиши керак.

- Мутахассис замонавий асбоб-ускуналар ва асбоблардан фойдаланиш имкониятига эга бўлиши, шунингдек амалиётнинг стериллигини назорат қилиши керак.

-Мутахассис беморни цистостомия, эпицистостомия, тўғри ичак орқали абсцессни очиш ва дренаж қилиш, простата безини тўғри ичак орқали тешиш билан боғлиқ хавфлар ва ножўя таъсирлар ҳақида огоҳлантира олиши, шунингдек, танланган жарроҳлик усулининг афзалликлари ва камчиликларини беморга тушунтириб бериш имкониятига эга бўлиши керак..

- Мутахассис тиббий муолажаларни ўтказишда ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрларга риоя қилиши ва беморнинг ҳуқуқ ва истакларини ҳурмат қилиши керак.

- Мутахассис доимий равишда ўз билим ва кўникмаларини янгилаб бориши, перкутан цистостомия, эпицистостомия, тўғри ичак орқали абсцессни очиш ва дренаж қилиш, простата безини тўғри ичак орқали тешиш соҳасидаги сўнгги тиббий ютуқлар ва тавсияларни кузатиб бориши керак.

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

### **Асосий (мажбурий) тадбирлар:**

- Тиббий кўрик. Бемор жарроҳликни амалга оширадиган мутахассис томонидан яхшилаб текширилиши керак. Бунга беморнинг умумий аҳволи ва касаллик тарихини баҳолаш киради.
  - Анамнезни баҳолаш. Мутахассис бемордан унинг касаллик тарихи, шу жумладан ҳар қандай сурункали касалликлари, аллергия ва бошқа тиббий омиллар мавжудлиги ҳақида сўраб билиши керак
  - Жисмоний текширув. Шифокор патологиялар мавжудлигини аниқлаш учун чов ва қов усти соҳаларини текширади, амалиётга таъсир қилиш мумкин бўлган яллиғланиш, ажратмалар ёки бошқа ҳолатлар мавжудлигини баҳолаш учун уретранинг ташқи тешигини кўзда кечириши керак
  - Лаборатория таҳиллари. Одатда жарроҳлик амалиётидан олдин умумий қон таҳлили ҳамда гепатит В, С, ОИВ ва сифилис каби инфекцияларнинг мавжудлигини таҳлил қилиш талаб қилинади. Лаборатория текширувлари натижалари беморнинг умумий ҳолатини аниқлаш ва инфекцияларни истисно қилиш учун ишлатилиши мумкин;
- Буйрақлар, простата, сийдик қопи УТТси ва сийдик қопида қолдиқ сийдикни аниқлаш

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

- Мутахассис маслаҳати. Беморнинг касаллик тарихи ва умумий ҳолатидан келиб чиқиб, хирург, эндокринолог, дерматовенеролог ва анестезиолог каби бошқа мутахассисларнинг маслаҳатини талаб қилиши мумкин
- Қондаги ПСА, биокимёвий таҳлиллар, прокальцитонин

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

- Хавфсизлик чоралари ва асептика. Ўткир бактериал простатит учун жарроҳлик аралашуви жараёни стерил шароитда инфекцияларни олдини олиш учун асептик усуллар ёрдамида амалга оширилиши керак. Тиббиёт ходимлари шахсий гигиена қодаларига риоя қилишлари ва санитария кийимлари ва қўлқоп кийишлари шарт.
- Асбоб-ускуналар. Цистостомия, эпицистостомия, трансректал абсцесни очиш ва дренаж қилиш, трансректал простата пункциясини ўтказиш учун талаб этиладиган махсус ускуналар: Хирургик эндоскопик асбоблар.Ультратовуш текшируви (УТТ) аппарати.Анестетик воситалар.Асбобларни қайта ишлаш ва стериллаштириш учун ускуналар.
- Дори воситалари. Анестетиклар ва антисептиклар фойдаланишга тайёр бўлиши керак. Анестетиклар амалиёт олдидан соҳани оғриқсизлантириш учун ишлатилади. Антисептиклар жарроҳлик зонасига ишлов бериш ва инфекцияни олдини олиш учун ишлатилади.
- Сарф материаллари. Ҳар бир амалиёт учун дока салфеткалари, иплар, қўлқоплар ва жарроҳлик аралашуви ва операциядан кейинги парвариш учун зарур бўлган бошқа материаллар каби алмаштириладиган сарф материаллари талаб қилинади.

- Ўтказиш жойи. Муолажа хавфсизлик стандартлари ва гигиена талабларига жавоб берадиган махсус жиҳозланган операция хонасида ёки жарроҳлик хонасида амалга оширилади.
- Санитария ва эпидемияга қарши режимга риоя қилиш. Тиббиёт ходимлари муолажа пайтида ва ундан кейин инфекциялар тарқалишининг олдини олиш учун барча зарур санитария ва эпидемияга қарши чораларга риоя қилишлари керак.

Хавфсизлик стандартларига риоя қилиш. Жарроҳлик аралашувини амалга оширадиган ходимлар барча хавфсизлик стандартларига риоя қилишлари, шу жумладан анестезия жараёни назорати ва муолажа давомида беморнинг ҳолатини кузатишлари керак

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

### Беморни тайёрлаш:

–Тиббий тарихни баҳолаш. Шифокор беморнинг анамнезини, шу жумладан эҳтимолий аллергия, сурункали касалликлари ва бошқа касалликларини таҳлил қилиши керак.

–Операциядан олдинги текширувларни ўтказиш. Муолажага қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун беморда операциядан олдинги текширувларни, масалан, қон ва сийдик таҳлиллари, ультратовушли доплер сканерлари ва бошқаларни ўтказиш керак бўлиши мумкин.

–Психологик ҳолатни тайёрлаш. Бемор ва унинг оиласига амалиёт тўғрисида маълумот берилиши ва аралашувни тушуниш ва уларнинг розилигини таъминлаш учун барча саволларга жавоб берилиши керак.

– Анестезия. Жараённи бошлашдан олдин, аралашув амалга ошириладиган соҳани оғриқсизлантириш учун маҳаллий, ўтказувчан ёки умумий анестезия қўлланилади

### Муолажани ўтказиш методикаси.

Жарроҳлик аралашув йиринли ўчоқларни тозалаш ва дренажлаш ёки УТТ назорати остида сийдик пуфагидаги сийдикни ташқарига чиқишдан иборат. Афзаллик кам инвазив усулларга берилади, бу эса беморнинг тезроқ тикланишига имкон беради. Агар кам инвазив аралашувларни ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса ёки бундай аралашувларни амалга ошириш имконияти бўлмаса, эпицистостомия ҳамда трансректал абсцессни очиш ва дренажлаш амалга оширилади.

**Перкутан цистостомия.** Бу махсус катетер ёрдамида сийдик пуфагини дренажлаш жараёни бўлиб, қовустидан пункция орқали катетер сийдик қоғи бўшлиғига киритилади. Бу жараённинг асосий мақсади – сийдик қоғидан сийдикнинг эркин чиқиб кетишини таъминлашдир. Перкутан цистостомия учун стерил тўпламлар қўлланилади, улар дренаж ўрнатиш учун барча зарур жиҳозларни ўз ичига олади. Перкутан цистостомия вақтинчалик дренаж усулига кириб, инфекцияни тозалаш ва сийдик қоғидаги босимни пасайтириш учун

қўлланилади. Троакар – бу сийдик пуфаги проекциясидаги юмшоқ тўқималар ва сийдик қопи деворини "тешиш" учун ишлатилади. Кейин эса дренаж катетери киритилади. Троакар бир нечта қисмдан иборат бўлиши мумкин: тўқималарни тешиш учун ишлатиладиган учли бўлакли стилет ва дренаж цистостомик катетерни пешоб пуфаги бўшлиғига киритиш учун ишлатиладиган тубус. Ҳозирги вақтда кўплаб троакарлар стилет ва тубуснинг хусусиятларини ягона конструкцияда бирлаштиради. Троакарнинг ўзи катетерни киритгандан сўнг тубус-троакарни олиб ташлаш учун мўлжалланган чизиғига эга. Цистостомик (дренаж) катетер – пешобни сунъий равишда чиқариш учун пешоб қопи бўшлиғига киритиладиган бўш найча-катетердир. Катетер одатда силикондан тайёрланади. Катетерлар турли узунлик ва диаметрига эга бўлиши мумкин (ўлчов махсус бирликларда Ch ёки F га ўлчанади). Пешоб қопада мустаҳкамлаш учун дренаж катетерлари турли ҳажмдаги баллонлар билан жиҳозланган. Катетерга пешоб йиғиш учун мўлжалланган қопча пешоб тўплагич уланади. Пешоб тўплаш мосламаси – бу махсус резервуар бўлиб, пешобни йиғиш учун хизмат қилади. Турли ҳажм ва турларда бўлиши мумкин. Қўшимча равишда: тери кесиш учун стерил бир марталик скальпель. Қўшимча равишда: пластик қопқоқ. Барча жиҳозлар стерил ҳолда ва яқка тартибдаги ўрамда етказиб берилади. Беморнинг қулайлиги учун сифатли урологик материалларни танлаш муҳим аҳамиятга эга. Дренаж катетери биологик мос келувчи тиббий силикондан тайёрланган бўлиши керак, у узоқ муддатли қўлланганда аллергик реакцияларни чақирмаслиги лозим. Катетер пешоб йиғиш мосламасига ишончли уланиши ва сизиб чиқмаслиги керак. Амалиётдан олдин, одатда, бемордан умумий қон ва пешоб таҳлиллари, қондаги қанд миқдори ва қон ивиш қобиляти бўйича таҳлиллар ўтказилиши зарур. Амалиёт маҳаллий анестезия остида, 0,5% лидокаин ёки новокаин эритмаси ишлатилган ҳолда амалга оширилади.

Операциянинг кечиши: бемор жаррохлик столига ётқизилади ва чалқасидан ётган ҳолатда бўлади. Қорин пастки қисмидаги тери 5% йод эритмаси ва спирт билан синчиковлик билан ишлов берилади. Қов бирикмасидан икки бармоқ юқорида, ўрта чизик бўйлаб, УТТ назорати остида, тери аввалдан 5 мм дан 1 см гача кесилганидан сўнг, СНІВА 18G игнаси ва дренаж найчаси билан қовуққа перпендикуляр равишда кирилади. Қовуқ бўшлиғига кирилганини белгиси – дренаж найчасида сийдик пайдо бўлиши. Игна орқали йўналтиргич киритилади. Йўналтиргич бўйича яра канали 30 СН гача кенгайтирилади ва мувофиқ катетер ўрнатилади. Йўналтиргич олиб ташлангандан сўнг, дренаж найчаси қорин терисига (одатда лейкопластир ёрдамида) мустаҳкамланади, кесилган жой антисептик билан ишлов берилади.

**Анестезия.** Беморнинг ҳаракатларини чеклаш учун даволаш жараёнида етарли даражада анестезия қўллаш керак. Бу мақсадга маҳаллий анестезия ёки умумий анестезия орқали эришиш мумкин.

**Эпицистостомия.** Пфаненштиль усули бўйича терида ва олд қорин деворида кесилади, шундан кейин қориннинг кўндаланг фасцияси очилади. Париетал қават юқorigа сурилади. Сийдик қопининг олд девори ажратиб олинади. Сийдик қопи икки кетгутли тутқич орасида очилади. Сийдик қопи

тегишли катетер ва ўлчам билан дренажланади. Катетер теридаги контраапертура орқали чиқарилади. Пуфак дефекти икки қатор чоклар билан кетгутда тикилади. Гемостаз текширилади. Яра қатламма-қатлам тикилади. Асептик боғлов ўрнатилади. Катетерга сийдик тўплаш учун махсус қопча уланади.

**Анестезия.** Беморнинг ҳаракатларини чеклаш учун даволаш жараёнида етарли даражада анестезия қўллаш керак. Бу мақсадга маҳаллий анестезия ёки умумий анестезия орқали эришиш мумкин.

**Трансректал абсцессни очиш ва дренаж қилиш.** Анестезиядан кейин, абсцесс аниқланган жойда, простатанинг ҳар икки томони скальпел ёрдамида трансректал усулда бармоқ назоратида очилади. Олинган аспират цитологик ва бактериологик тадқиқот учун юборилади. Простата бўшлиғи инфекцияни санитария қилиш учун 1–2 суткага резина дренаж ёки парадренаж қўйилади. Асептик боғлов қўйилади.

**Анестезия.** Беморнинг ҳаракатларини чеклаш учун даволаш жараёнида етарли даражада анестезия қўллаш керак. Бу мақсадга маҳаллий анестезия ёки умумий анестезия орқали эришиш мумкин.

**Трансректал простата пункцияси.** Маҳаллий новокаин анестезиясидан кейин трансректал сонография назоратида СНВА 22 G игнаси ёрдамида простатанинг ҳар икки томонига пункция амалга оширилади. Ўнг томон, чап томон ва “шубхали зонаси” дан аспират олинади. Олинган аспират цитологик ва бактериологик текширув учун юборилади. Кейин простатага антибиотик юборилади: 80 мг гентамицин простатанинг ҳар икки томонига тақсимланади.

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

Асосий мақсад оғриқ синдромини камайтириш, тана ҳароратини пасайтириш, интоксикацияни камайтириш, инфекция тарқалиши ва сепсис ривожланишининг олдини олишдан иборат. Амалиётнинг самарадорлиги қон кўрсаткичларининг яхшиланиши, простатанинг УТТ натижалари, сийдик таҳлили ҳамда симптоматиканинг яхшиланиши орқали баҳоланади.

**«ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

# 1. АСОСИЙ ҚИСМ

## 1.1. Кириш.

Ўткир бактериал простатит сийдик йўлларида энг кенг тарқалган юқумли ва яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, дунёнинг кўплаб мамлакатларида соғлиқни сақлашда жиддий муаммоларини ифодалайди. Бу ҳолат одатда кўтарилувчи инфекциядан келиб чиққан проятата тўқималарининг яллиғланиши билан тавсифланади. Ўткир бактериал простатит билан ҳасталанган беморлар кўпинча иситма, чот ёки қовғаусти соҳасида оғрик, дизурия каби оғир клиник симптомлар билан тиббий қабулга мурожаат қилишади, бу эса малакали ва ўз вақтида даволашни талаб қилади. Антибиотиклар ва замонавий ташхислаш усуллари мавжудлигига қарамай, ўткир бактериал простатитни оптимал даволаш тиббиёт ҳамжамияти учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу клиник протокол беморлар учун энг самарали ва хавфсиз даволанишни таъминлайдиган ушбу нозологиянинг олдини олиш ва реабилитация қилиш бўйича ёндашувларни тизимлаштиришга бағишланган.

## 1.2. Таъриф.

**Ўткир бактериал простатит** ўрта ёшдаги эркакларда простатанинг ўткир яллиғланиши сифатида таърифланади.

**Ўткир бактериал простатитнинг профилактикаси** – бу ушбу патологик ҳолатларнинг пайдо бўлиши ва кучайишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуидир.

**Ўткир бактериал простатит реабилитацияси** - даволашдан кейин простатанинг саломатлиги ва функционалигини тиклаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади.

## 1.3. Профилактика ёки реабилитация турлари.

Ўткир бактериал простатит профилактикаси ва реабилитацияси қуйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

- **Тиббий профилактика.** Сийдик-таносил тизимининг юқумли касалликларини эрта аниқлаш ва даволаш, жинсий фаолиятни режалаштириш ва ёмон одатлардан воз кечиш бўйича тушунтириш ва таълимий суҳбатларни ўз ичига олади.

- **Ташқиллий тадбирлар.** Улар маиший ва касбий зарарларни бартараф этиш, беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилаш, рационал овқатланиш, шахсий гигиена ва оқилона жинсий ҳаёт режимини сақлаб туришни ўз ичига олади.

- **Тиббий реабилитация.** Касалликларни даволаш, касбий зарарларни бартараф этиш, рационал овқатланиш ва беморнинг психо-эмоционал ҳолатини яхшилашни ўз ичига олади.

Бу чора-тадбирлар сийдик-таносил тизимининг саломатлигини сақлашга ва ўткир бактериал простатит ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

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

Ўткир бактериал простатит бўйича оммавий ва индивидуал профилактика чораларини ўтказиш тамойиллари ушбу патологиядан самарали ҳимоя қилишни таъминлаган ҳолда, касалланиш даражасини пасайтириш ва аҳоли саломатлигини яхшилашга қаратилган.

**1. Аҳолига таълим бериш ва хабардор қилиш.** Ўткир бактериал простатит профилактикасининг асоси бўлиб, хавф омиллари, ҳимоя қилиш усуллари ва симптомлар пайдо бўлганда ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилиш муҳимлиги ҳақида хабардорлигини оширишдир.

**2. Гигиена чоралари.** Қўлларни мунтазам ювиш, жинсий аъзоларнинг тўғри гигиенаси ва интим гигиенасига риоя қилиш каби гигиена тамойилларини тарғиб қилиш кўтарилувчи инфекцияларнинг олдини олишга ва прстатит ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган.

**3. Рецидивларнинг профилактикаси.** Простатитнинг такрорий эпизодлари билан ҳасталанган беморлар учун профилактика тадбирларига, жумладан, суюқликни мунтазам истеъмол қилиш, сийдик йўллари гигиенасининг мақбул даражасини сақлаб туришга ва индивидуал даволаш схемаларига алоҳида эътибор берилади.

**4. Хавф омилларининг олдини олиш.** Профилактика тадбирларини ўтказиш нотўғри овқатланиш, гипотермия, сийдик чиқариш йўллариининг сурункали касалликлари ва простатит ривожланишига ёрдам берадиган сийдикни узок вақт ушлаб туриш каби хавф омилларининг олдини олишга қаратилган.

**5. Индивидуал профилактика.** Простатит ривожланиш хавфи юқори бўлган шахслар учун (масалан, қандли диабет, кекса ёшда бўлган, сийдик йўллари аномалиялари бўлган беморлар) индивидуал ёндашув тавсия этилади, жумладан мунтазам текширувлар, шифокор тавсияларига амал қилиш.

## **2. ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

### **2.1. Ўткир бактериал простатитда профилактикасининг мақсади.**

Ўткир бактериал простатитнинг олдини олишдан мақсад ушбу ҳолатларнинг ривожланишига йўл қўймаслик ва улар билан боғлиқ асоратларни камайтиришдир.

### **2.2. Бирламчи профилактика.**

Ўткир бактериал простатитнинг бирламчи профилактикаси ушбу юқумли касалликнинг ривожланишининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. У хавф омилларини минималлаштириш ва сийдик йўллариининг саломатлигини сақлаш учун шароит яратишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Бирламчи профилактиканинг асосий жиҳатларидан бири гигиена стандартларига, шу жумладан мунтазам қўлларни ювиш, тоза ички кийим ва интим гигиенасига риоя қилишдир, бу эса кўтарилувчи инфекция эҳтимолини камайтиришга ёрдам беради. Муҳим элемент бўлиб, шунингдек, етарли миқдорда сув ичиш орқали танадаги суюқлик даражасини сақлаб туриш ҳисобланади, бу сийдик пуфагини мунтазам бўшатишга ёрдам беради ва простатит ривожланиши учун хавф омилларидан бири бўлган сийдикнинг туриб қолишини олдини олади. Жуда совиб кетишнинг олдини олиш шунингдек муҳим аҳамиятга эга, айниқса йилнинг совуқ мавсумида, чунки гипотермия сийдик йўллариининг торайишига олиб келиши ва патоген микроорганизмларнинг буйракларга киришини осонлаштириши мумкин. Шу билан бирга, сийдикни узоқ вақт ушлаб турмаслик ва жинсий алоқадан кейин мунтазам сийиш ҳам пиелонефритнинг олдини олишда муҳим ҳисобланади. Мунтазам равишда тиббий кўрикдан ўтиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш сийдик чиқариш йўллари бузилишларининг дастлабки белгиларини аниқлашга ва уларнинг олдини олиш учун ўз вақтида чоралар кўришга ёрдам беради. Бундан ташқари, ўткир бактериал простатит билан касалланиш ҳолатларини камайтиришда аҳоли ўртасида профилактика чоралари ва касалликка шубҳа туғилса, шифокорга эрта мурожаат қилишнинг аҳамияти ҳақида таълим дастурлари ва тадбирлари муҳим роль ўйнайди.

### **2.3. Скрининг**

Ўткир бактериал простатит скрининги ушбу касалликни ривожланиш хавфи юқори бўлган шахсларни эрта аниқлаш ва профилактика чораларини амалга ошириш учун муҳим восита бўлиб ҳисобланади. Бироқ, ҳозирги кунга қадар ўткир бактериал простатит учун ягона скрининг протоколи мавжуд эмас, чунки бу ҳолат кўпинча инфекцияга ўткир реакция сифатида юзага келади ва сийдик чиқариш тизимининг бошқа касалликларига ўхшаш симптомлар билан намоён бўлиши мумкин. Бироқ, шахсларнинг маълум бир гуруҳлари, жумладан, қандли диабет, ревматоид артрит, шунингдек, обструктив сийдик чиқариш йўллари касаллиги ёки буйрак анатомик аномалиялари бўлган беморларни скрининг ўтказиш учун устувор аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Скрининг клиник симптомларни (масалан, чот, қовғаусти соҳасида оғриқ, дизурия) баҳолашни, яллиғланиш ўзгаришларини ва микроорганизмларни аниқлаш учун сийдик таҳлили, ҳамда яллиғланиш белгилари ва бошқа патологияларни аниқлаш учун

простатининг ультратовушли текширувини ўз ичига олиши мумкин. Кейинги диагностика ва даволаш тадбирлари зарурлигини аниқлаш мақсадида скрининг ўтказиш шифокор билан маслаҳатлашув ва натижаларни муҳокама қилиш билан бирга амалга оширилиши муҳимдир.

#### **2.4. Иккиламчи профилактика.**

Ўткир бактериал простатитнинг иккиламчи профилактикаси простатитнинг бир ёки бир нечта эпизодларини бошидан кечирган одамларда касалликнинг қайталанишини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури қайталанган ҳолатларнинг частотасини камайтириш ва патологиянинг сурункали курсини ривожланишининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Иккиламчи профилактиканинг асосий стратегияларига қуйидагилар киради:

1. **Асосий касалликни даволаш ва назорат қилиш.** Қандли диабет ёки сурункали сийдик йўллариининг касалликлари каби асосий касалликлар бўлган беморлар доимий тиббий кузатув ва асосий касалликни етарли даражада даволаш билан таъминланишлари керак. Бу ўткир бактериал простата шаклининг ривожланиши хавфини назорат қилишга ёрдам беради.

2. **Профилактик антибактериал терапия.** Простатитнинг такрорий эпизодлари ёки уларнинг пайдо бўлиш хавфи юқори бўлган тақдирда, узок муддатли ёки даврий профилактик антибактериал терапия курслари буюрилиши мумкин. Бу инфекция кўзгатувчиларининг ошишини бостириш орқали рецидивлар эҳтимолини камайтиради.

3. **Хавф омилларини бартараф этиш.** Беморларга гипотермия, сийдикни узок вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби простатит ривожланишига ёрдам берадиган омилларнинг олдини олиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

4. **Таълим дастурлари.** Иккиламчи профилактиканинг муҳим қисми бўлиб, беморларни рецидивларнинг олдини олиш усулларига ўқитиш, шу жумладан гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳисобланади.

Ўткир бактериал простатитнинг иккиламчи профилактикаси ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни ва хусусиятлар ва ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда хавф омилларини комплекс бошқаришни талаб қилади.

#### **2.5. Учламчи профилактика.**

Ўткир бактериал простатитнинг учламчи профилактикаси бир ёки бир нечта эпизодларни бошдан кечирган ва иккиламчи профилактикани муваффақиятли яқунлаган шахсларда касалликнинг қайталаниш ҳолатларини олдини олишга қаратилган. Профилактиканинг ушбу тури рецидивларнинг асосий сабаблари ва хавфларини бартараф этишга, шунингдек, сийдик чиқариш йўллари тизимининг барқарор саломатлигини сақлашга қаратилган. Асосий учламчи профилактика стратегиялари қуйидагиларни ўз ичига олади:

**1. Узок муддатли тиббий кузатув.** Қайталанувчи простатит билан азият чеккан беморларга уролог ёки эндокринолог-шифокорда мунтазам тиббий кузатувда бўлиш тавсия этилади. Бу сийдик чиқариш тизимининг ҳолатидаги ҳар қандай ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш ва зарур чораларни кўриш имконини беради.

**2. Индивидуал терапия.** Простатитнинг рецидиви хавфи юқори бўлган беморлар учун индивидуаллаштирилган терапия, шу жумладан профилактик антибиотикларнинг давомли курслари ёки сийдик чиқариш тизимининг фаолиятини яхшилайдиган дори-дармонлар буюрилиши мумкин.

**3. Хавф омилларини тузатиш.** Беморларга гипотермия, сийдикни узок вақт ушлаб туриш, нотўғри овқатланиш ва суюқликни етарли даражада истеъмол қилмаслик каби простатит ривожланишига ёрдам берадиган омиллардан қочиш тавсия этилади. Профилактик чора-тадбирлар мунтазам урологик текширувлар ва турмуш тарзини тузатишни ҳам ўз ичига олиши мумкин.

**4. Таълим дастурлари.** Беморларга рецидивларнинг олдини олиш усуллари, шу жумладан яхши гигиена қоидалари, ҳамроҳ касалликларнинг кучайишида назорат қилиш чоралари ва аҳволининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлганда шифокорга ўз вақтида мурожаат қилиш ҳақида маълумот берилиши керак.

Ўткир бактериал простатитнинг учламчи профилактикаси сийдик чиқариш тизимининг саломатлигини узок муддат давомида сақлаб туришга ва касалликнинг қайталанишининг олдини олишга, беморларга энг юқори ҳаёт сифатини таъминлашга қаратилган.

### **3. ЎТКИР БАКТЕРИАЛ ПРОСТАТИТ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.**

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

Реабилитациянинг мақсади ўткир бактериал простатит билан ҳасталанган беморларнинг саломатлиги ва ҳаёт сифатини энг яхши тарзда тиклашни таъминлашдан иборатдир.

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

Кўпгина ҳолларда, ўз вақтида ва етарли даражада даволашда ўткир простатит простата фаолиятида қайтарилмас ўзгаришларга олиб келмайди ва улар бир неча ҳафтадан бир неча ойгача бўлган вақт ичида тўлиқ тикланиши мумкин. Бироқ, баъзи беморларда, айниқса касалликнинг оғир ёки қайталанувчи ҳолатлари мавжуд бўлган беморларда простата фаолиятининг тикланиши учун узоқ вақт керак бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда простата фаолиятини мунтазам тиббий кузатуви ва назоратини ўтказиш, шунингдек, даволаш ва турмуш тарзини беморнинг индивидуал эҳтиёжларига мос равишда тузатиш муҳимдир. Ўткир простатитни ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш простата фаолиятини муваффақиятли тиклаш ва касалликнинг прогнозини яхшилашда асосий роль ўйнайди. Простатитда қуйидаги фитотерапияни тавсия қилиниши мумкин: нок барглари, оқ кайин, қизилқайин, гилосбанг, херния ўти, тўғайўт, дўнғалак, жонқурт, қора арча, календула, кайин узуми, от думи, терек, эхинацея, африка ўрмони олхуриси, гул чанғи экстракти (Цернилтон), каду уруғи мойи, бабассу пальмаси мойи, икки уйли қичиқўтон, ликопин ёки ликопен.

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

Ўткир бактериал простатит каби ўткир патологик жараённинг яқунловчи босқичида организмнинг тикланиши учун оптимал шароитларни таъминлаш муҳимдир. Бунга простата фаолиятини доимий тиббий кузатуви, назорати, тўғри овқатланиш ва суюқлик ичиш режими, оғриқ синдромини енгиллаштириш ва психологик қўллаб қувватлаш киради. Комплекс ёндашув мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга ва муваффақиятли тикланишни таъминлашга ёрдам беради.

Реабилитация учун қуйидаги ҳаёт тарзига риоя қилиш керак:

- Спиртли ичимликлардан, шу жумладан пиво ва кам спиртли ичимликлардан тўлиқ воз кечиш.
- Уйдан чиқиш ва ухлашдан олдин ҳожатхонага боринг, шунга кўра жамоат жойларида нотўғри ҳолатлардан қочиш ва тунги уйғонишлар сонини камайтириш мумкин.
- Туалетдан сўнг сийдик қопини пухта бўшатинг, шунда қолган сийдик оқимайди.
- Пешоб чиқаргандан кейин уретрани юмшоқ массаж қилинг, шунда қолган пешоб қолдиқларини оқмайди.
- Кун давомида суюқликни кичик порцияларда ичинг ва ухлашдан 2 соат олдин

кўп ичишдан сақланиш.

- Нам кийим кийиб юришдан сақланиш.
- Гиподинамияни тарк этиш ва имконият даражасида кўпроқ ҳаракатланиш.
- Хар хил стрессли ҳолатлардан сақланиш.
- Кунига камида 2 литр суюқлик истеъмол қилиш.

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

Простатитдан кейин органларнинг, айниқса простатанинг ҳолатини мунтазам равишда кузатиб бориш муҳимдир. Шифокор ҳузурига мунтазам ташрифлар, таҳлиллар ва беморларни ўқитиш эрта босқичда юзага келиши мумкин бўлган муаммоларни аниқлаш ва бошқаришга ёрдам беради. Хавф омилларини тузатиш ва ўз вақтида даволаш асоратларни олдини олиш ва муваффақиятли тикланишда муҳим роль ўйнайди.

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

Простатит ногиронликка олиб келиш эҳтимоли жудаям кам лекин шундай бўлса ҳам ушбу ҳолатларни эрта аниқлаш, шунингдек, самарали даволаш ва реабилитация чоралари мумкин бўлган функционал чекловларнинг олдини олишга, ҳаёт сифатини яхшилашга ва асоратлар хавфини камайтиришга ёрдам беради.

### **3.6. Ҳаёт сифатини яхшилаш.**

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

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

Простатит бўлган беморнинг меҳнат қилиш қобилиятини сақлаб қолиш тиббий ёрдамнинг муҳим жиҳати ҳисобланади. Ташхис, даволаш ва кейинги реабилитациянинг самарали усуллари нафақат соғлиғини тиклашга, балки беморни фаол ҳаёт даражасида сақлашга ҳам қаратилган.

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

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

Реабилитациянинг мақсади беморни тўлиқ ҳаётга қайтариш, унинг мустақиллигини ва жамоат ҳаётидаги иштирокини таъминлашдир. Шу билан бирга, ҳар бир беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиш ва унга

реабилитация жараёнининг барча босқичларида кўллаб-қувватлаш ва зарур ёрдамни кўрсатиш муҳимдир.

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

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

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

Простатитнинг самарали профилактикаси ва реабилитацияси учун халқаро стандартлар ва далилларга асосланган тиббиёт мезонлари билан белгиланадиган турли жиҳатларни ҳисобга олиш керак. Бирламчи профилактикада асосий эътибор простатитга мойиллик каби хавф омилларини эрта аниқлаш ва мунтазам тиббий кўриқдан ўтишга қаратилади. Иккиламчи профилактика тиббий аралашувни талаб қиладиган простатитнинг клиник кўриниши бўлган беморларга, шунингдек, такрорий простатит тарихи бўлган беморларга қаратилган. Учламчи профилактика ва реабилитация даволашдан кейинги ҳолатни кузатиш, мунтазам равишда кейинги текширувлар ва рецидивларнинг олдини олиш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтириш учун терапия самарадорлигини баҳолашни ўз ичига олади. Барча мезонлар ушбу нозологиянинг профилактикаси ва реабилитацияси учун индивидуаллаштирилган ва самарали ёндашувни таъминлаган ҳолда, юқори тиббий стандартларга мос келиши керак.

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

Ишлаб чиқилмаган.

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

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

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

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

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

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

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

Махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

## ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎХАТИ

1. Dadashpour. M, et al. Acute Prostatitis After Transrectal Ultrasound-guided Prostate Biopsy: Comparing Two Different Antibiotic Prophylaxis Regimen. Biomedical & Pharmacology Journal, 2016. 9: 593.  
<https://biomedpharmajournal.org/vol9no2/acute-prostatitis-after-transrectal-ultrasound-guided-prostatebiopsycomparing>
2. Schaeffer, A.J. Prostatitis: US perspective. Int J Antimicrob Agents, 1999. 11: 205.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10394972>
3. Krieger, J.N., et al. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA, 1999. 282: 236.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10422990>
4. (NIDDK), W.C.o.t.N.I.o.D.a.D.a.K.D., Chronic prostatitis workshop. 1995: Bethesda, Maryland
5. Alexander, R.B., et al. Elevated levels of proinflammatory cytokines in the semen of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology, 1998. 52: 744.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801092>
6. Alexander, R.B., et al. Chronic prostatitis: results of an Internet survey. Urology, 1996. 48: 568. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8886062>
7. Zermann, D.H., et al. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men. J Urol, 1999. 161: 903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022711>
8. Wagenlehner, F.M., et al. Bacterial prostatitis. World J Urol, 2013. 31: 711.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23519458>
9. Schneider, H., et al. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome--an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. Andrologia, 2003. 35: 258.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535851>
10. Naber, K.G., et al., Prostatitis, epididymitis and orchitis, in Infectious diseases, D. Armstrong & J. Cohen, Editors. 1999, Mosby: London.
11. Badalyan, R.R., et al. Chlamydial and ureaplasma infections in patients with nonbacterial chronic prostatitis. Andrologia, 2003. 35: 263.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1453585284>
12. Berger, R.E., Epididymitis., in Sexually transmitted diseases, K.K. Holmes, P.-A. Mardh, P.F. Sparling & P.J. Wiesner, Editors. 1984, McGraw-Hill: New York.
13. Robinson, A.J., et al. Acute epididymitis: why patient and consort must be investigated. Br J Urol, 1990. 66: 642. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2265337>
14. Schaeffer, A.J. Prostatitis: US perspective. Int J Antimicrob Agents, 1999. 11: 205.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10394972>
15. (NIDDK), W.C.o.t.N.I.o.D.a.D.a.K.D., Chronic prostatitis workshop. 1995: Bethesda, Maryland.
16. Krieger, J.N., et al. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptoms of "chronic prostatitis". Urology, 1996. 48: 715.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8911515>
17. Nickel, J.C. Effective office management of chronic prostatitis. Urol Clin North Am, 1998. 25: 677. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10026774>

18. Gould, C.V., et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2010. 31: 319.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20156062>
19. Schaeffer, A.J., et al. Summary consensus statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2003. 43: 1.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1569905602001914?via%3Dihub>.
20. Bjerklund Johansen, T.E., et al. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. *Eur Urol*, 1998. 34: 457  
1.