

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

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

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

Toshkent – 2025

“KELISHILDI”

**Respublika ixtisoslashtirilgan
urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot
markazi direktori**



_____ **Sh.T. Muxtarov**

_____” 2025 yil

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

Toshkent – 2025

MUNDARIJA

«SPERMATOTSELE» NOZOLOGISINING TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI	5
«SPERMATOTSELE» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	20
«SPERMATOTSELE» NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	26

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

Toshkent – 2025

1. KIRISH QISMI

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

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

Milliy klinik protokollar XKT-10 – N43.4 va XKT-11 – GB00.2 shifrlari Spermatocele (Spermatocoele) bilan kasallangan bemorlarni davolash, rehabilitatsiya va profilaktikalarini olib borishda qo‘llanma hisoblanib, Ulardan Respublikaning barcha tibbiyot davolash-profilaktika muassasalarining urologlari foydalanishlari mumkin.

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifrlari:

XKT-10	
Kodi	Nomi
N43.4	Spermatocele https://icd.who.int/browse10/2019/en#/N43.4

KXT-11	
Kodi	Nomi
GB00.2	Spermatocele https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1995003672

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

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

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

Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

Multidistsiplinar ishchi guruh a‘zolari:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mualliflar:

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

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

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

Taqrizchilar:

Bojedomov Vladimir Aleksandrovich – Oliy ta’limning federal davlat byudjet muassasasi M.V.Lomonosov nomli “Moskva davlat universiteti” Fundamental tibbiyot kafedrasini professori, t.f.d.

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

Milliy klinik protokol loyihasining muhokamasi.

Milliy klinik protokoli Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashining 2024 yil 8-apreldagi 1-sonli yig‘ilishida ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

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

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

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

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

Mazkur milliy klinik protokol va standart Sog‘liqni saqlash vazirining o‘rinbosari t.f.d. F.R. Sharipov, tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh.K. Almardanov, klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi boshlig‘i Sh.Nurimova, klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Jumaeva uslubiy boshchiligida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro‘yxati

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

Protokol foydalanuvchilari:

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

Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi.

Spermatotsele bilan xasta erkaklar.

Dalillarga asoslangan tibbiyotning dalillari darajasi shkalasi.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

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

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

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

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

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

2. ASOSIY QISM.

2.1. Kirish.

Spermatotsele (yunonchadan «sperma» – urug‘don, «kele» – bo‘rtish, shishish) - bu har qanday kista kabi hajmli, yumaloq shaklli hosila, zich tolali fibroz qoplama yoki kapsula bilan o‘ralgan, ba’zida spermatozoidlar va spermatotsitlar aralashmasidan iborat bo‘lgan suyuqlikni o‘z ichiga oladi. Urug‘don kistasi urug‘don yoki uning qo‘shimchasi bilan bog‘liq [1].

Spermatotsele yoki tuxumdon ortig‘i kistalari ko‘pincha tuxumdon ortig‘i boshchasi sohasida joylashgan yaxshi sifatli hosiladir. Tuxumdon ortig‘ining kistalari juda keng tarqalgan, ularning ulushi moyak organlarining barcha aniqlangan hajmli hosilalarning 7% gachani tashkil etadi.

Urug‘don kistalari oyoqchasiz gidatidlardan - moyakning yuqori qutbida joylashgan Myuller kanalining qoldiqlaridan rivojlanadi. Kistalar-bu moyak yuzasiga keng asos bilan bog‘langan yumaloq hosilalardir. Gidatidalar qon tomirlariga boy biriktiruvchi to‘qimalardan iborat. Kista ichida silindrsimon epiteliy bilan qoplangan ko‘r kanalcha mavjud. Tug‘ma va orttirilgan urug‘don kistalari mavjud. Tug‘ma kistalar embrion rivojlanishidagi buzilishlar bilan bog‘liq paydo bo‘ladi. Kista qorin pardaning vaginal qisman rivojlanmaganida (qorin bo‘shlig‘i shilliq qavatining bir qismi bo‘lib, homiladorlikning kechki davrida tuxumlarni urug‘don kanalidan moyakka olib borish uchun xizmat qiladi), tuxumdon va urug‘don qo‘shimchasi davomida aloqa qilmaydigan bo‘shliqlar mavjud bo‘lganda hosil bo‘ladi. [1, 3]. Bunday spermatogen kistalar spermatozoidlarsiz tiniq suyuqlik bilan to‘lgan bo‘ladi. Orttirilgan kistalar bir va ko‘p kamerali bo‘lishi mumkin. Ular ko‘proq katta yoshdagi bolalar va kattalarda moyak organlarining jarohatlari yoki yallig‘lanishi kasalliklaridan keyin uchraydi. Zararlangan yoki yallig‘lanish tufayli o‘zgargan kanallar ishlashni to‘xtatadi va yopilib qoladi va buning natijasida hosil bo‘lgan spermatozoidlarning chiqishi to‘xtaydi. Sekreksiya to‘planishi yuz beradi va bu o‘z navbatida urug‘don kanali devorini cho‘zilishiga olib keladi. Bunday sharoitda yangi yoki putur etgan spermatozoidlar topilgan bo‘shliqlar (kistalar) paydo bo‘ladi. Orttirilgan kistalarning tarkibi turlicha. U quyuq, sutga o‘xshash yoki normal yoki ishqoriy reaksiyaning shaffof opalessent suyuqlik ko‘rinishiga ega bo‘lishi, spermalar, urug‘ hujayralari, yog‘ hujayralari, alohida leykotsitlar va epiteliya hujayralarini o‘z ichiga olishi mumkin. [1, 2]

2.2. Umumiy ta’rif.

Spermatotsele - bu har qanday kista kabi zich tolali fibroz qobiq yoki kapsula bilan o‘ralgan, ba’zida spermatozoidlar va spermatotsitlar aralashmasi bo‘lgan suyuqlikdan iborat hajmli, yumaloq shakldagi hosila.

2.3. Spermatotselening tasnifi.

Spermatotselening tasnifi mavjud emas.

Aksariyat hollarda urug‘don kistalari asta-sekin o‘sib boradi, hech qanday buzilishlarga olib kelmaydi va erkaklarning jinsiy faoliyati va reproduktiv funksiyasiga umuman ta’sir qilmaydi [4; ID:2]. Bemorlar moyakda qo‘shimcha notanish, oson paypaslanadigan, og‘riq bermaydigan va umuman hech qanday tarzda o‘zini namoyon qilmaydigan hosila mavjudligidan shikoyat qilishlari mumkin. Katta o‘lchamli kistalar yurish va harakatlanishda, shuningdek, jinsiy aloqa paytida kista bo‘shlig‘ining urug‘

suyuqligi bilan to'lishi va toshishi tufayli sezilarli noqulaylik tug'dirishi mumkin. Kistaning tez o'sishi bilan moyakda yoqimsiz zo'riqish hissi, o'tirganda noqulaylik kabi alomatlar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida kistalar o'lchami musht kattaligiga etadi, lekin ularni moyak suvli hosiladan ajratish oson.

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

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

Standart tekshiruv to'liq anamnez to'plash va fizikal tekshiruvni o'z ichiga oladi. Anamnez va fizikal tekshiruvga muvofiq tashxis belgilanishi mumkin. Urug'don kistasida moyak va qo'shimchalar shishdan tashqarida aniqlanadi, garchi ular u bilan bog'liq bo'lsa. Ko'pincha bemor kistani o'zi, tasodifan cho'milish paytida yoki hojat chiqarish paytida aniqlaydi. Moyak, uning qo'shimchasi va urug' shnuri kasalligi diagnostikasining asosida ehtiyotkorlik bilan tekshirish va pal'patsiya (paypaslash) yotadi. Spermatotsele paypaslab teginish orqali aniqlanadigan, aksariyat hollarda moyak qo'shimchasining boshchasida yoki dumida og'riqli, yumaloq, zich elastik hosila shaklida namoyon bo'ladi. Moyak shilliq qavatining suvli hosilalaridan farqli ravishda, kista moyakdan alohida pal'patsiyalanadi ("uchinchi moyak"deb ataladi). Urug'don kistasini tashxislashning hal qiluvchi ob'ektiv usuli - o'tuvchi yorug'lik nurlarida ijobiy shaffoflik alomati (diafanoskopiya) hisoblanadi. Kista shaffof bo'lganda, odatda uning o'lchami 2-2,5 sm, tarkibi och sariq rangda, shaffof bo'ladi. Spermatotsele to'qima hosilalaridan farqli ravishda nurni to'liq o'tkazadi.

3.2. Spermatotseleni ob'ektiv tekshirish va diagnostika qilish.

Spermatotsele paypaslab teginish orqali aniqlanadigan, aksariyat hollarda moyak qo'shimchasining boshchasida yoki dumida og'riqli, yumaloq, zich elastik hosila shaklida namoyon bo'ladi. Moyak shilliq qavatining suvli hosilalaridan farqli ravishda, kista moyakdan alohida pal'patsiyalanadi ("uchinchi moyak"deb ataladi). Urug'don kistasini tashxislashning hal qiluvchi ob'ektiv usuli - o'tuvchi yorug'lik nurlarida ijobiy shaffoflik alomati (diafanoskopiya) hisoblanadi. Kista shaffof bo'lganda, odatda uning o'lchami 2-2,5 sm, tarkibi och sariq rangda, shaffof bo'ladi. Spermatotsele to'qima hosilalaridan farqli ravishda nurni to'liq o'tkazadi. Diafanoskopiyaning deyarli o'rnini egallagan yanada axborotli va aniq usul - bu moyak ultratovush tekshiruvidir. Moyakning ultratovush tekshiruvini yordamida kistaning joylashishini va uning hajmini aniq aniqlash mumkin. Bu ingichka devorli, silliq va aniq ichki va tashqi konturli bir turdagi hosilaga o'xshaydi [5, 6; UD:2] SHish jarayoniga gumon qilinganda, juda kam hollarda KT yoki MRT o'tkaziladi.

3.3. Asosiy va qo'shimcha laborator tekshiruv usullari.

Ko'pgina hollarda spermatotsele moyakni fizikal tekshirish va instrumental tekshiruvlar orqali aniqlanadi. Agar spermatotsele aniqlansa, operativ aralashuvga oldindan tayyorgarlik ko'rish uchun standart laboratoriya tadqiqot usullari ko'rsatiladi, ammo onkologik kasalliklarga shubha va gumon tug'ilsa, onkologik kasalliklar standartlariga muvofiq saraton belgilari uchun tahlillar o'tkazish tavsiya etiladi.

3.4. Asosiy va qo'shimcha instrumental tekshiruv usullari.

Spermatotseleni tashxislash va boshqa kasalliklar bilan differentsial tashxis qo'yishning asosiy va eng informatsion usuli - bu ultratovush tekshiruvini (UTT)dir. Zamonaviy moyak ultratovush tekshiruvlarining imkoniyatlari kistaning joylashishini va uning hajmini aniq aniqlash imkonini beradi. U ingichka devor, silliq va aniq ichki

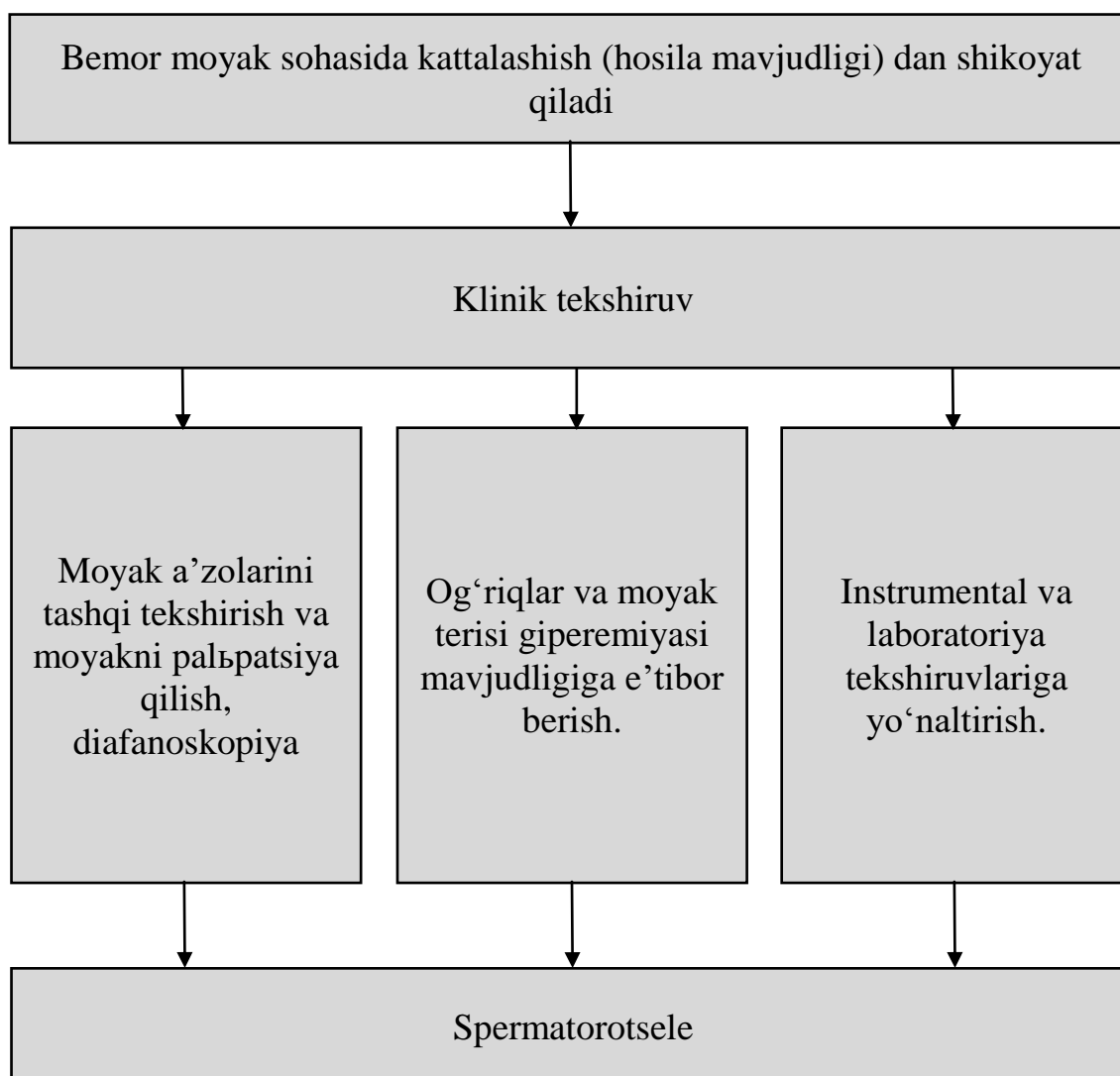
va tashqi konturli bir turdagi hosilaga o'xshaydi [5, 6; UD:2] O'sma jarayoniga shubha qilinganda, juda kam hollarda KT yoki MRT o'tkaziladi.

3.5. Boshqa mutaxassislar maslahati.

Ko'pgina hollarda spermatotseleni tashxislash va davolash uchun boshqa mutaxassislarning maslahati talab qilinmaydi. Biroq, tashxis qo'yish va boshqa kasalliklar bilan farqlashda shubha mavjud bo'lgan ba'zi holatlarda, boshqa tibbiyot mutaxassislari bilan hamkorlik qilish tavsiya etiladi.

Moyak va qo'shimchani yomon sifatli hosila bilan zararalanishiga shubha bo'lsa, onkologning maslahati talab qilinishi mumkin.

3.6. Tashhislash algoritmi.



3.7. Differentsial tashxis va qo‘shimcha tadqiqotlarni asoslash.

Tashxis	Differentsial diagnostika uchun asos	Tekshiruv	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Moyakning dermoid kistasi	Turli to‘qimalar va elementlar (sochlar, suyak to‘qimalarining rudimentlari va boshqalar)dan iborat moyakning tug‘ma dermoid kistasi juda kam hollarda uchraydi.	Dopplerografiya yordamida moyakning UTT	Spermatotseleda aksariyat teginish orqali aniqlanadigan moyak qo‘shimcha-sining boshcha-sida yoki dumida og‘riqli, yumaloq, zich elastik hosila shaklida namoyon bo‘ladi. Moyakning dermoid kistasidan farqli ravishda, kista shaffof bo‘ladi.
Gidrotsele	Tuxumdonning qin qobig‘i ichida seroz suyuqlik to‘planishidan kelib chiqadigan kasallik. Gidrotseleda bemorni palʼpatsiya tekshirish vaqtida elastik shakllanish aniqlanadi, unda har doim ham tuxum aniqlanmasligi mumkin. Palʼpatsiya paytida faqat suvli hosilaning kichik o‘lchamlarida moyak aniqlanadi.	Dopplerografiya yordamida moyakning UTT	Spermatotseleda aksariyat teginish orqali aniqlanadigan moyak qo‘shimchasining boshchasida yoki dumida og‘riqli, yumaloq, zich elastik hosila shaklida namoyon bo‘ladi. Moyak qoplamalarining suvli hosilalaridan farqli ravishda, kista moyakdan alohida palʼpatsiya qilinadi ("uchinchi moyak" deb ataladi).
Moyak qo‘shimchasi	Retentsion hosila, sababi	Dopplerografiya yordamida	Spermatotseleda aksariyat teginish

kistasi	<p>bu tug‘ma retentsiya, o‘tkazilgan jarohat va o‘tkir epididimit bo‘lishi mumkin. Moyak kistalari belgisiz kechishi mumkin va inson salomatligi va hayoti uchun hech qanday xavf tug‘dirmaydi.</p>	moyakning UTT	<p>orqali aniqlanadigan moyak qo‘shimchasining boshchasida yoki dumida og‘riqli, yumaloq, zich elastik hosila shaklida namoyon bo‘ladi. Moyak qoplamalarining suvli hosilalaridan farqli ravishda, kista moyakdan alohida palʼratsiya qilinadi ("uchinchi moyak" deb ataladi).</p>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. AMBULATORIYA DARAJASIDA DAVOLASH.

4.1. Dori vositalarsiz (nomedikamentoz) davolash.

Urug‘don kistasi inson salomatligi va hayoti uchun hech qanday xavf tug‘dirmaydi. Kichik o‘lchamdagi kistalar bilan kutish taktikasini qo‘llash mumkin. Spermatotseleni dori-darmonsiz davolash usullari mavjud emas.

4.2. Dori vositalari bilan (medikamentoz) davolash.

Spermatotseleni dori-darmon bilan davolash usullari mavjud emas.

4.3. Jarrohlik aralashuvi.

Spermatotseledan xalos bo‘lishning yagona radikal usuli. Spermatotseleni yo‘q qiladigan har qanday jarrohlik aralashuvning mohiyati - kista enukleatsiyasidan iborat [5, 6; ID:3]. Jarrohlik aralashuvi teri va moyakning go‘shtdor qoplamasini old yuzasi bo‘ylab 4-5 sm uzunlikda kesishdan boshlanadi. Jarroh yoki assistent moyakning old yuzasidagi tuxumni aniqlaydi. To‘mtiq va o‘tkir tarzda ehtiyotkor harakatlar bilan uning qobiqlarini ajratiladi. Vaginal qobiqni ajratgandan so‘ng, kistali tuxum ochiladi va yaraga chiqariladi. Prokain (novokain) eritmasi bilan to‘qimalarni gidravlik tayyorlash yordamida kista ustidagi moyak qin qoplaminig vistseral yaprog‘i ajratiladi. YAxlitligini buzmaslikka harakat qilgan holda kistani tozalanadi. Yara ketgut ligaturasi bilan bog‘lanadi. Bu holda majburiy gistologik tekshiruv talab qilinadi. Oyoqchali qo‘shimchasi bo‘lgan kistalarda kichik rezektsiya amalga oshiriladi va nuqson ketgut choklari bilan tikiladi.

4.4. Keyingi davolash.

Spermatotsele bo‘yicha har qanday operatsiyadan 2-4 hafta o‘tgach, keyingi nazorat tekshiruvini o‘tkazilishi kerak.

4.5. Davolash samaradorligi va usullarning xavfsizligi indikatorlari

Spermatotselega oid jarrohlik aralashuvlarning eng keng uchraydigan asoratlari - jarrohlik paytida uning mexanik ta’sirlanishi bilan bog‘liq moyakning yallig‘lanishi va juda kamdan - kam hollarda- moyakning shishishi. Ushbu asoratlar, u yoki bu darajada, 5-10% hollarda kuzatiladi. Biroq, ular operatsiyadan keyingi 2 hafta ichida deyarli o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi. Ba’zi hollarda asoratlar yuz berganda antibiotiklar va yallig‘lanishga qarshi dorilarni qo‘llash zarur bo‘ladi. Spermatotsele amaliyoti paytida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan yana bir asoratlar -moyak gematomasining shakllanishi bilan qon ketishdir. Aynan shu sababli, moyakdagi har qanday operatsiyada bo‘lgani kabi, jarrohlik amaliyotining oxirgi bosqichida ehtiyotkorlik bilan puxta gemostaz o‘tkazish va bo‘shliqni majburiy drenajlash zarur.

5. SHIFOXONAGA YOTQIZISH UCHUN KO'RSATMALAR

5.1. Rejali hospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar.

- **Rejalashtirilgan jarrohlik amaliyoti.** Bemor uchun spermatotselega oid, masalan kistani uning yaxlitligini buzmaslikka harakat qilgan holda olib tashlash kabi rejali jarrohlik amaliyoti talab qilinadi. YARA ketgut ligaturasi bilan bog'lanadi. Ushbu amaliyot zudlik bilan jarrohlik aralashuvini talab qilmaydi va bemor rejalashtirilgan tarzda kasalxonaga yotqizilishi mumkin.
- **Davolash rejasini ishlab chiqish.** Bemorda spermatotsele mavjud bo'lsa, jarrohlik davolash yoki dinamik kuzatuv zarurligini aniqlash kerak.
- **Bolalar va ularni davolashning o'ziga xos xususiyatlari.** Aksariyat holatlarda jarrohlik davolash ko'rsatilmaydi. Urug'don kistasi inson salomatligi va hayoti uchun hech qanday xavf tug'dirmaydi.

6. STATIONAR DARAJADA DAVOLASH TAKTIKASI.

6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorning yoʻnaltirish.

6.1.1. Bemorni kuzatish kartasi:

- SHaxsiy maʼlumotlar: bemorning ismi, yoshi, aloqa maʼlumotlari.
- Kasallik tarixi haqida maʼlumot: oldingi kasalliklari, jarrohlik aralashuvlari, allergiya va boshqa tibbiy xususiyatlar.
- Joriy alomatlar tavsifi: bemor moyakning kattalashishi, moyakda hosilalarning mavjudligi, ogʻriq va noqulaylikdan shikoyat qiladi.
- Jismoniy tekshiruv: moyak sohasini umumiy baholash, 2 tomondan spermatotsele bor-yoʻqligini aniqlash.
- Laboratoriya tekshiruvlari natijalari: umumiy qon va siydik tahlillari kabi laboratoriya tekshiruvlari yalligʻlanish jarayonlarini aniqlashga yordam beradi.
- Tashxis: spermatotsele tashxisining qoʻyilishi.
- Tibbiy davolash rejasi: davolash boʻyicha tavsiyalarni tayinlash, shu jumladan, davolash (jarrohlik) usulini tanlash.
- Kuzatishlar va tavsiyalar: vaqt oʻtishi bilan bemorning ahvolidagi qanday oʻzgarishlar yuz berishi va tibbiyot mutaxassislarining tavsiyalarini qayd etib borish.

6.1.2. Bemorni yoʻnaltirish (1-rasmga qaralsin):

- Zudlilikni baholash. Qay darajada shoshilinch tibbiy yordam zarurligini baholash.
- Tibbiy muassasasini tanlash: davolash shifoxona sharoitida amalga oshiriladi.
- Aloqa oʻrnatish: oʻz vaqtida va malakali yordamni taʼminlash uchun shifokorlar, hamshiralar va boshqa mutaxassislar oʻrtasida aloqa va muvofiqlashtirish.

6.2. Nomedikamentoz davolash.

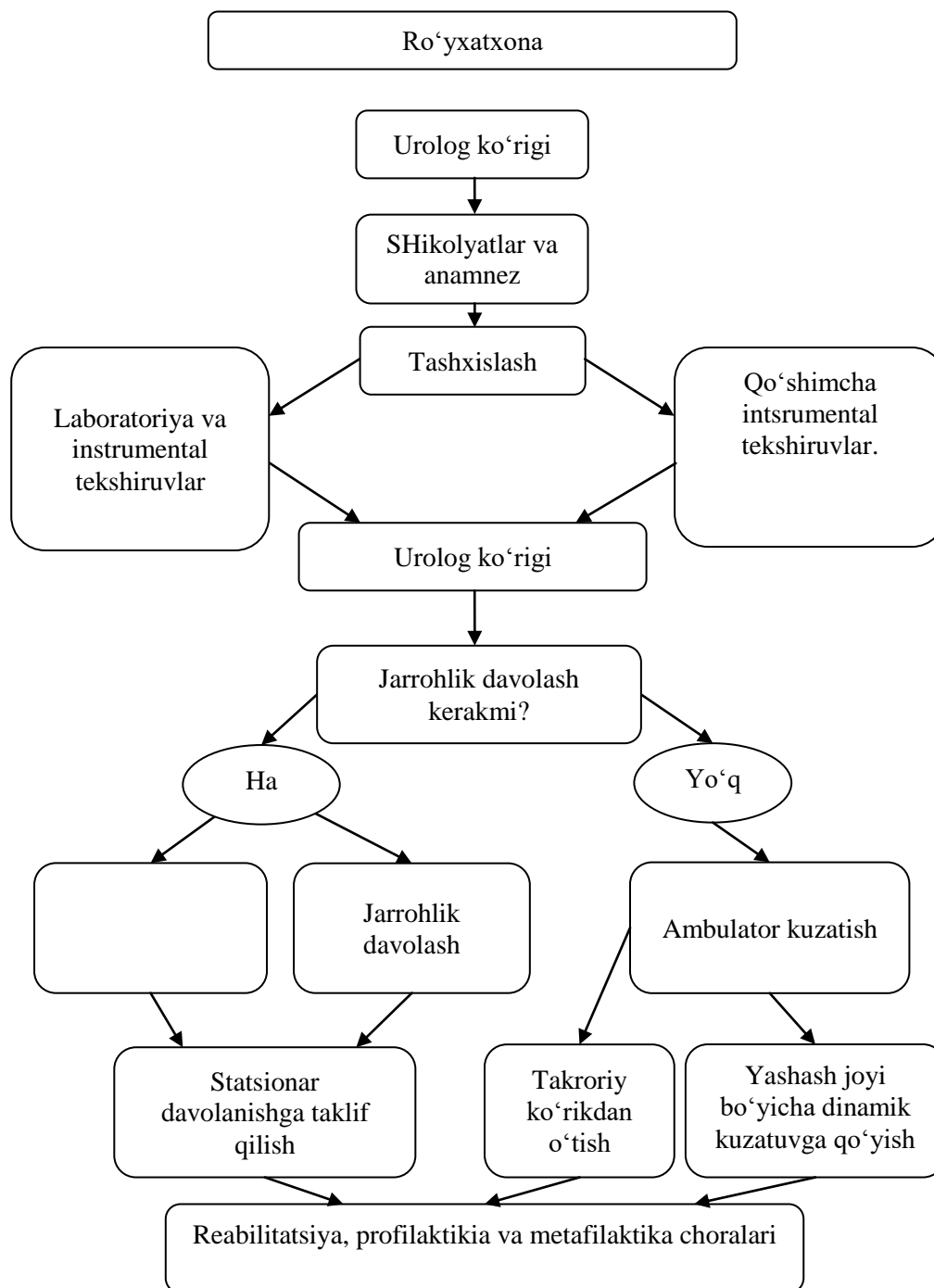
Urugʻdon kistasi inson salomatligi va hayoti uchun hech qanday xavf tugʻdirmaydi. Kichkina kistalarda kutish taktikasini qoʻllash mumkin. Spermatotseleni dori-darmonsiz davolash usullari mavjud emas.

6.3. Medikamentoz davolash.

Spermatotseleni dori-darmon bilan davolash usullari mavjud emas.

6.4. Jarrohlik aralashuvi.

Spermatotseleni jarrohlik davolash ambulatoriya sharoitida jarrohlik davolash boʻlimida tasvirlangan.



1-rasm. Bemorni yo'naltirish.

6. Keyingi davolash.

Spermatotselega oid har qanday jarrohlik amaliyotidan so'ng 2-4 hafta o'tgach keyingi nazorat tekshiruvi o'tkazilishi kerak.

7. Davolash samaradorligi va usullarning xavfsizligi indikatorlari

Davolash samaradorligi va diagnostika va davolash usullarining xavfsizligi indikatorlari tegishli bo'limda ilgari tavsiflangan.

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

Toshkent – 2025

1. ASOSIY QISM

1.1. Kirish

Ushbu protokol kistani olib tashlash amaliyotini bajarish bo'yicha rasmiy tavsiyalar va standartlarni aks ettiradi. Protokolda jarrohlik davolash usuli, anesteziya, amaliyotni bajarish texnikasi hamda asosiy va qo'shimcha diagnostika choralari to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud. Shu bilan birga, protokol amaliyotni o'tkazuvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar va jarrohlik aralashuvi shartlarini tavsiflaydi. Protokol, shuningdek, amaliyotga qarshi ko'rsatmalar haqida ogohlantiradi va uni amalga oshirish uchun ko'rsatmalarni aks ettiradi. Nihoyat, u amaliyot samaradorligi indikatorlari va protokolni qayta ko'rib chiqish shartlari to'g'risida ma'lumot beradi. Ushbu protokol tibbiy standartlarga rioya qilgan holda jarrohlik aralashuvining xavfsiz va samarali bajarilishini ta'minlash uchun mo'ljallangan

1.2. Umumiy ta'rif.

Spermatotsele (yunonchadan «sperma» – urug'don, «kele» – bo'rtish, shishish) - bu har qanday kista kabi hajmli, yumaloq shakllli hosila, zich tolali fibroz qoplama yoki kapsula bilan o'ralgan, ba'zida spermatozoidlar va spermatotsitlar aralashmasidan iborat bo'lgan suyuqlikni o'z ichiga oladi. Urug'don kistasi tuxumdon yoki uning qo'shimchasi bilan bog'liq [1].

1.3. Klinik tasnif.

Spermatotselening tasnifi mavjud emas.

Aksariyat hollarda urug'don kistasi sekin o'sib boradi, hech qanday buzilishlarni kelitirib chiqarmaydi va erkaklarning jinsiy faoliyati va reproduktiv funksiyasiga umuman ta'sir qilmaydi. Bemorlar moyakda qo'shimcha tushunarsiz, oson paypaslanadigan, og'rimaydigan va umuman hech qanday tarzda o'zini namoyon qilmaydigan hosila mavjudligidan shikoyat qilishlari mumkin.. Katta kistalar yurish va harakatlanish vaqtida, shuningdek, jinsiy aloqa paytida kista bo'shlig'ini urug'don suyuqligi bilan to'lishi va to'lib-toshishi tufayli sezilarli noqulaylik tug'dirishi mumkin. Kistaning tez o'sishida moyakda yoqimsiz bosim hissi, o'tirganda noqulaylik xissi paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida kistalar musht kattaligiga etadi, lekin ularni moyak suvli hosilalaridan ajratish oson.

Tibbiy aralashuvlarning xalqaro tasnifi (ICHI).

№	Amaliyot nomi	Xalqaro tasnif bo'yicha kodi (ICHI) https://icd.who.int/dev11/1-ichi/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1443390342
1.	Kistani tozalash. Uning yaxlitligini buzmasdan	NGL.JI.AA

2. SPERMATOTSELEDA JARROHLIK ARALASHUVLARINI QO‘LLASH.

2.1. Jarrohlik yo‘li bilan davolashning maqsadi.

Spermatotsele bemorning hayotiga xavf tug‘dirmaydi, biroq estetik va funktsional noqulayliklarni keltirib chiqaradi. Jarrohlik davolashning maqsadi keyingi asoratlarning oldini olishdir.

2.2. Jarrohlik amaliyoti uchun qarshi ko‘rsatmalar

Jarrohlik aralashuvi rejali tarzda amalga oshiriladi. Har bir bemor oldindan operatsiyaga ehtimoliy qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun tekshiriladi. Ko‘pgina hollarda, aniqlangan cheklovlar vaqtinchalik ko‘rinishga ega bo‘lib, ular bartaraf etilgach, bemorga tez orada jarrohlik davolanish sanasi tayinlanadi.

Spermatotsele jarrohlik amaliyotini cheklaydigan holatlar:

- virusli yoki bakterial etiologiyali yuqumli kasallikning rivojlanishi;
- turli lokalizatsiyali yallig‘lanish jarayonining mavjudligi;
- har qanday og‘irlashgan surunkali jarayonning mavjudligi;
- qon ivishining etarli darajada emasligi (koagulopatiya);
- antikoagulyantlarni muntazam ravishda qabul qilish;
- siydik chiqarish yo‘llari yoki reproduktiv tizimning aniqlangan yomon sifatli hosilalari;
- moyak saratoni tasdiqlangan yoki uning rivojlanishida gumon qilingan holatlar;
- yaqinda o‘tkazilgan o‘tkir miya qon aylanishining buzilishi (insulʼt);
- miokard infarktidan keyingi dastlabki davr;
- nafas yo‘llari (respirator) kasalliklari;
- anesteziya dorilariga allergiya;
- teri kasalliklari, qovuq bo‘shlig‘idagi yiringli jarayonlar;
- qon tahlillarida eritrotsitlar va gemoglobin kontsentratsiyasining pasayishi;
- travmatik jarohatlardan keyingi tiklanish davri;
- yurak va o‘pka patologiyalarining og‘ir kechishi;
- jigar-buyrak etishmovchiligi;
- qaqshoq (isitma).

2.3. Jarrohlik aralashuvi uchun ko‘rsatmalar.

Spermatotselening katta hajmi.

Spermatotsele infeksiyasi

2.4. Jarrohlik amaliyotlarini bajaruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar.

- Mutaxassis tegishli ma‘lumot va tibbiy malakaga ega bo‘lishi kerak. Bu odatda urolog vrachi yoki jarrohdur.
- Mutaxassis amaliyot uchun amaldagi litsenziyaga ega bo‘lishi kerak.
- Mutaxassis ushbu amaliyotni o‘tkazish tajribasiga ega bo‘lishi, texnika va usullarni yaxshi bilishi kerak.

- Mutaxassis zamonaviy asbob-uskunalar va asboblardan foydalanish imkoniyatiga ega bo'lishi, shuningdek amaliyotning sterilligini nazorat qilishi kerak.
- Mutaxassis bemorni urug'don kanati tomirlarini ligirlash bilan bog'liq yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavf va nojo'ya ta'sirlar haqida ogohlantirishi va bemorga tanlangan jarrohlik usulining afzalliklari va kamchiliklarini tushuntirishi kerak.
- Mutaxassis tibbiy muolajalarni o'tkazishda axloqiy va huquqiy me'yorlarga rioya qilishi va bemorning huquq va istaklarini hurmat qilishi kerak.
- Mutaxassis o'z bilim va ko'nikmalarini doimiy ravishda yangilab turishi, spermatotseleni tozalash uchun jarrohlik aralashuvi sohasidagi so'nggi tibbiy ishlanmalar va tavsiyalarga amal qilishi kerak.

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

Asosiy (majburiy) choralar:

- Tibbiy ko'rik. Bemor jarrohlikni amalga oshiradigan mutaxassis tomonidan yaxshilab tekshirilishi kerak. Bunga bemorning umumiy ahvoli va kasallik tarixini baholash kiradi.
- Anamnezni baholash. Mutaxassis bemordan uning kasallik tarixi, shu jumladan har qanday surunkali kasalliklari, allergiya va boshqa tibbiy omillar mavjudligi haqida so'rab bilishi kerak.
- Jismoniy tekshiruv. SHifokor patologiyalar mavjudligini aniqlash uchun moyak va qov sohasini organlarini tekshiradi, amaliyotga ta'sir qilish mumkin bo'lgan yallig'lanish, ajratmalar yoki boshqa holatlar mavjudligini baholash uchun uretraning tashqi teshigini ko'zda kechirishi kerak.
- Laboratoriya tahlillari. Odatda jarrohlik amaliyotidan oldin umumiy qon tahlili hamda gepatit V, C, OIV va sifilis kabi infeksiyalarning mavjudligini tahlil qilish talab qilinadi. Laboratoriya tekshiruvlari natijalari bemorning umumiy holatini aniqlash va infeksiyalarni istisno qilish uchun ishlatilishi mumkin.
- Dopler skanerlash bilan ultratovush tekshiruvi. Tuxum va urug'don kanati tomirlarining tuzilishini batafsil baholash uchun kerak bo'lishi mumkin.

Qo'shimcha tekshiruvlar (zarur hollarda):

- Mutaxassis maslahati. Bemorning kasallik tarixi va umumiy holatidan kelib chiqib, mutaxassis qorin bo'shlig'i jarrohi, ftiziolog yoki anesteziolog kabi boshqa mutaxassislarning maslahatini talab qilishi mumkin.
- Saraton belgilari, spermogramma, TORCH infeksiyasi uchun, siydik va prostata bezi tahlillari.

2.6. Amaliyotni o'tkazishga qo'yiladigan talablar.

- Xavfsizlik choralari va aseptika. Spermatotsele uchun jarrohlik aralashuvi jarayoni steril sharoitda infeksiyalarni oldini olish uchun aseptik usullar yordamida amalga oshirilishi kerak. Tibbiyot xodimlari shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishlari va sanitariya kiyimlari va qo'lqop kiyishlari shart.

- Asbob-uskunalar. Spermatotselega oid jarrohlik aralashuvi uchun maxsus jihozlar, shu jumladan jarrohlik asboblari, anestetiklar va asboblarni qayta ishlash va sterilizatsiya qilish uchun uskunalar talab qilinadi.
- Dori vositalari. Anestetiklar va antiseptiklar foydalanishga tayyor bo‘lishi kerak. Anestetiklar amaliyot oldidan sohani og‘riqsizlantirish uchun ishlatiladi. Antiseptiklar jarrohlik zonasiga ishlov berish va infektsiyani oldini olish uchun ishlatiladi.
- Sarf materiallari. Har bir amaliyot uchun doka salfetkalari, iplar, qo‘lqoplar va jarrohlik aralashuvi va operatsiyadan keyingi parvarish uchun zarur bo‘lgan boshqa materiallar kabi almashtiriladigan sarf materiallari talab qilinadi.
- O‘tkazish joyi. Muolaja xavfsizlik standartlari va gigiena talablariga javob beradigan maxsus jihozlangan operatsiya xonasida yoki jarrohlik xonasida amalga oshiriladi.
- Sanitariya va epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilish. Tibbiyot xodimlari muolaja paytida va undan keyin infektsiyalar tarqalishining oldini olish uchun barcha zarur sanitariya va epidemiyaga qarshi choralarga rioya qilishlari kerak.
- Xavfsizlik standartlariga rioya qilish. Jarrohlik aralashuvini amalga oshiradigan xodimlar barcha xavfsizlik standartlariga rioya qilishlari, shu jumladan anesteziya jarayoni nazorati va muolaja davomida bemorning holatini kuzatishlari kerak.

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

Bemorni tayyorlash:

- 1) Tibbiy tarixni baholash. SHifokor bemorning anamnezini, shu jumladan ehtimoliy allergiya, surunkali kasalliklari va boshqa kasalliklarini tahlil qilishi kerak.
- 2) Operatsiyadan oldingi tekshiruvlarni o‘tkazish. Muolajaaga qarshi ko‘rsatmalarni istisno qilish uchun bemorda operatsiyadan oldingi tekshiruvlarni, masalan, qon va siydik tahlillari, ultratovushli doppler skanerlari va boshqalarni o‘tkazish kerak bo‘lishi mumkin.
- 3) Psixologik holatni tayyorlash. Bemor va uning oilasiga amaliyot to‘g‘risida ma’lumot berilishi va aralashuvni tushunish va ularning roziligini ta’minlash uchun barcha savollarga javob berilishi kerak.
- 4) Anesteziya. Jarayonni boshlashdan oldin, aralashuv amalga oshiriladigan sohani og‘riqsizlantirish uchun mahalliy, o‘tkazuvchan yoki umumiy anesteziya qo‘llaniladi.

Muolajani o‘tkazish metodikasi.

Bugungi kunda spermatotselega oid jarrohlik amaliyoti quyidagicha amalga oshirilishi mumkin. Spermatotseledan xalos bo‘lishning yagona radikal usuli. Spermatotseleni bartaraf qiladigan har qanday jarrohlik aralashuvning mohiyati - kistani tozalashdir. Jarrohlik aralashuvi teri va tuxum ustidagi go‘shtdor qobiqning old yuzasi bo‘ylab 4-5 sm uzunlikda kesish bilan boshlanadi. Jarroh yoki assistent tuxumni

moyakning old yuzasiga mahkamlaydi. To‘mtiq va o‘tkir tarzda ehtiyotkor harakatlar bilan uning qobiqlari ajratiladi. Vaginal qobiqni ajratgandan so‘ng, kistali tuxum ochiladi va yaraga chiqariladi. Prokain (novokain) eritmasi bilan gidravlik to‘qimalarni tayyorlash yordamida kist ustidagi moyak qin qobig‘ining vistseral yaprog‘i ajratiladi. Kistni tozalanadi, uning yaxlitligini buzmaslikka harakat qilinadi. YAra ketgut ligaturasi bilan bog‘lanadi. Majburiy gistologik tekshiruv o‘tkaziladi. Oyoqchali ortiqchali kistalarda kichik rezektsiya amalga oshiriladi va nuqson katgut iplari bilan tikiladi.

Jarrohlikdan keyin chandiqlar paydo bo‘lishi mumkin bo‘lib, ba’zida bu spermatozoidlarning pishib etishi va harakatlanishining buzilishiga olib keladi. Aynan shu maqsadda zamonaviy urologlar optik kattalashtirish va mikrojarrohlik asboblari bilan foydalanadilar.

2.8. Muolaja yoki aralashuv samaradorligi indikatorlari.

Spermatotselega oid jarrohlik aralashuvlarining eng ko‘p uchraydigan asoratlari moyak yoki uning qo‘shimchasining yallig‘lanishi bo‘lib, bu operatsiya paytida uning mexanik tiralishi bilan bog‘liqdir. Ushbu asoratlarni, u yoki bu darajada, 20-50% hollarda kuzatiladi. Biroq, ularning barchasi operatsiyadan keyingi 2 hafta ichida deyarli o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi. Ba’zi hollarda asoratlarda antibiotiklar va yallig‘lanishga qarshi dorilarni qo‘llash zarurdir. Spermatotselega oid operatsiyalar paytida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan yana bir asorat-moyak gematomasi shakllanishi bilan qon ketishidir. Aynan shu sababli, moyakdagi har qanday operatsiyada bo‘lgani kabi, operatsiyaning yakuniy bosqichida ehtiyotkorlik bilan gemostaz o‘tkazish va bo‘shliqni majburiy drenajlash zarur.

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

Toshkent – 2025

1. ASOSIY QISM

1.1. Kirish.

Urug‘don kistalari oyoqchasiz gidatidlar - moyakning yuqori qutbida joylashgan Myuller kanalining qoldiqlaridan rivojlanadi. Kistalar- bu moyak yuzasiga keng asos bilan bog‘langan yumaloq hosilalar. Gidatidlar qon tomirlariga boy biriktiruvchi to‘qimalardan tashkil topadi. Kistalar ichida silindrsimon epiteliy bilan qoplangan ko‘r kanalcha mavjud. Tug‘ma va orttirilgan urug‘don kistalari mavjud. Tug‘ma kistalar embrion rivojlanishidagi buzilishlar bilan bog‘liq. Kista qorin pardaning vaginal qisman rivojlanmaganida (qorin bo‘shlig‘i shilliq qavatining bir qismi bo‘lib, homiladorlikning kechki davrida tuxumlarni urug‘don kanalidan moyakka olib borish uchun xizmat qiladi), tuxumdon va urug‘don qo‘shimchasi davomida aloqa qilmaydigan bo‘shliqlar mavjud bo‘lganda hosil bo‘ladi. Bunday spermatogen kistalar spermatozoidsiz tiniq suyuqlik bilan to‘lgan bo‘ladi. Orttirilgan kistalar bitta va ko‘p kamerali bo‘lishi mumkin. Ular ko‘proq katta yoshdagi bolalar va kattalarda jarohatlar yoki moyak organlarining yallig‘lanish kasalliklaridan keyin uchraydi. SHikastlangan yoki yallig‘lanish tufayli o‘zgargan kanallar ishlashdan to‘xtataydi va yopiladi, buning natijasida hosil bo‘lgan spermatozoidlarning chiqishi to‘xtaydi. Sekreksiya to‘planishi yuz beradi va bu o‘z navbatida urug‘ kanali devorini cho‘zilishiga olib keladi. Bunday sharoitlarda bo‘shliqlar (kistalar) paydo bo‘lib, ularda yangi yoki putur etgan spermatozoidlar aniqlanadi. Orttirilgan kistalarning tarkibi turlicha. Ular quyuq, sutsimon ko‘rinishda yoki normal yoki ishqoriy reaksiyaning shaffof opalescent suyuqligi ko‘rinishiga ega bo‘lishi, tarkibida spermiyalar, urug‘ hujayralari, yog‘ hujayralari, alohida leykotsitlar va epiteliya hujayralariga ega bo‘lishi mumkin.

1.2. Ta‘rif.

Spermatotsele (yunonchadan «sperma» – urug‘don, «kele» – bo‘rtish, shishish) - bu har qanday kista kabi hajmli, yumaloq shaklli hosila, zich tolali fibroz qoplama yoki kapsula bilan o‘ralgan, ba‘zida spermatozoidlar va spermatotsitlar aralashmasidan iborat bo‘lgan suyuqlikni o‘z ichiga oladi. Urug‘don kistasi tuxumdon yoki uning qo‘shimchasi bilan bog‘liq [1].

1.3. Profilaktika yoki rehabilitatsiya turlari.

- Spermatotsele profilaktikasi va rehabilitatsiyasi quyidagi jihatlarni o‘z ichiga oladi:
- *Tibbiy profilaktika.* O‘z ichiga spermatotseleni erta aniqlash, tushuntirish va tarbiyaviy suhbatlarni oladi.
- *Tashkiliy tadbirlar.* Uzoq muddatli va og‘ir jismoniy zo‘riqishlarni istisno qilish, jarohatlardan ehtiyot bo‘lish, spirtli ichimliklarni suiiste‘mol qilmaslik va oqilona jinsiy hayot rejimiga rioya qilish muhim ahamiyatga ega.
- *Tibbiy rehabilitatsiya.* Kasallikning dinamik monitoringi yoki jarrohlik davolashni o‘z ichiga oladi.

Ushbu choralarning barchasi estetik ko‘rinishga va spermatotsele paydo bo‘lganida asoratlarning rivojlanishining oldini olishi mumkin.

1.4. Ommaviy profilaktika choralarini yoki individual profilaktikani o'tkazish tamoyillari.

- *Xabardor qilish.* Spermatotsele belgilari haqida aholi bilan ta'lim va axborot ishlarini olib borish. Bu ta'lim dasturlarini, tushuntirish suhbatlarini o'tkazish va profilaktika to'g'risida ma'lumot tarqatishni o'z ichiga oladi.
- *Erta aniqlash va davolash.* Spermatotseleni erda aniqlash uchun muntazam tibbiy ko'riklarni rag'batlantirish.
- *Xavflarni kamaytirish.* Sog'lom turmush tarzini ommalashtirish, shu jumladan yomon odatlardan voz kechish, jinsiy faoliyatni rejalashtirish va og'ir narsalarni ko'tarish kabi kasbiy zararlar bilan aloqani istisno qilish.
- *Individual profilaktika.* Profilaktikaning maxsus usullari mavjud emas.
- *Tizimli yondashuv.* Spermatotseleni erda aniqlash bo'yicha samarali chora-tadbirlarni ta'minlash uchun tibbiyot muassasalari, ta'lim tashkilotlari va jamoat tashkilotlarining hamkorligi.

Ushbu tamoyillar spermatotselening jamoatchilik va individual profilaktikasiga, xavfni kamaytirish va sog'liqni yaxshilanishiga xissa qo'shadi.

2. SPERMATOTSELE PROFILAKTIKASI

2.1. Spermatoitseleda profilaktikaning maqsadi.

Spermatoitselening oldini olishning maqsadi - ushbu holatning rivojlanishiga yo'1 qo'ymaslik va u bilan bog'liq asoratlarni kamaytirishdir.

2.2. Birlamchi profilaktika.

Spermatoitselening birlamchi profilaktikasi quyidagi choralarni o'z ichiga oladi:

- *O'qitish va xabardor qilish.* Jamoatchilik va tibbiyot xodimlari uchun ma'rifiy kompaniyalar va ta'lim dasturlarini o'tkazish. Ushbu dasturlar spermatoitsele va reproduktiv tizim, xavf omillari va oldini olish usullari haqida ma'lumotlardan iborat bo'lishi kerak.
- *Muntazam tibbiy ko'riklar.* Urolog-androloglarning muntazam tekshiruvlari, ayniqsa o'smirlilik davrida, spermatoitseleni aniqlashga yordam beradi. Ushbu tekshiruvlar barcha o'smirlar va yuqori xavf guruhiga kirgan shaxslarda o'tkazilishi kerak.
- *Ota-onalar uchun ogohlantirishlar.* Ota-onalar va o'smirlar uchun mas'ul shaxslarni bolaning rivojlanishiga va uning reproduktiv tizimiga e'tibor berish zarurligi to'g'risida ogohlantirish.
- *Jarohatlarning oldini olish.* Erkaklarda, ayniqsa o'smirlarda spermatoitsele rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan travmatik hodisalarning oldini olish.
- *Sog'lom turmush tarzi.* Sog'lom turmush tarzini, shu jumladan o'rtacha ovqatlanish, normallashtirilgan jismoniy faollikni targ'ib qilish, chekish, spirtli ichimliklar va giyohvand moddalarni iste'mol qilishdan voz kechish.
- *Jinsiy hayotni rejalashtirish.* Oilani va jinsiy hayotni rejalashtirish bo'yicha ta'limiy dasturlari va maslahatlar. Mas'uliyatli jinsiy aloqalarni targ'ib qilish.

Birlamchi profilaktika choralari muntazam ravishda o'tkazilishi va o'smirlarni hamda kattalarni birdek qamrab olishi kerak. Bunday tadbirlar tibbiyot xodimlari, o'qituvchilar va jamoat tashkilotlari tomonidan olib borilishi kerak. Tadbirlar jadvali va o'tkaziladigan joy maqsadli auditoriyaga va resurslarning mavjudligiga ko'ra farq qilishi mumkin.

2.3. Skrining

Spermatoitseleda ushbu holatlarning xavfini aniqlash va erta aniqlash uchun skrining maqsadga muvofiq bo'lishi mumkin. Spermatoitsele uchun standart skrining usullari - bu moyak palpatsiyasi va ultratovushli doppler tekshiruvidir.

Skrining o'tkazishga qo'yilgan talablar:

- *Maqsadli auditoriya.* O'smirlar va kattalar.
- *O'tkazish vaqti.* Skrining shifokor urolog-androloglar tomonidan muntazam tibbiy ko'riklar vaqtida, shuningdek, tegishli shikoyatlar (masalan, moyak sohasidagi hosila va noqulaylik paydo bo'lishi) bilan murojaat qilgan bemorlarni ko'rib chiqish vaqtida amalga oshirilishi mumkin.
- *O'tkazish joyi.* Malakali urologlar va androloglar ishlaydigan tibbiyot muassasalari, shu jumladan poliklinikalar va shifoxonalar.
- *Tibbiyot mutaxassisining malakasi.* Spermatoitsele skriningi tibbiyot xodimlari, shu jumladan androlog-urologlar tomonidan amalga oshirilishi kerak. Ushbu

mutaxassislar spermatotseleni aniqlash va baholash uchun tegishli tibbiy malaka va tajribaga ega bo'lishlari lozim.

Skrining, ushbu holatda onkologik kasalliklar skriningi kabi ommaviy muolaja emas, balki tibbiy ko'riklar paytida va tegishli muammolari bo'lgan bemorlarni davolash vaqtida amalga oshiriladi.

2.4. Ikkilamchi profilaktika.

Spermatotselening ikkilamchi profilaktikasi bemorlarda ushbu holatlarni erta aniqlash va boshqarishga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika quyidagi chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- *Muntazam tibbiy ko'riklar.* Spermatotsele rivojlanishi xavfi bo'lgan bemorlar, ayniqsa o'smirlar va erkaklar androlog-urologlar tomonidan muntazam tibbiy ko'riklardan o'tishlari kerak. Bunday ko'riklar spermatotseleni aniqlashga yordam beradi.
- *Bemorlarni o'qitish faoliyati.* Ikkilamchi profilaktika bemorlar va ularning qarindoshlarini spermatotsele belgilari, ehtiyot choralari va muntazam tekshiruvlarning ahamiyati to'g'risida xabardor qilishni o'z ichiga oladi. Bemorlarga simptomlar paydo bo'lganida nima qilish haqida ma'lumot berilishi kerak.
- *O'zini-o'zi tekshirish.* Bemorlar, ayniqsa yuqori xavfi guruhiga kiruvchilar, spermatotsele belgilarini aniqlash uchun o'zini-o'zi tekshirishga, shu jumladan o'zini-o'zi palpatsiya qilish va moyakni vizual tekshirishga o'rgatilishi mumkin,
- *Profilaktika choralari.* Bemorlarga qattiq plavkalarni kiyish va jarohatlanishdan qochish kabi profilaktika choralari ko'rish tavsiya etilishi mumkin.
- *Ixtisoslashgan maslahatlar.* Spermatotsele rivojlanishi xavfi bo'lgan bemorlar, zarur hollarda, androlog urologlardan maslahat olishlari kerak. Bu moyak organlarning ultratovush tekshiruvlari va doppler skanerlash kabi diagnostik tekshiruvlarni o'z ichiga olishi mumkin.
- *Individual parvarish rejalarini ishlab chiqish.* Ba'zi hollarda qov-moyak sohasi jarrohlik amaliyotiga oid tarixi bo'lgan bemorlar uchun moslashtirilgan parvarish rejaları talab qilinishi mumkin.

Ikkilamchi profilaktika muntazam bo'lishi, tekshiruvlar va mutaxassislar bilan maslahatlashuvlarni o'z ichiga olishi kerak. Urolog androloglar va jarrohlar ikkilamchi profilaktikani amalga oshirish va spermatotseleni davolashga yondashuv uchun tegishli vakolatlarga ega bo'lishlari kerak.

2.5. Uchlamchi profilaktika.

Profilaktikaning spetsifik usullari mavjud emas.

3. SPERMATOTSELE REABILITATSIYASI.

3.1. Reabilitatsiyaning maqsadi.

Reabilitatsiyaning maqsadi-spermatotsele bo'yicha jarrohlik o'tkazilgan bemorlarning sog'lig'ini tiklash, estetik ko'rsatkichlari va hayot sifatini yaxshilash.

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

Reabilitatsiyaning spetsifik usullari mavjud emas.

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

Operatsiyadan keyingi davrda maxsus reabilitatsiya usullari mavjud emas.

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

Spermatotsele holatida erta tashxis qo'yish va ehtimoliy funktsional buzilishlarni tuzatishni o'z ichiga oladi. Bu bemorning estetik salomatligini tiklash jarayonida muhim jihatdir, chunki kasalliklar bilan bog'liq uzoq muddatli oqibatlar va asoratlarni oldini olish yoki ularni minimallashtirish imkonini beradi. Erta tashxis qo'yish va to'g'ri davolash taktikasi bemorlarga asoratlardan qochishga yordam beradi.

3.5. Nogironlikning oldini olish va ehtimolini pasaytirish.

Spermatotselede bepushtlik ehtimolini oldini olish yoki kamaytirish usullari mavjud emas. Ushbu holatlarni erta aniqlash, shuningdek samarali davolash va reabilitatsiya choralari ehtimoliy funktsional cheklovlarning oldini olishga, hayot sifatini yaxshilashga va asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradi.

3.6. Hayot sifatini yaxshilash.

Spermatotselede hayot sifatini yaxshilash kasallikni erta aniqlash, kuzatish va davolashga to'g'ri yondashish va keyinchalik reabilitatsiya bilan bog'liq. Ushbu holatlarning oldini olish va davolash bo'yicha samarali chora-tadbirlar salomatlikning estetik holatiga, shuningdek, bemorlarning psixologik va ijtimoiy holatini yaxshilashga yordam beradi. Zamonaviy diagnostika va davolash usullaridan foydalanishni ta'minlash, shuningdek reabilitatsiya jarayonini qo'llab-quvvatlash spermatotsele bilan kasallangan insonlarning to'liq va farovon hayot kechirishlarini ta'minlashda muhim rol o'ynaydi.

3.7. Bemorning mehnat qobiliyatini saqlab qolish.

Spermatotsele bilan kasallangan bemorlarning mehnat qilish qobiliyatini saqlab qolish tibbiy yordamning muhim jihati hisoblanadi. Diagnostika, davolash va keyingi reabilitatsiyaning samarali usullari nafaqat bemorning sog'lig'ini tiklashga, balki uning faol hayot tarzini saqlab qolishga qaratilgan.

3.8. Bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

Tibbiy reabilitatsiya bilan bir vaqtda bemorni ijtimoiy qo'llab-quvvatlash va jamiyatga moslashishini ta'minlash muhimdir. Bu psixologik maslahat, shuningdek, ijtimoiy muhitga integratsiyani qo'llab-quvvatlashni o'zi ichiga olishi mumkin.

Reabilitatsiyaning maqsadi bemorni to'liq hayotga qaytarish, uning mustaqilligi va jamiyat hayotidagi ishtirokini ta'minlashdir. SHu bilan birga, har bir bemorning individual xususiyatlarini hisobga olish va reabilitatsiya jarayonining barcha bosqichlarida unga zarur yordam va ko'mak ko'rsatish muhimdir.

4. UCH TURDAGI PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYANI O‘TKAZISHGA KO‘RSATMALAR.

Spermatotselening uch turdagi profilaktikasi va rehabilitatsiyasini o‘tkazish kasallikning turli bosqichlariga mos keladigan aniq ko‘rsatmalarga ega. Birlamchi profilaktika spermatotseleni erta aniqlash va davolashga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika spermatotsele belgilariga ega bo‘lgan shaxslar uchun tadbirlarni, shu jumladan samarali davolash usullarini va retsidivlarning oldini olishni o‘z ichiga oladi. Uchinchi darajali profilaktika erishilgan davolash natijalarini saqlab qolish, funktsionallikni tiklash va reproduktiv tizimlar faoliyatining pasayishini oldini olish maqsadida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarni oldini olish va yuqori sifatli rehabilitatsiyani ta’minlashga qaratilgan.

5. PROFILAKTIKA TURLARINI O‘TKAZISHNI ANIQLASH MEZONLARI (XALQARO STANDARTLAR, DALILLARGA ASOSLANGAN TIBBIYOT MA’LUMOTLARIGA MUVOFIQ).

Spermatotselening samarali profilaktikasi va rehabilitatsiyasi uchun xalqaro standartlar va dalillarga asoslangan mezonlar bilan belgilanadigan turli jihatlarni hisobga olish kerak. Birlamchi profilaktikada asosiy e’tibor xavf omillarini erta aniqlash va muntazam tibbiy ko‘riklarga qaratiladi. Ikkilamchi profilaktika tibbiy aralashuvni talab qiladigan spermatotselening klinik ko‘rinishi bo‘lgan bemorlarga qaratilgan. Uchinchi darajali profilaktika va rehabilitatsiya yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarni minimallashtirish uchun davolanishdan keyingi holatni kuzatish, muntazam tekshiruvlar va terapiya samaradorligini baholashni o‘z ichiga oladi. Barcha mezonlar nozologiyaning oldini olish va rehabilitatsiya qilishda individuallashtirilgan va samarali yondashuvni ta’minlagan holda yuqori tibbiy standartlarga javob berishi kerak..

6. REABILITATSIYA MUOLAJALARINING BOSQICHI VA KO‘LAMINI ANIQLASH MEZONLARI

Ishlab chiqilmagan.

7. REABILITATSIYA BOSQICHLARI VA KO‘LAMI

Maxsus rehabilitatsiya usullari mavjud emas.

8. TIBBIY PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYA DARAJASI KO‘RSATILGAN DIAGNOSTIKA CHORALARI.

Maxsus rehabilitatsiya usullari mavjud emas.

9. DARAJASI KO‘RSATILGAN TIBBIY PROFILAKTIKA YOKI REABILITATSIYA TAKTIKASI.

Maxsus rehabilitatsiya usullari mavjud emas.

10. PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA TADBIRLARI SAMARADORLIGI INDIKATORLARI

Maxsus rehabilitatsiya usullari mavjud emas.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Hou Y, Zhang Y, Li G, Wang W, Li H. Microsurgical Epididymal Cystectomy does not Impact Upon Sperm Count, Motility or Morphology and is a Safe and Effective Treatment for Epididymal Cystic Lesions (ECLs) in Young Men With Fertility Requirements. *Urology*. 2018;122:97-103. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.08.007>
2. Niedzielski J, Miodek M, Krakós M. Epididymal cysts in childhood conservative or surgical approach? *Pol Przegl Chir*. 2012;84(8):406-410. <https://doi.org/10.2478/v10035-012-0068-2>
3. Paluru S, Ulbright TM, Amin M, Montironi R, Epstein JI. The Morphologic Spectrum of Sertoliform Cystadenoma of the Rete Testis: A Series of 15 Cases. *Am J Surg Pathol*. 2018;42(2):141-149. <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000997>
4. Blair RJ. Testicular and scrotal masses. *Pediatr Rev*. 2014;35(10):450-451; discussion 451. <https://doi.org/10.1542/pir.3510-450>
5. Weatherly D, Wise PG, Mendoca S, Loeb A, Cheng Y, Chen JJ, Steinhardt G. Epididymal Cysts: Are They Associated With Infertility? *Am J Mens Health*. 2018;12(3):612-616. <https://doi.org/10.1177/1557988316644976>
6. BhattS, Jafri SZ, Wasserman N, Dogra VS. Imaging of nonneoplastic intratesticular masses. *Diagn Interv Radiol*. 2011;17(1):52-63. <https://doi.org/10.4261/1305-3825.DIR.3116-09.0>
7. East JM, DuQuesnay D. Sclerotherapy of idiopathic hydroceles and epididymal cysts: a historical comparison trial of 5% phenol versus tetracycline. *West Indian Med J*. 2007;56(6):520-525. PMID: 18646496