

# Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

**Бош муҳаррир:**

**Касимов Ш.З.**

Таҳрир ҳайъати:

Абдурахимов З.А.

Зохидова М.З.

Зарипова М

Мавлянова Д.А.

Миразимов Д.Б.

Назарова Г.У.

Нармухамедова Н.А.

Садирова М.А. (масъул котиб)

Хакимова Л.

Ходжанова Т.

Фузайлов Ф.З.

ISSN 2181-4864

Тошкент

2013 йил

## Муаллиф сўзи

Оилавий шифокор ёки умумий амалиёт врачлари – жинси ва ёшидан қатъий назар ҚВПга бириктирилган аҳолига кенг қўламдаги бирламчи тиббий-санитар ёрдами кўрсатиш ва аҳоли ўртасида профилактик тадбирлар ўтказиш ҳуқуқига эга бўлган дипломли мутахассисдир. УАШ бириктирилган аҳолига малакали тавсиф талабига мувофиқ, амбулатор қабулда ва уйда касалхонагача тез ва шошилиш ёрдам кўрсатишни, профилактик, иммунологик, санитария-гигиеник ва эпидемияга қарши, диагностика-даволаш ва реабилитация тадбирлари мажмуасини амалга оширади, оила миқёсида тиббий-ижтимоий муаммоларни ҳал қилишда бевосита ёрдам кўрсатади. ҚВП тиббий ходимлари билан биргаликда, муассасага бириктирилган аҳолини соғломлаштириш, шунингдек болалар ва оналарнинг касалланиши ва ўлими кўрсаткичларини камайтириш мақсадида чора-тадбирлар ўтказилади. Умумий амалиёт шифокори ўзининг касбий фаолиятида тиббиётнинг бошқа бўғин шифокорлари билан фаол ҳамкорлик қилади.

***Биз журнализмнинг ушбу сонида УАШ фаолиятида сийдик йўллари инфекциялари билан касалланган беморларни бирламчи бўғинда олиб бориш муаммоларига тўхталмоқчимиз.***

*Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан 2003 йил 10 декабрда тасдиқланган “Умумий амалиёт шифокорлари малакали тавсифнома” сизга кўра, асоратсиз СЙИ (ўткир асоратсиз пиелонефрит, ўткир цистит), шунингдек ўткир простатит, орхоэпидидимит касалликлари диагностикаси ва даволаш умумий амалиёт шифокорлари томонидан амалга оширилади. Асоратли СЙИларида текширув ва даволаш кенгроқ ёндошувни талаб қилади ва бунда мутахассис уролог, нефролог ва бошқа мутахассислар консультацияси талаб қилинади.*

Сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) инфекция қасалликлар орасида кенг тарқалган бўлиб, беморларни олиб боришда шифокорларда ўзига хос муаммолар келтириб чиқаради. СЙИ кенг тарқалганлиги сабабли кўп давлатларда клиник, ижтимоий ва иқтисодий муҳим аҳамиятга эга эканлиги аниқланган. АҚШда ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, ҳар йили амбулатор мурожаатлар орасида СЙИ бўйича 7 млн. ҳолат қайд этилиб, булардан 2 млн.дан зиёдроғини циститлар ташкил этган бўлса, 100 мингдан ортиқ беморлар пиелонефрит ташҳиси билан шифохоналарга ётқизилган. Буюк Британияда СЙИ микробли касалликлар орасида респиратор инфекциялардан сўнг иккинчи ўринда туради. Ушбу давлат ҳисоботида кўра, шифокорларга қилинган мурожаатларни 8,1 миллионини СЙИ ташкил этади. СЙИ эркаларга нисбатан аёлларда кўпроқ учраб, катта ёшли аёлларда ҳаёти давомида СЙИ билан касалланиш хавфи 50% бўлиши аниқланган. Охириги йилларда 18-29 ёшгача бўлган аёллар ўртасида СЙИ билан касалланиш ҳолатлари кўплаб қайд этилмоқда.

СЙИ Ўзбекистон Республикаси ҳудудида ҳам тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлиб ҳисобланади. Даволашда ягона стандартнинг йўқлиги, бактериал текширув ўтказишни белгилайдиган мезонлар ишлаб чиқилмаганлиги сабабли тиббий муассасаларда ушбу касаллик билан хасталанган беморларни олиб бориш бир-биридан фарқ қилади. Бундан ташқари антибиотиклар билан нораціонал даволаш, уропатоген микробларни антибиотикларга резистентлигининг ошиши СЙИ самарали даволашда бир қатор қийинчиликлар келтириб чиқармоқда. Дунёда СЙИ бундай кенг тарқалиши, ушбу касаллик билан хасталанган беморларнинг даволаш сифати оширишни, касаллик бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасини кучайтирувчи чора тадбирлар мажмуасини ишлаб чиқишни талаб қилади. Журнализмнинг ушбу сонида берилган маълумотлар сийдик йўллари инфекциялари билан касалланган беморларни олиб боришда



**Ҳамкасбларингиз ҳам тест саволларига жавоб бериш хоҳишини билдиришса  
ушбу тест саволларини кўпайтириб олишлари мумкин**

**Тестлар**

**1. Сийдик йўллари инфекцияларининг белгилари ва симптомлари:**

- а) Дизурия, тез-тез сийиш
- б) Полиурия
- в) Тана ҳароратини кўтарилиши, бел соҳасида оғрик
- г) Ёлғон сийиш чакируви, қовуқ соҳасида оғрик
- д) Оғрикни оёққа бериши

**2. Қайси касалликлар бўйича ОП ва ҚВП шароитида ташҳис қўйиш ва даволаш  
тадбирларини олиб борилади:**

- а) Цистит
- б) Энурез
- в) Пиелонефрит
- г) Сийдик тош касаллиги
- д) Ўткир буйрак етишмовчилиги

**3. Ўткир циститни даволаш тамойиллари:**

- а) Триметоприм 600 мг ичиш учун 3 кунга тавсия этилади
- б) Эркакларда тўлиқ даволаш курси 10 кун,
- в) Цефалексин 250 мг ичиш учун, кунига 4 маҳал, 3 кун давомида.
- г) Болаларда ўткир циститни даволаш давомийлиги 7-10 кун.
- д) Норфлоксацинни болаларда қўллаш мумкин.

**4. Қайси ҳолатларда эмпирик антибиотикотерапия ўтказилади:**

- а) Полиурия
- б) Никтурия
- в) Дизурия
- г) Поллакиурия
- д) Тез-тез сийиш

**5. Аёлларда бирламчи кўринишдаги ўткир циститда қандай текширув усуллари тавсия  
этилмайди:**

- а) Сийдикни макроскопик текшируви
- б) Сийдикни микроскопик текшируви
- в) Сийдикни бактериологик экиш
- г) Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш
- д) Ультратовуш текшируви

**6. Ўткир пиелонефрит билан касалланган аёлларда қайси ҳолатларда сийдик экмаси қайта  
ўтказилади:**

- а) 3 кун давомида клиник ижобий ўзгаришлар бўлмаса
- б) Бемор ҳолати госпитализацияни талаб қилмаса
- в) 2 ҳафта давомида касаллик қайталанса
- г) 24 соат давомида бемор ҳолати яхшиланса
- д) 24 соат давомида бемор ҳолатида ўзгариш кузатилмаса

**7. Симптомсиз бактериурияда:**

- а) Даво олиб борилмайди
- б) Зудлик билан шифохонага жўнатиш зарур
- в) 3 кунлик антибиотикотерапия ўтказилади
- г) 10 кунлик эмпирик антибиотикотерапия ўтказилади
- д) Сийдик намунаси бактериологик экиш учун жўнатилади.

**8. УАШ қабулига келган ўрта ёшли аёлнинг шикоятлари: тез-тез ва оғриқли сийиш, охириги пайтда ушбу белгиларни учинчи мартаба қайталаниши. Шифокорга мурожаат қилгунга қадар ўзича антибиотиклар қабул қилган, лекин самараси бўлмаган. Сийдик таҳлилида пиурия (лейкоцитлар миқдори 4000/мл дан) аниқланди. Сизнинг ташҳисингиз?**

- а) Ўткир цистит
- б) Рецидивли цистит
- в) Асоратли персистирловчи сийдик йўли инфекцияси
- г) Бартараф қилинмаган бактериурия
- д) Асоратли сийдик йўли инфекцияси

**9. Сийдик йўли инфекцияси билан касалланган беморларга тавсиялар:**

- а) Гўшт ва балиқни қайнатилган ҳолда истеъмол қилиш
- б) Зираворлар ва маринадланган маҳсулотлардан кўпроқ истеъмол қилиш
- в) Касаллик ўткир даврида сут маҳсулотлари ва бўтқаларни истеъмол қилиш
- г) Тез-тез сийиш, сийдик қопчасини тўла бўшалишига эришиш
- д) Касаллик кўзғалиш даврида ётоқ режимига риоя қилиш шарт эмас.

**10. Қайси ҳолатларда хомиладор аёллардаги сийдик чиқариш йўллари инфекциялари амбулатор шароитда даволанади?**

- а) Симптомсиз бактериурия
- б) Ўткир цистит
- в) Ўткир пиелонефрит
- г) Сийдик тош касаллиги
- д) Буйрак коликаси

### Сийдик йўли инфекцияси мавзусига кроссворд

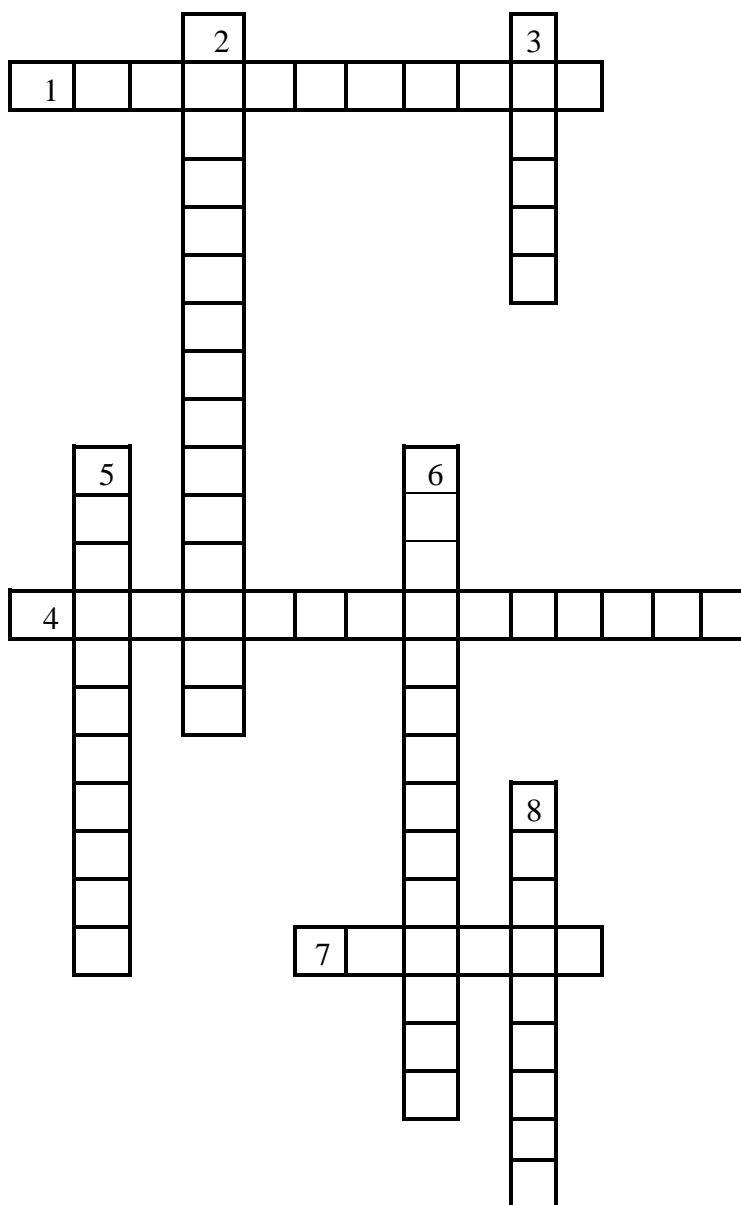
**Горизонтал:**

- 1. Бу касалликка 2 томонлама буйрак зарарланиш, иситма ва қалтираш хосдир.
- 4. Ўткир циститни даволашда ишлатиладиган дори воситаси
- 7. Бу ҳолат пас сийдик йўллари бактериологик инфекциясини англатади

**Вертикал:**

- 2. Касаллик нефротик синдромга олиб келиши мумкин
- 3. Ушбу касалликда совуқ қотиш, жинсий алоқадан сўнг қайталаниши характерли
- 5. Буйрак копточаларда ва найчаларида (каналчаларида) патологик ҳолатни лаборатор белгиси
- 6. Бу сийдикдаги ўзгариш шиш ва гипертензия билан биргаликда келганда гломерулонефритни Англатади
- 8. УАШ симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун ҳар ойда 1 марта сийдик таҳлилини кимларда ўтказиб туриш керак

# КРОСВОРД



## **ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР**

**АДТИ** - Андижон Давлат тиббиёт институти

**В/И** - вена ичига дори воситасини юбориш

**ЖССТ** - Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти

**КХБ** - колония ҳосил қилувчи бирлик

**КТ** - компьютерли томография

**КОЕ (ЎБТЭЖ)** - ўлчов бирлигини ташкил этувчи колониялар

**ҚВП** - қишлоқ врачлик пункти

**ҚД** - қандли диабет

**МРТ** - магнит-резонансли томография

**ОП** – оилавий поликлиника

**ПСА** – простата специфик антигени

**СЙИ** - сийдик йўллари инфекцияси

**СЎП** - сийдик ўрта порцияси

**СБ** - симптомсиз бактериурия

**ТТБ** - туман тиббиёт бирлашмаси

**ТМШ** - туман марказий шифохонаси

**ТошВМОИ** - Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

**УАШ** - умумий амалиёт шифокори

**УТТ** - ультра товуш текшируви

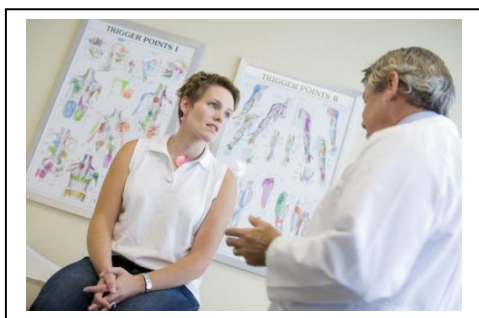
**УСА** - умумий сийдик анализи

**УҚА** - умумий қон анализи

**УЕА**- Урологлар Европа Ассоциацияси

**ЭУ** - экскретор урография

## СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ



Сийдик чиқариш тизими ҳар бир аъзосининг инфекцияли яллиғланишига сийдик чиқариш йўллари инфекцияси деб таъриф берамиз. Бу муаммо дунё бўйлаб кўп тарқалган касаллик бўлиб, шифокорга тез-тез мурожаат қилиш, ўринсиз антибиотикларни белгилаш ва сийдикни кўплаб маблағ ва вақт талаб қилувчи бактериологик текширувини ўтказилишига сабаб бўлувчи

касалликдир. Бу муаммо билан шифокорларга ҳар йили ўн миллионлаб мижозлар мурожаат қиладилар ва уларнинг 20% ўткир цистит билан хасталанган беморлардир. Афсуски, сийдик чиқариш тизими яллиғланиш касалликлари ҳар иккинчи мижозда қайталаниб сурункали кўриниш олади. Сурункали жараён охир оқибат буйрак етишмовчилигини ривожланиши ва натижада ногиронликка олиб келади. СЙИ тарқалиши ёш ва жинсга боғлиқ бўлиб, агар дастлабки 3 ойликда ўғил болалар қизларга нисбатан 1,5 баробар кўпроқ оғриси, кейинги ойларда бу кўрсаткичлар тенглашиб, 1 ёшнинг охирига келиб, қизларнинг СЙИ билан оғриши ўғил болаларга нисбатан 3-4 баровар кўпроқ учрайди. Умуман олганда, болалар популяциясида СЙИ нинг тарқалиши 1000 болага 20-22 ҳолатни ташкил қилади. Етти ёшгача бўлган болалар ичида 8%, қизлар ва 2% ўғил болалар ҳаёти давомида бир маротаба бўлсада СЙИ ўтказида, 2 ойликгача бўлган даврда эса 5% фебрил иситмани ўткир пиелонефрит келтириб чиқаради. 30% болаларда ҳаётининг дастлабки биринчи йилида касаллик рецидиви кузатилади. СЙИ 3 ёшгача бўлган ўғил болалар ичидаги ноаниқ этиологияли иситма сабабчиси ҳисобланади. Болалар ичидаги айниқса ўғил болалар ичидаги СЙИнинг сабабчиси сийдик тизими аъзоларининг морфофункционал бузилишларидир ва шу сабабли ўғил болаларда инфекциядан кейин тўла нефроурологик текширув ўтказилиши лозим. Ёши катталар популяциясида эса аёллар эркакларга нисбатан СЙИ муаммолари билан 30-50% кўпроқ рўбарў келадилар ва ҳаёти давомида 60% аёллар СЙИ билан оғрийдилар. Ушбу муаммо билан ҳар бир тўртинчи аёлда йил давомида касаллик рецидиви кузатилади. Эркакларда анатомик – физиологик хусусиятлар сабабли СЙИ кечиши ва даволаш жараёни қийинроқ кечади. Ушбу касаллик асосан 60-70 ёшдаги эркакларда 80% ҳолатларда кузатилади. СЙИ қариялар ва ҳомиладорларда кўпроқ асоратли бўлиб ривожланади. Айниқса, бу муаммо қандли диабети ва сийишда қийинчилиги бор беморларда кўпроқ учраши қайд қилинган.

УАШ ўзининг иш фаолияти доирасида катталар, ўсмирлар ва болаларда буйрак ва сийдик йўллари касалликларида қуйидаги тиббий хизматларни амалга оширади:

### **1.ҚВП да ташҳис қўйиш ва даволаш:**

*1.1.Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси*

*1.2.Уретрит*



- 1.3.Цистит
- 1.4.Простатит
- 1.5.Энурез

## **2.Ташҳис қўйиш, шошилиш ёрдам кўрсатиш, ТТБга ва мутахассисга йўлланма бериш:**

- 2.1.Пиелонефрит
- 2.2.Ўтқир ва сурункали гломерулонефрит
- 2.3.Простата аденомаси
- 2.4.Сийдик тош касаллиги, буйрак коликаси
- 2.5.Ўтқир ва сурункали буйрак этишмовчилиги
- 2.6.Буйраклар поликистози
- 2.7.Варикоцеле
- 2.8.Мояклар ва уруғ йўлининг сувланиши( водянка)
- 2.9.Крипторхизм
- 2.10.Фимоз ва парафимоз
- 2.11.Моякларнинг ва уруғ йўлининг буралиб қолиши

## **3.Реабилитация, диспансеризация:**

- 3.1.Пиелонефрит
- 3.2.Ўтқир ва сурункали гломерулонефрит
- 3.3.Простатит
- 3.4.Простата аденомаси
- 3.5.Сийдик тош касаллиги, буйрак коликаси
- 3.6.Ўтқир ва сурункали буйрак этишмовчилиги
- 3.7.Буйраклар поликистози
- 3.8.Варикоцеле

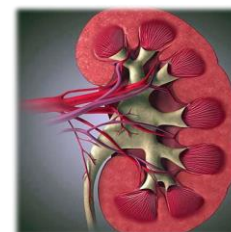
**УАШ ёдда тутиши зарур:** ҚВПда ўтказилган даволаш курсидан сўнг беморнинг ҳолати ёмонлашса ёки бемор ҳолатида яхшиланиш кузатилмаса, мутахассис маслаҳати талаб этилади. 5 ёшгача бўлган бемор болаларда ҚВПдаги даволаш курсидан сўнг, 48 соат давомида яхшиланиш кузатилмаса, мутахассис маслаҳати зарур бўлади.

## **Умумий амалиёт шифокори сийдик чиқариш тизими касалликларида куйидаги амалий кўникмаларни бажара олиши зарур:**

- 1.Бемор ва унинг қариндошларидан маълумот йиғиш.
- 2.Буйракни ва сийдик пуфагини пальпацияси ва перкуссияси.
- 3.Ўғил болалар ва эркакларда ташқи жинсий аъзолар кўруви.
- 4.Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпритацияси.
- 5.Сийдикда оқсил мавжудлигини аниқлаш.
- 6.Простата безини бармоқ ёрдамида ректал текшируви.
- 7.Сийдик қопи катетеризацияси.
- 8.Дренаж воситаларини парварии қилиш.
- 9.Парҳез тайинлаш.

## **Сийдик йўллари инфекцияси нима?**

Сўнгги йилларда буйрак, сийдик йўллари ва эркаклар жинсий аъзолари носпецифик яллиғланишида умумий тушунча – **сийдик**



**йўллари инфекцияси (СЙИ)** тушунчаси қўлланилади. Ҳозирги замон нуқтаи назаридан қараганда, СЙИ шиллик ости қавати орқали бактериянинг танага кириши оқибатида



сийдик тизими шиллик қаватининг шамоллаш (уротелий) реакцияси деб қаралмоқда. Айтиб ўтганимиздек, аёллар сийдик йўллари инфекцияси билан эркаклар ва болаларга нисбатан кўпроқ касалланадилар. Болалар ва катталарда ташҳислаш катта қийинчиликлар туғдирмайди. Қовуқ-сийдик йўллари рефлюкси фонидаги сийдик йўллари инфекцияси ёки сийдик ажралишининг бузилиши билан алоқадор инфекцияларининг сурункали шаклига

ўтиши буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин, органик ўзгаришлар кузатилмаганда эса асоратлар деярли кам учрайди, шунинг учун сийдик йўллари инфекцияси билан беморларни текшириш хажми индивидуал аниқланади. Бунда касаллик кўзғатувчиларини кўплаб антибиотикларга нисбатан чидамли эканлигини ҳисобга олиш керак.

**Сийдик йўллари инфекциясининг танага кириш йўллари:**

- 1.Юқорига кўтарилувчи (75-95%).
- 2.Гематоген (5%) ва
- 3.Лимфоген

**СЙИ ТУРЛАРИ:**

1. АСОРАТСИЗ СЙИ
2. АСОРАТЛИ СЙИ

**Асоратсиз сийдик йўли инфекцияси қуйидаги ҳолатлар мавжуд бўлмаганда ривожланади:**

- буйракда ва сийдик йўлларида (шу жумладан сийдик оқиб тушиши бузилиши) анатомик ўзгаришлар;
- буйрак ва сийдик йўлларида функционал ўзгаришлар;
- биргаликда кечувчи касалликлар ва ҳолатлар (қандли диабет, ҳомиладорлик);
- инфекция тушиши хавфини оширадиган ёки даволаш самарасини пасайтирувчи жиддий ҳамроҳ касалликлар (ҚД, иммунитетнинг пасайиши, буйрак, жигар ва юрак етишмовчилиги ва ҳ.к.)

**Юқоридаги қайд этилган патологик ҳолатлар мавжуд бўлганда эса асоратли СЙИ ривожланиши кузатилади.**

СЙИ ва эркаклар жинсий аъзолари инфекциялари клиник симптомлар ва зарарланиш даражаси, инфекция оғирлиги, хавф омиллари ва сийдик таҳлиллари лаборатор текширувлари натижасига кўра таснифланади ва СЙИ қуйидагиларга бўлинади:

**ўткир ва рецидивланувчи цистит,**

**ўткир ва сурункали пиелонефрит, шунингдек асоратли ва асоратсиз .**

- **Асоратсиз СЙИ (цистит)**
- **Асоратсиз пиелонефрит**
- **Асоратли СЙИ пиелонефритсиз**
- **Асоратли СЙИ пиелонефрит билан**
- **Эркаклар жинсий аъзолари инфекциялари: Простатит**

**Яллиғланиш жараёни жойлашишига қараб фарқланади:**

- Пастки сийдик йўллари инфекциялари

- Юқори сийдик йўллари инфекциялари
- Эркаклар жинсий аъзолари инфекциялари

### АСОСИЙ МАЪЛУМОТЛАР:

1. Симптомсиз бактериурия катта ёшли аёлларда 5%, мактаб ёшидаги болаларда 1-2 %, чақалоқларда 1% ҳолатларда учрайди.
2. 30% аёллар ҳаёти давомида камида 1 маротаба сийдик йўллари инфекцияси билан касалланади.
3. Сийдик йўллари инфекциясида органик ўзгаришлар 4% ҳолатлардагина кузатилади.
4. Эркаклар ва болаларда сийдик йўллари инфекцияси кузатилган барча ҳолатларда органик ўзгаришлар мавжудлигини инкор қилиш керак.
5. Органик ўзгаришлар бўлмаган жуда кам ҳолатларда сийдик йўллари инфекцияси сурункали шаклига ўтади.
6. 93% ҳолларда инфекция кўтарилувчи йўл орқали сийдик йўлига тушади ва аксарият ҳолатларда бунга ичак тайёқчаси сабаб бўлади. Кўп аёлларда жинсий алоқадан сўнг, ўткир сийдик йўллари инфекцияси келиб чиқади.
7. Иммунодефицит ҳолатларида инфекциянинг гемотоген тарқалиши кузатилади.

Агар сийдик йўллари инфекцияси клиник белгилари умумий кўринишда бўлиб, маҳаллий белгилари бўлмаса ташҳислашда қийинчиликлар келиб чиқади. Бунда сийдик йўллари инфекциясининг кичик ёшдаги болалар, қариялар ва хомиладорларда ўзига хос кечиши сабабли атипик шакли ривожланиши мумкин.

Болаларда сийдик йўллари инфекцияси клиник белгилари:

- иситма;
- қайт қилиш;
- ич кетиши;
- қориндаги оғрик.

Қарияларда эса:

- карахтлиқ;
- ўзини тутиши, ҳаракатдаги бузилишлар;
- иситма.

Сийдик таҳлилида лейкоцитурия ва бактериурия топилганда, авваламбор, атрофдаги аъзолардан ёки ташқи муҳитдан инфекция тушишидан эҳтиёт бўлиш керак. Сийдик таҳлил қилингандан сўнг, Stamey (1980) бўйича умумий қабул қилинган сийдик тизими инфекцияси классификацияси бўйича беморни қайси гуруҳга киритиш кераклигини аниқлаш лозим бўлади.

СЙИ ташҳисини қўйишда биринчи ўринда клиник белгилар ва симптомларга, касаллик анамнезига, беморнинг физикал текшируви, лаборатор таҳлиллар натижаларига ва алоҳида ҳолатларда эса сийдикнинг



бактериологик текширувлардаги аниқланган микроорганизмларга асосланиб ташҳис қўйилади. Охириги йиллардаги кузатишлар шуни кўрсатадики, асоратланмаган СЙИси

билан касалланган аёлларда эскирган усулда, яъни микробиологик ташхислаш ўтказилмоқда, бу эса 48 соатдан кам бўлмаган вақтни эгаллайди, бундай узоқ вақтда микробни аниқлаш ва даволашни танлаш сезиларли даражада даволаш самарадорлигини камайтиради. Микроскопик текширишда эса сийдикнинг лойқа ранги касалликнинг яллиғланиш хусусиятига эга эканлигини билдириб, СЙИси борлигига тахмин қилинади. Сийдикда бактериурияни аниқлаш ҳар доим ҳам антибиотикотерапияга абсолют кўрсатма бўла олмайди. Агар жараённи яхши томонга ўзгартиришга асослар бўлмаса ва айниқса кекса беморларда кечаётган бактериурияда антибиотиклар соғлиқ учун зарарли бўлиши мумкин. Ҳомиладорларда эса бактериуриянинг кўшимча таъсирларига қарамасдан, антибиотик терапия ўтказиш лозимлиги исботланган. Антибиотик препарат танлаётганда албатта препаратни антимиқроб сезгирлик спектрини, мана шу регион учун резистентлик даражасини, хавфсизлигини, таннархини ва самарадорлигини ҳисобга олиш керак.

### Сийдик йўллари инфекцияси (Stamey 1980 йилдаги таснифланиши):

- А. Бирламчи инфекция
- Б. Баргараф қилинмаган бактериурия
- В. Бактериал персистенция
- Г. Реинфекция

|  |
|--|
| <b>А. Бирламчи инфекция</b> —бу биринчи мартаба аниқланган СЙИдир  |
| <b>Б. Баргараф қилинмаган бактериурия</b> – даволаш мобайнида сийдик йўли инфекциясини тўлиқ даволаб бўлмайди. Даволаш натижасида лейкоцитлар (КОЕ даражаси) камайган бўлса ҳам, сийдик таҳлилининг ёмон чиқиши (пиурия ва бактериурияларнинг мавжудлиги) буни тасдиқлайди.  |
| <b>В. Бактериал персистенция</b> -даволаниш натижасида сийдик “тоза” (лейкоцитлар 1 мл да 2000 дан кам ёки бактерия мавжуд эмас) бўлади, бироқ персистирланган (алоҳида жойларда тўпланиб қолган) инфекция сийдик йўлида яна сийдик билан тўкнашади, ва сийдик йўллари яна стерилланмаган бўлиб қолади ва натижада инфекция қайталади. |
| <b>Г. Реинфекция</b> – ҳар хил муддатларда олдинги инфекцияни тўлиқ даволанганидан сўнг янги кўзгатувчиларнинг (асосан уретра бўйича келиб чиқиши) сийдик йўлига тушишидир. УЕА тавсияларига кўра 2 ҳафтадан кам бўлмаган муддат белгиланган (Naber K.G. et al. 2004).   |

### Сийдик йўллари инфекциясининг диагностик ўлчови

*IDSA – Америка инфекцияцион касалликлари жамияти*

*ESCMID – Европа клиник микробиология ва инфекцияцион касалликлари жамияти тавсиялари асосида модификация қилиши*

| Тоифа   | Клиник кўринишлари  | Лаборатория маълумотлари  |
|---|---|---|
| Аёлларда ўткир асоратсиз СЙИ, аёлларда ўткир асоратсиз цистит | Ушбу ҳолатгача 4 ҳафта давомида қуйида қайд этилган аломатлар кўринмаганда: Дизурия, шошилиш сийишни хоҳлаш, тез-тез кисташи, қорин пастки қисмидаги оғрик                      | >10 лейкоцитлар/мм <sup>3</sup><br>>4000 лейкоц./мл<br>≥10 <sup>3</sup> КОЕ/мл          |
| Ўткир асоратсиз пиелонефрит                                   | Юқори ҳарорат, биқиндаги оғрик; бошқа ташхис инкор қилинади, анамнез ёки қандайдир урологик аномалиянинг мавжуд эканлиги ҳақида клиник маълумотлар (УТТ ва рентген/текширувлар) | >10 лейкоцитлар/мм <sup>3</sup><br>>4000 лейкоц./мл<br>>10 <sup>4</sup> КОЕ/мл          |
| Асоратли СЙИ  | Берилган 1 ва 2 даражадаги симптомларни бирга келишида; асоратли СЙИ билан боғлиқ бир ёки ундан кўпроқ омиллар  | >10 лейкоцитлар/мм <sup>3</sup><br>>4000 лейкоц./мл<br>>10 <sup>4</sup> КОЕ/мл аёлларда |

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
|                        | мавжудлигида.  | $>10^5$ КОЕ/мл эркаларда ёки сийдик катетер орқали олинганда кузатилса  |
| Симптомсиз бактериурия | Клиник кўринишлар мавжуд эмас  | $>10$ лейкоцитлар/мм <sup>3</sup><br>$>4000$ лейк./мл<br>$>10^4$ КОЕ/мл бак. экмада эрталабки сийдикнинг ўрта порцияда 2 кетма-кет намунада |
| Рецидивловчи СЙИ       | Охириги 12 ой давомида асоратсиз СЙИнинг сийдик бактериал экмасида исботланган камида 3 ҳолати қайд этилмаса; анатомик ва функционал бузилишлар йўқлиги. | $\geq 10^3$ КОЕ/мл  |

Илова: **ЎБТЭК (КОЕ)**-ўлчов бирлигини ташкил этувчи колониялар,  
**УСА**-умумий сийдик анализи,  
**УҚА**-умумий қон анализи.

## ПАСТКИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ ЎТКИР ЦИСТИТ

Ўткир цистит – сийдик пуфаги яллиғланиш касаллигидир. Цистит оғриқли ва тез-тез сийиш билан кузатилади. Оғир даражасида макрогематурия кузатилади, сийдикдан ёқимсиз ҳид келади. Умумий симптомлар кучсиз ривожланган ёки бўлмаслиги ҳам мумкин. Касалликнинг дифференциал диагностикаси уретрит, простатит ва вульвовагинитларда ҳам намоён бўладиган тез-тез сийиш, оғриқли сийиш каби клиник симптомларга асосан амалга оширилади.

### Касаллик белгилари:

- оғриқли сийиш
- тез-тез сийиш
- сийдик тута олмаслик
- сийдик пуфаги бўшанмаслик ҳисси
- қовуқ соҳасида оғриқ
- гематурия
- сийдикдан нохуш ҳид келиши

Сийдик йўллари инфекциясини аниқ ташҳислашда сийдикнинг таҳлили муҳим ўрин тутди.



## СИЙДИК ЙИҒИШ МУОЛАЖАСИ

Сийдикни эрталаб йиғиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади, чунки бу вақтда сийдик энг концентранган бўлиб, кечаси билан сийдикда бактериялар тўпланганлиги туфайли, касаллик келтириб чиқарувчи микроорганизмларни микроскопик аниқлаш осонлашади. Сийдик синамасини зудлик билан лабораторияга жўнатиш лозим. Баъзи ҳолатда 4<sup>0</sup>С температурада бир кун (24 соатгача) давомида музлаткичда сақлашга рухсат берилади, бу бактериялар кўпаймаслигини олдини олади. Сийдикнинг биринчи порцияси таҳлил учун олинмайди ва узлуксиз сийдик чиқариш натижасида олинган 20 мл. сийдик миқдори кифоя қилади.

**“Тоза” сийдик намуналарининг йиғиш:** Сийдик олиш алоҳида махсус жойларда олинади, алоҳида тайёрланган сийиш хонасида (ҳожатхона эмас) мутахассис иштирокида амалга оширилади. Бунинг учун қуйидаги жиҳозлар керак:

1. 4 дона стерилланган пахта – докали тампонлар (10x10 см)
2. 5% сувли-совунли эритма (яшил совун) стерилланган тампонлар шу эритмага ҳўлланган бўлиши керак
3. Тампонлар учун стерилланган пинцетлар
4. Сийдик йиғиш учун, кенг бўғизли яхши ёпиладиган стерилланган идиш.



### **БЕМОРЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА**

#### ***АЁЛЛАР:***

1. Бемор ички кийимларини ечиши керак.
2. Сўнг қўлларини совун билан тозалаб ювиб, уларни чайиб ва қуритиши керак.
3. Бемор бир қўли билан жинсий лабларни орасини очади ва сийдикни йиғиб бўлгунга қадар уларни ажратиб ушлаб туриши керак.
4. Совунда бўктирилган тампонлардан бирини олиб ва вульвани олд томондан орқа томонга қараб бир маротаба яхшилаб артиш керак. Фойдаланилган тампонлар ташлаб юборилади.
5. Ушбу ҳолатни ўзгартирмаган ҳолда, совунда бўктирилган бошқа икки тампон билан муолажани қайтариш керак, муолажа тугагач, тампонлар ташлаб юборилади.
6. Муолажа тугагандан сўнг, тўртинчи стерилланган тампон билан вульвани босиб қуритиш керак.
7. Тахлил учун топшириладиган сийдик ҳажми қовуқда 200-250 мл. бўлиши керак. Сийдик 50 мл., 100мл. ва 150мл.ли белгиланган ўлчовли идишга йиғилади. Дастлаб 150 мл. сийдик тўхтовсиз ажратилгандан кейин қолган сийдик стерилланган идишга тўлдирилади. Бу идишга оёқ, вульва ёки кийим тегиб турмаслиги керак.

**Эслатма:** Бармоқлар билан идиш атрофи ва ички юзасини ушламаслик керак. Бемор сийган идиш қопқоғига ўзи тегмаслиги керак. Сўнг иштирок этаётган мутахассис идишнинг қопқоғини ёпади, белгилайди, флаконга рақамини ёзади ва тахлил қилиш ёки бактериологик экма учун лабораторияга (биксда) юборилади. Бактериологик экма тез амалга оширилмаса, флакондаги сийдик намунаси музлаткичга жойлаштирилади. Сийдикни ҳар қандай ҳолатда бактериологик текширув учун катта идишдан (шиша банка, тувак) порциялаб олиш ёки сийдикни уйдан олиб келиш мумкин эмас.

#### ***ЭРКАКЛАР:***

1. Бемор ички кийимларини ечиши керак.
2. Сўнг қўлларни совун билан тозалаб ювиб, уларни чайиб ва қуритиш керак.
3. Бир қўлида жинсий аъзо четдаги танасини тўлиқ тортиб, сийдикни йиғиб бўлгунга қадар шу тарзда ушлаб туриши керак.
4. Совунли тампонда жинсий аъзо учини яхшилаб артиш керак. Фойдаланилган тампонлар ташлаб юборилади.
5. Ушбу ҳолатни ўзгартирмаган ҳолда, иккинчи совунли тампон билан муолажани қайтариш керак. Муолажа тугагач, бу тампон ҳам ташлаб юборилади.
6. Учунчи стерилланган тампон билан жинсий аъзони босиб қуритиш керак.

7. Таҳлил учун топшириладиган сийдик хажми қовуқда 200-250 мл. бўлиши керак. Сийдик 50 мл. 100мл. ва 150мл.ли ўлчовли идишга йиғилади. 150 мл сийдик тўхтовсиз чиқариб ташлангандан кейин, стерилланган идишга тўлдирилади, бу идишга оёқ, олатнинг бош қисми ёки кийим тегиб турмаслиги керак.

Идиш стерилланган қопқоқ билан ёпилади, белгиланади, флаконга рақами ёзилади ва таҳлил қилиш ёки бактериологик экиш учун лабораторияга юборилади. Бактериологик экиш ўтказилмаган тақдирда, флакондаги сийдик намунаси музлаткичга жойлаштирилади.

**Эслатма:** Сийдикни бактериологик текширувга ҳеч қачон катта идишдан (шиша банка, тувак) порциялаб олиш ёки сийдик таҳлили учун уйдан олиб келиш мумкин эмас.

Таҳлил учун керакли сийдик миқдорини йиғишни иложи бўлмаса, катетер ёрдамида олинади.

Сийдикнинг биринчи порцияси тўкиб ташланади. Қовуқ усти пункцияси йўли билан сийдик йиғиш чақалоқларда бактерия йўқлигини тасдиқлаш учун қўлланилади ва бунда сийдик пуфаги тўла бўлиши талаб этилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан кейин игна симфиздан 1 см юқорига қараб киритилади ва шприц ёрдамида 20мл сийдик йиғилади. Сийдик синамасида микроорганизмлар аниқланиши сийдик йўллари инфекцияси борлигидан далолат беради.

**Сийдик йўллари инфекциялари қуйидаги кўрсатилган ҳолатлар ҳамроҳлигида кузатилса текширув ўтказилиши албатта тавсия қилинади:**

- болаларда
- эркакларда
- аёлларда
- ўткир пиелонефритда
- сурункали пиелонефритда
- стерил лейкоцитурияда
- буйрак касалликларида

#### **Диагностикаси**

- 1 мл сийдикда рН, лейкоцит, эритроцит ва цилиндрларни аниқлаш
- микроскопия ва даволашдан кейин сийдикни бактериологик экиш
- қоннинг биохимик таҳлили(зардобда креатинин)
- экскретор урография ва УТТ
- цистоурография
- қовуқни ультратовушли текширувдан ўтказиш
- циститнинг кечишида асорат қолдирувчи бошқа касалликлар мавжуд бўлган тақдирда, кичик тос аъзоларини текширувдан ўтказиш (йилига 3 ёки ундан кўп марта қайтарилса).
- эркакларда экскретор урографияда патологик ўзгаришлар аниқланмаса, простата беги касалликлари инкор қилинади.
- оғир даражадаги пиелонефритда, сийдик йўллари обструкциясини инкор қилиш учун буйрак УТТ си ўтказилади.
- ҳомиладорликда буйраклар УТТси ўтказилади.

#### **Экспресс таҳлил**

Сийдик текшируви - чизикли тест (махсус индикатор) ёрдамида ўтказилади. Лейкоцитурияни аниқлаш учун лейкоцитар эстеразани текширувчи тестлар қўлланилади. Синама спецификлиги 94-98%, сезувчанлиги 74-96% ташкил қилади. Бактериурия ва

гематурияни аниқловчи чизикли тестлар ҳам мавжуд. Экспресс тест натижаси ва клиник тест орасида номутаносиблик мавжуд бўлса, қўшимча текширувлар ўтказилади.

### **Микробиология ва лаборатор ташҳислаш. Микроскопик текширув.**

Микроскоп остида сийдик чўкмаси кўрилади. Лейкоцитлар кўрув майдонида саналади. Сўнгра камерада 1 мл сийдикдаги лейкоцитлар сони санаб чиқилади. Ясси эпителийнинг аниқланиши сийдик ифлосланганлигидан далолат беради.

Берилган текширувларга мувофиқ СЙИсининг келтириб чиқарувчи энг кўп этиологик омил ичак таёқчаси (*Escherichiae coli*). У барча уропатогенлар ичида ўртача 75-95% ни ташкил этади, 5-10% эса-*Staphylococcus saprophyticus* ташкил этади, 5-10% камдан кам холларда эса *Proteus mirabilis* ва *Klebsella spp.* каби бошқа энтеробактериялар келтириб чиқаради. СЙИни ташҳислаш учун сийдик таҳлили ўтказилиши керак. Бунда пешобдаги бактериялар миқдорини аниқлаш, лейкоцитлар миқдори, эритроцитлар ва тузлар миқдорини аниқлаш муҳимдир. СЙИни ташҳислашда энг ишонарли усул “Олтин стандарт” бўлиб қовуқ усти пункцияси орқали олинган пешобни бактериологик экиш ҳисобланади. Шу кунгача СЙИни ташҳислаш учун “Олтин стандарт” дан кўра ахамиятли кўрсаткич аниқланмаган.

### **Бактериуриянинг клиник ахамиятли кўрсаткичларининг умумий қабул қилинган мезонлари:**

Катталарда бактериуриянинг клиник ахамиятли кўрсаткичлари.

1. Аёллардаги ўткир асоратланмаган циститда эрталабки сийдикнинг ўрта қисмдаги олинган порциясида  $>10^{-3}$  КОЕ уропатоген/мл аниқланади.

2. Аёллардаги асоратланмаган ўткир пиелонефритда эрталабки сийдикнинг ўрта қисмдаги олинган порциясида  $>10^{-4}$  КОЕ уропатоген/мл аниқланади.

3. Аёлларда ва эркакларда катетер ёрдамида олинган пешобда асоратланган СЙИсида эрталабки сийдикнинг ўрта қисмдаги олинган порциясида  $>10^{-5}$  ёки аёлларда эрталабки сийдикнинг ўрта қисмдаги олинган порциясида  $>10^{-4}$  КОЕ уропатоген/мл аниқланади

**Эслатма:** 1мкл пешобда 10 тадан ва ундан ортиқ лейкоцит аниқланиши яллиғланиш жараёнини билдиради. 1 мл пешобда  $10^{-3}$  ва ундан ортиқ калониялашган бирликдаги (КОЕ) уропатогенлар аниқланиши ахамиятлидир.

### **Микробиология ва лаборатор ташҳислаш. Сийдикни экиш.**

Сийдик йўллари инфекциясида кўзғатувчи тури ва колония ҳосил қилиш миқдорини аниқлаш ахамиятли. Кўп ҳолларда сийдик йўллари инфекцияси кўзғатувчиси ичак микрофлораси: *Escherichia coli* ҳисобланади. Текширувда *Escherichia coli* эмас, балки *Klebsiella*, *Proteus*, *Staphylococcus* топилганда, сийдик йўллари органик ўзгаришлари аниқланади. Сийдик йўллари инфекцияси бактериологик тасдиқланади. 30% аёлларда ўткир бактериал циститда колония ҳосил қилувчи бирикмалар  $10^5$  мл дан паст бўлади. Шартларга асосланиб йиғилган пешобни бактериологик текширув маълумотларига асосланиб бактериурия ташҳиси кўйилади.

**Эслатма:** Бактериологик текширув учун одатдаги эрталабки дастлабки сийдик ажратишнинг ўрта қисми олиниб сийдикнинг ўрта порцияси дейилади. Тестнинг спецификлиги 80%ни ташкил қилади. Баъзи ҳолларда сийдик пуфагининг катетеризация қилиниб, ёки қовуқ усти пункция қилиниб сийдик синамасини олиш мумкин.



### **Умумий даволаш усуллари:**

Антимикроб терапия асоратланмаган сийдик йўллари инфекциясида 80-90% самарадор ҳисобланади.

Тавсия этилади:

- Кўп суюқликлар ичиш
- Сийдик пуфагини тўлиқ бўшатиш, айниқса уйқудан олдин ва жинсий алоқадан кейин
- Кучли оғриқда сийдикни ишқорлаштириш лозим.

Ўткир асоратланмаган циститларда антимикроб даво:

Антимикроб давони бир марта ёки тўлиқ курсда тавсия этиш мумкин. Кўп ҳолларда тўлиқ даво курси ўтказилади.

**Даволаш:** 3 кунлик – қисқа антибактериал терапия (даволаниш) курси тавсия этилади. Агар бу даврда бемор тузалмаса, даволанишни давом эттириб, 7-10 кунгача антибиотикларни тўхтовсиз қабул қилиш керак:

- фторхинолон дори воситалари гуруҳидан танланади; алтернатив дори воситалари – цефалоспоринлар 2-3 генерацияси ва аминогликозидлар (кўпинча асоратли бўлган ҳолатларда) тавсия қилинади.
- Бундан ташқари циститда оғриқни қолдириш учун аналгетиклар тавсия қилинади, шунингдек ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан ҳам фойдаланиш мумкин.
- Кунлик ичиладиган суюқлик микдорини кўпайтириш лозим.
- Диурезни кучайтириш учун, фитотерапия тадбирлари муддати 1 ойдан кам бўлмаслиги керак.

Катта ёшдаги аёлларда менопаузада эстроген коррекциясига эътибор қилиш керак.

**Қуйидаги дори воситалари бир марта тавсия этилади:**

- Триметоприм, 600мг ичиш учун, ёки
- Гентамицин, 120 мг мускул орасига

**Тўлиқ даволаш курси қуйидагича:**

- Сийдик ажратиш тизимида органик ўзгаришлари бўлмаган аёлларга – 5 кун давомида (триметоприм билан даволаганда эса 3 - кун),
- Сийдик ажратиш тизимида органик ўзгариш бор аёлларга – 10 кун,
- Ўткир цистит билан оғриган эркекларга – 10 кун.

**Тавсия этилади:**

- Амоксициллин/клавуланат (танланган дори воситаси), 250/125 мг ичиш учун кунига 3 маротаба, ёки
- Триметоприм, 300 мг/кунига 3 кун давомида, ёки
- Цефалексин, 250 мг ичишга, кунига 4 маҳал, ёки
- Норфлоксацин, ичишга, кунига 400 мг 2 маҳал (бошқа дори воситаларига чидамлик юқори бўлганда).

## **БОЛАЛАРДАГИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ**

Кичик ёшдаги болаларда сийдик йўллари инфекциялари ривожланишида кўпроқ буйраклар зарарланади. Инфекция белгилари қуйидагилар билан намоён бўлади: иситма



кириши, қайт қилиш, ич кетиши кузатилади. Оғриқли сийиш билан белгиланадиган шикоятни бола 3 ёшга тўлгандагина тушунтириб бера олиши мумкин. Органик ўзгаришларнинг бўлиши эҳтимоли ҳам бу беморларда юқори даражада бўлади. Масалан, цисто-уретрал рефлюкс 40%, нефросклероз 27% (ривожланган пиелонефрит касаллиги туфайли) ҳолатларда кузатилади. Цисто-уретрал рефлюксни эрта аниқлаш, пиелонефрит рецидивларини олдини олиш ва даволаш ёрдамида нефросклероз ривожланиши, артериал гипертония, сурункали буйрак етишмовчилигини олди олинади.

## **БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ЦИСТИТНИ АНТЕБАКТЕРИАЛ ДАВОЛАШ**

Даволаш давомийлиги 7-10 кунни ташкил қилади.

Тавсия қилинадиган дори воситалари:

- Триметоприм, 6мг/кг (бир марта максимал дозаси - 300мг) ичгани суткасига 1 маҳал (суспензиянинг 1млда 10мг препарат мавжуд), ёки
  - Цефалексин, 10мг/кг (бир марталик максимал дозаси - 250мг) ичгани суткасига 4 маҳал, ёки
  - Амоксициллин/клавуланат, 10/2,5мг/кг (1 марталик максимал дозаси -250/125мг) ичгани суткасига 3 маҳал.
- **Норфлоксацинни болаларда қўллаш мумкин эмас!** Чунки бу препарат суякларнинг ўсиш зонасига салбий таъсир қилади ва пайларнинг мўртлашишига олиб келади.

## **Кузатув**

Уч ҳафтадан сўнг микроскопик текширув ва сийдикни экиб текшириш тавсия этилади.

- Индикатор тест қоғозчалари ёрдамида сийдик рН ёки сийдик чўқиндиси микроскопияси ёрдамида сийдикнинг назорат таҳлилини ўтказиш.
- Сийдик йўллари инфекциясининг тўғри диагностикаси учун сийдикнинг таҳлили муҳим роль ўйнайди. Таҳлилнинг аниқ натижаларини олиш ва асосланган даво тайинлаш учун сийдик йиғишнинг алоҳида қоидаларига риоя қилиш керак.



## **АЁЛЛАРДА АСОРАТЛАНМАГАН СИЙДИК ЙЎЛИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ**

Беморларда сийдик ажратиш аъзоларининг анатомик ва физиологик ўзгаришлари кузатилмаганда, сийдик ажралишининг бузилмаган ва сийдик чиқариш йўлларининг меърий тузилиши ўзгармаган, ҳамда беморда, оғир асоратларга сабаб бўлувчи жиддий ҳамроҳ касалликлар бўлмаган ҳолатларда асоратланмаган сийдик йўли инфекциялари (СЙИ) ҳақида фикр юритилади. Асоратланмаган СЙИга ўткир ва рецидивланувчи цистит, ўткир пиелонефрит киради.

## **ҲОМИЛАДОР БЎЛМАГАН АЁЛЛАРДА ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ЦИСТИТ**

### **Диагностикаси**

Асоратланмаган цистит куйидаги клиник белгиларга асосан кўйилади: дизурия, тез-тез сийиш, қов соҳасида оғриқ, сийдик ажралишига ёлғон чақирувлар, полиурия, баъзи ҳолатларда эса аёлларда, асоратланмаган циститда ҳам гематурия кузатилади. Бундай ҳолатларда жинсий йўл орқали юқувчи касалликларни (ЖЙОЮК) инкор этиш учун тест ва вагинал текширув ўтказилади. Аёлларда юзага келган ўткир дизурия *Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ёки оддий герпес чақирган циститни ёки *Candida spp.*, *Trichomonas vaginalis* чақирган вагинитни инкор этишни талаб этади. Агар ЖЙОЮК тасдиқланса бактериурия инкор этилади.

**Агар аёлларда қин ажралмалари ва қичишиш ҳам кузатилса, қўшимча текширувлар тавсия этилади ва ЖЙОЮК инкор этилади.**

Кўплаб кузатувларга асосан, СЙИда икки ва ундан ортиқ симптомлар бўлса бактериурия хавфи 90%гача ортади. Агар дизурия ва тез-тез сийиш бўлса, эмпирик антибиотикотерапия ўтказилади. Аёлларда ўткир цистит бирламчи кўринишда бўлса, беморларга сийдикни бактериологик экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ эмас. ҚВП/ОП шароитларида сийдикни умумий анализи ва микроскопик (>10 лейкоцит/куб.мм) текширувдан ўтказиш қулай усул ҳисобланади. Бактериурия кўрсаткичининг эрталабки сийдикнинг ўрта қисмдаги олинган порциясида >10<sup>3</sup> КОЕ уропатоген/мл бўлиши аёлларда асоратланмаган ўткир цистит ташҳисини тахминлаш имконини беради.

***Аёлларда ўткир цистит бирламчи кўринишда бўлса, сийдикни бактериологик экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш тавсия этилмайди.***

### **Даволаш**

Асоратланмаган СЙИда антибактериал терапияни рационал ва ўз вақтида ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бу ўз навбатида касаллик симптомлари эртароқ регрессиясини ва юқори сийдик йўллари структураси зарарланишининг олдини олишни таъминлайди.

Асоратланмаган СЙИда 3-5 кунлик антибактериал терапия етарли ҳисобланади: Триметоприм-Сульфаметаксазол -160/800мг 2 маҳал 3 кун давомида;  
-Триметоприм (ТМР) – 200мг 2 маҳал 5 кун давомида; ёки  
-Нитрофурантоин – 100мг 2 маҳал кунига 5 кун давомида;  
-Алтернатив антибиотик бўлиб Ципрофлоксацин -250 мг 2 маҳал  
-Ципрофлоксацин -500 мг 1 маҳал 3 кун давомида.

Барча юқорида санаб ўтилаган препаратлар амбулатор шароитда ичиш учун тавсия этилади. Асоратланмаган СЙИда оғриқ қолдириш учун анальгетикларни қўллаш исботланмаган. Амалда соғлом аёлларда СЙИда икки ва ундан ортиқ симптомлар бўлса, эмпирик антибиотикотерапия тавсия этилади. Ҳомиладор бўлмаган аёлларда асоратланмаган ўткир циститда: Триметоприм-Сульфаметаксазол, Триметоприм (ТМР), Нитрофурантоин ёки Ципрофлоксацин тавсия этилади. Ҳозирги кунда СЙИ даволашда, халқаро тиббий қўлланмага асосан биринчи қатор препарат сифатида, триметоприм ёки нитрофурантоин тавсия этилган.

### **Кузатув**

Даво муолажалари тугагандан сўнг ва касалликнинг клиник белгилари бўлмаган ҳолатларда сийдикни қайта текширишнинг ҳожати йўқ. Агар касалликнинг клиник белгилари мос келувчи антибактериал терапия таъсирида 3 кундан ортиқ сақланиб турса,

ёки олиб борилган даводан сўнг 2 ҳафта ичида инфекция қайталанса, сийдикни бактериал текширилиши ва қўзғатувчини антибиотикларга бўлган сезгирлиги аниқланиши керак. Бундан ташқари қўзғатувчининг антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда бир ҳафталик қайта даволаш курси ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

## ҲОМИЛАДОР БЎЛМАГАН АЁЛЛАРДА РЕЦИДИВЛИ ЦИСТИТ

### Диагностикаси

Асоратсиз СЙИнинг қайталаниши тўғридан – тўғри 90% ҳолатларда реинфекция билан боғлиқлиги кузатилади. Қайталанувчи асоратсиз СЙИ си охириги 12 ой ичида ўткир инфекцияни 3 ва ундан ортиқ марта қайталаниш ҳолати билан аниқланади. Биринчи маротаба цистит касаллиги билан хасталангандан кейин 27% ёш аёлларда касаллик қайталаниши аниқланган, 50% беморларда эса касалликнинг қайталаниши бир йил давомида 3 мартагача кузатилган. Аёллар организмнинг анатомио-физиологик ўзига хослиги: қўшимча гинекологик касалликлар, гормонал бузилишлар, тез-тез жинсий алоқа, контрацепция воситаси характери, етарли кўрсатмага эга бўлмаган ҳолатларда сийдик пуфагини катетерлаш СЙИни қайталаниш хавф омиллари бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари антибактериал даво асосланмаган ва нораціонал қўлланилганда қўзғатувчиларнинг чидамли штампларини ҳосил бўлишига олиб келади.

Қайталанган цистит билан оғриган мижозларни текширув усулларига қуйидагилар киради: тўлиқ йиғилган анамнез, сийдикни умумий таҳлили, сийдикни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун экиш, жинсий йўллар орқали юқувчи инфекцияга текшириш, сийдик ва жинсий аъзолар тизимини УТТ. Клиник симптомлари сурункали цистит касаллигига ўхшайдиган сийдик пуфаги раки ва туберкулез касаллиги билан қиёсий ташҳис ўтказилиши керак бўлиб, бу цистоскопия ёки рентгенографияга ўтказилиши учун кўрсатма ҳисобланади. Ҳомиладор бўлмаган аёллар цистит касаллиги билан оғриганда сийдикни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун экиш тавсия қилинади.

### Даволаш

Касаллик қўзғатувчиларини эрадикация (тубдан йўқотиш) ва кейинчалик назорат қилиш учун йўналтирилган фторхинолон сақловчи антибактериал даво тавсия қилинади. Тез-тез қайталанувчи СЙИ билан касалланган мижозларга профилактик даво олиб борилиши керак. Профилактик даво олиб бориш антибиотикларга бўлган талабни умумий даражасини камайтириши етарлича исботланган.

СЙИларида профилактик мақсадда антибиотиклар билан даволашнинг 5та асосий йўналиши бор. Қуйидаги фторхинолонлардан биттасини кичик ўлчовда профилактик мақсадда қабул қилиш тавсия қилинади:

Норфлоксацин 20 мг ёки

Ципрофлоксацин 125 мг- 1 маҳал ёки

Нитрофронтонин 50-100 мг ёки

Ко-тримоксазол 240 мг – кунда 1 маҳал 3ой давомида.

1. Ёш аёлларда қайталанувчи СЙИси жинсий алоқа билан боғланган бўлса, ҳар бир жинсий алоқадан кейин антибиотиклардан биттасини қабул қилиш тавсия қилинади:

Норфлоксацин 200мг,

Офлосацин 100мг,

Ципрофлоксацин 125 мг- кунда 1 маҳал.

2. СЙИ кам қайталанган мижозларда шифокорга мурожаат қилиш имконияти бўлмаса, мустақил антибиотикларни қабул қилишни тавсия қилиш мумкин. Бу СЙИни хавфсиз, самарадор ва тежамкор даволаш усули ҳисобланади.

3. Инвазив урологик муолажаларни бажариш кўрсатмасига амал қилиш ва ҳар бир муолажадан олдин антибиотиклар билан профилактика қилиш тавсия қилинади.

4. Аёлларда менопаузадан кейинги даврда профилактик мақсадда маҳаллий эстрогенларни асорат келтириб чиқарувчи хавфи юқори бўлганлиги сабабли тавсия қилинмайди.

5. Агар уретритни ЖЙОЮИ келтириб чиқарса, иккала жинсий ҳамроҳ ҳам текширилиши ва даволаниши тавсия қилинади.

➤ **Ҳомиладор бўлмаган аёлларда қайталанувчи СЙИни олиб боришда профилактик антибактериал даво олиб бориш тавсия қилинади.**

### **Профилактика ва кузатув**

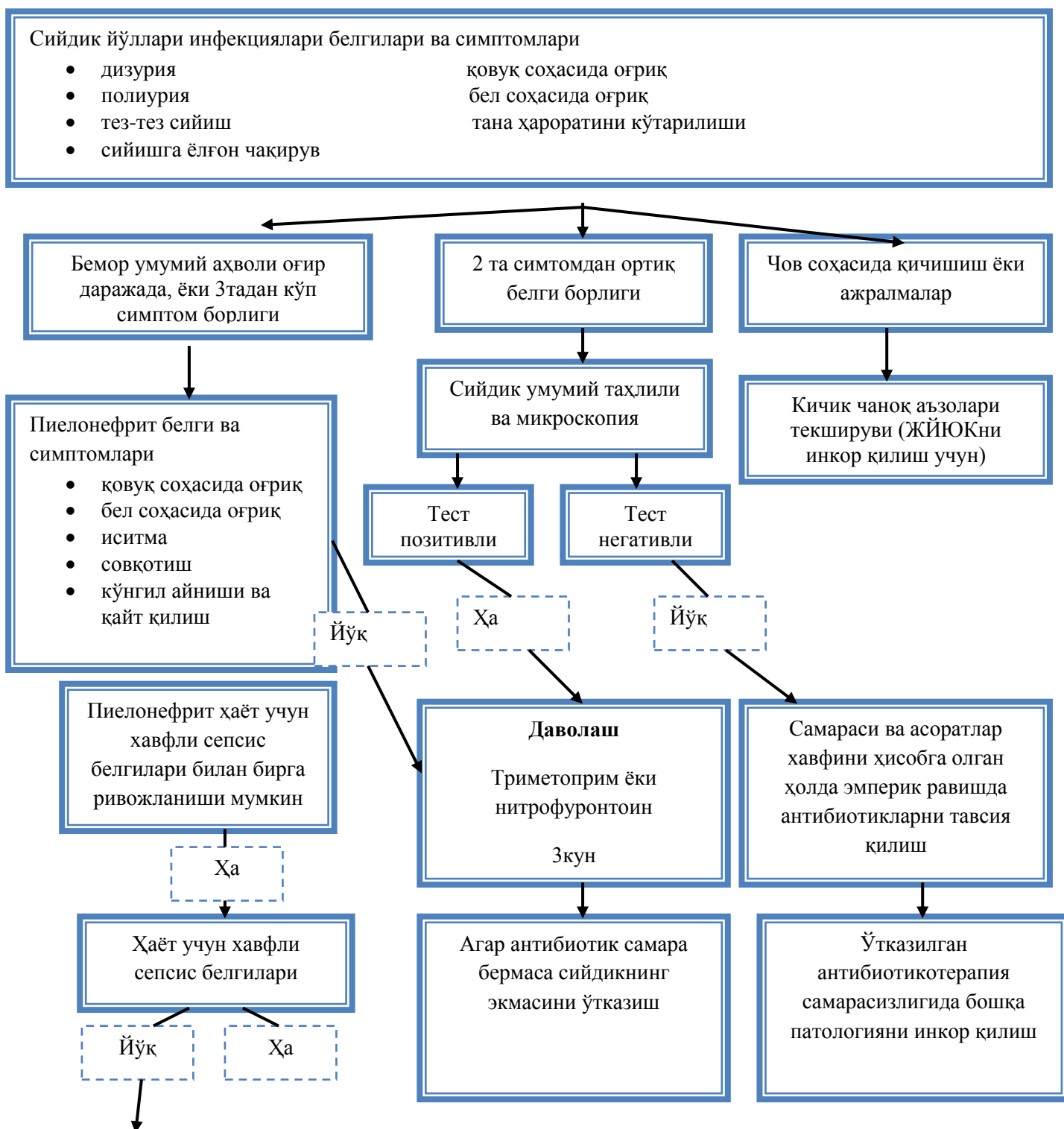
Кўзғатувчини организмдан тўлиқ чиқиб кетганлигини тасдиқлаш учун даво курси тугагандан 1-2 ҳафтадан кейин сийдикни бактериологик текшируви режалаштирилади. Бактериологик текширув микрофлорани аниқлаш ва қайталанган даврида аниқланган янги штамлари билан қиёсий ташҳислаш учун олиб борилади. Қайталанувчи СЙИ билан беморларга даводан 1-2 ҳафтадан кейин сийдикни бактериологик текшируви манфий натижа бермаса, профилактик даво олиб бориш шарт эмаслигини ҳисобга олиш керак.

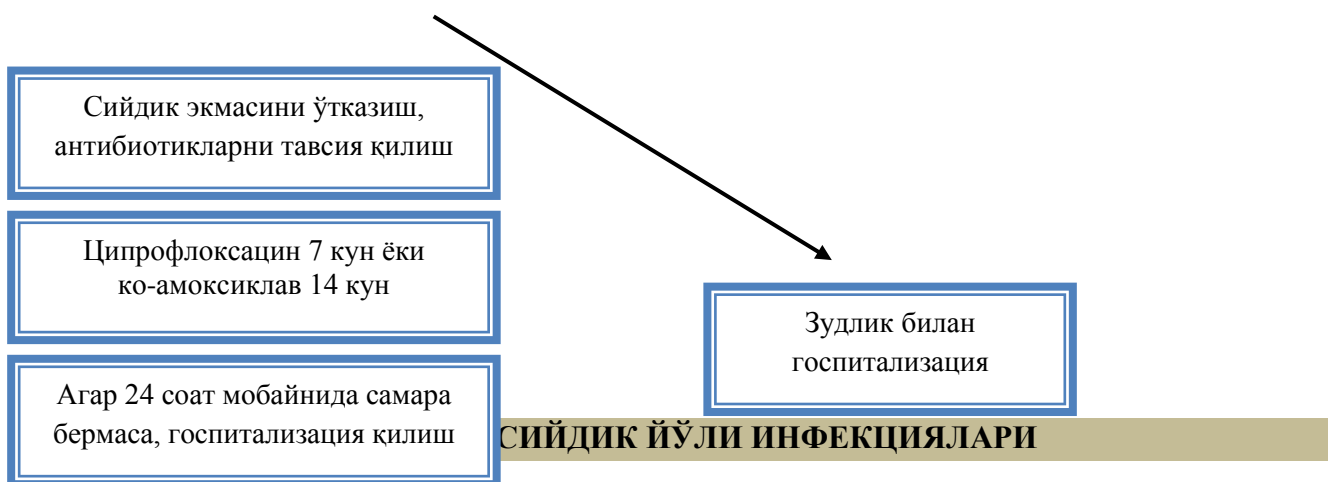
СЙИ қайталанишига олиб келувчи хавф омиллари (фойдаланаётган контрацепция воситаларини алмаштириш – диафрагма ёки спермицид), гигиена қоидаларига риоя қилиш ҳақида маълумот бериш тавсия қилинади.

### **Сурункали цистит билан касалланган аёлларга маслаҳатлар**

- Тез-тез сийиш (айниқса, ҳар бир жинсий алоқадан сўнг), сийдик қопчасини тўла бўшалишига эришиш.
- Ҳар бир дефекациядан сўнг, чов соҳасини илиқ сув билан ювиш ёки чов соҳасини олдиндан орқага қараб нам тоза латта билан артиш.
- Касаллик қўзғалиш даврида ётоқ режимига риоя қилиш, кўп суюқлик ичиш (эрталаб 2-3 пиёла сув ичиш, сўнг ҳар 30 дақиқада 1 пиёладан суюқлик қабул қилиб туриш), оғриқ кузатилганда, аналгетиклар (масалан, парацетамол) ва сийдик рН муҳитини ишқорлаштириш учун, цитротартрат натрий, ҳар 6 соатда 4 граммдан ичгани тавсия қилинади.
- Нитрофуронтоин билан бирга цитротартрат натрий қўллаш мумкин эмас.

## ҲОМИЛАДОР БЎЛМАГАН АЁЛЛАРДА СҲИ ОЛИБ БОРИШ



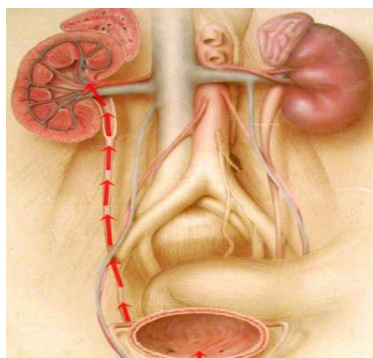


### Ўткир асоратсиз пиелонефрит

Пиелонефрит - бир ёки икки томонлама буйрақларнинг паренхимаси, косача ва жомча тизимининг инфекцион яллиғланиш касаллигидир.

**Келтириб чиқарувчи сабаблари:** Грамм-манфий бактериялар (кўп ҳолатда - *Escherichia coli*); ўткир циститни келтириб чиқарувчи барча микроорганизмлар. Сийдикни рН таъсир қилиш орқали тош (струвит ва апатит) ҳосил қилишга шароит яратувчи уреазани ишлаб чиқарувчи *Proteus* туридаги бактериялар катта аҳамиятга эгадир. *Staphylococcus* гуруҳи инфекциялари гематоган тарқалиши ва буйрақлар абцессини келтириб чиқариши мумкин.

**Клиник белгилари қуйидагилар:** касаллик ўткир бошланиши; қалтираш, юқори иситма ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ); бел соҳасидаги оғриқлар; холсизланиш; тез сийиш; сийишдаги ачишиш; кам ҳолатларда - кўнгил айнаши, қайт қилиш, диарея. Болаларда баъзан қорин соҳасидаги оғриқ кузатилиши мумкин. Клиник текширувда: мос томондаги қовурға – умуртқа бурчагидаги оғриқ аниқланади. Оғир ҳолатларда септик шок ривожланиши мумкин.



### Диагностикаси:

- Буйрак ва сийдик чиқариш йўлини ультра товуш текширувдан (УТТ) ўтказиш.
  - 1 мл сийдикда рН, лейкоцит, эритроцит, нитрит ва цилиндрларни аниқлаш.
  - Сийдикнинг бактериологик экиш, баъзан қонни бактериологик экиш.
  - Кенг қамровли ва в/и урографияси (УТТ маълумотига кўра, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари кенгайганида амалга оширилади).
- *Лаборатор текширувлар натижасига кўра қон таҳлилида таёқчасимон силжиш билан лейкоцитоз, пиурия; сийдикда лейкоцитар цилиндрлар, гематурия, озроқ протеинурия кузатилади. Пиелонефрит учун фақат цилиндурия, бактеремия, белдаги оғриқ спецификдир.*

- УТТ доплерография билан бирга сийдик йўллари обструкцияси ва сийдик тош касаллигини инкор қилиш учунгина ўтказилади. Пиелонефритни аниқлашда КТ ни УТТ нисбатан самарадорлиги исботланган.
- Аёлларда қўйидаги симптомлар билан: белдаги оғриқ (буйрак соҳасида), кўнгил айнаши ва қайт қилиш, иситма ( $>38^{\circ}\text{C}$  тана ҳарорати) кузатилса сийдикни бактериологик экиш тавсия қилинади.
- Белдаги оғриқ, кўнгил айнаши ва қайт қилиш, иситма ( $>38^{\circ}\text{C}$  тана ҳарорати) ва сийдикнинг ўрта порциясида бактериурия  $>10^4$  КОЭ уропатоген/мл кузатилса ўткир асоратланмаган пиелонефритни тахмин қилиш мумкин.

### **Даволаш:**

Антибиотикларни танлашда уларни сийдикда ва буйрак паренхимасида етарлича концентрациясин таъминлаш аҳамиятлидир. Даволашда уродинамикани меъёрлашуви ва касаллик асоратларини олдини олиш асосий ҳисобланади.

### **А. Госпитализация қўйидаги ҳолатларда тавсия қилинади:**

- чақалоқлар, болалар ва ҳомиладорларга;
- сепсис, юқори иситма, дегидратация;
- касаллик ўткир бошланишида

Охирги йилларда ҳомиладорларда пиелонефритни енгил турини амбулатор даволаш мумкинлиги исботланган (лекин кўп ҳолларда бунга амал қилинмай стационар даволанади). Сийдикнинг бактериал экиш натижалари чиққунга қадар эмперик цефалоспоринлар III авлоди билан в/и (гентамицин билан биргаликда) даволаш мумкин; фторхинолонларни ичиш ёки в/и юбориш тавсия қилинади; гентамицин ампицилин билан; ампициллин/сульбактам билан. Гентамицин ва фторхинолонлар ҳомиладорларга мумкин эмас. Самарадорлигига қараб в/и  $\geq 48-72$  с; кейин 2-6 ҳафта ичишга тавсия қилинади, оғриқ, истима, кўнгил айнаши ҳам даволанади. Сув баланси ва етарли диурезни ушлаш учун в/и ёки ичишга етарли суюқлик юборилади.

### **Б. Пиелонефритнинг енгил ва ўрта оғир даражаларида амбулатор даволаш,**

триметоприм/сульфаметоксазолон, фторхинолонлар (масалан цiproфлорксацин суткада 500–750 мг 2 маҳал ичишга 7 кун давомида, левофлорксалин 250–500 мгдан 1 маҳал суткасига ичишга 7 кун давомида) билан, альтернатив препарат цефподоксин 200 мг 2 маҳал кунига 10 кун давомида.

### **В. Пиелонефритни оғир асоратсиз турлари шифохонада даволанади.**

Бунда фторхинолонлар ёки цефалоспоринларнинг 3 чи авлоди (цефотаксим, цефтриаксон) билан даволанади: цiproфлорксацин 400 мг 2 маҳал суткасига ичишга 7 кун давомида, левофлорксацин 250–500 мгдан 1 маҳал суткасига ичишга 7 кун давомида. Цефтриаксон 1–2 гр кунига 1 маҳал ёки Амоксиклав 1,5мг кунига 4 маҳал.

Фторхинолонлар билан даволаш дори воситасини уларни в/и ёки ичиш орқали қабул қилинганда ҳам қон зардобиди бир хиллиги билан қулайдир. Шунингдек 1 г. цефтриаксонни в/и ёки м/о, в/и ва ичишга бериш ҳам самарадор ҳисобланади. Кейинги суткада назоратли текширув ўтказилади ва бемор ҳолати госпитализация талаб қилмаса, лекин антибиотикни ичишга бериш талаб қилинса дори воситасини қўшимча иккинчи



дозаси берилади. Антибиотик билан даволаш давомида 24 соат ичида беморнинг ҳолатида ўзгариш сезилмаса шифохонада даволаш тавсия қилинади.

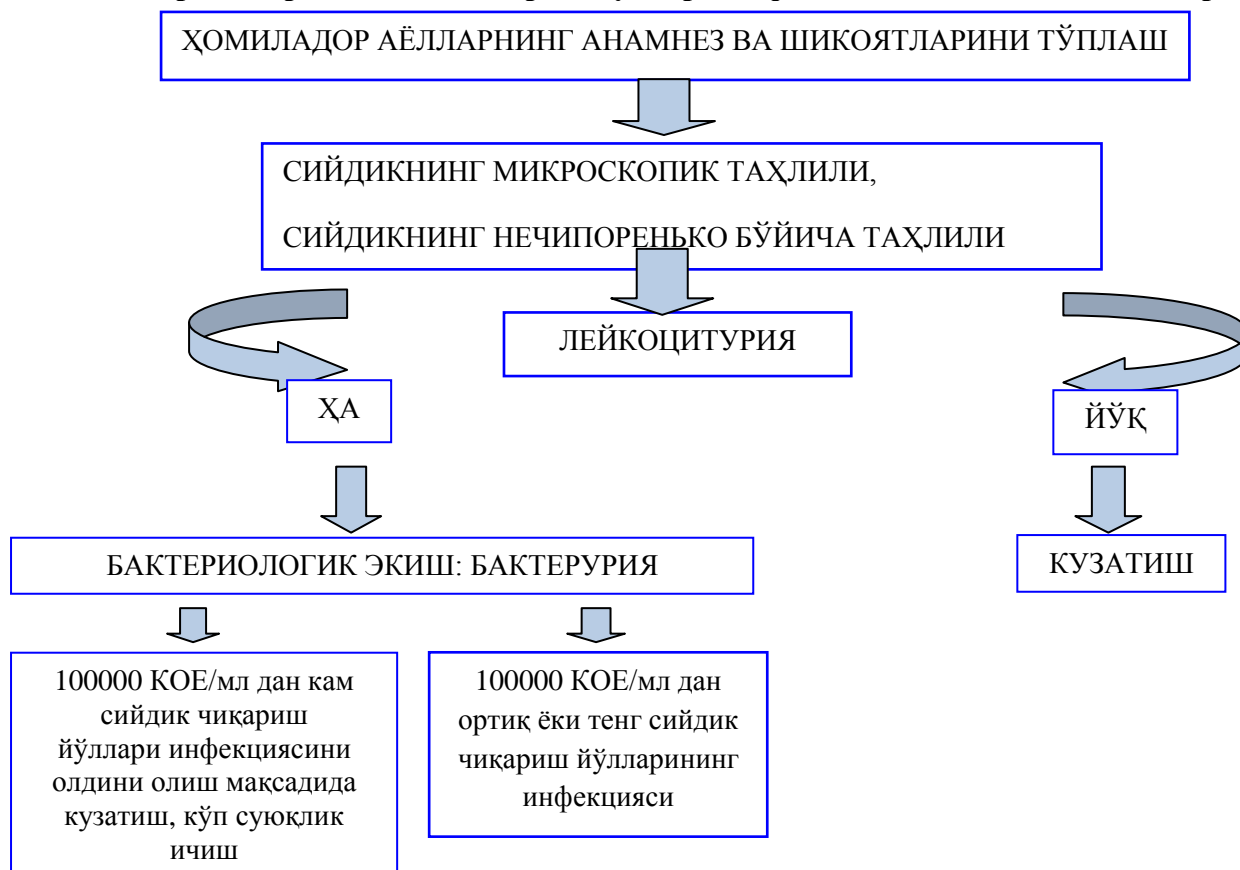
**Г. Бемор ҳолати яхшиланиши.** 72 соат давомида рационал антибактериал терапия натижасида кузатилмаса, нефролитиаз ва сийдик йўллари обструкциясини инкор қилиш лозим. Келтириб чиқарувчи микроорганизмнинг сезгирлиги аниқланган антибиотик самарасизлиги аниқланганда буйрак абцесси инкор қилинади; КТ ўтказиш тавсия қилинади. Баъзи ҳолларда 2 ҳафталик даво камлик қилиб касаллик рецидиви кузатилади; бундай ҳолатларда 6 ҳафталик антибиотикли даво тавсия қилинади.

**Д. Кейинги кузатув.** Ўткир пиелонефрит ўтказган беморлар орасида рецидив ёки бошқа клиник кўринишлар намоён бўлган тақдирда экскретор урография ва микцион цистоурография ўтказиш тавсия қилинади. Ҳомиладорлар ва болаларда 1-2 ҳафталик даводан кейин, клиник белгилар сақланганда ёки иммунодепрессантлар билан терапия режалаштирилганда, сийдикни экиш тавсия қилинади, бошқа ҳолатларда эса, сийдикни экиш мажбурий эмас.

Агар 72 соат ичида ижобий ўзгариш бўлмаса ёки бемор аҳволи ёмонлашса, уни касалхонага урология бўлимига жойлаштириш керак. Асосий даволаниш курси тугаганидан сўнг ёки стационарда даволаниб чиққандан сўнг, амбулатор даволанишни давом эттириш шарт. Аёлларда 3 кун давомида клиник ижобий ўзгаришлар бўлмаса ёки 2 ҳафта давомида касаллик қайталанса, антибактериал сезувчанликни аниқлаш учун сийдик экмаси қайта ўтказилади. Буйрак ультратовушли сканер қилинади. Бемор уролог ва гинекологнинг чуқурлаштирилган текширувидан ўтказилиши керак бўлади.

Сийдик чиқариш йўлларида аномалия кузатилмаса ҳам, даволаниш самарали бўлиши учун касаллик кўзғатувчисини антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш керак.

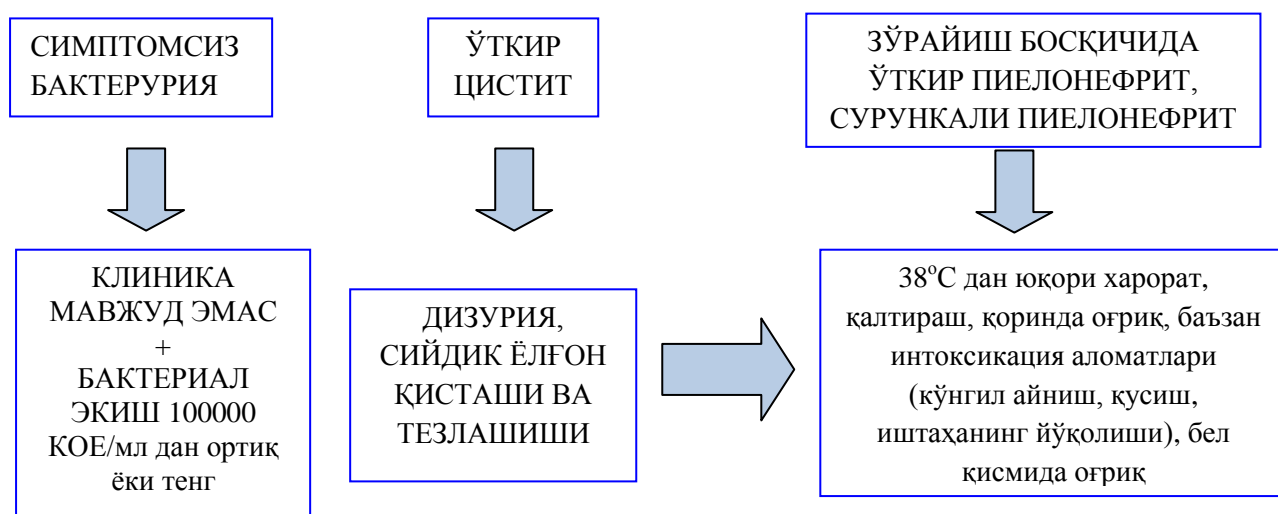
### Ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш йўллари инфекцияси диагностикаси алгоритми



**Анамнез йиғишда:** сийдик таносил аъзолари касалликлари, илгари сийдик чиқариш йўли инфекцияси билан оғриган ва бошқа касалликларга чалинган, экстрагенитал касалликлари, ҳомиладорлик даврида ич қотиш ва инфекция ўчоғи мавжудлигига эътибор бериледи.



## Ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш йўллари инфекциясини классификацияси



| <i>Ҳомиладор аёлларда сийдик чиқариш йўллари инфекциясини даволаш алгоритми</i> |   |
|---|---|
| <b>СИМПТОМСИЗ БАКТЕРИЯ</b>  |   |
| <b>Амбулаторияда даволаш (поликлиника ёки аёллар консултацияси шароитида):</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-антибиотиклар (сезувчанлик ва ҳафсизликни (FDA критерияси) ҳамда ҳомиладорлик муддатини инобатга олган ҳолда –per os, мушак остига 7 кун</li> <li>-фитопрепаратлар (канефрон Н) * антибиотикларга қўшимча равишда ва антибиотиклар даволашда бекор қилингандан сўнг 10 кун давомида</li> <li>-кўп суюқлик ичиш (2-3 л. суюқликдан ошмаслиги керак)</li> </ul> |
| <b>ЎТКИР ЦИСТИТ</b>   |   |
| <b>Амбулаторияда даволаш (Оилавий поликлиника шароитида):</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-препаратларни танлаш –пенициллин қаторидаги антибиотиклар, цефалоспоринлар per os, 3-7 кун</li> <li>-фитопрепаратлар (канефрон Н) * антибиотикларга қўшимча равишда ва антибиотиклар даволашда бекор қилингандан сўнг 10 кун давомида</li> <li>-кўп суюқлик ичиш</li> </ul>   |

## ЎТКИР ПИЕОНЕФРИТ

-Клиник самарага эришгунча венага антибиотик юбориш (одатда 48-72 соатдан сўнг таъсир этади) ва клиник самарадан сўнг яна 48 соат, 14 кун давомида перорал антибиотиклар қабул қилишга ўтиш.

-фитопрепаратлар (канефрон Н)\* антибиотикларга кўшимча равишда ва антибиотиклар даволашда бекор қилингандан сўнг 10 кун давомида

-кўп суюқлик ичиш

-кейинчалик ҳар 2 ҳафтада сийдик тахлилини назорат қилиш, кўп суюқлик ичиш, тизза-тирсак ҳолатини қабул қилиш зарур (кунига 10 дақиқадан 5-6 маҳал)

*манъба: ҳомиладорлик ва туғишни интеграл равишда олиб бориш (ИВБР), БССТ 2002й*

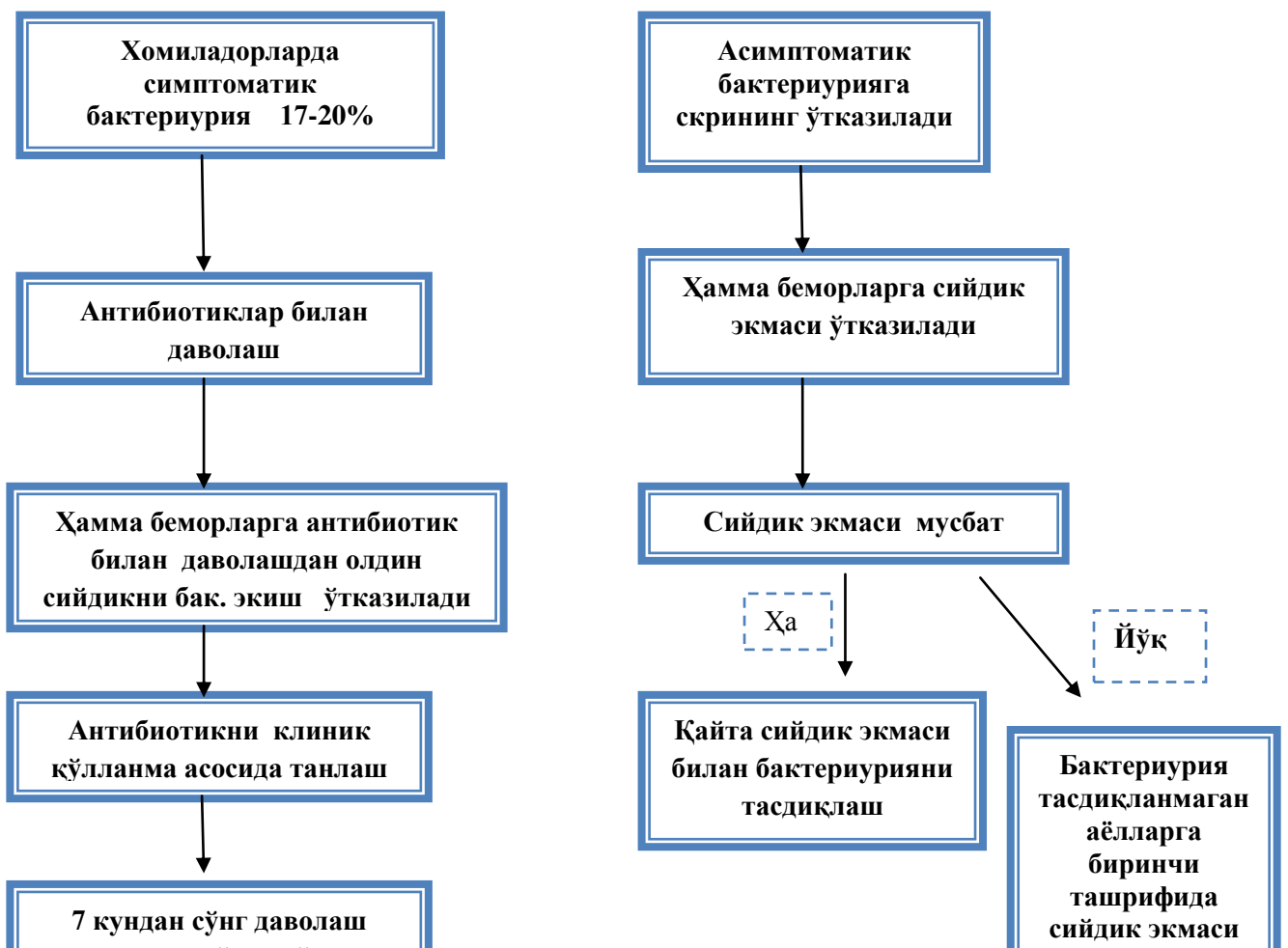
Канефрон Н препаратининг тавсия этилган дозаси

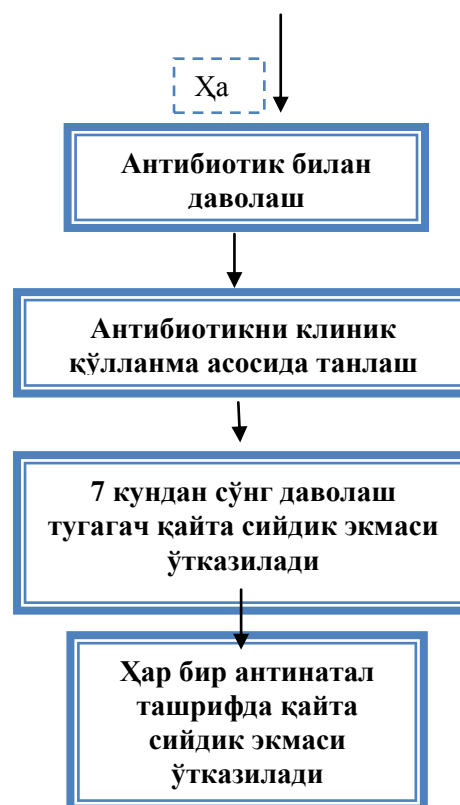
-томчилаб: кунига 3 марта 50 томчидан

-дражеда: кунига 3 марта 2 та дражедан

## СТАЦИОНАРДА ДАВОЛАШ

## ҲОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОЛИБ БОРИШ





### СИМПТОМСИЗ БАКТЕРИУРИЯ

Симптомсиз бактериурия ёш ўтиши билан тарқалиши ортиб боради: ёш қизларда 1%, ёш аёлларда 20% ва 80 ёшли аёлларда ундан ортиқ учраши исботланган бўлиб қандли диабетни бор ёки уретрал катетер қўйилган шунингдек жинсий фаол аёлларда бу кўрсаткич янада ортади.

**Аёлларда СЙИнинг клиник симптомлари кузатилмаганида ва сийдикнинг 2 та таҳлилида ҳам микроорганизм титри  $10^5$  КОЭ/мл аниқланганда симптомсиз бактериурия ташхис қилинади.**

1. Симптомсиз бактериурияни даволаш СЙИ ривожланиши ёки қайта ривожланишига таъсир қилмайди.
2. Репродуктив ёшдаги аёлларда симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун текширув ўтказиш ва уни антибиотик билан даволаш тавсия қилинмайди.
3. Янги туғилган чақалоқларда ва мактабгача ёшда бўлган болаларда цисто-уретрал рефлюкс бор-йўқлигини аниқлаш учун текширилгандан сўнг антибактериал даво ўтказилади.
4. 60 ёшдан кичик эркакларда сурункали простатитни инкор қилиш зарур ва антебактериал даволаш чоралари ўтказилади.
5. Касалланган аёллар учун бир мартаба антебактериал дори препарати берилади, касалликнинг сурункали шаклидагина текширув ўтказилади.
6. Ҳомиладор аёлларда пиелонефрит ривожланиш хавфи юқори (40%) бўлганлиги учун, антебактериал даволашни узоқ муддатга (6 ойгача) белгилаш талаб этилади.
7. Мактаб ёшидаги болалар ва 60 ёшдан юқори қарияларда сийдик йўлларида органик ўзгаришлар кузатилмаганда антибактериал даволаш тайиланмайди.

8. Профилактик антебактериал даволаш куйидаги ҳолларда ўтказилиши мақсадга мувофиқдир: ҳомиладорликда, сийдик йўлларида органик ўзгаришлар қайд этилганида, сийдик йўллари ва жинсий аъзолардаги инструментал текширувлар ва операцияларда, сийдик қопчасини қайта катетеризация қилишларда.

## АСОРАТЛИ СҲИ

### Диагностикаси

Беморларда куйидагилардан биронтаси учраганда СҲИ асоратли деб кўрилади:

1. Сийдик йўлларини анатомик бузилишлари: буйракларнинг, буйрак жомчаларини, сийдик найларини, сийдик пуфагини ривожланиш туғма аномалиялари; буйрак поликистози, сийдик найлари стриктураси, сийдик тош касаллиги.

2. Сийдик тизимини функционал бузилишлари: нейроген сийдик пуфаги, пуфак-сийдик найи ва сийдик найи-жомча рефлюкси.

3. Оғир ҳамроҳ касалликлар: қандли диабет, гипертония касаллиги ёки юрак етишмовчилиги, буйрак етишмовчилиги.

4. Урологик текширувлар ва давонинг инструментал услублари (сийдик пуфаги катетеризацияси, доимий катетер мавжудлиги).

5. Сийдик йўлларини травмаси ва механик зарарланиши.

Асоратли СҲИ ҳар доим ҳам клиник симптомлар (дизурия, тезлашган сийиш, белдаги оғриқ, истима) билан кечиши мумкин бўлиб, бу симптомларни бўлиши тахминий ташҳис кўйишга асос бўлади. Асоратли СҲИ да ташҳис кўйиш учун махсус текширув усуллари ва мутахассис маслаҳати талаб қилинади.

### Асоратли СҲИни даволаш

Касаллик оғирлик даражасига боғлиқ бўлиб, терапия микробларни тубдан йўқотиш ва ҳамроҳ касалликларни ва урологик бузилишларни даволаш (масалан сийдик тошларини олиш)га йўналтирилгандир. Асоратли СҲИларида мутахассис консултациясини ва стационар даволашни талаб қилади.

Даволашда фторхинолинлар ишлатиш тавсия қилинади: ципрофлоксацин суткада 250-500 мг 7 кун давомида; ёки Ко-амоксилав суткада 500 мг 2 маҳал 14 кун давомида ёки суткада 250 мг 3 маҳал. Фторхинолинлар кенг фаоллик спектрига эга бўлиб, асосан буйраклар орқали чиқиб кетади, сийдик ва буйрак паренхимасида юқори концентрацияга эга бўлади. Даволаш курси 7 -14 кунни, баъзи аниқ клиник ҳолатларда 21 кунни ташкил қилади.

### Кузатиш

Антибиотиклар билан биринчи марта ва қайта даволангандан сўнг доим сийдикни бактериологик экиб, антибиотикларга микроорганизмларни сезувчанлиги аниқлаб борилади.

Даволашнинг асосий мақсадларидан бири, ҳамроҳ урологик бузилишларни ҳам аниқлаб, даволаб бориш ҳисобланади.

## ЭРКАКЛАРДА СҲИ

Ўткир асоратсиз СҲИ асосан 15-50 ёшдаги эркакларда ривожланади.



Эркаклардаги анатомик ёки функционал бузилишлар, ёки инструментал текширувлар билан боғлиқ СҲИ лари асоратли деб кўрилади. Эркакларда СҲИлари кўп ҳолларда сийдик тош

касаликлари, сурункали простатитлар ва бошқа касалликлар асосида ривожланади, парауретрал безлар аденомаси билан сийдик чиқиши қийинлашуви сабабли ёши катта эркакларда касаллик тарқалиши сони ортади. Дизурия ва СЙИ симптомлари аниқланганда простатит ёки ЖЙЮИ инкор қилинади ва специфик диагностик тест ўтказилади.

## ЭРКАКЛАРДА СЙИ ОЛИБ БОРИШ

### Эркакларда СЙИнинг симптомлари ва белгилари:

- Дизурия
- Императив (ёлғон) сийишга чақиришлар
- Тез-тез сийиш
- Полиурия
- Чов усти соҳасида оғрик

### Қуйдагилар билан қиёсий ташхис ўтказилади:

- Простатит
- Хламидиоз
- Эпидидимит

СЙИ симптомлари бор эркакларга сийдик экмаси ўтказилади

Анамнезида тана ҳароратини кўтарилиши ёки бел соҳасида оғрик кузатилса

Агарда антибиотиклар билан даволаш самарасиз бўлса ёки рецидив кузатилса

Уролог кўрувига юбориш лозим

Ха

Беморни пиелонефритга ёки бошқа асоратга текшириш

Йўқ

Антибиотиклар билан даволаш: 7 кун асоратсиз СЙИ (цистит) даволаш  
Триметоприм ёки нитрофурантоин

Простатит симптомлари кузатилса эмпирик равишда хинолонинлар билан даволаш

**КАТТА ЁШДАГИЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ КЕЧИШНИН ИЎЗИГА ХОСЛИГИ**

Катта ёшдагиларда сийдик йўллари инфекциялари кўпроқ кам ҳаракатланувчи ва иммунитетни пасайган беморларда кўпроқ кузатилади, ахлат ва сийдик тутолмаслик ҳолатларида ушбу касалликлар ривожланиш эҳтимоли ортади. Инфекция белгилари турлича бўлиши мумкин, масалан, ўткир пиелонефрит фақатгина иситма кириши ва руҳий ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Простата безини аденомасини инкор қилиш учун эркаклар УТТ текширувидан ўтказилиши керак.

Асоратсиз инфекцияларни олдинда берилган стандартлар асосида хос даволаш керак, лекин бунда қарияларда кўплаб учровчи ҳамроҳ сурункали касалликлари ва буйрак чиқариш фаолиятини ҳисобга олган ҳолда дори воситалари комбинацияси ва дозаси белгиланади. Симптомсиз бактерияурияда даво олиб борилмайди.

ЎЗР ССВ томонидан тасдиқланган “Урологик касалликларни даволаш ва диагностиканинг нозологик стандартлари” бўйича, шифокор текшириш режасини беморнинг шикоят, анамнез, текширув натижаларига кўра аниқлайди. Шифокор зарур бўлган тақдирда дифференциал диагностика мақсади кўшимча тадқиқот усуллари белгилайди. “Нозологик стандартлар” да сийдик йўли инфекциясида (СЙИ) қуйидаги ҳолатлар келтирилган: “Сурункали пиелонефрит” ташҳиси қўйилишига эҳтиёткорлик ва масъулик билан ёндошиш керак. Лейкоцитурияга асосан ва ультратовуш текширувлар хулосасига кўра “Сурункали пиелонефрит” ташҳиси қўйиш мумкин эмас. Лейкоцитурия, бактериурия мавжудлигида ва рентгенологик ёки радиоизотопларда текширув натижасида буйрак буришгани ва функциясининг пасайиши тасдиқланган тақдирда, “Сурункали пиелонефрит” ташҳиси қўйиш мумкин.

## АНТИБАКТЕРИАЛ ДАВОЛАШНИ ТАНЛАШ АЛГОРИТМИ

### (ЎЗР ССВ Назологик стандартлардан, 2008)

*Урологияда (IDSA/ESCMID) тавсия қилинган микробга қарши терапия*

| <i>Ташҳис</i>                                | <i>Тез-тез учрайдиган кўзгатувчи</i>  | <i>Бошланғич, тажрибага асосланган микробга қарши терапия</i>   | <i>Даволаниш муддати</i>   |
|--|---|---|--|
| <b>Ўткир асоратсиз цистит</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Escherichia coli</i></li> <li>➤ <i>Klebsiella</i></li> <li>➤ <i>Proteus</i></li> <li>➤ <i>Staphylococcus</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Фторхинолонлар</b></li> <li><i>Альтернатив дори воситалари:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Фосфомицин- трометрамо</b></li> <li>➤ <b>Пивмециллинам</b></li> <li>➤ <b>Нитрофуранлар</b></li> </ul> </li> </ul>   | <b>1-3 кун</b>   |
| <b>Ўткир асоратсиз пиелонефрит</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Escherichia coli</i></li> <li>➤ <i>Klebsiella</i></li> <li>➤ <i>Proteus</i></li> <li>➤ <b>Бошқалар</b><br/><i>Enterobacteria</i></li> <li>➤ <i>Staphylococcus</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Фторхинолонлар</b></li> <li>➤ <b>Цефалоспоринлар (2-3-чи авлод)</b></li> <li><i>Альтернатив дори воситалари:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Аминопенициллинлар</b></li> <li>➤ <b>Ингибиторлар β- лактамаз</b></li> <li>➤ <b>Аминогликозидлар</b></li> </ul> </li> </ul>  | <b>7-10 кун</b>  |
| <b>Простатитлар:<br/>Ўткир<br/>Сурункали</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Escherichia coli</i></li> <li>➤ <b>Бошқалар</b><br/><i>Enterobacteria</i></li> <li>➤ <i>Pseudomonas</i></li> <li>➤ <i>Enterococcus</i></li> <li>➤ <i>Staphylococcus</i></li> <li>➤ <i>Chlamidia</i></li> <li>➤ <i>Ureaplasma</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Фторхинолонлар</b> <i>Альтернатив дори воситалари ўткир бактериал простатитда</i></li> <li>➤ <b>Цефалоспоринлар 2-чи авлод</b></li> <li>➤ <b>Цефалоспоринлар 3- чи авлод</b></li> <li><i>Хламидий ёки уреоплазмали этиологиялар:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Доксициклин</b></li> <li>➤ <b>Макролидлар</b></li> </ul> </li> </ul> | <b>Ўткир Кечиши: 2 ҳафта</b><br><br><i>сурункали кечишида: 4-6 ҳафта ёки ундан ортиқ</i> |

## УАШ ЛАР УЧУН АМАЛИЙ МАСЛАҲАТЛАР

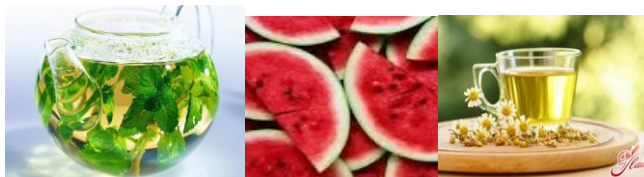
1. Тартибсиз жинсий ҳаёт билан шуғулланувчи аёллар сийдик йўллари инфекцияси-кўпроқ ўткир цистит билан оғрийд. Бу ҳолатда сийдик йўлларида органик ўзгаришлар кузатилмайди.
2. Асосан касалликни клиник кўриниши, экспресс таҳлилда бактериурияни мусбат натижаси ва микроскопияда лейкоцитурия аниқланишига асосланиб ташҳис қўйилган бўлса тезлик билан даво олиб бориш керак.
3. Аёлларда ўткир асоратсиз циститни даволашда триметропримни 300 мгдан ичишга 3 сутка давомида берилади.
4. Агар сийдик йўлларида органик ўзгаришлар бўлиш эҳтимоли кам бўлса, қўшимча текширувлар ўтказиш шарт эмас.
5. Кўп ҳолларда учрайдиган сурункали простатит эркакларда сурункали сийдик йўллари инфекциясини сабаби ҳисобланади.
6. Сийдик йўллари инфекциясида микрогематурия кўп учрайди.
7. Агар беморда гематурия ўтиб кетмаса, қўшимча текширув усуллари ўтказилиши керак.
8. *Escherichia coli* ни амоксациллинга бўлган сезувчанлиги пасайган ҳолатларда, аввал кўзгатувчини антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб кейин антибиотикотерапия тавсия қилиш керак.

#### **БЕМОРЛАРГА ТАВСИЯЛАР:**

1. СЙИ билан касалланган беморлар касаллик ўткир даврида сут маҳсулотлари ва бўтқаларни кўпроқ истеъмол қилишлари лозим. Гўшт ва балиқни қайнатилган ҳолда истеъмол қилинади. СЙИ билан касалланган беморларнинг кунлик рационидан қуйидаги маҳсулотлари истеъмоли чекланади: зираворлар, пиёз, саримсоқпиёз, хрен, турп. Шовул кислотаси антимиқроб таъсирга эга бўлиб, СЙИ даволашда кенг қўлланилади. Қуритилган наъматак, мойчечакдан тайёрланган дамламалар пиурия ва бактериурия белгиларини камайтириши, уларнинг сийдик йўллари шиллик қаватига *Escherichia coli* адгезиясига қаршилик қилиши билан боғлиқдир.
2. Ортиқча газ ҳосил қилувчи ва қоринни дам қилувчи маҳсулотлар истеъмоли чекланади - карам, дуккакдилар ва б. Касаллик кўзгалиш даврининг биринчи куниданоқ кўп суюқлик - 2л. (қарши кўрсатма бўлмаса) ва ундан ортиқ ичиш тавсия қилинади. Шунингдек, кўк чой ёки энгил лимонли қора чой, нордон ширин энгил мева сабзавотлар шарбати, бахчалилар (тарвуз, қовун, ошқавоқ) димланган олма, сабзи, қизилча ва гулли карамлар пюреси, наъматак, ўрмон резавор мевалари (клюква, брусника) дамламалари тавсия қилинади, чунки улар таркибида бензой кислотаси бўлиб, антимиқроб хусусиятга эгадир. Туз миқдори **5-8 г/суткасига** камайтирилади. Агар беморда ҳамроҳ гипертония касаллиги бўлса кунлик туз миқдори **4г/суткада** ва ундан ҳам кам даражага туширилади.
3. Касаллик кўзгалиши давридан ташқари вақтда балиқ, гўшт ва кўзиқоринли шўрвалар, зираворлар, шавел кислотасига бой маҳсулотлар энгил чегараланади. Суюқлик суткалик миқдори 1,5-2 л/с дан кам бўлмаслиги керак (сийдик йўллари ювиш ва ортиқча сийдикни концентрлашувини олдини олиш учун). Меъёрдаги АБда парҳезда туз миқдори чегараланмайди ва кун давомида 12-15граммни ташкил



қилиши мумкин. Шунингдек, беморлар спиртли ичимликлар истеъмол қилишни ҳам чегаралашлари ва совуқдан ҳимояланишлари лозим. Беморлар ҳаёт тарзи сифатини кескин ўзгартирмаган ҳолда, касалликни қайталаниши олдини олишлари керак бўлади.



### Таклиф этилган классификация бўйича шифокорлар қандай қилиб ташҳисни ифодалашлари мумкин?

Бир қатор клиник ҳолатларни ўрганамиз ва ташҳисни таърифлашга ҳаракат қиламиз: **1-мисол.** Ёш аёлда биринчи бор қуйидаги симптомлар пайдо бўлди: тез-тез оғриқли сийиш. Шифокор қабулига келганда, тана ҳарорати нормал бўлиб, сийдик таҳлилида лейкоцитлар миқдори 4000/мл дан ортиқ аниқланди. Илгари цистит ва пиелонефрит хасталигига чалинмаган.

*Таиҳис: Асоратсиз настки сийдик йўллари инфекциялари. Ўткир цистит.*

**2-мисол.** УАШ қабулига келган ўрта ёшли аёлнинг шикоятлари: тез-тез ва оғриқли сийиш, охириги пайтда ушбу белгиларни учинчи маротаба қайталаниши. Шифокорга мурожаат қилгунга қадар ўзича антибиотиклар қабул қилган, лекин самараси бўлмаган. Сийдик таҳлилида пиурия (лейкоцитлар миқдори 4000/мл дан) аниқланди. УТТ: қовуқ полипи. Сизнинг ташҳисингиз?

*Таиҳис: Қовуқ полипи. Асоратли настки сийдик йўллари инфекциялари. Рецидивли цистит.*

**3-мисол.** 56 ёшдаги бемор УАШ қабулига бел соҳасида оғриққа шикоят қилиб келди. Бемор буйрақларида тош борлиги сабабли диспансер назоратида туради. Дизурия камаймаган. Сийдикнинг умумий таҳлили ўтказилганда 1 мл.да лейкоцитлар миқдори патологик кўрсаткичдалиги аниқланди.

*Асосий таиҳис: Икки томонлама буйрак тош касаллиги. Буйрак тоши. Асоратли персистирловчи сийдик йўли инфекцияси. Пиелонефрит.*

**4-мисол.** 46 ёшдаги бемор аёл. Шикоятлари, анамнез ва лаборатор текширувлар натижасида ўткир цистит ташҳиси қўйилди. Амбулатор шароитда антибиотикотерапия билан даволаш ўтказилгандан 72 соат ўтгандан сўнг, 1 мл.сийдик чўкмасида лейкоцитлар миқдори деярли камаймаган, бактериурия сақланган.

*Таиҳис: Асоратли сийдик йўли инфекцияси. Бартаф қилинмаган бактериурия.*

### САВОЛЛАРИНГИЗГА МУТАХАССИС ЖАВОБ БЕРАДИ

Буйрақларни бекорга инсон танаси филтри деб атамайдилар. Қонда керак бўлмаган моддалар алмашинуви маҳсулотлари – чиқинди (шлаклар)нинг чиқиб кетиш жараёни

уларнинг тартибли ва самарали ишлашларига боғлиқ. Аммо, турли салбий омилларнинг таъсири натижасида танамизни чиқинди (шлак)лардан тозаловчи тартибли биожарёни ишдан чиқади. Буйраклар ва сийдик чиқариш йўлларидаги инфекция, туз, тошлар, турли аномалиялар бу бузилишларнинг сабаби бўлиши мумкин. Келинг бир ўйлаб кўрайлик-чи, биз ўз танамизга ёрдам бера оламизми? Саволларга Андижон Давлат тиббиёт институти УАШ малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси доценти, оила шифокори Ҳайдаржон Ҳамроқулов жавоб беради

### **1. Цистит касаллиги ўзи нима?**

- ўткир цистит – сийдик пуфаги яллиғланиш касаллигидир. Цистит оғриқли ва тез-тез сийиш билан кузатилади, сийдикдан ёқимсиз ҳид келади. Касаллик кўп ҳолларда совуқотиш ва гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида келиб чиқиши мумкин, айниқса ёш болаларда таглик (памперс)ни нотўғри ва алмаштирмай узоқ ишлатиш натижасида ҳам юзага келиши мумкин.

### **2. Касаллик қандай белгилар билан намоён бўлади?**

- беморларда касаллик белгилари оғриқли сийиш, тез-тез сийиш, сийдик тута олмаслик, сийишдан сўнг бўшанмаслик, қаноатланмаслик ҳисси, қовуқ соҳасида оғриқ, сийдик ранги қизариши (гематурия), сийдикдан нохуш ҳид келиши билан кузатилиши мумкин.

### **3. Шифокорга қачон мурожаат қилиш мумкин?**

- касаллик белгилари (симптомлари) ривожланганида албатта оила шифокорига мурожаат қилиш касалликни аниқлаш ва тўғри даволаш учун шифокор белгилаган текширишларни ўтказиш лозим. Айниқса бемор касалликка енгил қараб, ўзича самарасиз турли даволашларни ўтказиб касаллик асоратланишига олиб келмаслиги керак.

### **4. Сийдик йўллари инфекцияларида аниқ ташхис қўйилишида сийдик таҳлили ўтказиш шартми, кўп ҳолларда беморлар сийдик синамаларини уйдан олиб келишади. Бу қанчалик тўғри?**

Сийдик олиш алоҳида махсус жойларда олинади, алоҳида тайёрланган сийиш хонасида (ҳожатхона эмас) мутахассис иштирокида амалга оширилади. Бунинг учун қуйидаги жиҳозлар керак бўлади:

- 4 дона стерилланган пахта – докали тампонлар (10x10 см);
- 5% сувли-совунли эритма (яшил совун) стерилланган тампонлар шу эритмага хўлланган бўлиши керак;
- тампонлар учун стерилланган пинцетлар;
- сийдик йиғиш учун, кенг бўғизли яхши ёпиладиган стерилланган идиш.

### **5. Сийдик йўллари инфекциялари билан касалланган беморларга қандай маслаҳатлар берган бўлар эдингиз?**

- сийдик қопчасини тўла бўшалишига эришиш учун тез-тез сийиш тавсия этилади;
- ҳар бир жинсий алоқадан сўнг сийдик қопчасини тўла бўшалишига эришиш учун тез-тез сийиш тавсия этилади;

- ҳар бир ҳожатга боришдан сўнг (дефекациядан сўнг), чов соҳасини илиқ сув билан ювиш ёки чов соҳасини олдиндан орқага қараб нам тоза латта билан артиш;
- касаллик кўзғалиш даврида ётоқ режимига риоя қилиш, кўп суюқлик ичиш (эрталаб 2-3 пиёла сув ичиш, сўнг ҳар 30 дақиқада 1 пиёладан суюқлик қабул қилиб туриш), оғриқ кузатилганда, аналгетиклар (масалан, парацетамол) ва сийдик рН муҳитини ишқорлаштириш учун, цитротартрат натрий, ҳар 6 соатда 4 граммдан ичгани тавсия қилинади;
- нитрофурантоин билан бирга цитротартрат натрий қўллаш мумкин эмас.

#### **6. Сийдик йўллари инфекциялари билан касалланган беморлар кунлик овқатланиш рациона қандай бўлиши керак?**

- беморлар қуйидаги маҳсулотларни ейишлари мумкин эмас: узоқ қайнаган гўшт билан тўйинган шўрвалар (бульонлар), шоколад, қаҳва, какао, аччиқ ва қовурилган таомлар;
- овқат рационада қайнатилган ва димланган таомлар, сабзавот мевалар, кўкатлар миқдорини кўпайтириш лозим;
- таомнинг умумий миқдори, ёғли овқатлар, ош тузи камайтирилади;
- кўп сув ичиш, суткасига 1,5 литрдан кам эмас. Ёз ойлари чанқоқ ҳисси қолмаслиги учун сув ичиш керак;
- шифобахш (фитотерапия) дамламаларидан кенг фойдаланиш мумкин. Ичак фаолиятини мьёрда ишлаши ҳам назорат қилиб борилади.

#### **7. Ҳаёт тарзи бўйича беморлар қандай кун тартибига риоя қилишилари зарур?**

- ҳаракатчан ҳаёт тарзи ( сайрлар, эрталабки гимнастика, енгил жисмоний меҳнат) зарур;
- овқатланиш меъёрига риоя қилиш, ортиқча вазндан халос бўлишга ҳаракат қилиш керак;
- буйрак, қовуқ, шунингдек оёқларнинг керагидан ортиқ совуқ қотишидан сақланиш керак;
- тиш ва бодомча безлари ҳолатини кузатиб бориш керак, касаллик ҳолати, яъни касаллик ўчоғи бўлса, вақтида даволаш талаб этилади;
- йилда 2 марта оила шифокорида профилактик кўрувдан ўтиб туришлари керак.

**Тестларга тўғри жавоблар:** 1. а, б, в, г. 2. а, б. 3. а, б, в, г. 4. в, д. 5. в, г, б. а, в. 7. а. 8. б. 9. а, в, г. 10. а, б.

**Кроссворд жавоблари.** 1. Пиелонефрит 2. Гломерулонефрит 3. Цистит 4. Нитрофурантоин 5. Цилиндрурия 6. Макрогематурия 7. Пиурия 8. Ҳомиладор.

**Тузувчилар:** Қосимов Ш.З., Шадманов А.К., Назарова Г.У., Фузайлов Ф.З., Бойкузиева М.Б., Юнусова З.В.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Таъсисчи:</b></p> <p>Ўзбекистон врачлар<br/>Ассоциацияси 2011 йил<br/>январдан ҳар чоракда<br/>чиқа бошлади.</p> | <p>Хурматли ўқувчи сиз бизнинг<br/>журналга обуна бўлишингиз<br/>мумкин. Обуна индекси:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 917–индивидуал обуначилар<br/>учун</li> <li>▪ 918–муассаса ва ташкилотлар<br/>учун</li> </ul> | <p>Нашрга берилди –</p> <p>Ўлчами. Ҳажми</p> <p>Адади – 920</p> <p>«DM NASHR SERVIS» МЧЖ<br/>Босмахонасида чоп этилди.<br/>Тошкент шаҳри. Шота<br/>Руставели кўчаси 91 уй.</p> |
|--|--|--|