



ТИББИЁТ ОЛИЙ БИЛИМГОҲЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ

БОЛАЛАР УРОЛОГИЯСИ

(проф. И.А.АХМЕДЖАНОВ, проф. Б.У.СОБИРОВ
ТАҲРИРИ ОСТИДА)

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги томонидан тиббиёт
институтларининг талабалари учун
дарслик сифатида рухсат этилган.

Т О Ш К Е Н Т
Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти
2003 й

Муаллифлар:

Ахмеджанов Исмаил Ахмеджанович - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд Давлат тиббиёт институти 1-сон болалар хирургияси кафедрасининг мудир.

Собиров Баҳодир Урдушевич – тиббиёт фанлари доктори, профессор, СамТИ 1-сон хирургияси кафедрасининг мудир.

Аҳмедов Юсуф Маҳмудович - тиббиёт фанлари доктори, СамТИ 1-сон болалар хирургияси кафедрасининг профессори.

Норбеков Мамасоли Абдуқодирович – тиббиёт фанлари номзоди, СамТИ 1-сон болалар хирургияси кафедрасининг доценти.

Улуғмуратов Азим Абрийевич - тиббиёт фанлари номзоди, СамТИ 1-сон болалар хирургияси кафедрасининг ассистенти.

Тақризчилар: профессор А.С.Сулаймонов Тошкент педиатрия институти, профессор М.М.Алиев, 1-сон Тошкент Давлат тиббиёт институти, профессор Д.А.Отақулов, Самарқанд Давлат тиббиёт институти, профессор С.А.Аллазов, Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Болалар урологияси. Тиббиёт институтлари талабалари учун дарслик. (Профессорлар И.А.Ахмеджонов ва Б.У.Собиров тахрири остида) Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти – Тошкент. 2003. 244 б. – *(тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув адабиёти)*.

Дарслик болаларда учрайдиган сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари ва хирургик касалликлари ҳақида барча керакли маълумотларни ўз ичига олган. Ушбу қўлланма замонавий ўқув дастури асосида ёзилган бўлиб, тиббиёт институтлари талабалари, болалар хирурглари, педиатрлар ва амалиёт шифокорларига мўлжалланган. Дарсликка 6 та жадвал, 70 та расм, 160 та тест ва вазият масалалари киритилган.

A $\frac{4108170000}{M354(04) - 2003}$ – 2003й

ISBN 5-638-00945-0

© Муаллифлар жамоаси, 2003й

КИРИШ

Ҳозирги пайтда бемор болаларнинг 20 % дан ортиқроғи сийдик ва жинсий аъзоларининг касалликларига мубтало бўлган. Яна шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, сийдик аъзоларининг сурункали касалликлари билан оғриган катта ёшдаги беморларнинг ярмида дард болалик давридаёқ бошланади.

Сийдик аъзолари нуқсонли ривожланишларининг кўпчилиги боланинг соғлигига бевосита таъсир қилмайди, текшириш жараёнида тасодифан аниқланади, баъзилари эса сийдик оқимига тўсиқ бўлиб, ноҳуш ҳиссиётлар ёки оғриқ беради. Ўз вақтида тўғри диагноз қўйиб даволанмаса, кўп урологик касалликлар асоратлар бериши ёки сурункали кечиши мумкин.

Бу муаммони ҳал қилиш учун, дастлаб, умумий амалиёт врачлари сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари ва касалликларининг семиотикаси, диагностикаси ва даволаш принципларини яхши билишлари керак.

Шуни эътиборга олиб, дарсликда ўзимизнинг ва чет эл олимларининг тажрибасига таянган ҳолда, болалар урологик касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, клиник кўриниши, диагностикаси, текшириш ва даволаш усулларини ёритиб беришга ҳаракат қилдик.

Ҳозирги вақтда болалар хирургиясида ушбу фан бўйича ўзбек тилида ёзилган дарслик йўқлигини ҳисобга олиб, шунингдек биринчи навбатда тиббиёт институтлари талабалари ва умумий амалиёт врачлари, қолаверса, педиатрлар, болалар хирурглари ва урологларига сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари ва касалликлари ҳақида етарли маълумот беришни таъкидлаб, ўз олдимизга ушбу дарсликни ёзишни мақсад қилиб қўйдик. Ўйлаймизки, мазкур дарслик уларнинг кундалик иш фаолиятида яқиндан ёрдам беради.

МУАЛЛИФЛАР

I – БОБ

БОЛАЛАЛАРДА СИЙДИК ВА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ АНАТОМИК–ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

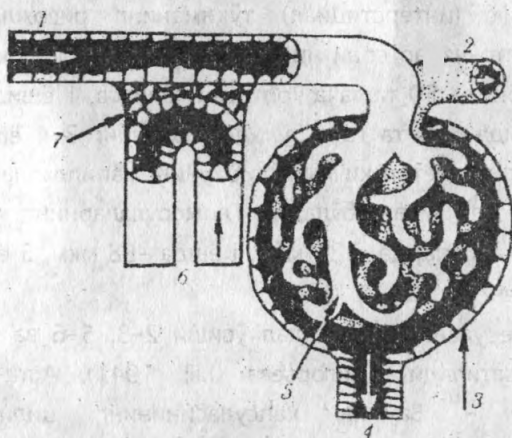
Буйрак (Ren). Чақалоқ буйракларининг вазни ва ўлчамлари, унинг тана оғирлигига нисбатан анча катта бўлади. Катта ёшдагиларда иккала буйрак вазни умумий тана оғирлигининг ўртача 0,3%ни ташкил этади, чақалоқларда эса 0,75% га тенг.

Н.П. Гундобиннинг (1906) ёзишича, буйракларнинг ўсиши унинг латерал томонининг ривожланиши ҳисобига бўлади. Чақалоқлар буйрагининг узунлиги 4– 4.5 см, кенглиги эса 2,5 –2,7 смга тенг. Бола 1 ёшга кирганда унинг буйрак ўлчамлари 2 марта, 13–15 ёшга кирганда эса 7 марта катталашади. Дастлабки 1,5 йил ичида буйракларнинг нисбатан тез ўсиши кузатилади. 2–3 ёшгача болаларда буйраклар бўлакча кўринишига эга бўлади ва кейинчалик улар аста–секин тўғриланиб кетади. Мабодо, катта ёшдаги болаларда, бўлакчалар тўғриланиб буйрак силлиқ кўринишга эга бўлмаса бу нуқсон ҳисобланади . Буйракда олдинги (қабарик) ва ортки (бирмунча текис) юзалар, латерал (қабарик), медиал (ботик) чеккалари, юқориги (тўмтоқ) ва пастки (бирмунча ўткирлашган) қутблари тафовут қилинади.

Ўнг ва чап буйракларнинг қўшни аъзолари билан топографик–анатомик муносабатлари ҳар хил.Ўнг буйракнинг олдинги юзасида жигар, 12 бармоқли ичак, йўғон ичакнинг жигар букилмаси ётади. Чап буйракнинг олдинги юзаси эса ошқозон, ошқозон ости беzi, ингичка ичак қовузлоқлари, пастга тушувчи чамбар ичак ва талоқ билан қопланган. Иккала буйракдан юқорироқ ва медиалроқда буйрак усти

бези жойлашган. Ўрта ёшдаги болаларда буйраклар скелетотопияси ҳам катталарга нисбатан бошқача бўлади: уларда буйракнинг пастки қутби ёнбош суякнинг қиррасигача етиб келади, юқориги қутби эса дастлабки бир йил ичида ўз чегарасини ўзгартириб туради. Масалан: чақалоқларда чап буйракнинг юқориги қутби XI қўрак умуртқасининг пастки қиррасига тўғри келади, ўнг буйракники эса шу умуртқанинг ўртасида бўлади, бола 3-5 ойлигида чапда XII умуртқани ўртасига ва I ёшлигида шу умуртқанинг пастки қиррасига тўғри келади ва ниҳоят 2 ёшлигида буйракнинг юқориги қутбининг чегараси худди катталардагидек бўлади.

Ф.И. Валькернинг (1936) маълумоти бўйича, ўрта ёшдаги болаларнинг буйрагида мия қатлами пўстлоқ қатламидан анча кўп бўлади.



1-расм. Нефрон схемаси. 1-олиб келувчи қоптоқча артериоласи. 2-олиб кетувчи қоптоқча артериоласи. 3-қоптоқча капсуласи (Шумлянский-Бауман). 4-нефрон каналчасининг проксимал қисми. 5-қоптоқчанинг капилляр тўри. 6-нефрон каналчасининг дистал қисми. 7-юктагломеруляр апарати.

Буйракнинг функционал бирлиги –нефрон –буйрак таначаларидан ва нефрон каналчалари тизимидан ташкил топган (1-расм), ҳар бир буйрак таначаси (мальпигий таначаси) қон капилляллари қоптоқчасини ва икки деворли капсулани (Шумлянский — Бауман капсуласи) ўз ичига олади. Чақалоқлар ва бир неча ойлик болалар буйракларида морфологик жиҳатдан «етилмаган» мальпигий таначалари кўп бўлади.

Буйрақларнинг морфологик ва функционал томонидан етилмаганлиги туғилгандан кейин кўп вақтгача сақланиб қолади. Боланинг ўсиши билан нефронлар ҳам катталашиб боради.

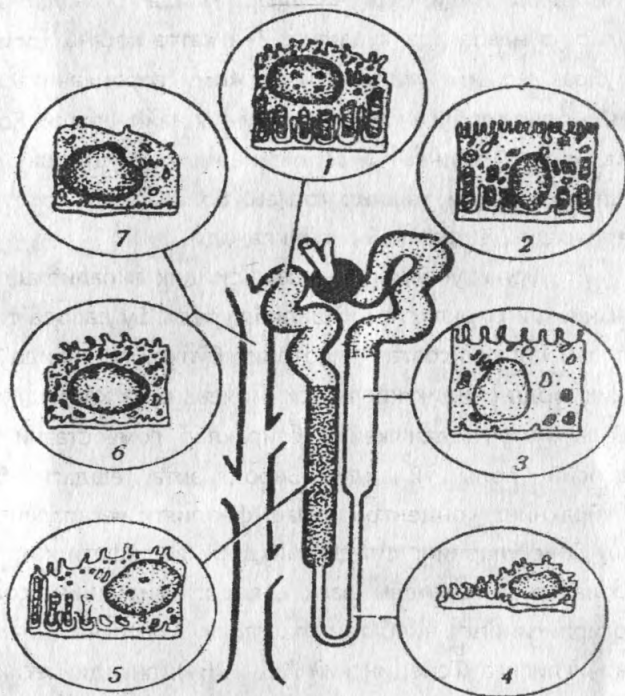
Буйрақларнинг морфологик ва функционал томонидан етилмаганлиги туғилгандан кейин кўп вақтгача сақланиб қолади. Боланинг ўсиши билан нефронлар ҳам катталашиб боради.

Оралик (интерстициал) тўқиманинг ривожланиши ҳисобига қоптоқчалар сони нисбатан камаяди. Чақалоқларда кўриш майдонида 50 та гача қоптоқча топилса, 1 ёшида –20 та, 7– 8 ёшида–5–8 та гача бўлади. Боланинг 3–4 ёшигача қоптоқчанинг диаметри кичик бўлиб, унинг капиллярлар тўри бир мунча пучайган бўлади. Гломерулаларнинг ўртача диаметри чақалоқларда – 85 мкм, 1 ёшда –88 мкм, 5 ёшда – 150 мкм га тенг бўлади.

Гломерулаларнинг жадал ўсиши 2–3, 5–6 ва 16–19 ёшларда кузатилади (Григорьева О.П. 1941). Аста–секин Шумлянский – Бауман капсуласинининг цилиндрли хужайралари яссига айланиб қоптоқчадаги қон томирчаларини кузатиб боради. Нефронлар орасидаги бириктирувчи тўқимали қатлам қалинлашади. 5–7 ёшли болалар буйрагида

морфологик «етилмаган» нефронлар кузатилмайди. (Беляева Н.Н. 1957).

Нефрон каналчасининг проксимал қисми кўп бурмаларга эга, мия қатламига яқинлашган сари у тўғриланиб Генле сиртмоғига ўтади(2-расм). Нефрон сиртмоғининг пастга тушувчи қисми жуда ингичка бўлиб мия қатламида букилади, кейин анча кенгайиб пўстлоқ қатламига кўтарилиувчи қисмга ўтади.



2-расм. Буйрак қаналчалари апаратининг тузилиши. 1-нефрон дистал каналчасининг илон изисимон қисми. 2-нефрон проксимал каналчасининг илон изисимон қисми. 3-нефрон проксимал каналчасининг тўғри қисми. 4- нефрон сиртмоғининг тушувчи қисми. 5-нефрон дистал каналчасининг тўғри қисми. 6-буйрак йиғувчи найчасининг зич хужайраси. 7-буйрак йиғувчи найчасининг типик хужайраси.

Нефрон сиртмоғининг кўтарилиувчи қисми нефрон каналчасининг дистал қисмига ўтади, у эса эгри-бугри бўлиб ўз коптоғига қайтиб келади.

Кейин каналчаларнинг дистал қисмлари қўшилиб буйракнинг йиғувчи найига қўйилади. Улар ўз навбатида қўшилиб сўрғич йўлини ҳосил қилади ва буйрак сўрғичининг тепасида очилади. Иккала буйракдаги нефронларнинг умумий сони 2000000 та, каналчаларнинг умумий узунлиги 60–80 км ни ташкил этади. Сўрғич йўллари майда косачаларга очилади, улар ўз навбатида қўшилиб, 2–4 қатта косача ҳосил қилиб, буйрак жомига ўтади. Буйрак жоми воронкани эслатади ва унинг энг торайган жойидан сийдик найи чиқади. Косача, жом ва сийдик найининг деворлари шиллик, мушак ва адвентиция қатламларидан ташкил топган. Болаларда юкстагломерулар аппарати 2 ёшдан кейин аниқланади.

Бола туғилмасдан аввал сийдик ажралиб аллантоис ва амниотик суюқлигига қўшилиб туради. Бу даврда сийдик қон плазмасига нисбатан гипотоник бўлиб, таркибида жуда кам миқдорда сийдик кислотаси, мочевина ва хлоридлар бўлади. Бола туғилгандан кейин буйраклар гомеостазни сақлашда асосий роль ўйнайди. Бироқ эрта ёшдаги болаларда буйракнинг концентрациялаш фаолияти чегараланган бўлиб, шу боис уларнинг сийдик миқдори ва сифати катта ёшдаги болалар сийдигидан фарқ қилади. Сийдикнинг солиштирма оғирлигининг нисбатан пастлиги коптокча диаметрининг кичиклигига (Генецинский А.Г. 1964), антидиуретик гормони етарли даражада ҳосил бўлмаслигига, осморегуляторнинг яхши ривожланмаганлигига, дистал каналчалар эпителиясининг функционал етишмовчилигига ва ҳ. к. ларига боғлиқдир. Чақалоқларда нефроннинг проксимал каналчалари

калталиги туфайли, буйракнинг мия қатламида бўладиган сийдикни концентролаш фаолиятида улар иштирок этмайди. Боланинг биринчи ёшида сийдик зичлиги 1002-1008 оралиғида ўзгариб туради, 2-3 ёшда - 1010 - 1018 ва фақат 10 ёшдан кейин катта ёшдаги одамлар кўрсаткичига тенглашади. Чақалоқ ва кўкрак ёшидаги болаларда умумий диурез, катта ёшдаги болалардагидан 2-3 марта кўп бўлади. Яъни, бола ҳаётининг дастлабки ойларида ҳар 1 кг тана вазнига 80-90 мл сийдик ажралса, 3-5 ёшда 60-65 мл, 8-10 ёшда - 50 мл сийдик ажралади. Диурезнинг юқорилигига қарамасдан натрий, калий ва хлоридлар концентрацияси пастлигича қолади. Шу хусусиятга асосланиб А.Ф. Тур (1955) чақалоқларга ва илк гўдак ёшидаги болаларга ҳар 1 кг тана вазнига 200 мл гача суюқлик беришни таклиф этади. Бу доза мактаб ёшидаги болаларга ҳисоблаб бериладиган суюқликдан 5 марта кўпдир. Сув алмашинуви кечишининг ўзига хослиги, буйрак, тери ва ўпка орқали суюқликнинг мунтазам йўқотилиши, тўқималар гидрофиллигининг юқорилиги, ўсиш жараёнининг жадаллиги эрта ёшдаги болалар учун характерлидир.

Диурезнинг юқорилигига қарамасдан, ёш бола организми кўп юборилган суюқликни тез ҳазм қила олмайди. Борди-ю тана массасининг 2 % зиёдроқ суюқлик қуйилса, болада безовталаниш, қусиш, ич кетиш, полиурия ҳатто тутқаноқлар пайдо бўлади. Бунда суюқлик тўқималардан тезда плазмага ўтади, натижада тўқималар кескин сувсизланади, қон томирлари ичидаги сув кўпайиб кетади. Диурез камаяди. Олигоурия қолдиқ азот миқдорининг кескин кўпайиб кетишига олиб келади. Даставвал каналчаларда сув ва натрий реабсорбция механизмларининг яхши ривожланмаганлиги

ҳамда каналчаларнинг шу қисмида водород ионларини секрецияси ва аммиак синтези жараёнларининг функционал етилмаганлиги ахволни янада оғирлаштиради.

Ёш болалар сийдигидаги хлоридлар концентрациясининг тебраниши 1 соатда 1-10 мг гача, катта ёшдаги болаларда эса 740 мг гача бўлади. Каналчалардаги реабсорбциянинг юқорилиги (99,4-100% гача бўлиши) хлорид чиқариш суръатини сусайишига олиб келади. Бу эса тўқималарда натрий хлорни кераксиз ҳолда тўпланиб қолишига олиб келади, натижада сув қондан қайтиб тўқималарга ўтади, бу эса фильтрация ва диурезнинг камайишига олиб келади. Шунинг учун ҳам организмга кўп натрий хлорид юборилиши, диурезни кескин бузилишига, баъзан анурияга, шишлар пайдо бўлишига ва боланинг тана вазнини ошишига олиб келиши мумкин. Кўпинча бу «тузли иситма» номли ҳол билан бирга кузатилади.

Каналчалар эпителийси секрециясининг суслиги натижасида ёш бола организмдан антибиотикларнинг чиқарилиши ҳам секинлашади.

Чақалоқлардаги плазма оқимининг тезлиги -120-130 мл/мин, кўкрак ёшдаги болаларда -250-260 мл/мин ва катта ёшдагиларда -600-650 мл/мин ни ташкил этади. Ёш болалар буйрагининг аммиак синтез қилиш қобилиятининг чегараланганлиги ва фосфатлар реабсорбциясининг юқорилиги, бола организмда кислота - ишқор ҳолатини тўғрилаб турувчи буфер тизим ҳосил бўлишини таъминлайди, натижада уларда оғир метаболик ацидоз ривожланишига шарт-шароит пайдо бўлади.

Буйракнинг морфологик структуралари тўлиқ етилгандан кейин (5-7 ёш), сийдикни функционал

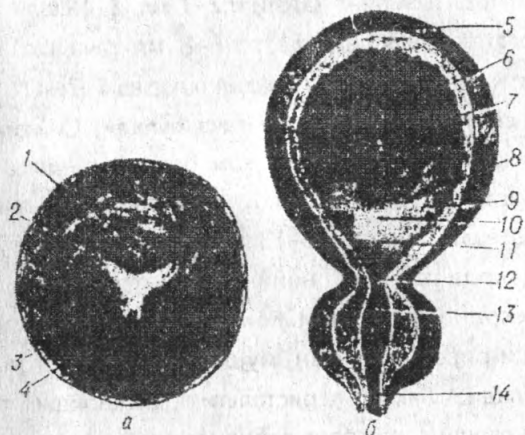
кўрсаткичлари нормал бўлади.

Жом ва сийдик найининг нисбий ўлчамлари чақалоқ ва кўкрак ёшидаги болаларда катта бўлади. Жомнинг ҳар хил турдагиси – халтасимон – кам тараққий этган косачалардан то шохсимонгачаси учрайди. Буйрак жомлари боланинг 1 ёшлигида батамом ривожланиб бўлади. 5 ёшгача болаларда жом асосан буйрак ичида жойлашганлиги, ундан кейин эса унинг буйрак ташқарисида жойлашган тури кузатилади (Сизиков З.Г. 1946). Жомнинг ҳажми унинг турига ва боланинг ёшига боғлиқ бўлади. М. Cartwell (1951) ни фикрича, 2 ёшгача бўлган болаларда жомнинг ҳажми 0,2-1 мл, 3-4 ёшлигида –2 мл ва балоғатга етиш даврида то 6–8 мл гача катталашар экан. Сийдик найининг узунлиги чақалоқларда 4–7 см га тенг, 1 ёшда – 10 см ва 4 ёшда 15 см гача бўлади. Сийдик найи интрамурал қисмининг узунлиги ҳам боланинг ёшига қараб сезиларли ўзгариб туради: Чақалоқларда унинг узунлиги 4–6 мм бўлса, 12 ёшли болада 10–13 мм гача узайган бўлади. Кейинги даврда сийдик найининг интрамурал қисми узунлиги деярли ўзгармайди. Жом ва сийдик найларининг девори яхши ривожланмаган, мушак ва эластик толалари ингичка бўлади. Лекин перистальтик қисқариши тез-тез бўлганлиги уларнинг эвакуатор қобилиятини оширади. Сийдик найининг 3 та физиологик торайган жойи бор: жомдан чиқиш, кичик чаноқ соҳасига ўтиш ва қовуққа кириш жойларида. Сийдик найининг девори шиллиқ, мушак ва адвентиция қаватларидан ташкил топган бўлиб, сийдик найининг интрамурал қисмида ташқи циркуляр (айланма) мушак қавати йўқолади.

Ковуқ Чақалоқлар қовуғи симфиздан юқорироқга чиқиб туради, кейинги даврда аста-секин кичик чаноқ

соҳасига тушади. Қовуқни ичидаги сийдикнинг миқдорига қараб унинг шакли ўзгариб туради: бўши–веретено (дук)симон, чала тўлгани–тухумсимон ва тўласи шарсимон бўлади (Маргорин Е.М., 1967).

Чақалоқларда қовуқнинг ҳажми 50–80 мл, у айниқса 1 ёшгача тез катталашади ва 240 мл ни ташкил қилади (Насекин М.Т. 1962). Катта ёшдаги одамларда қовуқнинг ҳажми 350 мл дан 750 мл гача бўлади. Қовуқ девори уч қатламдан иборат (3–расм): ичкиси – шиллиқ ва шиллиқ ости қобиқ, ўртадагиси мушак ва ташқиси–қовуқни қоплаб турувчи адвентиция ёки қорин парда.



3-расм. Қовуқ (а) ва сийдик чиқариш каналининг простатик қисми (б) ичкаридан кўриниши. 1,8,10-сийдик найлариданро букилма. 2,9-сийдик найларининг чиқиш жойи (устье). 4,12-сийдик чиқариш каналининг ички тешиги. 5,6-мушак қобиғи. 7-шиллик қобиғи. 13-уруғ дўмбоқчаси. 14-сийдик чиқариш канали

Мушак қатлами бола туғилгунгача яхши ривожланган бўлади ва чақалоқлик даврида ўз чўққисига эришади. Кейинчалик нисбий қалинлиги камайиб боради. Қовуқнинг олдинги девори қорин парда билан

қопланмаган. Катта ёшдаги ўғил болаларда қовуқни орқа девори қорин парда билан тўлиқ қопланган, қизларда эса сийдик найи қовуққа ўтиш жойигача қопланган бўлади. Чақалоқларда қовуқ юқорида жойлашганлиги учун унинг атрофида ингичка ичак қовузлоқлари ва ситмасимон ичак бўлади, катта ёшдаги болаларда қовуқнинг орқа девори тўғри ичак билан ёнма-ён туради. Қовуқ кичик чаноқ соҳасига тушиши муносабати билан уретранинг ички тешиги ва симфизнинг юқори кивраси орасидаги масофа ҳам ўзгаради: 1 ёшлик болада уретранинг ички тешиги симфиз юқори киврасидан 22,5 мм пастрда бўлади, 3 ёшда -27,5 мм, 7 ёшда 32-33 мм ва 16 ёшда -39 мм.

Қовуқнинг физиологик ҳажми. яъни сийишга чакирик ҳиссиётининг пайдо бўлиши: 1 ёшгача 20-40 мл сийдик тўпланса, 2-5 ёшда -40-60 мл, 5-10 ёшда -60-100 мл, 10 ёшдан катталарда -100-200 мл да кузатилади.

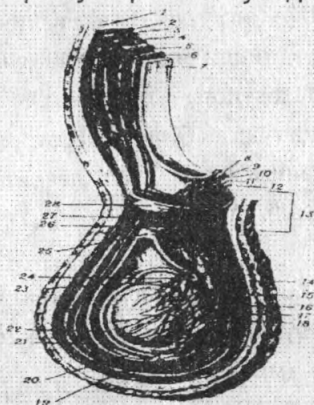
Сийдик чиқариш канали (uretra) қиз болаларда қов битишмаси ва қин орасида жойлашиб, бир мунча букилган бўлади. Унинг ташқи тешиги сагитал тирқиш кўринишида кичик уятли лаблар орасида қинга кириш жойидан юқорирокда очилади. Шиллиқ ва мушак қатламлари орасида ипсимон кўшимча тўқима, вена қон томир чигаллари ва кўп миқдорда сийдик чиқариш канали безлари жойлашган. Мушаклари икки қатламдан (кўндаланг ва циркуляр) иборат.

Сийдик чиқариш каналининг узунлиги чақалоқ қизларда -10 мм, 1 ёшда -16 мм, 16 ёшда -32мм бўлади. Уретранинг кенглиги чақалоқ қизларда -4 мм, аёлларда -10-12 мм. Ўғил чақалоқларда уретранинг узунлиги -60 мм, у ҳар йили ўртача 5 мм га узаяди ва 16 ёшда болада 16 см гача бўлади.

Ўғил болалар уретрасида 3 қисм фарқланади: простатик, пардасимон (перепончатая) ва каваксимон (кавернозная). Чақалоқлар уретраси простатик қисмининг узунлиги 9 мм бўлиб, унинг орқа деворида уруғ дўмбоқчаси жойлашган. Уруғ дўмбоқчаси ёнларида 2та ductus deferens ва кўплаб простата бези йўллари очилади. Уретранинг пардасимон қисмининг узунлиги 10 мм бўлиб, у простата бези ва bulbus penis орасида жойлашган. Бу уретранинг энг торайган, урогенитал диафрагмадан ўтиш жойи. Урогенитал диафрагма мушаклари ҳисобига сийдик чиқариш каналини торайтирувчи сфинктер ҳосил бўлади. Пардасимон қисмга бульбо-уретрал безларнинг йўллари очилади. Уретранинг энг узун жойи бу каверноз (45 мм) қисмидир. Ўсиш жараёни уретранинг ҳар хил қисмида ҳар хил бўлади. Дастлаб унинг каверноз қисми прегубертат даврининг бошида 2 мартагача ва пубертат даврида 3 мартагача узаяди. 12 ёшдан каверноз қисми қаторида простатик қисми ҳам узая бошлайди ва 14 ёшда 2 мартага узаяди. Пардасимон қисми деярли узаймайди. Уретранинг бир текисда ўсмаслиги натижасида унинг простатик ва пардасимон қисмлари, бола улғайган сайин нисбий узунлиги қисқариб боради. Чақалоқларда улар бутун уретранинг 1/3 қисмини ташкил этса, 1-3 ёшда 1/4 қисмини, 8 ёшда 1/5 ни, 12 ёшда 1/6 ни ташкил этади.

Ёрғоқ (scroetum) тери мушакдан ташкил топган, мойк ва унинг ортиғи ҳамда уруғ тизимчасини пастки қисмини жойлашиши учун мўлжалланган аъзосидир. Одатда ёрғоқнинг чап ярми ўнгига нисбатан пастроқда бўлади. Ёрғоқнинг териси ингичка ва осон чўзилувчандир. Унинг териси остида яхши ривожланган этсимон қобиғи бор, мушакларнинг қисқариши натижасида ёрғоқ териси кўп букилмалик кўринишга эга.

Этсимон қобиқ тўсиқ ёрдамида ёрғоқни иккига бўлиб туради, унинг топографияси ташқаридан ўрта чокка тўғри келади. Этсимон қобиқ остида жойлашган ташқи уруғ фасцияси жинсий олат ва оралиқнинг юзаки фасциясига ўтади (4-расм). Чақалоқ ва кўкрак ёшидаги болаларда ёрғоқ деярли ўзгаришсиз бўлади.



4-расм. Ёрғоқ, мойкнинг қобиқлари, нерв ва қон томирлари (Кишш-Сентаготан бўйича). 1,14-тери; 2-қориннинг ташқи қийшиқ мушак фасцияси; 3-қориннинг ташқи қийшиқ мушаги; 4-қориннинг ички қийшиқ мушаги; 5-қориннинг кўндаланг мушаги; 6-кўндаланг фасция; 7-қоринпарда; 8-узумбошисимон чигал; 9,10,12-мойк ва уруғ тизимчасининг нерв ва қон томирлари; 11-уруғ чиқарувчи найча; 13-уруғ тизимчаси; 15-этсимон қобиқ; 16,28-мойкни кўтарувчи мушакли фасцияси; 17,27-мойкни кўтарувчи мушак; 18,26-мойк ва уруғ тизимчасининг умумий қинсимон қобиғи; 19-пастки сероз бўшлиқнинг чуқурчаси; 20-мойк сумкаси; 21-мойкнинг қинсимон қобиғи (париетал пластинкаси); 22-мойкни қинсимон қобиғи (висцерал пластинкаси); 23-мойк ортиғи; 24-юқориги сероз бўшлиқнинг чуқурчаси; 25-қоринпарда қинсимон ўсимтасининг рудименти.

Бир ёшдан кейин эса ёрғоқда кўндаланг букилмалар пайдо бўлиб, ўрта чоки кам сезиларли бўлади. Балоғат ёшига етгунча ёрғоқ қисқа ва кенг бўлади кейинчалик унинг ўсиши фаоллашиб, асоси (пасти) кенгайганлиги ва нисбатан торайган

бўйинчаси (юқорида) 15 ёшдан кейин яққол кўринади. Бола улғайган сари ёрғоқ терисининг пигментацияси кўпайиб, соч толалари ўсади. Ёрғоқ унчалик кўп қон билан таъминланган эмас, лекин қон томирлари ёмон қисқариши натижасида, жароҳат ва операциядан кейин анча вақтгача қон тўхташи қийин бўлади. Шунинг учун ёрғоқни кичик жароҳати ҳам сезиларли қон йўқотишга олиб келиши мумкин.

Мояк (testis-лот., orchis-гр.), одатда, туғилиш пайтигача ёрғоққа тушган бўлиши керак.

Бола организмнинг ўсиш даврида мояк бир текисда ўсмайди (1 – жадвал).

1 – жадвал

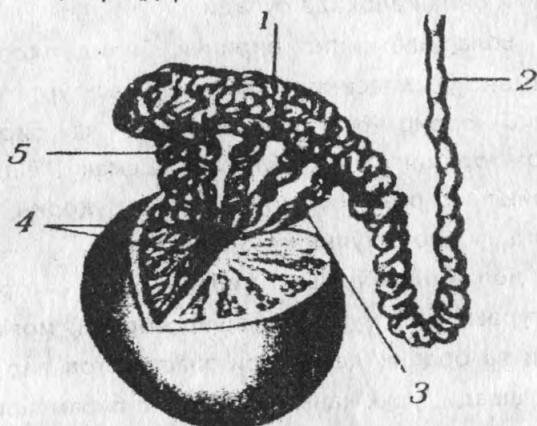
Моякнинг ўсиш динамикаси (Веденский В.М. 1980)

Ёши	Узунлиги (мм)	Кенглиги (мм)	Қалинлиги (мм)	Массаси
Чақалоқ	10,6	5,9	4,6	0,2
5 ёшгача	16,0	9,0	7,3	0,8
11 ёшгача	17,0	12,0	6,5	1,2
12 ёш	23,0	13,0	7,0	1,5
15 ёш	33,0	21,0	13,5	6,8
Катта ёш	40-45	25-35	25-30	20-30

Охирги йилларда мактаб ёшидаги болалар моягининг нормал ҳажми аниқланган (Lall K. et all.1981). 8 ёшли бола моягининг ҳажми 1,4 см³ га тенг, 11 ёшда – 2,9 см³ га етади, яъни ҳар йили 0,5 см³ га катталашади. Кейинги 2 йилда ҳажми ҳар йили 2,5 – 4 см³ га ошиб боради.

К.Lall фикрича, агар 11 ёшда мояк 2.9 см³ дан кичик бўлса бу ҳол унинг инфантиллигидан далолат беради. Мояк думалоқ, баъзан овал, ловиясимон шаклда, орқа томони ботиқ ва олд томони юмалоқлашган бўлади. Одатда ўнг мояк чап

томондагисидан бир мунча каттароқ бўлади. Моякнинг медиал ва ташқи юзаси қаварикдир.



5-расм. Мояк, унинг ортиғи ва уруғ чиқарувчи най. 1-мояк ортиғининг найи. 2-уруғ чиқарувчи най. 3-мояк тўри. 4-мояк бўлакчалари. 5-моякнинг чиқарувчи каналчалари.

Бола моягининг жойлашиши катталарникидек бўлиб, юзаси силлиқ, ялтироқ ва кўкишроқ рангда бўлади. Моякнинг орқа қиррасида унинг ортиғи ётади. Мояк ортиғида куйидаги қисмлар фарқланади: бошча, тана ва дум. Мояк ортиғи моякнинг пастки қисми билан *ligamentum epididymus inferior* ёрдамида маҳкам бириккан. Мояк бўлакчали тузилишга эга (5-расм), ҳар бир бўлакчанинг бириктирувчи тўқимали стромасида (асосида) кам букилган, ингичка уруғ каналчалари ётади, уларнинг каваклилиги кам ривожланган ёки умуман бўлмайд. Букилган уруғ каналчалари тўғрисида ўтади. Мояк ортиғининг бошчасидаги каналчалар яхши ривожланган, унинг ташқи деворида мушак толалари ҳам мавжуд. Мояк ортиғи йўлининг ҳаммаси очиқ бўлиб, сохта кўп қаватли эпителий билан қопланган бўлади.

Моякнинг қинсимон қобиғи қорин парданинг қинсимон ўсимтаси ҳисобига ҳосил бўлиб, чақалоқларда мояк атрофида сероз бўшлиқ пайдо қилади ва у қорин бўшлиғи билан алоқада бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи йилида қорин парда қинсимон ўсимтасининг юқориги ва ўрта қисмлари торайиб бориб бутунлай ёпилади ва бириктирувчи фиброз тортмага (тяж) айланади. Демак 1 ёшдан кейин моякнинг сероз бўшлиғи билан қорин бўшлиғи ўртасидаги алоқа тўлиқ йўқолиши керак.

Боланинг ўсиши билан бир қаторда мояк структураси ҳам мураккаблашиб боради: моякни оқлик қобиғи ва оралик деворлари эластик толалар ҳисобига қалинлашади, уруғ каналчаларининг бурамлари кўпаяди унинг эпителий ҳужайралари ривожланади. Балоғат ёшига яқинлашганда уруғ каналчаларининг бурамлари кўпаяди, унинг каналчаларида кўп бўлмаган миқдорда сперматитлар топилади.¹⁶ ёшга етганда эса сперматогенез қаторига кирувчи ҳамма ҳужайралар пайдо бўлади. Уруғ каналчаларининг ичи дастлабки йилда жуда тор бўлиб балоғат ёшига етганда анча кенгаяди. Мояк ортиғининг йўллари қўшилиб уруғ чиқарувчи найчани (*ductus deferens*) ҳосил қилади ва уруғ тизимчаси (*funiculus spermaticus*) таркибида юқорига кўтарилади.

Чақалоқларда уруғ тизимчаси айланасининг узунлиги 14мм бўлади. Уруғ тизимчасини таркибига уруғ чиқарувчи найчадан ташқари, қорин пардани қинсимон ўсимтаси, мояк ва уни ортиғини озиклантирувчи қон ва лимфа томирлари ҳамда нерв толалари киради. Уруғ тизимчаси ички уруғ фасцияси

билан ўралган. У қорин ичи фасциясининг давомидир. Унинг ташқи томонида, чақалоқларда унча ривожланмаган мойкни кўтарувчи мушак ётади, бу мушак қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мушакларидан ҳосил бўлади. Уруф тизимчаси ташқи томондан, қорин деворини юзаки фасциясида ҳосил бўлган, ташқи уруф фасцияси билан ўралган. Боланинг ўсиши билан уруф тизимчасини таркиби ҳам бирмунча ўзгаради. Бола ҳаётининг дастлабки ойларида қорин парда қинсимон ўсимчасининг юқориги ва ўрта қисмлари облитерацияга учраб, бириктирувчи тўқимали тортмага айланади. Кўчрак ёшида уруф тизимчаси элементлари орасида пайдо бўлган ёғ тўқималари аста-секин кўпая боради. Балоғат олди ва балоғат ёшларида мойкни кўтарувчи мушаклар қалинлашади. Шунга қарамасдан уруф тўқимасини диаметри кам ўзгаради ва 15 ёшли болада 15-18 мм ни, катта ёшдагиларда эса 18-25 мм ни ташқил этади.

Жинсий олат (penis) нинг узунлиги чақалоқларда 2-2,5 см бўлади. У иккита каверноз танадан (corpora cavernosa penis) ва битта ғовак танадан (corpus spongiosum penis) тузилган. Каверноз тананинг юқориги қисми иккига бўлиниб, олат оёқчаларини ҳосил қилади ва қов соҳасида қов ва ўтиргич суякларига бирикади. Каверноз ва ғовак таналар бир-бирига зич жойлашиб оқлик (белочная) қобиқ билан ёпилган бўлади. Бундай жинсий олат бўйлаб сийдик чиқариш канали ўтади ва унинг ташқи тешиги олатнинг бошчасига (glans penis) очилади. Ғовак тананинг пастки қисми бир мунча кенгайиб олат бошчасини ҳосил қилади. Каверноз тананинг охири олат бошчаси билан битишади. Ғовак тананинг юқориги қисми ҳам қалинлашиб, каверноз тана билан биргаликда жинсий олат пиёзчасини (луковицасини) (bulbus penis) ҳосил қилади.

зерноз ва ғовак таналар ўзаро маҳкам битишган ва олатнинг сур ҳамда юзаки фасциялари билан ўралиб, ингичка тери лан қопланган. Олат фасциясидан иккита боғлам: ушлаб уувчи (lig. suspensorium penis) ва солқонсимон боғлам-қашевидная—lig. fundiformis penis) ажралиб, жинсий олатни в суяқларига маҳкам ёпиштириб туради. Олат териси ички қималарга нисбатан жуда ҳаракатчан бўлади, фақат бошча қасида у оқлик қобиқ билан маҳкам ёпишганлиги учун тлоқ ҳаракатсиздир.

Олат бошчасини теридан ҳосил бўлган чекка кертмак ёб туради. Одатда боланинг 10 ёшигача кертмакнинг ички зати олат бошчаси билан ёпишган ҳолда бўлади.

Юқорида айтилган сийдик ва жинсий аъзоларнинг атомо-физиологик хусусиятлари, асосан, эрта ёшдаги паларга хосдир. Айни шу ёшдаги болаларда сийдик золари жарроҳлик касалликларининг энг эрта симптомлари ятилади. Бу ўзига хос хусусиятларни бемор болаларга агноз қўйишда ва даволаш усулини танлашда алоҳида тиборга олиш керак.

II—БОБ

БОЛАЛАРДА СИЙДИК АЪЗОЛАРИНИНГ НУҚСОНЛИ ВОЖЛАНИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СЕМИОТИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ.

Ҳозирги пайтда ҳамма бемор болаларнинг 20% ни йдик аъзоларининг касалликларини ташкил этади. 50% катта даги урологик беморларнинг сурункали касалликлари палик пайтида бошланган.

Сийдик чиқариш аъзоларининг нуқсонли вожланишлари ва касалликларининг умумий

симптоматологияси қўйидаги асосий белгилардан иборат:

1. Ўзига хос жойлашган ва иррадиацияга эга бўлган оғриқ;
2. Сийишнинг бузилиши;
3. Сийдик микдори ва сифатининг ўзгариши;
4. Сийдик чиқариш каналидан патологик суюқлик ажралиши.

Оғриқ. Урологик касалликларда бўладиган оғриқлар ўткир ёки симиллайдиган, муваққат ёки доимий бўлиши мумкин, оғриқ таянч турган вақтда ёки ҳаракат қилганда пайдо бўлиши мумкин. Бел ва қовурға равоғи соҳасидаги оғриқ буйракка, қовдаги ва орқа чиқарув тешигидаги оғриқ эса простата беши ва уруғ пуфакчалари касалликларига хосдир.

Ўткир оғриқ, кўпинча буйрак санчиғи (почечная колика) натижасида вужудга келади. Буйрак санчиғи патонегезида уретер, буйрак жоми ёки косачаларидаги қаттиқ сегментар спазм роль ўйнайди, бу ҳодиса эса сийдик йўллариининг тўсатдан вужудга келадиган обтурацияси натижасидир. Юқори сийдик йўллариининг бирор қисмида монелик вужудга келса, уни енгиш учун ўша соҳа жуда қаттиқ қисқаради, шу туфайли буйрак жоми ичидаги босим жуда кўтарилиб кетади. Бу эса ўз навбатида буйрак артерия томирлариининг реффлектор спазмига сабаб бўлади. Натижада буйракда веноз қон димланиб қолади, бунинг оқибатида, буйрак ичидаги босим жуда кўтарилиб кетади ва буйракнинг фиброз капсуласи таранглашади.

Буйрак санчиғига кўпинча тошлар, тузларнинг тўпланиб қолиши, нефроптозда уретернинг букилиб қолиши, уретерга қон лахтаси, шилимшиқ йиринг тиқилиб қолиши ва бошқалар сабаб бўлади.

Буйрак санчиғи бирданига белда қаттиқ оғриқ туриши билан бошланади. Санчиқ вақтида бемор бесаранжом бўлади, ўзини қўйгани жой тополмайди, турли ҳолатларда ётиб-туриб туради, лекин ором олмайди. Белдаги оғриқнинг чов соҳасига, сонга ва жинсий аъзоларга тарқалиши, яъни иррадиацияси буйрак санчиғига жуда хосдир. Буйрак санчиғи вақтида бемор кўпинча рефлектор равишда қусади, баъзан қон босими кўтарилиб кетади. Пульс тезлашмайди, бу буйрак санчиғи ҳорин бўшлиғи аъзоларининг бир қанча ўткир касалликларидан фарқ қилишда жуда муҳим дифференциал диагностик симптом ҳисобланади.

Буйрак санчиғи билан кечадиган буйрак ва юқори синдик йўллари касалликларидан ташқари, белда доимий ёки вақти-вақти билан вужудга келадиган, симиллаб турадиган оғриқ билан ўтадиган яна бир қанча касалликлар ҳам бор. Уларга буйрак ва буйрак жомларининг, буйрак атрофидаги клетчатканинг яллиғланиш касалликлари, гидронефроз, нефролитиаз ва бошқалар киради.

Қовуқ яллиғланганда ўша соҳадаги оғриқ маҳаллий ўзгаришлардан вужудга келиши ёки рефлектор равишда пайдо бўлиши мумкин. Қовуқ шиллиқ пардасининг каттагина қисми ҳеч нарсани сезмайди, лекин яллиғланиш жараёни қовуқнинг мушак қаватига ҳам ўтса, бунда оғриқ пайдо бўлади ва беморни жуда қийнаб қўяди. Қовуқдаги Льетто учбурчаги соҳаси сезгирдир, кўпгина яллиғланиш жараёнлари ва ўсмалар шу ерда пайдо бўладиган симилловчи оғриқ қов соҳасида, унинг юқорисида ёки чаноқ ичкарасида сезилади ва сияётганда яна ҳам кучаяди. Бундай оғриққа тош, ёт жисм ва бошқалар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Оғриқнинг тарқалиши-

иррадиацияси жуда характерли, ўғил болаларда оғриқ жинсий олатга, қизларда эса клитор ва қов соҳасига тарқалади. Қовуқ соҳасидаги оғриқ сийиш охирида кучайиши мумкин ва у қовуқ бўйинини яллиғланишига хосдир.

Касалликни аниқлаш учун оғриқ турини ва локализациясини билиш кифоя қилмайди, оғриқнинг ҳаракат ва жисмоний меҳнатга боғлиқ эканлигини ҳам билиш керак. Масалан, буйрак уретер ёки қовуқда тош бўлганда кескин ҳаракат қилиш ва нотекис ерда транспортда юриш оғриқни кучайтиради. Бунда оғриқ буйрак санчиғи даражасига ҳам етиши мумкин.

Сийдик чиқариш каналидаги (уретра) оғриқ одатда ундаги яллиғланиш жараёни билан боғлиқ. Оғриқ фақат энди сия бошлаганда ёки сийиш давомида бўлиши мумкин. Оғриқ унча кучли бўлмайди, жизиллаётгандек сезилади. Оғриқ асосан сийиш охирида пайдо бўлса, касаллик қовуқ бўйни соҳасига ёки уретранинг простата қисмига тарқалганлигини кўрсатади.

Уретрадаги оғриқ сийишга мутлақо боғланмаган ҳолда доимий бўлиши мумкин. Бундай оғриқ куперит, колликулит ва бошқа касалликлар натижасида вужудга келади. Орқа уретра касалликларида бемор оралиғида ҳамда орқа тешик атрофида оғриқ сезади. Уретранинг олдинги қисми касалликларида эса оғриқ ташқи тешик атрофида ёки олат бошчасида сезилади.

Мояк ва мояк ортиғининг яллиғланиши, уларнинг буралиб қолишида бўлиб, у анча кучли оғриқ билан кечади.

СИЙИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Сийиш (mictio)– бу мураккаб рефлектор акт. Қовуқда маълум миқдорда сийдик йиғилгандан кейин, унинг ичидаги босим ошади ва бола сийгиси келганини сезади. 1 ёшгача

Бўлган болаларда сийишга чакириқ (қовуқнинг физиологик хажми) 30–35 мл: 3 ёшгача 100.0: 5 ёшгача 150.0: 9–200.0: 12–250.0: 15–300.0 мл, нормада детрузорлар (сийдик ҳайдовчи мушаклар) қисқарганда сфинктер бўшашиди ва сийдик чиқиб қовуқ бўшади.

Болаларда сийиш (микцион) босими детрузорнинг қисқаришидан пайдо бўлиб, уларнинг ёшига ва қовуқнинг дастлабки хажмига боғлиқ эмас, ўғил болаларда микцион босим $-68,7 \pm 2$, $9(6,73 \pm 0,28 \text{ КПА})$ қизларда эса $56,6 \pm 2,6$ мм сув.уст. ($5,54 \pm 0,25 \text{ КПА})$ ташкил этади (В.М. Державин, 1992). Бу жинсий фарқи, қарин ичидаги босим билан боғлиқ, мадомиким ўғил болалар туриб сийгани учун, уларда қизлардагидан кўра босим кўпроқ бўлади.

Урологик касалликлар кўпинча дизурия билан давом этади. Оғриқ билан тез-тез ёки қийналиб сийишга дизурия дейилади.

Нормада чақалоқлар 1 суткада 20–25 марта сияд. Болаларда бир ёшгача оралатиб сийиш тезлиги камайи.ў боради, ундан кейин худди катта ёшдаги одамлар сингари суткасига 5–6 марта сияди. Тез-тез сийиш поллакурия дейилади. Бу белги кузатилган бемор бир кунда 10 ва ундан ортиқ марта сияди. Поллакурия императив (мажбурий) қистов билан кечса, бемор сийдигини тутолмай қолади (масалан; ўткир цистит, қовуқ ўсмаси ва бошқа касалликларда). Сийиш миқдори сутканинг қайси вақтларда қандай эканлигига ҳам эътибор бермоқ лозим. Кундузги поллакурия, асосан қовуқда тош пайдо бўлган беморга хос. Бунда бемор қанча фаол ҳаракат қилса, поллакурия шунча кучаяди. Тунги поллакурия простата аденомаси учун хосдир. Тунги поллакурия касалликнинг дастлабки аломатларидан бири ҳисобланади.

Поллакурия айрим касалликларда (масалан: туберкулёзда, қовуқ ўсмасида) ҳам кундузги, ҳам кечаси содир бўлади. Поллакурия – кўп суюқлик ичиши натижасида ва экстраренал касалликларда (диабетда) ҳам учраши мумкин. Бу пайтда беморни чанқоқ ҳам қийнайди ва полиурия кузатилади. Ҳар сафар кўп миқдорда сияди.

ПОЛЛАКИУРИЯга қарама-қарши ўлароқ, баъзи касалликларда сийиш миқдори жуда ҳам камайиб кетади. Бундай ҳолат – олигоурия деб аталиб, у орқа миёна касаллиги ёки шикастланиши натижасида қовуқ иннервацияси бузилишининг оқибати бўлиши мумкин. Сийдикнинг отилиб чиқишида (струя) масофанинг камайиши ва босимини сусайиши, яъни ёй ҳосил қилиб тушмасдан бевосита оёқ остига тушиши қовуқ девори мушакларининг кучсизлигини кўрсатади. Отилиб чиқаётган сийдикнинг бирдан тўхтаб қолиши қовуқ тоши касаллигида ва қовуқ папилломозидида кузатилади. Беморлар тана ҳолатини ўзгартириб, масалан: ўтириб, ёнбошлаб ёки тизза тирсакларига тиралиб туриб қовуғини сийдикдан бўшатиши мумкин. Қовуқ дивертикули бўлган беморлар дивертикул соҳасини мушти билан босиб қовуқни бўшатадилар.

Бир қатор урологик касалликларда сийиш қийинлашади. Уретра стриктурасида, клапанларида, фимозда сийдик отилиши ингичкалашиб кетади, стриктура қанча ривожланган бўлса, томчилаб тушади. Қийналиб сийиш билан кечадиган касалликларда сийдикнинг хроник тутилиши юзага келади. Буни «қолдиқ сийдик» симптоми деб ҳам аталади. Бунда сийиб туришига қарамай қовуғида маълум миқдорда сийдик қолади, бора-бора эса қолдиқ сийдик ортиб боради. Бунга сабаб қовуқ детрузори тонусининг пасайиши, кейинчалик эса парезга учрашидир. Простата беши аденомаси ва раки, уретра

клапанлари, асаб касалликлари, жумладан, орқа мия касалликларида ана шундай бўлади. Жараён чуқурлашиб борган сари детруз парези билан бирга сфинктер ҳам парезга учрайди. Бунда бемор мустақил сия олмагани ҳолда тўлиб кетган қовуқдан сийдик томчилаб тушиб туради. Ана шунга парадоксал ишурия деб айтилади.

Сийдикнинг хроник тутилишидан ташқари ўткир (тўсатдан) тутилиши–ишурия ҳам тафовут қилинади. Анурияда қовуқда сийдик бўлмайди ва беморнинг мутлақо сийгиси қистамайди. Ишурияда эса қовуқ сийдикка тўлиб кетади ва беморнинг сийгиси тез–тез қистайди, бироқ ўзича сия олмайди. Уретра стриктураси ва туғма клапанларида, қовуқ ва уретра тошида , орқа мия касалликларида ва бошқаларда ишурия кузатилиши мумкин.

Сийгиси қистамай, сийдик ихтиёрсиз оқиб турса, буни сийдик ушланмаслиги дейилади. Бунга қовуқ сфинктерининг нисбий ва абсолют етишмовчилиги сабаб бўлади. Бундай етишмовчилик органик ва функционал ўзгаришлар натижасида юзага келади. Сийдик ушланмаслигининг икки хили: сохта ва чин турлари тафовут қилинади. Ҳеч қандай қистов бўлмагани ҳолда сийдик узлуксиз томчилаб ташқарига чиқиб турса, буни сийдикни чин тутилмаслиги дейилади. Бунда қовуқ тамомила бўш бўлади ва шу билан парадоксал ишуриядан фарқ қилади. Чин сийдик ушланмаслиги қовуқни оқмаларида, қовуқни экстрофиясида, тотал эписпадияда, сфинктер паралич билан кечадиган қовуқ иннервацияси бузилишларида, бош ва орқа мия касалликларида учрайди. Сийдикнинг сохта ушланмаслиги сийиш нормал бўлиши билан бирга унинг узлуксиз тутилмаслиги ҳам кузатилди. Бундай ҳолат уретер

қин оқмасида ёки уретер қуйилиш жойининг (кўпинча қўшимча уретернинг) эктопиясида бўлади. Уретернинг эктопик тешиги қинга, қин даҳлизига ёки уретрага очилиши мумкин.

Сийдикни яхши тута олмаслик (неудержание мочи) асосан, ёши ўтиб қолган гёлларда бўлади, сабаби чаноқ туби мускуллари, қовуқ сфинктерининг сусайиб кетиши ва тонусининг бузилишидир. Болаларда эса бу ҳол цистит бўлганда кузатилади.

Энурез, бу тунги сийғоқлик. Марказий нерв системаси олий бўлимлари функциясининг секин-аста ривожланиши билан бола 2–3 ёшга кирганда кундузи ҳам, кечаси ҳам ўз ихтиёри билан сия оладиган бўлади. Бирок баъзи болалар невроз натижасида, психик факторлар таъсирида ёки марказий нерв системасига салбий таъсир кўрсатган инфекцион касалликлар оқибатида, ё бўлмаса бошқа сабабларга кўра кечаси сийиб қўяди. Бундай ҳол кўпинча 16 ёшгача давом этади. Бош мия пўстлоғида тормозланиш кучли бўлгани ҳолда (унинг соқчи пунктларининг функцияси бузилиши билан) пўстлоқ ости марказлари етарли даражада тормозланмайди, натижада тўлиб кетган қовуқдан келаётган таъсирот болани уйғота олмайди ва у автоматик равишда сийиб қўяверади.

СИЙДИК МИҚДОРИ ВА СИФАТИНИНГ ЎЗГАРИШИ.

Янги туғилган чақалоқ биринчи кунларида 20–30 мл сийдик чиқаради, кейинчалик унинг миқдори кўпайиб боради (2–жадвал). Суткалик диурез анча ўзгариб туради. У ичилган суюқлик миқдорига ва суюқликни бошқа йўллар билан йўқотишга боғлиқдир. Аммо суткалик диурез қанчалик камаймасин, у ёшига нисбатан норманинг 40% ташкил қилиши

керак. Сийдикнинг бу миқдори облигат (шарт бўлган) диурез дейилади, нормал суткалик диурезга етишмаган қисми факултатив (ношарт) диурез дейилади.

Сийдик чиқиши сутка давомида бир хил эмас: кундузи суткалик норманинг 60%, кечаси эса қолган 40% чиқарилади. Бунинг сабаби: боланинг кундуз куни кўпроқ суюқлик ичиши ва актив ҳаракатда бўлишидир. Буйракнинг иш фаолияти сусайиши натижасида кечасидаги диурез кундузгисидан кўпайиши мумкин. Бундай ҳолатнинг бўлиши никтурия дейилади.

Диурезнинг кўпайишига - полиурия дейилади. Полиуриянинг экстраренал ва ренал сабаблари бўлиши мумкин. Полиуриянинг экстраренал сабаблари қандли ва қандсиз диабетлар, асцит ва суюқлик шишларининг йўқолиш даври, диуретик дорилар қўлланилган пайти ва ҳоказолар . . .

Ренал полиурияни кўпчилик буйрак касалликларида кузатиш мумкин, бу ҳолат айниқса иккала буйракларнинг сурункали етишмовчилигида яққол намоён бўлади.

2-жадвал

Боланинг ёшига нисбатан суткалик диурези (мл.да)

Ёши	ДИУРЕЗ			
	Миқдор чегараси	Ўртача	Облигат	Факультатив
1 ой	150-400	300	120	180
6 ой	250-500	400	160	240
1 ёш	300-600	500	200	300
5 ёш	500-1000	700	280	420
10 ёш	1000-1500	1200	480	720
15 ёш	1200-1600	1300	520	780

Диурезни суткалик облигат нормасидан камайиши (30% гача) – олигоурия дейилади. У ҳам полиурия сингари, экстраренал ва ренал бўлиши мумкин. Экстраренал олигоурия беморнинг буйракдан ташқари аъзолар орқали суюқлик йўқотиши натижасида келиб чиқади. Агар суткалик диурез миқдори норманинг 30% дан 5% га часини ташкил этса, олигоанурия дейилади. 5% дан кам ёки сийдик мутлақо ажралмаса анурия дейилади. Анурия–бу буйрак етишмовчилигининг энг дастлабки ва даҳшатли белгиларидан ҳисобланади. Анурияда (секретор турида) буйраклар сийдик ажратмайди ёки (эксретор анурияда) сийдик буйраклардан қовуққа тушмайди. Айтиб ўтилган иккала ҳолатда ҳам қовуқ бутунлай бўш қолади. Ўз навбатида секретор ануриянинг ҳар хил сабаблари бўлиши мумкин: иккала буйракларнинг бўлмаслиги (туғма агенезия), ягона буйракни олиб ташлаш (аренал анурия). Буйракка қон келишининг камайиши ёки тўхташи, масалан; аорта, пастки ковак вена, буйрак артерияси ёки венасининг тромбозлари, кўп қон йўқотиш, шок, оғир умумий шикастланиш, ўткир интоксикация оқибатида коллапснинг вужудга келиши преренал анурия сабабларидир. Буйракнинг ўткир етишмовчилиги билан давом этадиган ва сийдик ҳосил бўлишини тўхтатиб қўядиган касалликлар, ўткир гломерулонефрит, ўткир пиелонефрит, буйраклар томирлари эмболияси ва инфаркти, сулема, углерод тетрахлорид ва бошқалар билан захарланиш натижасида вужудга келадиган ўткир некротик тубуляр нефроз, миоглобинемия ва гемоглобинемия (мос келмайдиган қон қўйиш) ва ҳ.к.

Эксретор анурия бошқача қилиб постренал, механик ёки сохта анурия дейилади. Бу юқори сийдик йўлларида сийдикнинг юришига тўсқинлик қилувчи механик сабаблар

(буйрак жомлари ёки уретерларга икки томонлама тош бўлиши, уретерларда туз ёки қон лахталар тикилиб қолиши, сийдик йўллари ўсмаляр билан босилиши, операциялар вақтида уретерларни билмасдан бойлаб қўйиш ва ҳ.к.) оқибатида юз беради. Уретерларни кететеризация қилганда ёки эндовезикал манипуляциялардан кейин ҳам онда-сонда экскретор анурия юзага келиши мумкин. Бунда анурия юқори сийдик йўллари спазми ёки уретерларнинг сегментар шиши натижасида содир бўлади (рефлектор анурия).

Сийдикнинг сифат ўзгаришлари ундаги мавжуд бўлган тузларнинг миқдорини ўзгариши ва патологик қўшимчалар пайдо бўлиши билан боғлиқдир. Бир сутка давомида соғлом одам сийдик билан 60 г га яқин қаттиқ моддалар чиқариб туради. Булардан 35г органик ва 25г аорганик тузлардир. Бу тузлар сийдикда эриган ҳолда бўлади ва унинг маълум солиштирама оғирлигини белгилайди. Сийдикнинг солиштирама оғирлиги сутканинг турли соатларида ўрта ҳисобда 1010 дан 1025 гача бўлади. Сийдикнинг солиштирама оғирлиги юқори (геперстенурия) ёки паст (гипостенурия) бўлиши мумкин. Бундан ташқари қанчалик суюқлик истеъмол қилишига қарамай сутка давомида мутлақо ўзгармаслиги мумкин (изостенурия). Буйрак касалликларида, одатда гиперстенурия бўлмайди. У кўпинча қандли диабетда кузатилади. Буйрак касалликларида эса кўпинча гипостенурия бўлади. Изостенурия айниқса, гипостенурия билан бир вақда бўлса (изогипостенурия) буйракларнинг сурункали етишмовчилигидан дарак берадиган жуда муҳим диагностик белги деб қаралади.

Сийдик ранги: нормада сомон сингари сариқ бўлади, сийдик ранги унинг таркибидаги эриган моддаларнинг

(урохрантин, уробилин, порфиринлар ва ҳ.к.) концентрациясига боғлиқдир. Янги туғилган чақалоқлар сийдиги қизғиш рангда бўлади, чунки таркибида урат тузлар кўпдир. Шунингдек сийдик ранги ейилган овқатга, қабул қилинган дори-дармонга ҳам боғлиқдир. Масалан: кўп миқдорда каротин истеъмол қилинса сийдик ранги тўқ сариқ бўлади, амидопирин-гуломиқ рангни беради, антипирин-сарғиш, қизил, метелин кўк-зангори ёки кўкиш, фенофталин-гуломиқ. Жигар ва ўт йўллариининг баъзи касалликларида (механик ва паренхематоз сариқлигида) сийдик ранги тўқ жигар рангда (худди пиво сингари) бўлиши мумкин.

Одатда сийдик тиниқ бўлади. Беморнинг сийдиги лойқаланса врач унга эътибор билан қарамоғи лозим ва бунинг сабабини аниқлаши керак. Сийдикда тузлар, бактериялар, шиллиқ, қон, йиринг бўлса унинг ранги хира тортади. Фосфатурияда, хилурияда (сийдикда лимфанинг бўлиши) сийдик худди сутга ўхшаб кўринади.

Сийдик реакцияси – одатда сийдик реакцияси султ кислоталидир. Нормада сийдик Рн 5-7 орасида бўлади. Сийдик реакцияси овқат сифатига қараб ўзгариб туради. Оқсил кўп (гўшти) овқатлар сийдикни кислоталигини оширади, ўсимликлардан бўлган овқатлар эса ишқорликни оширади. Қандли диабет касаллигида, сийдик йўллари туберкулёзида, уратлар диатезида сийдикни кислотали хусусияти ортиб кетади. Фосфатурияда, ўсма тўқимаси некрозида, инфекция таъсирида ва бошқа касалликларда сийдик йўлларида сийдикнинг ачиши туфайли, янги сийилган сийдик реакцияси ишқорий бўлади. Таҳлил учун фақат янги сийилган сийдик олиш керак.

Сийдик ҳиди. Янги сийилган нормал сийдикнинг ўзига

хос ҳиди бўлади. Сийдик нормал бўлса ҳам ҳавода бир оз туриб қолса, ишқорий бижғиш натижасида аммиак ҳиди келади. Сийдикдан нажас ҳиди келиши қовуқ тўғри ичак оқмаси борлигини кўрсатади. Чириган ҳид сийдик йўлларида чириш борлигидан, ўсмалар чиришидан ва қовуқ дивертикулида сийдик бижғишидан дарак беради.

Альбуминурия (протеинурия) деб сийдикда оқсилни бўлишига айтилади. Нормада бола сийдигида оқсил миқдори 0,033 мг/ 100 мл гача бўлади. Бир суткада, болаларда (ёшидан қатъий назар) сийдик билан 120–150мг гача оқсил ажралиб чиқади. Ёш болаларда сийдикда оқсил кўпайиши ўткир инфекция билан боғлиқ бўлиши мумкин (фибрил протеинурия). Катта ёшдагиларда эса кўпроқ овқат еса, кўп жисмоний ҳаракатда бўлса, совуқ сувда чўмилса бу ҳол кузатилади. Одатда сохта ва чин протеинурия тафовут қилинади. Сийдикда қон ва йиринг аралашмаси бўлиб, бунда буйрак паренхимаси касалланмаган бўлса, унга сохта протеинурия дейилади. Урологик буйрак касалликлари сабабли пайдо бўлган чин альбуминурияда оқсил миқдори унча кўп бўлмайди ва одатда 1% дан ошмайди. Нефрологик касалликларда (гломерулонефрит, нефротик синдром, амилоидоз ва ҳ. к) оқсил миқдори кескин ошиши мумкин.

Гематурия. Гематурия деб, сийдикда қон бўлишига айтилади. У икки турда бўлиши мумкин: макрогематурия – кўз билан кўринадиган ва микрогематурия микроскопда кўринади, микрогематурия жуда кўп касалликларда учрайди. Шунинг учун ҳам унинг қиймати макрогематуриядагидек эмас. Макрогематурия сийдик йўлларида жарроҳлик касалликлари (сийдик тош касаллиги, гидронефроз, шикаст, ўсмалар ва ҳ.к) борлигидан далолат беради. Буйрак билан боғлиқ гематурияда

сийдикнинг ҳамма қисми қон билан аралашган (тотал гематурия) бўлади. Агар гематурия пастки сийдик йўллари билан боғлиқ бўлса, у ҳолда сийдикнинг биринчи ёки охириги қисми қизғиш бўлади. Агар сийдикнинг биринчи қисмида қон бўлса (инициал гематурия), патологик процесс уретрада эканлигини кўрсатади. Борди-ю, қон фақат охириги қисмида бўлса (терминал гематурия), патологик жараён қовуқда ва кўпроқ унинг бўйин қисмида эканлигидан дарак беради. Сийдикда қон лахталари бўлса гематурияни топик жиҳатдан белгилаш мумкин: масалан қон лахталари шаклсиз бўлса, қон оқаётган жой қовуқда бўлади. Сийдикдаги қон лахталари чувалчангсимон бўлса, қонаётган жой буйракда ва юқори сийдик йўлларида деб айтиш мумкин. Болаларда гематурия экстрауренал касалликлар (геморрагик васкулит, Верльгоф касаллиги ва ҳ.к) билан боғлиқ бўлишини унутмаслик керак. Макрогематуриянинг уретрарагиядан (сийдик каналидан қон ажралиб чиқиши) фарқ қилмоқ лозим. Уретрарагия уретранинг шикастланиши ва айрим касалликларда бўлади, у сийишга боғлиқ бўлмайди.

Гемоглобинурия қоннинг айрим касалликларида, захарланганда, қаттиқ куйгандан кейин, мос келмайдиган қон қуйилганда гайдо бўлади. Бу ҳолда сийдик қип-қизил тусга кирса ҳам тиниқлигини сақлаб қолади ва микроскопда текширилса, эритроцитлар мутлақо бўлмаслиги ёки битта иккита топилиши мумкин.

Миоглобинурия оёқ-қўлнинг травматик эзилиши натижасида йирик мускулларнинг мажақланишида кузатилади. Бунда сийдик қизил-қўнғир рангга киради. Микроскопда текширилганда жигар ранг қўнғир рангли

пигмент борлиги аниқланади.

Пиурия сийдикда йиринг бўлиши. Пиурия характериға ва унинг интенсивлигиға қараб яллиғланиш процесси даражасини белгилаш мумкин. Масалан: пионефроза сийдикда йиринг жуда кўп бўлади, уни кўз билан ҳам кўриш мумкин, бир пас турган сийдикда чўкма ҳосил бўлади. Сийдик реакцияси ишқорий бўлса сийдик йўлларида яллиғланиш жараёни анча чуқур ўзгаришларға олиб келганда, сийдик чўкмасини микроскопда текшириб, лейкоцитларни топиб бўлмайди, чунки ишқорий муҳитда шаклли элементлари парчаланиб кетади.

Клиникада 3 хил пиурия тафовут қилинади: 1) бошланғич (инициал); 2) охириги (терминал); 3) тўлиқ (тотал). Яллиғланиш жараёни жойлашган жойини тахминан бўлсада аниқлаш учун бир қанча синамалар таклиф қилинган. Улардан энг кенг тарқалгани икки стакан синамасидир. Бунда бемор иккита стаканға сияди, биринчисига озроқ (30–40 мл) иккинчисига қолган ҳамма қисмини сияди. Агар сийдикнинг биринчи стакандагиси хира бўлса (инициал пиурия), бу яллиғланиш жараёни уретрада эканлигини кўрсатади, бордию сийдикни фақат иккинчи стакандагиси хира бўлса, (терминал пиурия), бу простата бези ва уруғ пуфакчалари касалланганлигидан далолат беради. Сийдикнинг иккала стакандагиси хира бўлса (тотал пиурия), яллиғланиш процесси буйракда ёки қовуқда деб тахмин қилинади, шуни ҳам эсда тутиш керакки буйракдаги ёки простата безидаги яллиғланиш процесси ёпиқ бўлса (сийдик йўллари билан туташмаса), пиурия бўлмайди.

Лейкоцитурия – кўп касалликларға хос белгидир, у айниқса яллиғланиш жараёни борлигини кўрсатади.

Бактериурия – сийдикда бактерияларнинг бўлишига айтилади. Бир қанча микроблар буйрак фильтри орқали ўтиб сийдик йўлларига тушади. Бу одатда организмда йиринглик жараёнлар бўлганда, септик ва инфекцион касалликларда кузатилади.

Цилиндрурия деб, сийдикда цилиндрларнинг бўлишига айтилади. Чин ва сохта цилиндрурия тафовут қилинади. Уратлар тузи, миоглобин пигменти ва бактериялардан ҳосил бўлган цилиндрлар сохта цилиндрлар дейилади. Гиалин, донадор ва мумсимон цилиндрлардан иборат бўлса, унга чин цилиндрурия деб аталади.

Чин цилиндрурия фақат буйрак касалликларига хосдир. Чунки улар буйрак каналчаларида фибринни ивиши ва каналчаларининг шаклини олиши натижасида келиб чиқади. Цилиндрурия буйракни диффуз зарарланганини кўрсатади. Буйрак паренхимасида дегенератив – дистрофик ўзгаришлар қанча чуқур бўлса цилиндрлар миқдори кўпаяди, донадор ва айниқса мумсимон цилиндрларнинг кўпайиб кетиши касаллик жараёнининг оғирлашганлигидан далолат беради.

Пневматурия – сийдик билан ҳаво ёки газнинг чиқишидир. Ҳаво ёки газ сийишнинг охирида ўзига хос овоз билан чиқади ва пуфак ёки кўпикка ўхшаб, уретранинг ташқи тешигида билинади. Пневматурияга қуйидагилар сабаб бўлади: 1) цистоскопия ёки уретерларнинг катетеризацияси вақтида ҳавонинг сийдик йўлларига кириб олиши, пневмоцистографиядан кейин; 2) ичак-сийдик йўллари оқмаси, сийдик йўлларида ташқарига очилган оқмалардан газ ва ҳавони кириб олиши, 3) бактерияларнинг сийдик йўлларида (эмфиземали цистит)

ва айниқса диабетда газ ҳосил қилишидир.

Липурия – сийдикда турли ёғ моддаларининг бўлишидир. Липурия найсимон суякларнинг кўпчилиги синганда, диабетда, баъзан эса ёғлик овқатни кўп истеъмол қилганда буйрак капиллярларига ёғ эмболлари кириб қолиши натижасида юз беради, одатда буни сийдик юзасида ёғ пардалари кўриниб туришидан аниқланади.

Хилурия – сийдикда лимфанинг бўлиши. Бунда сийдикнинг кўриниши сутга ўхшайди. Йирик лимфа томирлари билан сийдик йўллари ораси қўшилиб кетгудай бўлса, хилурия юзага келади. Сийдик йўллари лимфа томирларининг шикастланиши, яллиғланиш процесслари, кўкрак лимфа йўлларини эзиб қўювчи травма ва ўсмалар натижасида, бундан ташқари турли паразитлар, масалан филлярининг сийдик йўллариغا кириб қолиши натижасида ҳам хилурия содир бўлади.

Гидатурия – (эхинококкурия) сийдикда эхинококкнинг қиз ёки неvara майда пуфакчалари бўлиши. Бу майда пуфакчалар буйракдаги гидатидоз пуфакнинг ёрилиши натижасида буйрак жомига тушиб қолади. Майда пуфакчалардан ташқари сийдикда ёрилган катта пуфакларнинг пўстлоқлари ҳам худди эзиб ташланган узум донасига ўхшаб кўринади.

Урологик касалликларга тўғри диагноз қўйишда сийдик каналидан патологик чиқиндиларини текшириш муҳим аҳамиятга эга. Уретранинг яллиғланиш касалликлари (уретрит)да сийдик каналидан йирингли чиқинди ажралиб туради. Ректо–уретрал оқмаларда эса, уретрадан нажас ва ҳаво чиқиши кузатилиши мумкин. Баъзида уретрадан чиқиб турган ҳосилани ҳам кўриш мумкин (уретранинг чиқиб тушган

полипи, тош, қизларда-уретероцел), қон лахтаеси ва ҳоказолар).

УМУМИЙ КЛИНИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Урологик беморларга тўғри диагноз қўйишнинг қийинлик даражаси ва ҳар қил диагностик муолажалар ўтказиши бевосита боланинг ёшига боғлиқдир. бола қанча ёш бўлса унга диагноз қўйиш шунча қийин ва керакли инструментал текширишлар ўтказиш мураккабдир. Ҳозирги пайтда, мутахассислар болалардаги урологик касалликларни аниқлаш учун қуйидаги умумий текшириш схемасини таклиф этишади.

1. Анамнез (бола ва унинг ота-онасидан сўроқ).
2. Сийдик аъзоларининг кўрмиги, пальпацияси ва перкуссияси.
3. Қоннинг лаборатор таҳлили, унинг иви ши.
4. Қонни биохимик текшириш (қолдиқли азот, мочевинаялар, хлоридлар, электролитлар, оксил ва унинг фракцияларининг даражаси, эндоген креатинин ва мочевинаянинг клиренслари).
5. Сийдикнинг текшириш (умумий таҳлити, Каковский-Аддис, Нечипоренко, Амбюрже усуллари, «актив лейкоцитлар» миқдори сийдикни экиб кўриш, сийдикни антибиотикларга сезгирлигини, сийдик ва қондаги ферментларни аниқлаш).
6. Ковуқдаги қолдиқ сийдикни аниқлаш.
7. Буйрақларнинг суммар функциясини аниқлаш.
8. Сийдик йўлларины ультратовуш билан текшириш.
9. Рентгенологик текшириш: қорин соҳасини умумий сурати, экскретор (инфузион) урография, цистография,

уретроцистография, ретроград уретероцистография, аорта ва венография.

10. Буйрақларни радио-изотопик текшириш.

11. Урофлоуметрия, цистоманометрия, қовуқ ва унинг бўйинчасининг, уретра ва канал тешиги сфинктерларининг электромиографияси, уретранинг проф.ил манометрияси.

12. Цистоскопия, хромоцистоскопия, сийдик найларини катетерлаш.

13. Электромиография.

14. Буйрақ жомларининг пункцияси, буйрақ паренхимасини пункцион (очиқ) биопсияси.

Ҳозирги вақтда ҳар хил текшириш усуллари жуда ҳам кўп. Болаларда уларнинг ҳаммасини ҳам қўллаш шарт эмас. Энг информатив, хавфсиз ва асорат бермайдиганлардан фойдаланиш тавсия этилади. Ҳар бир бемор бола учун индивидуал текшириш режасини тузиб олиш мақсадга мувофиқдир. Диагнози ноаниқ бўлгандагина мураккаб текшириш усулларини қўллаш керак. Инструментал текширишни айниқса ёш болаларда, умумий оғриқсизлантириш остида ўтказиш керак. Бемор ва унинг ота-онасидан анамнез йиғган пайтда қандай белгиларга эътибор қилиш кераклиги юқорида (симптомлар ҳақида гап кетганда) батафсил айтилди. Сийдик аззоларининг кўриги: жисмоний тараққий этишдан анча орқада қолиши сурункали буйрақ етишмовчилиги борлигидан далолат бериши мумкин. Шунингдек терининг оқарганлиги, қуруқлиги буйрақ функциясининг сурункали бузилганлигини кўрсатади. Қоринни куздан кечирганда, баъзан ўнг ёки чап ярми катталашганлиги, у ердан шиш (гидронефроз, поликистоз, буйрақ ўсмаси) бўртиб турганини кўришимиз мумкин, қовуқ катталашганда эса

қориннинг пастки қисми бўртиб чиққани кўринади.

Ташқи жинсий аъзоларини кўрганда беморни ҳам ётқизиб, ҳам турғизиб кўриш керак. Ёргоқ ва мойкнинг ҳажмига эътибор берилади, ёргоқ чов-ёрғоқ чуррасида, мойк истисқосида ва мойк шишида - катталашган, криггторхизмда эса, кичиклашган бўлади. Гипоспадия, эписпадия, қовуқ экстрофияси ва ҳ.к касалликларни бир қарашдан диагнозини туғри қўйиш мумкин.

Беморни пальпация қилиш. Болани текширишдан олдин, унинг ишончини қозониб яқин контактга кириш керак. Текширувчининг қўли иссиқ бўлгани маъқул. Педиатрия амалиётида кенг тарқалган пайластаган пайтдаги беморнинг ҳолати куйидагича: ётиши чалқанча, оёқлари гизза бўғинида ярим букилган ва ташқарига қаратилган. Чап қўли бел соҳасига қўйилиб ўнги билан олд томонидан аста-секин қовурға остига киритилади. Иккала қўл бармоқлари орасида сезилган буйракнинг ҳажмига, юзасининг текислигига консистенциясига эътибор берилади. Буйрак туғма катталашганда унда аномалия бўлади. Буйракнинг катталашishi орттирилган бўлса, бунга буйрак ўсмаси, иккиламчи гидронефроз ва бошқалар сабаб бўлади.

Буйракни пальпация қилганда оғриқ пайдо бўлса ва уни пайпаслаб ушлаб кўраётганда қорин девори тарангласа, буйракда яллиғланиш процесси борлигини кўра тади.

Қовуқ одатда сийдикнинг ўткир ёки сурункали тутилиб қолиши (сийдик тош касаллиги, уретра клапани стенози ва ҳ.к.) оқибатида катталашиб кетади. Бунда шишиб кетган қовуқни кўз билан кўриш ёки қов суяги устида юмалоқ эластик тузилмани пайпаслаб сезиш мумкин. Катталашган қовуқни перкуссия қилиб ҳам билиб

олиш мумкин, бунда бўғиқ овоз чиқади.

Пайпаслаганда уретрада тош, ўсма, дивертикул ва ҳ.к. борлигини билса бўлади, яна жинсий олат боши кертмакдан чиқиш чиқмаслигини (фимоз) текшириб кўриш мумкин. Шу билан бирга врач сийишдаги ўзгаришлардан шикоят қилган беморни сийдириб кўриши ва сийдик қандай куч билан отилаётганини ўз кўзи билан кўриши тўғри диагноз қўйиш учун катта ёрдам беради.

Ёрғоқ органлари пальпациясини соғ томонидан бошлаш керак. Аввал мойк, сўнг унинг ортиғи ва кейин уруғ тизимчаси чов каналининг то ташқи тешигигача пайпаслаб кўрилади. Битта ёки иккالا мойк ривожланиш камчилиги туфайли ёрғоқда бўлмаса, уларни чов каналидан қидириш керак. Ёрғоқ мойк, унинг пардалари, ортиғи, уруғ тизимчаси касалликлари туфайли катталашади. Чурра, варикоцеле, гидроцеле, гематоцеле, ўсма, специфик ва носпецефик яллиғланиш жараёнларининг дифференциал диагностикаси кўзда тутилади. Мойкдаги ўсма процессини ёки гидроцелини дифференциациялашга диафаноскопия ёрдам беради. Мойк пардалари ичида суюқлик бўлса (гидроцеле), ёруғлик равшан билинадн, борди-ю ёруғлик мойк пардалари орқали кўрилмаса, унда ўсма борлигидан ёки травматик гематоцеледан дарак беради. Варикоцеледа уруғ тизимчаси йўғонлашади ва ёрғоқда жуда кўп илон изи шаклидаги кенгайган веналарни кўриш мумкин.

Пастернацкий симптоми муайян диагностик аҳамият касб этади: бунда қўл панжасининг ён томони билан бел соҳасига, XII-қовурғадан пастрокқа калта-калта уриб кўрилса, яллиғланган орган ўз жойидан бир оз қўзғашни натижасида оғриқ пайдо бўлади. Лекин шуни ҳам назарда тутиш керакки,

Пастернацкий симптоми фақат буйрак касалликларида эмас, буйрак атрофидаги тузилмалар, умуртқалар ва буйракка қўшни бўлган орган ва тўқималар касалликларида ҳам бўлаверади. Шу билан бир вақтда Пастернацкий симптомининг бўлмаслиги буйрак ёки буйрак атрофидаги бўшлиқда патологик жараён йўқ деган хулосага олиб келмайди.

Касалликни кечишини ва даволаш натижасини билиб туриш учун қон таҳлилинин албатта динамикада қайтариб туриш керак.

Текширишнинг биохимик усулларини қўллаш патологик жараённинг характериға, давриға ва клиник кечишиға боғлиқдир.

Буйрак касалликларида шарт бўлган биохимик текширишларға қуйидагиларни аниқлаш киради: умумий оқсил ва унинг фракциялари, креатинин, мочевина, қолдиқ азот, электролитлар, кислота-ишқор мувозанати.

Қуйидаги 3 ва 4 жадвалларда қоннинг асосий биохимик кўрсаткичларининг нормалари келтирилган.

Сийдикни лабораторияда текширганда унинг рангига, тиниқлигига, реакциясига, солиштирама оғирлигига, ундаги оқсил ва қандга, турли хил аралашмаларға, бактериялар бор-йўқлигига, шунингдек, микроорганизмларнинг турли химиопрепаратлар ва антибиотикларға сезгирлигига аҳамият бермоқ лозим.

Умумий таҳлил учун сийдикни эрталаб бемор уйқудан тургандан кейин олиш керак. Болани сийдиришдан олдин ташқи жинсий аъзоларини антисептик эритмаларға ҳўллаб олинган шарик билан артиш лозим. Ана шундай қилганда сийдикка ёт аралашмалар тушмайди.

3-жадвал

СОҒЛОМ БОЛАЛАР ҚОНИНИНГ ТАРКИБИДАГИ БАЎЗИ
МОДДАЛАРНИНГ НОРМАСИ (НИСЕВИЧ Н.Н., 1982)

Кўрсаткич	Бирлиги	Модда миқдори
Умумий оқсил	Г-л	59,8±1,2
Альбуминлар	%	60,3 5±1,61
Глобулинлар	%	
Альфа 1		4,91±0,52
Альфа 2		9,3±0,62
Бетта		11,24±0,53
Гамма		14,8±1,04
Умумий билирубин (Иендрашек бўйича)	Ммоль/л	11,5±2,2
Боғланган	Ммоль/л	4,4±0,7
Эркин (боғланмагани)	Ммоль/л	7,0±1,5
Калий	Ммоль/л	3,94±0,05
Натрий	Ммоль/л	138,6±0,61
Рн		7,4±0,006
SB-стандарт бикарбонатлар	Ммоль/л	23,4±0,25
BE-зиёд асослар	Ммоль/л	1,4±0,24
BB-буфер асослар	Ммоль/л	47,7±0,5
Органик кислоталар	Ммоль/л	5,06±0,44

СОҒЛОМ БОЛАЛАРДАГИ БАЪЗИ БИР БИОХИМИК КЎРСАТКИЧЛАР
(ВАЛЬТИШЕВ Ю.Е. 1979 Ҳ)

Кўрсаткич	Ёши	Модда миқдори СИЙДИК системасида
Зардобдаги мочевинанинг азоти	Чақалоқларда	5,0 – 9,0 ммоль/л
	1 ой-1 ёш	6,7 – 11,2 ммоль/л
	1 ёш-6 ёш	8,6–13,6 ммоль/л
	катталар	8,4–15,9 ммоль/л
Зардобдаги мочевина	Чақалоқлар	14,6 – 22,85 ммоль/л
	1 ой-1 ёш	17,1 – 27,85 ммоль/л
	1 ёш-6 ёш	19,3– 29,3 ммоль/л
	катталар	18,6–35,30 ммоль/л
Зардобдаги қолдиқ азот	Чақалоқлар	1,7 – 4,5 г/л
	1 ой-1 ёш	2,4–7,0 г/л
	1 ёш-6 ёш	4,5–7,0 г/л
	катталар	2,5 – 4,5 ммоль/л
Ўорганик (Р) фосфор	Чақалоқлар	1,78– ммоль/л
	1 ой- 1 ёш	1,29– 2,28 ммоль/л
	1 ёш-14 ёш	0,65–1,52 ммоль/л
Зардобдаги умумий холестерин	Чақалоқлар	1,7–2,60 ммоль/л
	1 ой-1 ёш	1,82– 4,94ммоль/л
	1 ёш-14 ёш	3,74–1,5 ммоль/л
Қондаги кислороднинг парциал босими Р (O ₂)	Чақалоқлар	3,95–11,7 кПа
	0–14 ёшгача	12,0 –13,3 кПа
Қондаги углеводород газининг парциал босими Р (O ₂)	Чақалоқларда	5,32–12,6 кПа
	1 ой-1 ёш	3,50 – 12,6 кПа
	1 ёш–7 ёш	3,50- 4,40 кПа
	7 ёш–14 ёш	3,70–5,60 кПа

Сийдикдаги ўзгаришлар ҳақида юқорида сўзлаб ўтдик.
Шу борада, сийдикдаги лейкоцитлар ва бошқа шаклли

элементларнинг аниқ миқдори ҳар хил тест ёки пробалар ёрдамида аниқлаш мумкин.

Каковский – Аддис тести билан бир суткалик сийдикдаги эритроцитлар, лейкоцитлар ва цилиндрлар миқдори белгиланади. Бу буйрак ва сийдик йўлларидаги яллиғланиш жараёнини дастлабки босқичидаёқ, аниқлашга имкон беради.

5–жадвал

СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА СИЙДИК БИЛАН ЭКСКРЕЦИЯ ҚИЛИНУВЧИ ШАКЛЛИ ЭЛЕМЕНТЛАР МИҚДОРИ

Кўрсаткич	Усуллар			
	Лоури	Амбурже	Каковский-Аддис	Нечипоренко
Оқсил	78,5±10,5 мг / сут	-	-	-
Лейкоцитлар	-	1 мин 2000 гача	1 суткада 2000000 гача	1 мл 2000 гача
Эритроцитлар	-	1 мин 1000 гача	1 суткада 1000000 гача	1 мл 1000 гача
Цилиндрлар	-	-	1 суткада 2000 гача	

Амбурже усули ёрдамида сийдик билан 1 мин ичида чиқадиган лейкоцитлар ва эритроцитлар миқдори аниқланади.

Нечипоренко усули билан 1 мл сийдикда бўлган эритроцит ва лейкоцитлар миқдори аниқланади.

Лоури усули билан 1 суткалик сийдикдаги оқсил миқдори аниқланади.

Сийдик чўкмасида топиладиган лейкоцитларнинг махсус турлари амалий аҳамиятга эга. Уларга Штернгаймер – Мальбин ҳужайралари ва актив лейкоцитлар деб айтилади. Морфологик хусусиятига қараб лейкоцитлар қизил ёки ҳаво

ранг тусга бўялади (геницианвиолет ва шафранинг сув-алкогол аралашмаси). Қизил рангга бўяладиган лейкоцитлар ҳажми ва шакли оддий лейкоцитлардан фарқ қилмайди, унинг протоплазмаси катта донали бўлади. Оч ҳаво ранг тусга бўяладиган лейкоцитлар эса юмалоқ шаклида бўлади ва ўзининг ҳажми билан оддий сегмент ядроли лейкоцитлардан икки марта катта бўлади, уларнинг ядролари кўп дурдали, протоплазмаси эса донатор бўлиб, ўзи броун ҳаракатида бўлади. Сийдикда ана шу лейкоцитлар Штернгеймер – Мальбиннинг тирик ҳужайралари (уларни актив лейкоцитлар деб номлаган) бўлиши сурункали пиелонефритга хосдир. Бу ҳужайралар сийдик системасида оддий лейкоцитлардан пайдо бўлади. Сийдикнинг осмотик босими эса буйрақлардаги яллиғланиш жараёни туфайли ўзгаради.

Пиурия аниқланганда албатта, сийдикни бактериологик текширмоқ шарт, бу, усул билан яллиғланиш сабабчиси – микроб тури аниқланади. Ҳозирги вақтда антибиотиклар жуда кенг қўлланилаётгани туфайли микробларнинг антибиотикларнинг айрим турларига нақадар сезгир эканлигини аниқлаш (антибиотикограмма) ҳам зарур бўлиб қолди. Бактериялар хилини аниқлаш учун сийдик турли озуқа муҳитларига экилади.

Сийдик аъзоларини текшириш усуллари қуйидагилардан иборат: асбоблар ва эндоскопия йўли (инструментал), ультратовуш, рентгенологик, радиоизотопик ва функционал текширишлар.

Болаларда урологик касалликларнинг диагностикаси ва давоси учун қуйидаги инструментал усуллар қўлланилади: қовуқ катетеризацияси, уретрага буж киритиш, уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия.

Қовуқ катетеризацияси. Диагностик мақсадга ва даво тадбирлари турига қараб юмшоқ (резинадан бўлган), ярим қаттиқ (эластик материалдан бўлган) ва қаттиқ (металлдан бўлган) катетерлар (расм-1) ва бужлар ишлатилади. Катетер ҳамда бужларнинг калибри Шарьер шкаласига қараб белгиланади. Буж ёки катетернинг номери унинг айланасининг миллиметрдаги ифодасидир, энг ингичка асбобнинг диаметри (№1) 1/3мм га тенг, унинг айланаси эса 1 мм, энг йўғон асбобнинг диаметри (№30) 1 см тенг, унинг айланаси эса 30 мм.

Катетерлардан қовуқдан сийдикни чиқариш, уни ювиш ва ичига дори моддалар киритиш учун фойдаланилади. Бужлар эса диагностик мақсадда сийдик канали стриктурасини аниқлаш, унинг диаметрини ва қаерда эканлигини белгилаш учун ишлатилади. Бужлардан уретранинг стриктура бўлган қисмини кенгайтириш, яъни даво мақсадларида ҳам фойдаланилади.

Уретроскопия. Уретроскопия туфайли уретра шиллик қаватини ҳамма қисмини кўриб чиқиш ва у ерда бўлган патологик жараёни аниқлаш мумкин. Одатда қуруқ уретроскоп (уретрани кенгайтирмасдан) ва ирригацион (уретрани сув билан кенгайтириб кўрувчи) уретроскоп ишлатилади. Уретроскопия, уретрадаги специфик ва носпецефик яллиғланиш жараёнини, ўсмаларни, ёт жисмларни, уретра аномалиясини, дивертикулини ва уруғ дўмбоғи касалликларини аниқлаш имконини беради. Уретранинг ўткир яллиғланишида бу текширишни ўтказиш мумкин эмас. Цистоскопия урологик беморларни текшириш учун қўлланилади. Одатда кўрувчи ва катетеризацион цистоскопдан фойдаланилади. Катетеризация цистоскопи

айни вақтда қовуқ ичида турли манипуляциялар қилиш ва ретроград пиелография қилиш имконини беради. Қуйидаги 3 та шарт-шароит бўлгандагина цистоскопия қилиш мумкин:

1. Цистоскоп уретрадан бемалол ўтадиган бўлиши лозим.

2. Қовуқ унга камида : гўдакларда – 30 мл, каттароқ – болаларда 75–100 мл суюқлик сиғадиган, бинобарин, шу ҳажмда кенгайдиган бўлиши керак.

3. Бутун текширув давомида қовуқдаги суюқлик тиниклигича қолиши керак. Цистоскопия қилиш билан қовуқдаги тошларни, шишни, яллиғланишни, дивертикулни уретернинг аномал қуйилиш жойларини, уретероцелени ва бошқаларни кўриш мумкин. (расм–II)

Цистоскопия қилиб юқори сийдик йўллариининг касалликларини ҳам аниқлаш мумкин. Чунки бунда уретер қуйилиш жойи ва унинг атрофидаги тўқималар ҳам ўзгарган бўлиши мумкин. Уретер тешигидан ўзгарган сийдик чиқиб турса, диагнознинг тўғрилигига шубҳа қолмайди. Масалан: уретер тешигидан қон аралаш сийдик чиқиб турса, буйрак ёки юқори сийдик йўлларида ўсма, тош ва қандайдир бошқа жараён борлигидан дарак беради. Инфекция қўшилган гидронефрозда, пиелонефритда уретер тешигидан лойқа, йирингли сийдик чиқиб туради. Беморда пионефроз бўлса, уретер тешигидан чиқиб турадиган қуюқ йиринг худди тиш пастаси тубигидан чиққанга ўхшаб кўринади.

Уретерлар (сийдик найлари) катетеризацияси. Уретер махсус цистоскоп, яъни катетеризациялаш цистоскопи ёрдамида катетеризация қилинади. Уретерларни катетеризация қилиш билан уларнинг ўтувчанлигини аниқлаш ёки турли қисмларида қандайдир тўсиқ борлигини билса

бўлади. Уретерларни катетеризация қилиб, ҳар бир буйрак жомидан алоҳида-алоҳида сийдик тўплаб олиш ҳамда ретроград пиелография қилиш ҳам мумкин.

ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ. Цистоскопия вақтида ҳар бир буйрак функциясини аниқлаш учун 0,4% ли индигокармин венага киритилади (1 ёшгача-1мл, катта ёшдагиларга - ҳар 3 ёшига 0,5 мл қўшилади). Қовуққа цистоскоп киритгач, венага индигокармин киритилади, шундан сўнг унинг уретер устьесидан, яъни қовуққа қуйилиш жойларидан чиқиши кузатилади. Буйрак функциялари нормал бўлса, вена ичига киритилган индигокармин 3-5 минутдан сўнг қовуқда пайдо бўлади.

Буйрак функцияси сусайган бўлса, ўша томондаги уретердан индигокармин секин ёки кечроқ ажрала бошлайди. Индигокарминнинг ажралиб чиқиши 15-20 мин кузатилади. Шу муддатда индигокармин ажралмаса, бу ҳолат буйрақлар функцияси жуда кучли равишда бузилганлигидан дарак беради. Агар бир буйрак яхши ишласа-ю, иккинчиси суст ишласа 15 мин дан кейин кузатиш бефойда, чунки қовуқ ичи кўм-кўк бўлиб (соғ буйрак ҳисобига), бошқа ҳеч нарса кўринмайди. Индигокармин пробаси буйрақларнинг тубуляр аппаратининг функцияси ва юқори сийдик йўлларининг моторикаси ҳақида мълумот беради.

Эхография ёки ультра товушли сканирлаш болалар урологиясида жуда кенг тарқалган. Бу услуга қаршиликлар йўқ, ультратовушли текшириш (УТТ) товушининг ҳар хил муҳитдан (тўқималардан) ўтганда, ҳар хилда ютилиши ва қайтарилишига асосланган. Урологик беморларни УТТ-да қуйидагиларга эътибор бериш керак:

1.Иккала буйрак ҳам ўз жойида борлигига;

2. Уларнинг ўлчамларига, бир-бирига нисбатан акустик кўринишига;

3. Ўсма ёки тошларнинг бор-йўқлигига;

4. Буйракнинг йиғувчи системасида сийдик пассажи бузилган-бузилмаганлигига;

5. Қовуқда тош ёки қолдиқ сийдик бор-йўқлигига.

УТТ диагностик хатоликлари 10–13% ташкил қилади, бу урография ва ангиографиялардаги хатолардан кўп эмас.



6-расм. Умумий урограмма. Чап буйрак соҳасидаги тошлар ва қов суякларининг диастази (қовуқ экстрофиясига ҳос) кўринади.

Рентгенологик текшириш усуллари. Болалар урологиясида рентгенологик текшириш усуллари кенг қўлланилади: сийдик йўллариининг умумий сурати, экскретор урография, цистография, уретрография, ретроград ва антиград (ҳозирги пайтда болаларда жуда кам қўлланилади) пиелография, ретропневмоперетониум, томография, ангиография, урокимография ва урокинематография ва ҳ.к.

Одатда рентгенологик текширишлар сийдик йўллариини умумий рентген суратини олишдан бошланади. Бунда тош,

суякдаги нуқсонли ривожланишлар (6–расм) ва буйракнинг контурларини кўриш мумкин. Бу рентген сурат, клиник амалиётда экскретор урография билан бир кунда қилинади.

Экскретор урографияга кўрсатмалар:

1. Лейкоцитурия, протеинурия ва эритроцитурия бўлиши;
2. Қайталаниб турувчи қорин соҳасидаги оғриқлар;
3. Даво таъсир қилмаган диффуз гломерулонефрит билан оғриган бемор болалар;
4. Сабаби ноаниқ гипертониялар.

Урографияда суратларнинг сифатли чиқиши, демак тўғри диагноз қўйилиши, кўп жиҳатдан болани бу текширишга тўғри тайёрлашга боғлиқ. Бунинг учун беморга бир кун олдин венасига 1 мл контраст юбориб, сезгирлиги текширилади ва бунда 0,09% болаларда йод моддасини кўтара олмаслиги кузатилади. Бу қуйидагича намоён бўлиши мумкин: кўнгил айнаш, қусиш, бош айланиш, белда оғриқ, бўғилиш, ларингоспазм, аллергик тошма. Бу проба салбий бўлса ҳам, баъзи беморларда контраст модда юборилгандан кейин 30 минут ичида юқорида айтилган асоратлар кузатилиши мумкин. Шунинг учун бу текшириш пайтида врач ҳам рентген хонасида керакли дори–дармонлар (кислород, адреналин, кальций хлорид, супрастин, кортикостероид) билан бўлиши шарт. Кечкурун ва эрталаб ҳуқна ёрдамида ичак тозаланади. Бундан ташқари беморга 1–2 кун углеводли (қора нон, сут, сабзавот маҳсулотлари) овқатларни камроқ истеъмол қилиш тавсия этилади.

Рентген суратнинг сифати юборилган контраст модданинг тури ва дозасига боғлиқ.

Болалар учун қуйидагилар тавсия этилади: 65% ёки 85%

ли гипак, 60% ёки 85% ли верографин, 60% ли уротраст, 76% ли урографин, 70% ли трийотраст. Бу препаратлар камтоксик ва берадиган рентген тасвири равшан бўлиб кўринади. Юбориладиган препаратларнинг дозаси буйракнинг функциясига, беморнинг ёшига ва текшириш усулига боғлиқдир. Контраст модда илиқ қилиниб, 2 минут давомида секин вена орқали юборилиши керак. Бир ёшдан катта беморнинг ҳар бир кг оғирлигига 1–1,5 мл юборилади. Рентген суратларини контраст юбориб, 7–15 минутдан кейин ётқизиб ва 25 минутдан кейин эса турғизиб олиш керак. Буйрак функцияси нормал бўлса, шу билан текшириш тамом қилинади. Агар буйраклар функцияси сусайган бўлса, препарат дозаси кўпайтирилади ва кечиктирилган (1–2–3 соатдан кейин) рентген суратлари қилинади.

Бир ёшгача бўлган болаларга ва қуйидаги беморларга: сурункали буйрак етишмовчилигида, буйрак дистопиясида, қўшилиб қолган буйракларда, ўсмаларда инфузион урография қилган маъкул.

Бу текширишда препаратнинг миқдори чақалоқлар учун 1 кг массасига 5–8 мл, каттароқларига –2 мл/кг ҳисобланиб, контрастга яна шунча 5% ли глюкоза эритмаси қўшилиб, 10 минут давомида вена орқали юборилади.

Экскретор урографияни шок, коллапс, буйрак етишмовчилигининг декомпенсациясида, яъни азотемия (60 ммоль/л дан кўп) жуда юқори бўлганда, буйрак функциясини кескин сусайиши билан давом этадиган турли оғир касалликларда, гипертиреозидизмда, организмда йодга сезгирлик ўта юқори бўлганда, шунингдек, гипертония касаллигининг декомпенсация босқичида қилиб бўлмайди.

Урограммаларни талқин қилганда қуйидаги деталларга:

иккала буйрак паренхимаси соялари интенсивлигининг бир хил ёки ҳар хиллигига; уларнинг ҳажми, шакли ва қандай жойлашганлигига; буйракнинг косача – жом системасига контраст модданинг чиқа бошлаш вақтига; косачалар, жомлар ва уретерлардаги контраст модда сояларининг равшанлигига; юқори сийдик йўлларида бирор бир морфологик ўзгаришларнинг бор-йўқлигига; сийдик йўлларида нерв-мускул тонусининг ҳолати ва уларнинг контраст моддадан бўшашига; қовуқда контраст модданинг пайдо бўлиш вақти ва қовуқнинг қандай тўлганлигига эътибор бермоқ лозим.

Уротомография буйраклар, сийдик йўллари ва ретроперитонеал бўшлиқ органларини қаватма-қават рентгенография қилиш усулидир. Бу усул сийдик аъзолари устига тушадиган ичаклардаги газ қатламини йўқ қилади ва рентген суратлари равшанроқ ва аниқроқ чиқади.

Цистография – қовуққа контраст модда киритиб ўтказиладиган рентгенологик текширув усули. Бу текширувга кўрсатмалар: сурункали пиелонефрит, гематурия, сийишнинг бузилиши, қориндаги оғриқлар ва ҳ.к., қаршиликлар: қовуқнинг ва уретранинг ўткир яллиғланишлари. Цистографияда суюқ контраст моддалари (10–20%ли верографин, уротраст ва ҳ.к.) ва газ (кислород, карбонат ангидриди), ҳамда ҳаво (пневмоцистография) ишлатилади.

Цистография икки хил: тушувчи (эксретор) ва кўтарилувчи (ретроград) усулда бажарилади. Тушувчи цистография эксретор урография билан бир вақтда, одатда, контраст модда қонга юборилгандан 0,5-1соат ўтгач қилинади, бу вақтда қовуқда сийдик билан бирга етарли даражада контраст модда тўпланади, бу ҳолат эса равшан цистограмма олишга имкон беради.

Пневмоцистография – бир қанча касалликларни, чунончи, қовуқнинг рентгенонегатив тошларини, ёт жисмларини, дивертикулларини, қовуқ фистуласини, ўсмаларини, уретероцелини аниқлаш имконини беради.

Қовуқ ёрилганлигини аниқлашда цистографиянинг аҳамияти жуда каттадир. Қовуқнинг турли касалликларини аниқ белгилаш учун цистографиянинг ҳилма-ҳил модификациялари таклиф этилган. Масалан: қовуқ ўсмасини аниқлаш учун контраст модда сифатида барий сульфатнинг 10–15% ли суспензияси ва кислород ишлатилади (бунга чўкмали пневмоцистография дейилади).

Чўкмали пневмоцистограммада газ ёки ҳаво сояси фониди барий заррачалари билан импрегнацияланган ўсма ёки рентгенонегатив тош кўринади.

Микцион цистоуретрография – қовуқ суюқ контраст моддага тўлдирилгандан кейин бемор сияётган пайтда ўтказиладиган рентгенологик текшириш усули. Педиатрлар ва урологлар амалиётида қовуқ–уретер рефлюксларини аниқлаш учун у кенг қўлланилади. Бу текширишни ўтказиш тартиби: рентген хонасида қовуқ бўшатилиб, унга катетер орқали 10% ли контраст модда беморни сийиши қистаганича юборилади ва катетер олиб ташланади. Юбориладиган контраст модданинг миқдори боланинг ёшига ва қовуғининг ҳажмига боғлиқ. Бир ёшгача бўлган беморларга 35–50мл, 1–3 ёш – 50–90мл, 4–5 ёш – 100–150мл, 6–9 ёш – 150–200мл, 10–12 ёш – 200–300мл, ва 13–15 ёш 300–400 мл контраст модда юборилади. Биринчи рентген сурат қовуқ тўлдирилгандан кейин олинади (агар бу вақт қовуқ уретер рефлюкси бўлса, уни пассив рефлюкс дейилади), иккинчиси сияётган пайтда олинади (бу вақтдаги

аниқланган рефлюкс – актив рефлюкс дейилади).

Цистоуретрограммаларни таҳлил қилганда қовуқнинг контурига, шаклига, катта-кичиклигига, қовуқ уретер рефлюксининг бор-йўқлигига, уретранинг шаклига ва диаметрига эътибор берилади.

Уретрография – сийдик чиқариш каналига суюқ контраст модда юбориб қилинадиган рентген текширишга айтилади. Рентгенограммаларда уретранинг олдинги қисми контраст модда билан тўлиб кенгайган ҳолда кўринади, уретранинг орқа қисми эса ингичкароқ бўлади. Бунинг сабаби шуки, суюқ контраст модда ташқи сфинктердан ўтгач орқа уретрада тўхтамасдан ва унинг ичини етарли даражада тўлдирмасдан қовуқ ичига ўтиб кетади. Бундай уретрограммани кўтариловчи ёки ретроград уретрограмма деб аталади. Ретроград уретрографияда бир вақтнинг ўзида қовуқ тасвирини ҳам кўриш мумкин. Шунинг учун бу текширув усулини уретроцистография деб юритилади. Микцион цистоуретрограммада орқа уретранинг тасвири яққол кўринади. Мана бундай уретрограммани, яна бошқачасига, тушувчи (эксретор) уретрограмма ҳам дейилади. Уретрография ёрдамида уретранинг нуқсонли ривожланишларини, дивертикулини, оқмасини, стриктурасини ва шикастларини аниқлаш мумкин.

Пиелоуретерографиянинг 2 тури тафовут қилинади:
ретроград ва антеград.

Ретроград (кўтариловчи) пиелоуретереграфия учун суюқ ва газсимон (кислород) контраст моддалардан фойдаланилади. Бу текшириш учун қовуқ орқали катетеризацион цистоскоп ёрдамида сийдик найига катетер 10–15 см киритилади. Бу катетер орқали илиқ ҳолда 4–5 мл

20% ли контраст модда юборилади. Бу текширишга кўрсатмалар: буйракнинг экскретор урограммада кўринмаслиги, гидронефрозда, буйрак ўсмасида, буйрак дистопияларида қилинган урографияда аниқ кўринмаслиги. Текшириш тамом бўлгандан кейин, контраст моддани сўриб олиб, антибиотик эритмасини юбориш керак. Бу муолажа инфекция ривожланишининг олдини олиш учун қилинади.

Антеград пиелографияда контраст модда буйрак жомига тери орқали пункция қилиб киритилади ёки пиело- (нефро) стомик дренаж орқали юборилади. Бошқа урологик текширув усуллари буйрак ва юқори сийдик йўллари касалликларини аниқлашга имкон бермаган мушкул вақтда антеград пиелография пункция йўли билан қилинади. Масалан: экскретор урограммада буйрак функцияси бузилганлиги натижасида контраст модда кўринмаса ва қовуқ сиғимининг кичиклиги, уретра ёки уретернинг стриктураси ёки облитерацияси сабабли асбоб ўтмаса, пункцияли антеград пиелография қилиш зарур. Пиело (нефро) стомик дренаж орқали контраст моддани жомга киритиш йўли билан қилинадиган антеград пиелография одатда операциядан кейинги даврда ўтказилади.

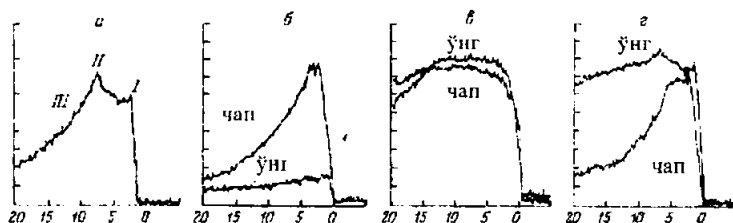
Урокимография – ҳаракатланувчи кимографик панжара (решетка) билан юқори сийдик йўлларини қисқариш қобилиятини текшириш усули. Нурланиш дозасининг кўплиги туфайли бу усул болаларда деярли қўлланилмайди.

Урокинематография–сийдик аъзоларининг ҳаракат (мотор) функциясини рентген нурлари ва киносьёмка ёрдамида текширишга айтилади. Бу текширишни экскретор урография ёки цистография билан биргаликда ўтказиш мумкин. Олинган кинофильм сийдик йўллари–нинг қисқариш

фаолияти (косачалардан тортиб уретрани ҳам) ҳақида тўла тушунча беради. Бу усул ҳам нурла-нишнинг кўплиги туфайли болаларда ҳам қўлланилади.

РАДИОИЗОТОП БИЛАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Радиоизотоп ренография вена ичига радиоактив модда (гиппуран ^{131}I ли изотопи тананинг ҳар 10 кг массасига 1–2 мкг) киритилади. Буйрақларда йиғилган гиппуран концентрацияси бел томондан буйрак соҳасига ўрнатиб қўйилган детектор томонидан регистрация қилинади (эгри чизиқ шаклида).



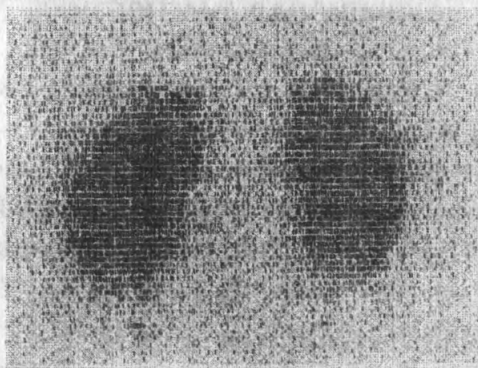
Минутлар

7-расм. Радиоизотопли ренограмма: а) нормал буйрақлар; б) ўнг буйрак фаолиятини йўқлиги; в) ёмонсифат гипертония; г) ўнг сийдик найининг обструкцияси

Буйрақлар нормал ишлаётган бўлса томир фазаси (васкулиризация фазаси) ренограммада юқорига кескин ва тик кўтарилаётган чизиқ сифатида ёзилади, бу кўтарилиш тўлқини 20 секундда тугайди. Ундан кейин чизиқнинг иккинчи кўтарилиши бошланади, бу кўтарилиш биринчига нисбатан 1/3 қисмини ташкил қилади. Буни – секретор фаза деб аталади ва у 4–6 минут давомида тугайди. Секретор фаза буйракнинг функционал қобилятини акс эттиради. Кейинги фаза экскретор фаза деб аталади. Бунда чизиқ секин-аста

пастга туша бошлайди ва 5–10 минутда тугайди. Шундай қилиб, ренограмма интерпретациясида учта компонент тафовут қилинади (7–расм): 1) дастлабки тез кўтарилиш чизиғи изотопнинг буйрак томирларида тўпланишини кўрсатади; 2) кейинги бир оз секинроқ кўтарилиш чизиғи тубуляр аппаратнинг секретор фаолиятига боғлиқ; 3) чизиқнинг пастга тушиши изотоп модданинг буйрак каналчаларидан чиқиб кетаётганини кўрсатади ва буйрак ҳамда юқори сийдик йўлларининг экскретор функциясини акс эттиради.

Изотоп ренографиянинг диагностик аҳамияти иккала буйрак устида ҳосил бўлган чизиқларни сифат жиҳатдан таққослашга асосланган. Бундан кўриниб турибдики, ренография усули бир томонлама бўладиган буйрак касалликларини аниқлашда алоҳида аҳамият касб этади. Бу текшириш натижасида буйракларнинг суммар функцияси ҳам аниқланди. Изотоп ренографияни буйрак етишмовчилиги ва азотемия бўлганда ҳам қилавериш мумкин. Унинг экскретор урографиядан афзаллиги ҳам ана шунда.



III расм. Буйракларнинг нормал сканограммаси

Буйракларни радиоактив сканерлаш усули буйракларнинг функционал ҳолатини белгилашдан ташқари

айни вақтда уларнинг шакли, ҳажмини белгилашга, шунингдек, турли касаллик ўчоқлари борлиги ва уларнинг жойлашидини аниқлашга имкон беради. Буйракдаги радиоактив моддаларни (Гиппурон – ^{131}I , неогидрин (Hg^{203}) махсус курилма – сканер ёрдамида регистрация қилинади. (III расм.)

Буйрак касалликлари диагностикасининг бу усули патологик ўчоқларда, масалан, ўсма бор жойда аъзонинг соғлом қисмларига nisбатан радиоактив моддаларнинг кимроқ тўпланишига асосланган. Бу усул билан аниқланадиган энг кичик деструкция зонасининг диаметри 2 см дан кам бўлмайди. Экскретор урография билан буйрак тўқимасининг структурасини ва функциясини аниқлаб бўлмаса ёки бу усулни қўлланилиши мумкин бўлмаса, сканерлаш жуда катта аҳамият касб этади. Динамик сканерлашда 2–4, 6–8 ва 15–17 минутларда суратга олинади. Ҳозирги пайтда бу текшириш радиоизотоп текширишлар ичида энг самаралисидир.

ФУНКЦИОНАЛ ДИАГНОСТИКА.

Буйрак ва юқори сийдик йўллари функцияларини текшириш. Иккала буйракнинг суммар фаолиятини ёки ҳар бир буйрак фаолиятини алоҳида аниқлашга имкон берувчи турли синамалар бор. Шу билан бирга нефроннинг турли қисмлари функциясини аниқловчи усуллар ҳам мавжуд. Чунончи, ультрафилтрация даражасини ва бошқаларни аниқлаш мумкин.

Суммар функционал буйрак синамаларидан урология амалиётида энг кўп қўлланиладиганлари қуйидагилар:

1) Бир суткали диурезни аниқлаш

2) Зимницкий синамаси;
3) қон зардобидаги азотли қолдиқлар миқдорини аниқлаш.

4) рангли синамалар.

Ҳар бир буйрак ва юқори сийдик йўллари функционал қобилиятини алоҳида аниқлашда асосан қуйидаги синамалар қўлланилади:

1) хромоцистоскопия;

2) экскретор урография;

3) радионуклид ренография, буйрақларни динамик сканерлаш;

4) инсулин, креатинин, парааминогиппуран билан қилинадиган клиренс тестлар;

5) кимография ва урокинемотография (булар ҳақида юқорида батафсил айтилган).

Зимницкий синамасида бир сутка давомида ҳар 3 соатда ажралиб чиққан сийдик миқдори ва унинг солиштира оғирлиги аниқланади. Шунга кўра кундузги диурез, тунги диурез ва сутка диурези белгиланади. Бемор ўзининг одатдаги еб-ичиб турган тасмини ва килаётган режимини ўзгартирмаган ҳолда бу синама соат 6 дан (ташқарига сийишдан) бошланади, сийдикни биринчи порцияси соат 9 да стаканга йиғилиб, эртасига эрталаб соат 6 да (охиргиси 8-порцияси йиғилади) тугатади. Сутка давомида истеъмол қилинган суюқлик миқдорига ва озиқ-овқатга қараб ёки буйрак касалликларининг бор-йўқлигига қараб сийдикнинг миқдори ва унинг солиштира оғирлиги айри-айри порцияларда турли даражада ўзгариб туриши мумкин. Нормада суткалик сийдик миқдори 2-жадвалда берилган, солиштира оғирлиги эса 1006 дан 1624 гача ўзгариб туриши мумкин. Зимницкий

синамаси урологик касалликларни диагностикасида жуда қимматли синамлардан биридир.

ҚОН ЗАРДОБИДАГИ АЗОТЛИ ТАШЛАНДИҚЛАРНИНГ МИҚДОРINI АНИҚЛАШ.

Организмдаги азотли шлаклар асосан буйрақлар орқали филтрланиб чиқарилади. Бинобарин, уларнинг қон зардобида қай даражада эканлигини аниқлаш буйрақларнинг функционал қобилияти устида фикр юритишга имкон беради.

Азотемияда қонда мочевина, сийдик кислотаси, аммиак, креатинин, пурин асослар, аминокислоталар ва бошқалар анчагина тўпланиб қолади. Буларнинг ҳаммаси қолдиқ азот деб айтилади. Амалий ишда кўпинча қондаги қолдиқ азот миқдори аниқланади. Шунга қарамай урологик беморлардаги азотемия қай даражада эканлигини аниқлаш учун кўпроқ қондаги мочевинанинг миқдорини аниқлаш афзал кўрилади. Чунки энди бошланаётган буйрак етишмовчилигида организмда баржақт тўпланиб қоладиган моддалардан бири мочевинадир. Нормада қондаги мочевина ва қолдиқ азот миқдори 4-жадвалда берилган. Уремияда қондаги мочевина миқдори жуда (10–25 марта) ортиб кетиши мумкин.

Рангли пробалардан энг кўп тарқалгани индигокармин бўёғи билан қилинадиган синамадир. Бунда аввал бемор қовуғига катетер киритиб қўйилади. сўнг венасига 0,4% ли индигокармин эритмаси 2–3 мл киритилади. Сийдик индигокармин билан қай даражада бўялганлигига ва бу бўёқ қанча муддатдан кейин чиқа бошлаганлигига қараб буйрак функциялари ҳақида мулоҳаза юритиш мумкин.

ПАСТКИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРИШ

Цистометрия - қовуқни тўлдириб бориб ундаги босимни ўлчаб, детрузорларнинг қисқариш фаолиятини текшириш усулидир. Бу текширишга бемор онгли равишда иштирок этиши керак, шунинг учун ҳам у 5–7 ёшдан юқори болаларда ўтказилади.

Қовуқ детрузори ва сфинктерлари нерв–мускул тонусининг ўзгариши туфайли баъзи қовуқ касалликларида сийиш вақти ўзгаради. Бу касалликларни (нейроген қовуқ, инфравезикал обструкция ва ҳ.к.) белгилашда цистометрия муҳим аҳамиятга эга. Ўткир цистит ва уретритларда бу текширишни ўтказиш мумкин эмас.

Цистометриянинг техникаси. Беморнинг қовуғига резина катетер киритилиб, сийдик чиқариб юборилади. Катетерни цистометрга уланади. Сув манометри қовуқ сатҳида ўрнатилади. Тана ҳароратигача иситилган суюқлик секин–аста қовуққа киритилади. Ҳар бир 20 мл суюқликдан сўнг қовуқ ички босими ўлчаб борилади. Бунда:

- 1) дастлабки сийдик қишаш вақти;
- 2) кейинги императив сийги қишаш вақти;
- 3) сийиш вақтидаги максимал босим белгиланади.

Олинган маълумотлар миллиметрли қоғозга чизиқ сифатида регистрация қилинади. Бунда абсцесса чизиғи бўйича, қовуққа киритилган суюқлик миқдори белгиланади, ордината чизиғи бўйича эса сув устуни босими сантиметрларда қўйиб чиқилади. Нормада детрузорлар қисқариш босими 10–15 см сув устунини ташкил қилади ва киритилган суюқлик миқдори қовуқнинг физиологик ҳажмига тўғри келади. Қовуққа 150 мл суюқлик киритилган соғлом одам қовуқ

тўлганини сезади, қовуққа 250 мл суюқлик киритилгач, сийиш истаги туғилади, сийгиси қистайди. Қовуқда 350–500 мл суюқлик киритилса, одамда жуда кучли сийиш истаги пайдо бўлади. Бунда одатда қовуқ ичидаги босим тезда кўтарилиб кетади ва 10–15 см сув устуни даражасига етади. Детрузор тонуси жуда ортиб кетган бўлса, қовуқда 60–100 мл суюқлик киритилгандаёқ, қовуқ ичи босими 35–40 см га кўтарилиб кетади, аксинча, қовуқ гипотониясида унга 700–800 мл суюқлик киритилса ҳам босими 10–15 см сув устунидан ошмайди.

Сфинктерометрия қовуқ бекитув аппаратини текшириш усули. Сфинктерометрия қовуқ бекитув аппарати силлиқ ва кўндаланг–тарғил мушакларнинг тонуси қандай аҳволда эканлигини аниқлашга имкон беради. Уретранинг дистал қисмига катетер киритилади, унинг ташқи учи резина балон ва айни вақтида сфигмоманометр билан уланади. Қовуққа катетер орқали ҳаво киритилган дақиқадан бошлаб манометрдаги симоб устуни даражасига қараб кузатиб туриладиган босим бирданига кескин камайиб кетади. Шундан сўнг, қовуққа ҳаво киритишни давом эттириб, текширилаётган болага қовуқ ичидаги ҳавони ушлаб туриш учун чаноқ туби мускулатурасини қисқартиришни таклиф этилади. Ана шундай қилинганда қовуқдаги босим яна қайтадан кўтарилади ва буни манометр симоб устуни даражаси кўтарилгандан билса ҳам бўлади. Ана шу кўтарилиш қовуқ сфинктери кўндаланг–тарғил мускулининг тонуси қай даражада эканлигини кўрсатади. Ташқи сфинктернинг тонуси 40 мм симоб устунидан паст бўлса, сийдик ушлолмаслиги вужудга келади.

**4-14 Ёшли болаларнинг урофлоуграмма
кўрсаткичлари**

Асосий параметрлар	Қовуқнинг эффектив ҳажми	
	200 мл гача	250 мл дан ошганда
Сийиш вақти (сек)	11,0-11,8±0,6	16,5-22,7±2,0
Сийдик оқимининг ўртача тезлиги (мл/сек)	8,4-11,0±0,9	14,9-17,8±1,4
Сийдик оқимининг максимал тезлиги (мл/сек)	19,7±1,2	26,2-31,0±1,8

Урофлоуметрия – сийиш давридаги сийдикнинг оқими тезлигини аниқлаш усули. Бу текшириш билан детрузорларни конус ва қовуқ уретрал сегментининг қаршилиги аниқланади. Сийдик оқими тезлигини аниқлаш учун урофлоуметр ишлатилади. У ёпиқ резервуардан сийдик тушиши натижасида сиқиб чиқарилган ҳавонинг вақт бирлигидаги ҳажмини пневмограф ёрдамида ўлчаб аниқлашга асосланган.

Уретранинг профилометрияси – сийдик чиқариш канали ичидаги босимнинг бутун сийиш мобайнида аниқлаш усули. Бу текшириш билан ташқи ва ички сфинктерлар тонуси аниқланади. Уретра ичидаги максимал босим нормада $84 \pm 2,2$ см сув устунида бўлади.

Электромиография – детрузорларни, уретранинг ташқи ва ички сфинктерларини, қорин ва оралиқ мушакларининг биоэлектрик активлигини (фаолиятини) аниқлаш усули. Бу текшириш нафақат уродинамиканинг

нақадар бузилганлигини, балки унинг сабабларини аниқлашда ҳам катта аҳамиятга эга.

Қовуқ тўла бўлганда анал сфинктерининг биоэлектрик активлиги нормада 50дан 200 мкв гача, сийиш пайтида эса электромиографик индамаслик (молчание) кузатилади.

Пункцион биопсия ва цитологик текширувлар.

Хилма-хил текширув усуллари касалликни аниқлашга имкон бермаса, буйракнинг пункцион биопсияси қилинади. Биопсия фақат стационар шароитида ҳамда зарур ҳолатлардагина бажарилади. Буйракнинг пункцион биопсияси икки хил усул билан қилинади: бири тери орқали, иккинчиси очиқ биопсия. Олинган пунктатни шу ондаёқ цитологик ва гистологик текширув учун юборилади.

Қовуқ ўсмаларининг цитологик диагностикаси. Цитологик текширув учун керакли материал:

1. Қовуқ шиллиқ ажралмасини аспирация қилиш;
2. Цистоскоп ёрдамида ўсмадан аспирацион биопсия қилиш;
3. Бир суткада тўпланган сийдик чўкмасидан олиб текшириш йўли билан олинади.

III–БОБ

СИЙДИК АЪЗОЛАРИНИНГ НУҚСОНЛИ РИВОЖЛАНИШЛАРИ. БУЙРАК ВА СИЙДИК НАЙИНИНГ НУҚСОНЛИ РИВОЖЛАНИШЛАРИ.

Туғма касалликлар ичида сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари энг кўп учрайди. Уларнинг кўпчилиги боланинг соғлигига бевосита таъсир қилмайди ва даволашга

муҳтож эмас, текшириш жараёнида тасодифан аниқланади. баъзилари эса сийдик оқимига тўсиқ бўлиб, нохуш ҳиссиётлар беради, оғриқ хуружини чақиради ёки аъзони касаллантиради. Нуқсонли буйракнинг касалликлари кўпинча сурункали кечувчи иккиламчи пиелонефритнинг клиник манзарасини беради. Бола қанчалик ёш бўлса пиелонефрит шунчалик оғир кечади ва буйрак паренхимасида қайтмас ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Ўз вақтида диагноз қўйиб, жарроҳлик йўли билан даволаш бемор буйраklarини сақлаб қолишнинг бирдан-бир омилidir.

Буйрак аномалиялари. 1978 йил Киев шаҳридаги иккинчи Бутуниттифоқ урологлар анжуманида буйракларнинг нуқсонли ривожланишларининг таснифи қабул қилинган. Шу таснифга асосан буйрак аномалияларининг беш гуруҳи фарқланади:

I. Миқдор аномалиялари:

1. Агенезия (бир томонлама, икки томонлама);
2. Буйрак иккиланиши (тўлиқ, нотўлиқ);
3. Қўшимча (ўчинчи) буйрак.

II. Жойлашиш аномалиялари: дистопиялар (гомолатерал: кўкрак қафаси; бел; ёнбош; чаноқ; гетеролатерал: қарама-қарши соҳага ўтиши).

III. Ўзаро муносабат аномалиялари:

1. Симметрик: тақасимон, патирсимон (галето-образный);

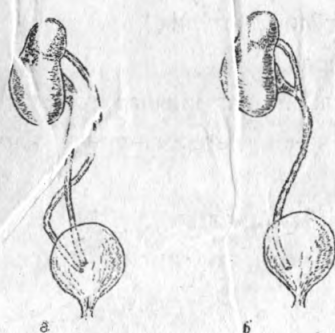
2. Асимметрик: S-симон, L-симон, I-симон.

IV. Структура аномалиялари: кистозли касалликлар (икки томонлама: поликистоз, губкасимон буйрак; бир томонлама: мультикистоз, солитар ва мультилокуляр кисталар).

V. Катта кичиклик аномалиялари:

1. Гипоплазия;
2. Гиперплазия;
3. Аплазия.

Миқдор аномалияларидан энг кўп учрайдигани буйрак иккиланиши. У ҳар 150 туғилган чақалоқлардан биттасида учрайди, қисман ҳолларда ўғил болаларга нисбатан 2-5 марта кўпроқ кузатилади. Буйрак иккиланиши Вольф йўлини ўсимтасининг тарчаланиши билан боғлиқ. Буйрак иккиланганда унинг таранхемаси икки сегментдан ташкил топиб алоҳида қосақал жом ва сийдик найига эга бўлади. Юқориги сегмент ёки бошқача номи қўшимча буйрак, умумий паранхимани учдан бир қисмини ташкил этади. Сийдик найларининг тузилишига қараб, буйрак иккиланиши тўлиқ ҳамда нотўлиқ бўлиши мумкин.



8-расм. Сийдик найларининг тузилишига қараб буйрак иккиланишлари: а) тўлиқ иккиланиш; б) нотўлиқ иккиланиш

Тўлиқ иккиланишда пастини (асосий буйрак) сегментдан чиққан сийдик найи Льетодиев учбурчагининг бурчагида очилади, юқори (қўшимча буйрак) сегментдан чиққан сийдик

найи эса доимо ундан пастроқда очилади (бу Вейгарт-М қонуни) (8 а –расм).

Агар иккиланган буйрак клиник жиҳатдан намол бўлмаса, алоҳида даволашга муҳтожлик бўлмайди. Лекин бу аномалиялик 50% беморлар жарроҳлик касалликларни (бир ёки иккала сегментлар уретерогидронефрози ва ҳ.к.) келтириб чиқаради. Иккиланган буйракнинг жарроҳлик касалликларини клиник манзараси иккиламчи пиелонефрит белгилари билан, баъзан дизурия ва оғриқ хуружлари билан намоён бўлади.

Диагноз экскретор урография, цистография, хромоцистоскопия, ретроград уретеропиелография ҳамда ультра товуш ёрдамида қўйилади.

Экскретор урограммада иккита жом ва сийдик найларини (9–расм) кўриш мумкин. Булар бевосита (10 а–расм) белгилардир.

Буйрак иккиланишини биявосита белгилари: битта пастки жом умуртқа поғонасидан латерал силжиганлиги ҳамда юқори косачани кесиб олиб ташлаганга ўхшаб кўриниши ва қолган косачаларни пастга қараб туриши (сўлиган гул симптоми) (14–расм). Иккиланиш тўлиқ ёки нотўлиқлигини цистоскопия ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин. Баъзи пайтларда, айниқса кўшимча буйрак фаолияти йўқолганда диагноз қўйиш мураккаб бўлади. Бундай ҳолларда урографияни инфузион усулда ўтказиб кечиктирилган суратлар олиш керак. Диагнозни тасдиқлашда УТ (ультра товуш) текшириш ҳам ёрдам беради. Цистография ёрдамида қовуқ сийдик найи рефлюкси (10 б–расм) бор-йўқлиги аниқланади. Буйрак тўлиқ иккиланишида уростазнинг сабаби кўпинча сийдик найининг қовуққа чиқиш жойида (устьясида) бўлади (стеноз, рефлюкс, уретероцеле).

Даволаш. Агар иккиланган буйракнинг бирор сегмент

фаолияти йўқолган бўлса юқориги ёки пастки геминефруретерэктомия операцияси бажарилади (11 а,б,в,г-расм). Агар зарарланган сегмент фаолияти сақланган бўлса пластик операция қилинади: пиелоуретеро – ёки уретеро-уретероанастомоз, (12 а,а₁, б,б₁-расм). Агар сийдик найларининг икковида ҳам рефлюкс бўлса Грегуар операцияси қўлланилади.



9-расм. Экскретор урограмма: буйрақларни ҳамма сегментларининг фаолияти яхши.



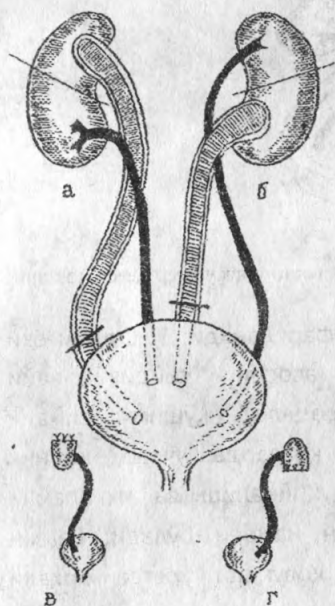
а



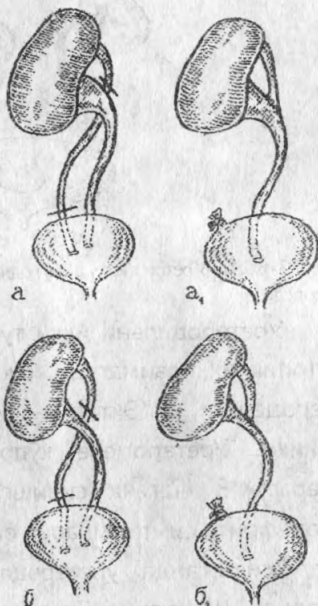
б

10-расм. а-3 яшар кизнинг экскретор урограммаси: чапи нормал, ўнгда -- буйрақнинг тўлиқ иккиланиши ва юқори сегментининг гидронефрози; биш бемор цистограммаси: ўнг томонлама қовуқ-сийдик найлари рефлюкси.

Буйраklarнинг тўлиқ иккиланиши кўпинча сийдик найи аномалияси билан биргаликда кузатилиши мумкин. Булар уретероцеле, сийдик найи устьясининг қовуқдан ташқаридаги эктопияси.

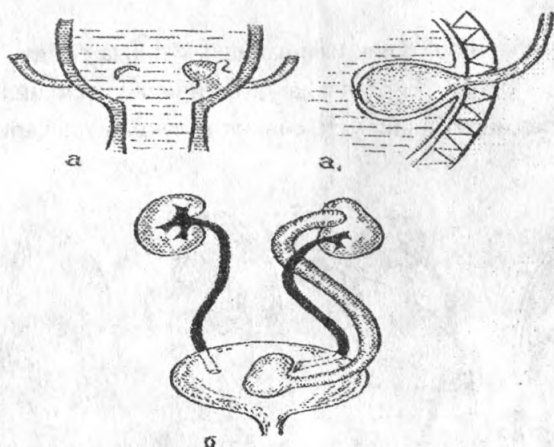


11-расм. Буйрак иккиланишларидаги операциялар: а) юқориги геминефруретеротомия; б) пастки геминефруретеротомия; в)г) операциядан кейинги кўриниши.



12-расм. Фаол яти сақланган иккиланган буйракдаги операциялар: а)а1) пиелоуретероанастомоз; б)б1) уретероуретероанастомоз.

Уретероцеле—сийдик найини дистал (қовуқ ичи) қисмини халтасимон кенгайиши. Уретероцелени ҳосил бўлиши анатомик тузилишнинг бузилиши билан боғлиқ: сийдик найи устьясининг стенози, сийдик найи мушак қатламининг яхши ривожланмаганлиги ва унинг қовуқ ичи интрамурал (13 а,а1,б-расм) қисмининг узунроқ бўлиши.



13-расм. Уретероцеле. а), а₁) оддий ёки ортотопик уретероцеле; б) эктопик уретероцеле.

Уретероцелени икки тури фарқланади: 1. Оддий ёки ортотопик-иккиланмаган ёки асосий сийдик найи уретероцелеси; 2. Эктопик уретероцеле – кўшимча сийдик найиники. Уретероцеле кўпроқ қизларда учраб, клиник манзараси 3 ёшгача сийишга қийналиш ва иккиламчи пиелонефрит симптомлари билан намоён бўлади. Баъзан қизлар сияётганда уретероцеле қовуқдан уретра орқали ташқарига чиқади. Диагноз экскретор урография ва цистоскопия асосида қўйилади. Урограммаларда уретероцеле қовуқ пастида думалоқ тўлиш дефекти шаклида кўринади (14-расм). Цистоскопия бу диагнозни тасдиқлайди. Эктопик уретероцеле дастлаб кўшимча буйракдан сийдик оқимини бузади, сўнгра асосийсидан (яқинида жойлашган пастки сегментнинг сийдик найи устьясини ёпиб ёки чўзган ҳолда), ва ниҳоят, охирги даражаларида у жуда катталшиб контралатерал буйрак сийдик найи устьясини ва бир йўла сийдик чиқариш каналининг ички тешигини ёпади. Натижада

асоратлар юзага келади, дастлаб юқори сегмент уретерогидронефрози, сўнгра иккиланган буйракнинг уретерогидронефрози ва ниҳоят иккала томон уретерогидронефрози.

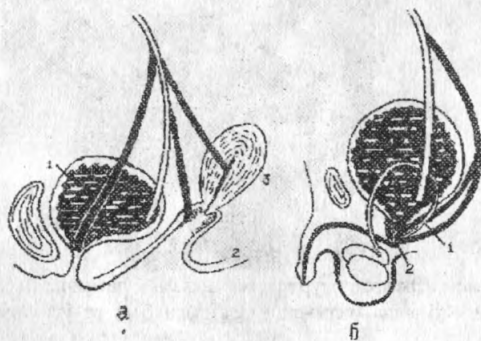


14-расм. Экскретор урограмма: иккала буйракнинг иккиланishi (чагда бевосита, ўнг буйракда билвосита белгилари бор) ва ўнг томонлама эктопик уретероцеле.

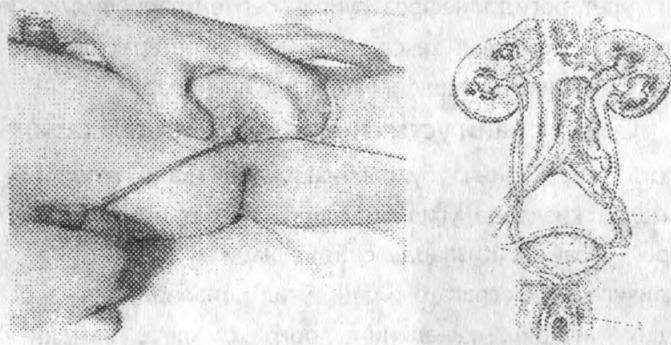
Даволаш. Фақат жарроҳлик йўли билан. Юқори сегмент уретерогидронефрозида, юқориги геминефроуретерэктомия уретероцелени бўшатиши билан амалга оширилади. Агар тотал уретерогидронефроз буйрак сегментлари фаолиятини йўқолиши билан кечса – нефроуретерэктомия ва уретероцелени йўқотиш операцияси қўлланилади.

Сийдик найи устьясининг қовуқдан ташқаридаги эктопияси. Кўпинча буйрак иккиланишида кузатилади. Бу аномалия қизларда ўғил болаларга нисбатан икки баробар кўпроқ учрайди. Қизларда сийдик найи кўпинча қинга, қин даҳлизига ва уретрага очилади, ўғил болаларда эса, асосан, сийдик чиқариш каналининг орқа қисмига, камдан-кам ҳолларда эса уруғ пуфакчасига, уруғ чиқариш йўлига ва тўғри ичакка ҳам очилиши мумкин. (15 а,б-расм). Қизларда бу

аномалия нормал сийиш билан бир қаторда доимо сийдик тутолмаслик билан кечади. Ўғил болаларда сийдик тутолмаслик умуман кузатилмайди, лекин уретрит ва пиелонефрит белгилари бўлиши мумкин. Тўғри диагноз қўйишда сийдик тутолмаслиги билан кечган қизни боғлов хонасида эътибор билан кўриш муҳим аҳамиятга эга.



15-расм. Сийдик найи устьясини эктопияси: а) қизларда: 1) сийдик чиқариш каналига; 2) қинга; 3) бачадонга. б) ўғил болаларда: 1) уруғ чиқариш найига; 2) уруғ пуфакчасига.



16-расм. Сийдик найининг эктопик устьяси парауретрал соҳада жойлашган. Металлик катетер уретрада, сийдик найи катетери эктопик устьяда.

Бу беморлар қинидан, уретрасидан ёки унинг атрофидан (16-расм), ҳамда қин даҳлизидан томчилаб сийдик чиқаётганини аниқлаш мумкин. Бу аномалияни қовуқ сфинктерини етишмаслигидан фарқлаш учун рангли синама қўлланилади. Бунинг учун қовуқ метилен кўкининг сувдаги эритмаси билан тўлдирилади ва катта уятли лаблар соҳасига марли салфеткалар қўйилади. Қовуқдан ташқаридаги эктопияда салфетка рангсиз хўл бўлади, агар кўк рангли хўл бўлса, демак беморда қовуқ сфинктерини етишмовчилигидир.

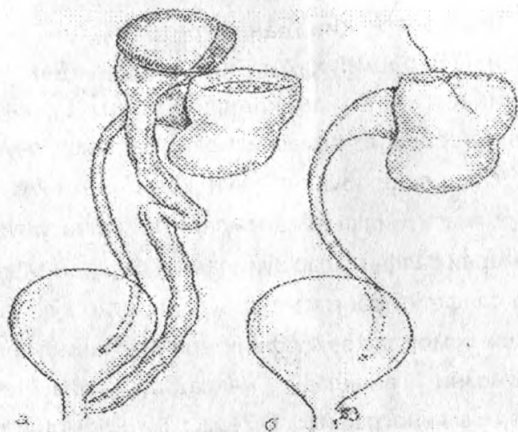
Диагнозни аниқлаш мақсадида яна экскретор урография, вагинография (17-расм), хромоцистоскопия, ретроград уретеропиелографиялар (18-расм) қўлланилади.



17-расм. Вагинограмма: чап томонлама қин-сийдик найи рефлюкси.

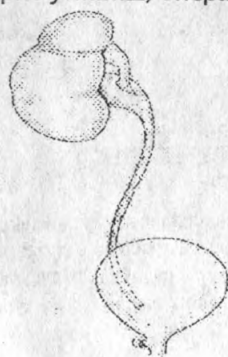


18-расм. Қўшимча сийдик найи устьясининг парауретрал эктопиясида қилинган ретроград уретеро-пиелограмма: рудиментар юқориги сегмент ва кен-гайган сийдик найи кўри-напти.

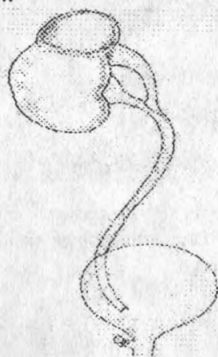


19-расм. Геминефруретерэктомиа операциясининг схемаси.

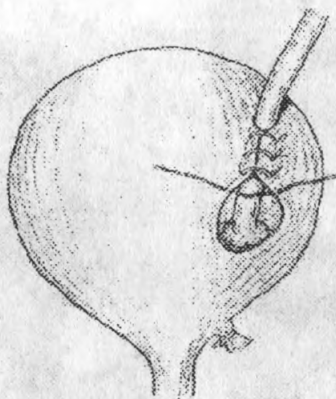
Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан, агар қўшимча сийдик найи устьяси эктопияси бўлса юқориги геминефруретерэктомиа (19-расм) қилинади. Агар иккала сегментлар фаолияти яхши бўлса уретеропиело ёки уретероуретероанастомоз қўйилади (20, 21 - расм). Бордию, иккиланмаган сийдик найи устьяси эктопияси бўлса уретероцистонеоанастомоз (22-расм) (сийдик найини қовуққа кўчириб ўтказиш) операцияси қилинади.



20-расм. Уретеропиелоанастомоз операциясининг схемаси.

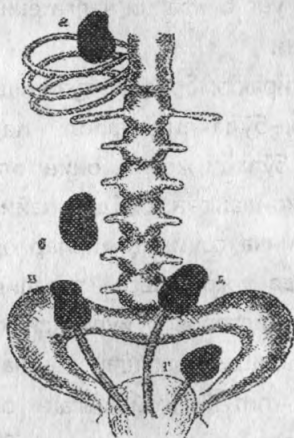


21-расм. Уретероуретероанастомоз операциясининг схемаси.



22-расм. Уретеролитотомия операциясининг схемаси.

Жойлашиш аномалияси – буйрак дистопияси (23 а,б,в,г,д-расм), буйракни юқорига кўтарилишини ва бурилишини (ротациясини) бузилиши натижасида келиб чиқади. Кам учрайдиган, буйракни торакал дистопияси кўпинча диафрагмал чурра билан бирга кечади.



23-расм. Буйрак дистопиясининг турлари: гомолатерал турлари: а) кўкрак қафасида; б) бел соҳасида; в) ёнбош соҳасида; г) чаноқ соҳасида; д) гетеролатерал тури.



24-расм. Инфузион урограмма: ўнг буйракнинг гетеролатерал дистопияси.

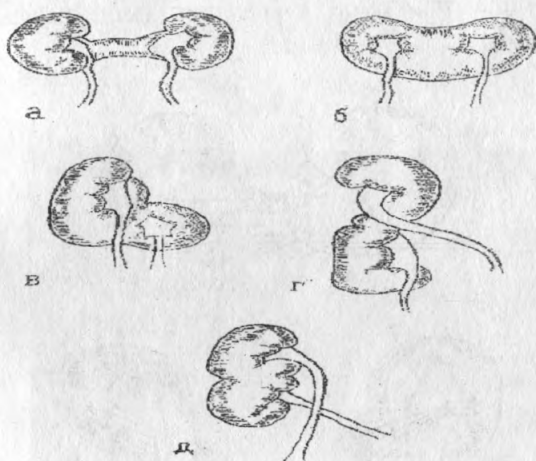
Буйрак дистопиясининг икки тури фарқланади:

I. Гомолатерал (ўз томонидаги буйрак) дистопияси: а) чанок соҳасида бўлиши, б) ёнбош соҳада, в) бел соҳада ва г) кўкрак қафаси соҳасида бўлиши;

II. Гетеролатерал: ўнг буйракни чапга ёки чап буйракни ўнг томонга дистопияси.

Дистопияга учраган буйрак эмбрионал тузилишга эга бўлади (паренхимаси бўлак-бўлакли, фаол паренхима соғ буйракка нисбатан кам бўлади, жом аъзонинг олдинги; латерал ёки орқа томонида жойлашган, сийдик найи калтароқ, қон билан таъминлаш кўпинча сочма томирлар орқали бўлади). Буйрак қанча пастда жойлашса тузалиши шунчалик нуқсонлироқ бўлади. Дистопияга йўлиққан буйрак камроқ химояланган, шикастланиши ва қўшни аъзолар босиб оғриқ чақириши мумкин. Атипик жойлашган оғриқ кўпинча диагностик хатога ва ўринсиз операцияга сабаб бўлади. Баъзан қоринни пайпаслаганда, тасодифан, дистопияга йўлиққан буйрак ўсмасимон ҳосила сифатида аниқланади. Дистопияланган буйрак пиелонефрит, гидронефроз, тошлар

билан касалланиши мумкин. Дистопияланган буйракни диагнозини аниқлаш учун ультратовуш текшириши ва инфузион урография (24-расм) кўл келади. Урограммаларда буйрак жоми одатдагидан пастроқда жойлашиб, аномал бурилганлиги ва сийдик найининг калталиги кўринади. Дистопияланган буйракда асоратлар (гидронефроз, тош ўсмалар ва ҳ.к.) бўлгандагина операция йўли билан даволанади.

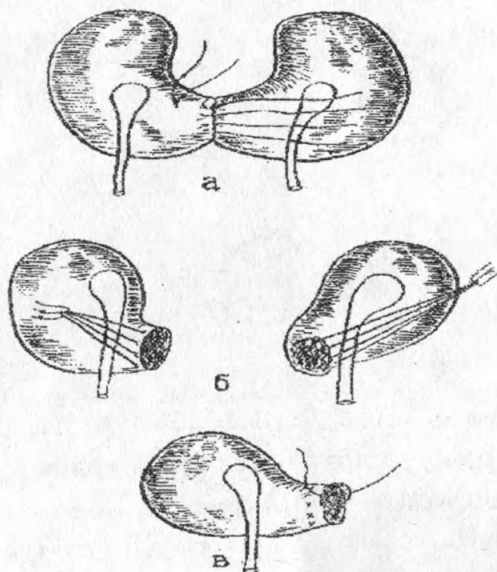


25-расм. Ўзаро муносабат аномалиялари: а) тақасимон буйрак, б) пайтрасимон буйрак, в) L-симон буйрак, г) S-симон буйрак, д) J-симон буйрак.

Ўзаро муносабат аномалияларидан (25а-расм) энг кўп 90% гача учрайдигани тақасимон буйрак. Бу оғир нуқсонли ривожланишларга киради ва қоринда хуружсимон оғриқ, пайпасланадиган ҳосила ҳамда иккиламчи пиелонефрит белгилари билан клиник манзараси намоён бўлади. Тақасимон турида буйрақлар пастки қисми билан бирга ўсиб кетган бўлади. Қон томирлари тарқоқ ҳолда жомнинг олдинги томонида жойлашади, сийдик найи калтароқ ва перешеекдан

(буйраklar ўсиб қўшилган жой) эгилиб ўтади, тақасимон буйрак перешееки остида жойлашган аортани, пастки ковак венани ва "қуёш чигали" элементларини босади. Сийдик найининг эгилиши сийдик оқимини ёмонлаштириб, тақасимон буйрак пиелонефрити, тоши ва гидронефрозларига олиб келади.

Диагноз ультратовуш текшириш, инфузион урография ва радиоизотопли сканерлаш усуллари билан қўйилади. Урограммаларда аномал бурилган жомлар кўринади. Сканограммада тақасимон буйракнинг фаол перешеегини кўриш мумкин.



26-расм. Тақасимон буйракда истмотомия операцияси: а) перешеекни 2 қатор П-симон чоқлар билан тақип; б) перешеекни кесиш; в) перешеек кульясини тикиш.

Даволаш: Агар қоринда оғриқ синдроми турғун бўлса, бу аномалияга хос операция истмотомия (перешеекни кесиш)

(26а,б,в-расм) қилинади. тақасимон буйракнинг жарроҳлик касалликлари (гидронефроз, тош) умум қоидалар асосида даволанади, фақат буларда истмомотомия операцияси ҳам бажарилиши керак.

Структура аномалияларидан энг кўп учрайдигани буйрак поликистози (27-расм). Бу икки томонлама бўлиб, наслдан наслга ўтувчи касаллик. Шуни эътиборга олиб, тўғри диагноз қўйиш учун оилавий анамнезни ҳам батафсил йиғиш керак. Буйрак поликистози жигар, талоқ, ошқозон ости бези, ўпка ва тухумдонлар поликистози билан ҳам биргаликда ҳам учраши мумкин. Бу аномалияларни келиб чиқиш сабаби охиригача аниқланмаган. Қўйидаги назария ҳақиқатга яқинроқ. Эмбриогенезда буйракнинг секретор аппарати нефроген бластомадан, чиқарувчи – экскретор аппарати (сийдик найи, жоми, косачалари ва йиғувчи каналчалари) эса Вольфов йўли ўсимтасидан ривожланади. Секретор ва экскретор аппаратларнинг ўзаро қўшилиши бутун аъзода ёки унинг бирор қисмида бузилса буйрак кисталари ҳосил бўлади. Кистанинг девори ингичка бўлиб, ичкаридан ясси ёки кубсимон хужайралар билан қопланган бўлади. Кисталар жом билан туташмаган бўлса бундай болалар яшамайди. Улар ёки ўлик туғилади ёки туғилгандан кейин бир неча кунда ҳалок бўлади. Косача ва жомлар билан туташган кисталар бўлса сийдикни чиқариш қобиляти сақланади ва асоратлар қўшилмагунча ҳеч қандай белгисиз кечиши мумкин. Кисталарни катталашиси эса атрофдаги нефронларни ишдан чиқаради иккиламчи пиелонефрит ривожланади ва аста-секин сурункали буйрак етишмовчилиги авж олади, гипертензия вужудга келади. Қоринда катталашган, ғадир-будир бўлган оғриқли буйраклар пайпасланади. Сийдикда пиурия,

альбуминурия, гипоизостенурия ҳамда азотемиялар кузатилади.

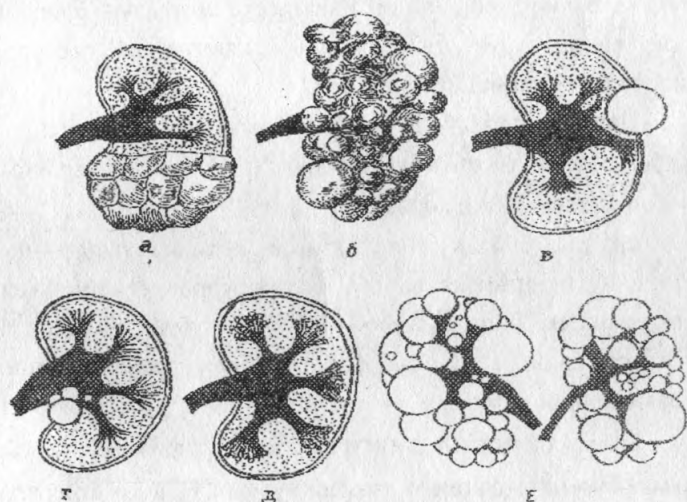
Диагноз қўйишда ультратовуш, радиоизотоп ва рентгенологик текширишлар ёрдам беради. Урограммаларда катталашган, контури нотекис буйраклар, косача ва жомлар чўзиқ шаклда кўринади. Ангиограммада поликистозли буйраклар соҳасида магистрал қон томирлари торайганлиги ва томирсиз зоналар борлиги кўринади.

Буйраклар поликистозини даволаш асосан консерватив усулда, у инфекция билан курашишга қаратилган. Буйраклар етишмовчилигида, анемияда ва артериал гипертензияларда симптоматик даво ўтказилади. Оператив даво эса фақат кўп муддатли макрогематурияда, сийдик тош касаллигида ва кисталар йиринглаганда қўлланилади. Сурункали буйрак етишмовчилиги, ренал гипертензияда ва баъзи ҳолларда поликистозли буйракларни декомпрессиялаш мақсадида игна-пунктура (кистани тешиб, суюқликни чиқариш) ва буйракни оментореваскуляризация операцияси қилинади. Бу поллиатив операциялар вақтинча самара беради.

Губкасимон буйрак (27д-расм) бу буйрак пирамидаларини кисталар билан зарарланиши, кўпроқ ўғил болаларда учрайди. Буйракни ташқи кўриниши ўзгармаган бўлиб, клиник белгилари кеч ва асосан асоратлар (инфекция, макрогематурия, нефрокальциноз, калькулёз) қўшилгандан кейин намоён бўлади.

Мультикистозли буйрак (27б-расм) кўпинча бир томонлама бўлиб, паренхимада ҳар хил ўлчамдаги ва шаклдаги кисталар билан кечади. Кисталар орасида асосан қўшимча ва фиброз тўқималари бўлади. Бу аномалияда экскретор аппарат ривожланмай қолади. Диагноз қўйишга

эзография ва рентгенрадиологик текширишлар ёрдам беради. Солитар ва мультилокуляр (27 в,а-расм) кисталарда дастлаб клиник белгилар бўлмайди. Бунда кисталар аста-секин катталашади ва кўпинча қоринда пайпасланадиган шиш пайдо бўлгандагина гидронефроз ёки буйрак ўсмаси диагнози билан шифохонага мурожаат қилишади. Диагноз бу ҳолларда ҳам эзография ва рентгенологик текшириш ёрдамида қўйилади. Даволаш: операция йўли билан кисталар олиб ташланади.



27-расм. Буйрактарнинг кистозли зарарланишларининг ҳархил шакллари: а) мультилокулярли; б) мультикистозли; в) солитарли; г) парапелвикал кисталар; д) губкасимон буйрак; е) поликистоз.

Катта-кичиклик аномалиясининг энг кўп учрайдиган тури буйрак гипоплазияси. Бунинг икки тури фарқланади: нормал тузилишга эга бўлган гипоплазияли буйрак (карлик буйрак) ҳамда паренхима тузилишининг бузилишига йўлиққан (олигонефронли, дисплазияли) ва қон томирининг торайиши бўлган гипоплазияли буйрак. Кейинги

турига эга бўлган беморлар кўпинча пиелонефритга ва ёмон сифатли вазоренал гипертензияга чалинадилар.

Аплазиянинг агенезиядан фарқи шуки, ўта кичкина, ривожланмаган бўлса ҳам буйракнинг қандайдир қисмлари бўлади. Сийдик найи қовуққа очилади. Агенезияда эса буйрак умуман бўлмайди.

Диагноз эхография, урография, цистоскопия, ретроград уретеропиелография, буйрак ангиография усуллари билан аниқланади. Урограммада гипоплазияли буйрак ва унинг жоми кичкина бўлиб кўринади. Иккиламчи буришган буйракдан фарқ қилиш учун буйрак ангиографияси ва гистологик (биопсия) текшириш ўтказилади.

Даволаш: фаолияти йўқолган ёки гипертензияга сабаб бўлган гипоплазияли буйрак бўлса – нефруретерэктомия операциясини қилиш керак.

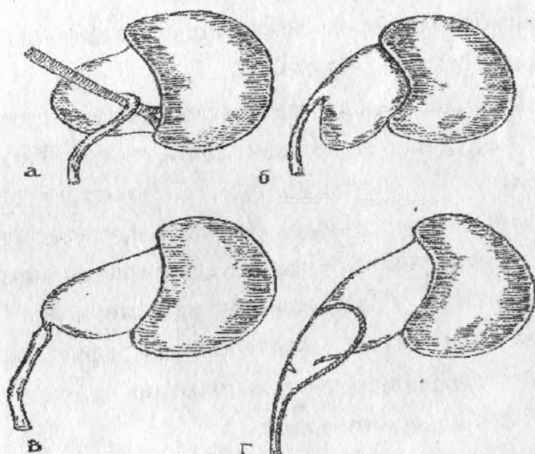
Иккала буйрак гипоплазияси кўпинча пиелонефрит, артериал гипертензия ва сурункали буйрак етишмовчилиги симптомлари билан намоён бўлади. Бундай дарднинг прогнози ёмон ва бунда фақат буйрак трансплантацияси ёрдам бериши мумкин.

Буйрак гиперплазияси ёки гипертрофияси битта буйрак умуман бўлмаганда ривожланиши мумкин. Бу аномалия ягона буйрак касалликларини ёки бошқа патология бўйича текшириш жараёнида тасодифан аниқланиши ҳам мумкин.

ГИДРОНЕФРОЗ – болаларда энг кўп учрайдиган буйракнинг жарроҳлик касаллиги. Гидронефроз деб сийдикни ушланиб қолиши натижасида жом ва косачаларнинг турғун ва авж олувчи кенгайишига айтилади. Жом ичи босимининг ошиши ва қон

томирларининг чўзилиши натижасида паренхимани озикланиши бузилади ва у аста-секин атрофияга учрайди, натижада буйрак ингичка деворли сийдикка тўла халтага айланиб қолади.

Болаларда гидронефрозни кўпинча туғма сабаблар чақиради: сийдик найининг клапани, торайиши, букилиб қолиши, жом юқорисидан чиқиши, битишма ва аберант қон томирлар билан босиши (28-расм). Орттирилган сабабларга тош, ўсма ва чандиқлар киради.



28-расм. Туғма гидронефрозни сабаблари: а) қўшимча пастки қутб қон томири; б) сийдик найини жом юқорисидан чиқиши; в) сийдик найи торайиши; г) сийдик найининг клапани.

Агар тўсиқ сийдик найининг дистал қисмида ёки уретрада бўлса, бу ҳолларда уретерогидронефроз (сийдик найи ва буйрак ғовак қисмини кенгайтириб кетиши) ривожланади.

С.П.Федоров (1906) таснифи буйича гидронефрозни

икки даври фарқланади: I) бошланғич даври – пиелозктазия; ва II) кечки даври – гидронефроз ва пионефроз.

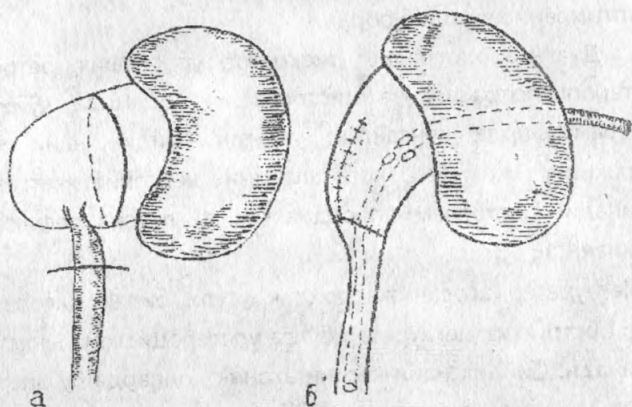
10-12% беморларда гидронефроз икки томонлама бўлади. Гидронефрознинг асосий клиник белгилари: бел ва қорин соҳадаги оғриқ ҳамда ўсмасимон ҳосилани пайпасланиши ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар (микрогематурия, лейкоцитурия). Икки томонлама гидронефрозда яна сурункали буйрак етишмовчилик белгилари (жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, кам қувватлик, иштаҳани пасайиши, чанқоқлик, полиурия, никтурия) ҳам кўшилиши мумкин.

Диагноз эхография, экскретор урография, радиоизотоп сканерлаш ёрдамида аниқланади.

Урограммаларда дастлаб буйрак фаолияти сусайганлиги (контраст модданинг ажралиш муддати кечикканлиги ва сурат интесвивлигининг пастлиги), думалоқ контраст доғ пайдо бўлиши (кенгайган косачалар) кўринади. Кечиктирилган (1-3 соатдан кейин) рентген суратларда кенгайган жом ҳам кўриниши мумкин. Тўсиқ жойини ва узунлигини аниқлаш мақсадида ретроград уретеропиелография қилинади. Радиоизотоп текшириш буйрак фаолиятини бузилиш даражаси ҳақида муҳим маълумот беради.

Гидронефрозни давоси фақат оператив усулда. Буйрак фаолияти сақланган ҳолларда ҳозирги пайтда Хайнес-Андерсен-Кучер операцияси (29 а,б-расм) қилинади. Уни маъноси торайган пиелоуретерал сегменти кесиб олиб ташланади. Агар сийдик найи тўқима битишмалар билан босилган бўлса битишмаларни кесиб ташланади – уретеролизис операцияси қилинади. Агар сийдик найи аберант қон томир билан босилган бўлса қон томирни юқорига силжитиб, жомга маҳкамлаш операцияси (Хельстрем)

қўлланилади. Бордию буйрак фаолияти бутунлай йўқолса нефруретерэктомия (буйрак ва сийдик найини олиб ташлаш) операцияси қилинади. Акс ҳолда оғир асоратлар (буйрак ёрилиши, пионефрозга айланиши) бўлиши мумкин.



29-расм. Туғма гидронефрозда Андерсон-Кучер операциясининг босқичлари: а) пиело-уретрал сегментининг резекцияси; б) сийдик найини жомга реимплантацияси, анастомоз интубацияси билан.

Пластик операциялардан кейин беморлар диспансер кузатувда бўлишади.

Мегауретер–сийдик найининг туғма касаллиги бўлиб, унинг узунлиги ва кенглигини катталашishi билан намоён бўлади. Туғма обструкция натижасида дастлаб сийдик найининг чаноқ қисми кенгаяди ва узаяди, сўнгра, аста-секин кенгайиш бутун найга тарқалади, ҳамда гидронефроз билан асоратланади, яъни уретерогидронефроз ривожланади.

Мегауретернинг сабаблари ҳозиргача тўлиқ ўрганилган

эмас. Муаллифларнинг фикрича бу дардни механик обструкция (стеноз,клапэн), сийдик найининг интрамурал қисмини иннервациясини бузилиши, рефлюкслар, нейромушак дисплазиялар чақирши мумкин.

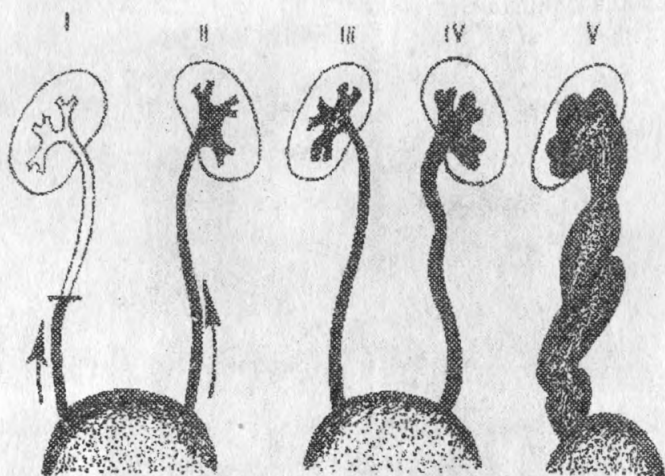
Мегауретернинг асосий клиник манзараси иккиламчи пиелонефрит белгилари билан намоён бўлади. Касаллик икки томонлама бўлса, сурункали буйрак етишмовчилиги симптомлари авж олиб боради.

Диагноз эхография, экскретор урография, ретроград уретеропиелография ва цистография ёрдамида қўйилади. Урограммаларда кенгайган, узайган сийдик найи ҳамда буйракнинг жом ва косачаларини кенгайиб кетганлиги кўринади. Цистограммаларда актив ва пассив рефлюкслар аниқланади.

Мегауретер асосан жарроҳлик усули билан даволанади. Агар обструктив мегауретер бўлса уретероцистонеоанастамоз қилинади. Сийдик найи кескин атоник ҳолларда бу операция найни узунлиги ва кенглиги бўйича тўғриланиб, Политано–Ледбеттер усулида антирефлюксли ҳимоя билан бажарилади.

ҚОВУҚ–СИЙДИК НАЙИ РЕФЛЮКСИ (ҚСНР) (30-расм)
деб сийдикни қовуқдан уретерга қайтиб ташланишига айтилади. ҚСНР 1 ёшгача бўлган беморларда айниқса кўп учрайди. Бу дарднинг сабаблари туғма (сийдик найи устьясининг очилиб қолиши (зияние), латерал эктопияси, уретернинг интрамурал қисмининг қисқа бўлиши, инфравезикал обструкциялар, нейроген қовуқ ва ҳ.к.) ва орттирилган (сийдик йўллари инфекцияси, шикастлар) бўлиши мумкин.

Кўпинча беморларни қайталанувчан сийдик йўли инфекцияси муносабати билан текширилганда ҚСНР тасодифан топилади.



30-расм. Қовуқ-сийдик пайи рефлюксининг даражалари.

Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда ҚСНР бўлганда пиелонефрит ўткир кечади, тана ҳарорати кескин кўтарилади, иштаҳа йўқолади, ошқозон ичак фаолияти бузилади, менингизм белгилари пайдо бўлади.

Каттароқ ёшдаги болалар эса бел ва қорин соҳасидаги оғриқни сийётганда ёки сийиб бўлгандан кейин хис қилишади. Баъзи беморлар қисқа вақт ичида 2-3 марта сийишади. ҚСНР бўлган беморларда сурункали интоксикация белгилари бўлади, жисмоний ривожланишда тенгдошларидан орқада қолишади. Сийдик таҳлилларида пиурия кузатилади.

Шундай қилиб, ҚСНР клиник манзараси буйрақлар фаолиятини қай даражада бузилганлигига ва пиелонефрит активлигига боғлиқ.

ҚСНР диагнози асосан эхография, экскретор урография,

оддий (106-расм) ва микцион (31-расм) цистография ёрдамида қўйилади.



31-расм. Микцион цистограмма: икки томонлама II чи даражали актив қовуқ-сийдик найи рефлюкси.

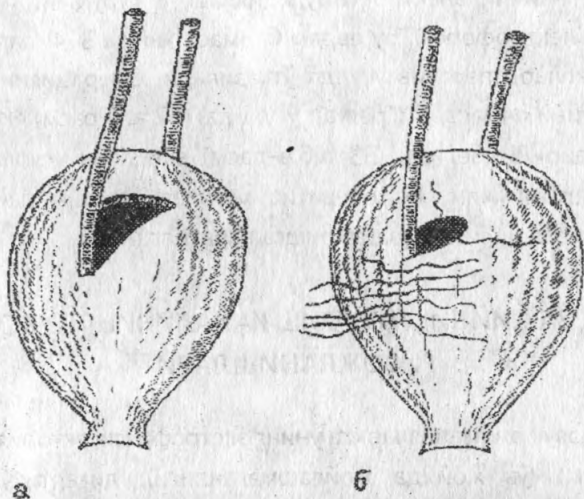
Урограммаларда қўйдаги белгиларга қараб (сийдик найи пастки қисмини кенгайиши, илон изи бўлиб узайиши, жом ва косачалар деформацияси) ҚСНР борлигига шубҳа қилиш мумкин. Цистограммаларда ҚСНР аниқ кўринади. Оддий цистограммадаги рефлюкс – пассив, микцион цистографиядаги рефлюкс – актив рефлюкс дейилади. Г. Влаткович (1976) рефлюксларни тўрт даражасини фарқлайди:

1 – даражали ҚСНР – сийдик найининг дистал қисмига ташланади;

2-даражалида – рефлюкс жомгача бўлиб, сийдик найлари кенгаймаган;

3-даражалида – рефлюкс жомгача бўлиб, най кенгайган;

4-даражалида – сийдик найи, жом ва косачалар кескин кенгайган, буйрак паренхимасининг буришишини бошланиши.



32-расм. Греггар усулида антирефлюкс операцияси: а) қовуқ деворининг шилдиқ қатламича кесилш, б) сийдик найини чўктириб устидан мушак қатламини тикиш.



33-расм. Политано-Лидбеттер усулида уретероцистонеостомия операцияси. а,б) сийдик найини қовуққа қайта кўчириб ўтказишнинг схематик кўрinishи; в) Политано-Лидбеттер операциясидан кейин сийдик найининг қовуқ ичи кўрinishи.

ҚСНР даволаш: 1-2-даражали рефлюкслар – консерватив (циститни даволаш, прозерин билан ионофорез, қовуқ ва

сйдик найини электростимуляциялаш, В гуруҳ витаминлар билан электрофорез), бу ёрдам бермаса ҳамда 3–4–даражали рефлюкслар оператив усулда ўтказилади. Операцияни қовуқ бўшлиғини очмасдан (Грегуар усулида) (32 а,б–расм) ёки очиб (Политано–Лидбеттер, (33 а,б,в–расм) ёки Козн усулларида) бажариш мумкин. Бу оператив усуллар сйдик найининг интрамурал қисмини узайтиришга қаратилган.

ҚОВУҚ ВА СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИНИНГ НУҚСОНЛИ РИВОЖЛАНИШЛАРИ

Қовуқ аномалияларига унинг экстрофияси, эктопияси (34 а,б–расм) (ўз жойида жойлашмаганлиги), дивертикули ва иккиталиги киради (35–расм).



34 а-расм. Контрастли кистограмма: қовуқни бел эктолуяси.

34 б-расм. Шу беморнинг экскретор урограммаси: буйраклар фаолияти яхши, қовуқ эктопияси муносабати билан сйдик найлари латерал сийжиган.



35-расм. Контрастли цистограмма: иккита қовуқ кўринаяпти.

Булар ичида нисбатан кўп учрайдигани қовуқ экстрофиясидир. Бу туғма нуқсон, бола дунёга келиши биланоқ маълум бўлади. Бу аномалия ўғил болаларда қизларга нисбатан 6 марта кўпроқ учрайди. Экстрофияда қориннинг пастки қисмида қов бирикмаси соҳасида қорин деворининг ҳамма қатламлари йўқ бўлади ва шу ерга олдинги девори бўлмаган очик қовуқ бўртиб чиқиб туради. Эътибор билан қаралса, қовуқнинг орқа девори Льетодиев учбурчагининг шиллик пардаси ва шу ерга очиладиган сийдик найи устьялари кўриниб туради. Қовуқ шиллик қатламининг четлари қорин териси билан тутшиб кетади. Бунда доимо тотал эписпадия бўлади. Қов суяклари бир-биридан ажралган, узокроқда туради, симфиз бўлмайди, кўпинча крипторхизм кўрилади, простата беги гипоплазияси ёки аплазияси бўлади. Қорин девори дефекти орқали ташқарига бўртиб турган очик қовуқ (36-расм) тўқ қизил тусда бўлиб, диаметри 3–8 см гача учрайди, унинг пастки қисмидан – сийдик найи устьяларидан

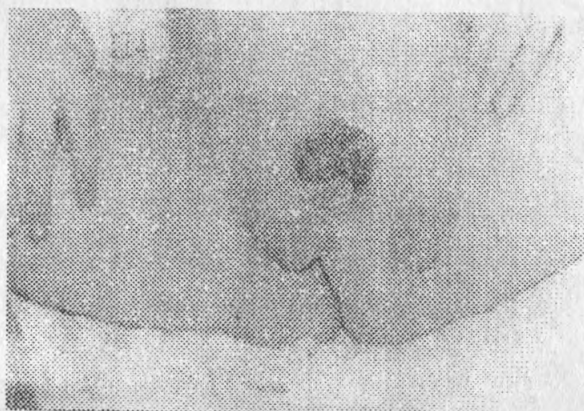
вақти-вақти билан ажралиб турган сийдик оқиб туради. Бундай беморлардан доимо бадбўй ҳид анқиб туради. Жинсий аъзолари атрофидаги терида мацерация, яллиғланиш бўлади. Мана бу ҳолат жисмоний азоб устига қаттиқ руҳий азоб ҳам беради. Қовуқ экстрофияси кўпинча қўшимча нуқсонли ривожланиш ва касалликлар билан бирга кечади (37 а,б,в,г-расм).



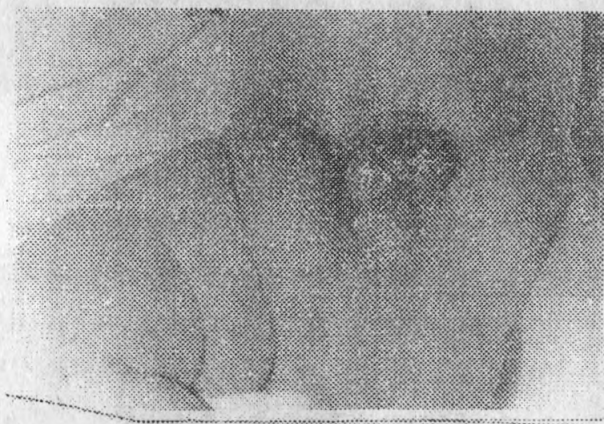
36-расм. Қовуқ экстрофияси.

Диагнози қўйиш қийин эмас, беморни бир марта кўришнинг ўзи кифоя. Аммо албатта экскретор урография қилиб юқори сийдик аъзоларининг ҳолатини ва фаолиятини аниқлаш ҳамда қўшимча нуқсонлар бор-йўқлигини кўриш зарур. Экстрофияли беморлардаги энг катта хавф пиелонефритдир. Буларни парваришдаги муҳими: тери мацерациясини ва сийдик йўллари инфекциясини олдини олиш. Бунинг учун қовуқ атрофи териси индифирант малҳам (рух пастаси ва ҳ.к) билан қопланади,

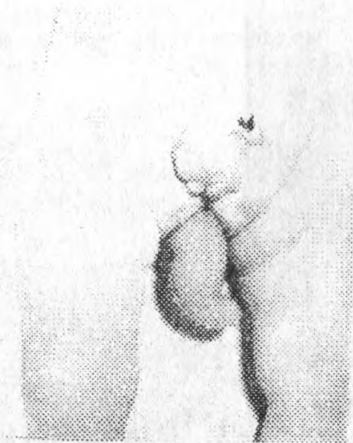
қовуқнинг шиллиқ пардасига стерил вазилен мойли салфетка қўйилади.



37 а-расм. Қовуқ экстрофияси ва ёрғоқнинг тўлиқ иккиланиши.



37 б-расм. Қовуқ экстрофияси ва икки томонлама тўғриланувчи чов-ёрғоқ чурраси.



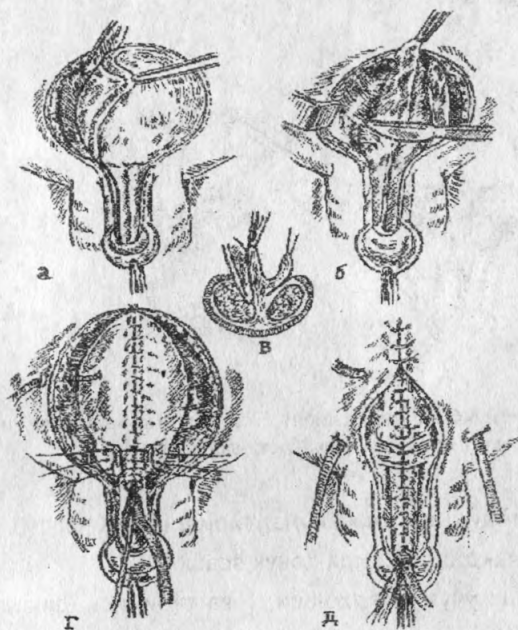
37 в-расм. Қовуқ экстрофияси ва тўғри ичак тушишининг III в-даражаси.



37 г-расм. Қовуқ экстрофияси ва чап оёғининг нуқсонли ривожланиши.

Қовуқ экстрофияси фақат жарроҳлик йўли билан

даволанади. Операциянинг мақсади: сийдик йиғадиган аъзо ҳосил қилиб уни бемор ўз хоҳиши билан бўшатадиган бўлиши керак; сийдик аъзолари инфекциясини олдини олиш; ташқи жинсий аъзоларни тўғрилаш.



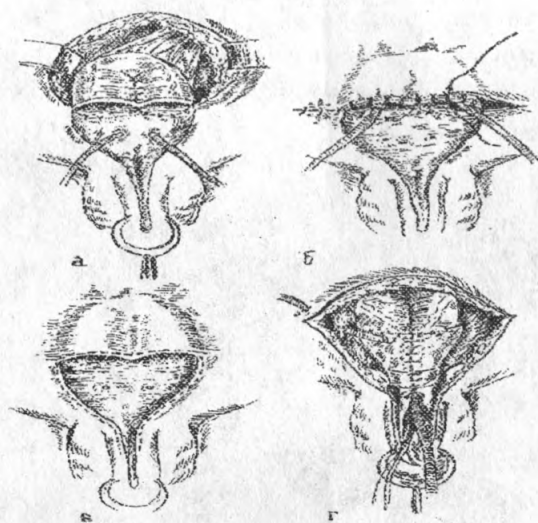
38-расм. а,б,в,г,д. Маҳаллий тўқимадан қовуқ ва уретра ясаш операциясининг босқичлари.

Қовуқ экстрофиясини даволаш учун 100 дан зиёдроқ операциялар таклиф этилган. Уларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1 – Реконструктив-пластик операциялар:

а) маҳаллий тўқимадан қовуқ ва уретра ясаш; (38 а,б,в,г,д-расм)

б) Сигмасимон ичак сегменти ва маҳаллий тўқимадан қовуқ ва уретра ясаш (39 а,б,в,г-расм).



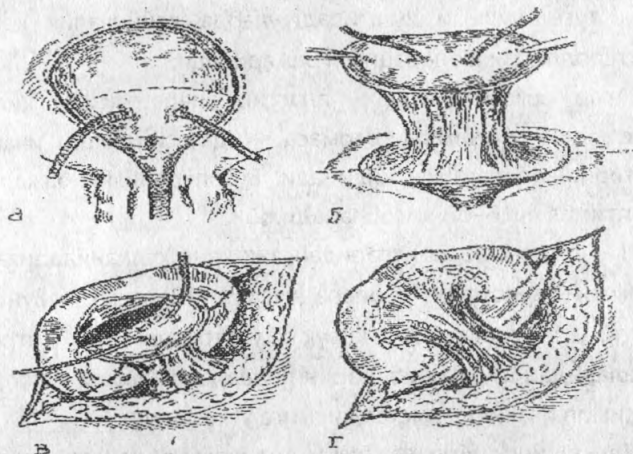
39-расм. а, б, в, г. сигмасимон ичак сегменти ва маҳаллий тўқималардан қовуқ ва уретра ясаш операциясининг босқичлари.

II - Сийдикни ичакка йўналтириш (40,41-расм).

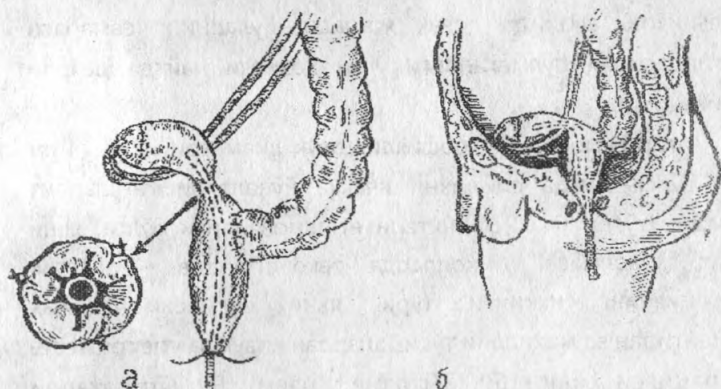
III - Ичакдан алоҳида қовуқ ясаш.

Болалар учун энг яхшиси, I ва табиийси (физиологик томондан) I гуруҳ маҳаллий тўқималардан қовуқ ва уретра ясаш операцияси. Бу операцияни, пиелонефрит ривожланмасдан, чақалоқ дунёга келгандан ёки ҳаётининг дастлабки ойларида бажариш мумкин. Операцияга қарши кўрсатмалар: чуқур чала туғилиш, оғир қўшимча нуқсонли ривожланишлар. Экстрофияли қовуқни шиллиқ қаватини полипоз билан зарарланиши ва қовуқ диаметрини 4-5 см дан кичиклиги. Операциянинг мақсади: қовуқ атроф тўқималардан ажратиб тикилади, муҳими

қовуқ бўйинчасини яшаш, бунинг учун сфинктер мушаклари авайлаб ажратилади ва 2-3 қават қилиб тикилади. Қов суюқлари бир-бирига яқинлаштирилиб 2 та капрон ип билан тикилади.



40-расм. а,б,в,г. Михельсон-Терновский операциясининг босқичлари.



41-расм. а,б. Г.А.Баиров ва И.А.Ахмеджанов усулида сийдикни ичакка йўналтириш операциясининг схематик кўриниши.

Қорин олди девори дефекти апоневроз ва тўғри мушаклар ёрдамида ёпилади, сўнг тери тикилади. Каттароқ ёшдаги болаларда қов суяklarини бир-бирига яқинлаштириш остеотомия ёрдамида бажарилади.

Операция қилинган беморларнинг деярли ярмида сийдик тутолмаслиги кузатилади, уларда кейинчалик қайта сфинктеропластика операцияси бажарилади.

Агар реконструктив – пластик операциясини қилиб бўлмаса ёки у самара бермаса, унда сийдикни ичакка йўналтириш операцияси қилинади. Бу операцияни бажариш учун оптимал ёш 6-ой ҳисобланади.

II – гуруҳ операцияларидан энг кенг қўлланиладигани Михельсон–Терновский операцияси (40–расм). Бунинг моҳияти: экстрофияли қовуқ уретрадан ва атроф тўқималаридан ажратилиб, қорин пардадан ташқари ҳолатда, сигмасимон ичакнинг дистал қисмига ўтказилади.

Беморнинг сийиши ва нажас қилиши анал тешиги орқали бўлади.

III – гуруҳ операциялари – ингичка ёки тўғри ичаклардан (Мельников) алоҳида қовуқ ясалади. Буларнинг самараси кўнгилдагидай бўлмаганлиги учун ҳозирги пайтда деярли қилинмайди.

Агар беморда экстрофияли қовуқ диаметри кичик (4 см кам) бўлса ҳамда сийдикни ичакка йўналтиришга шароит бўлмаса (тўғри ичак сфинктери етишмовчилиги бўлса, яъни ахлат тутаолмаса, у ҳолларда реконструктив – пластик операциянинг иккинчи тури, яъни сигмасимон ичак сегментидан ва маҳаллий тўқималардан қовуқ ва уретра яшаш операцияси қилинади (39 а,б,в,г–расм). Бу кўп этапли операцияни бир ёшдан кейин бажарган яхши. Самарали

операциялардан кейин болалар ўзларини яхши ҳис қилади, сийдик тутаолмаслик йўқолади. Рентгенологик текширишлар, уларда сийдик аъзоларининг фаол ишлаётганини кўрсатади (42,43-расм).



42-расм. Сигмоидо-уретропластика операциясининг 6 йилдан кейинги экскретор урограмма: буйрақларнинг контрастлашуви яхши; қовуқ ғаройиб кўринишда.



43-расм. Чап томонлама геминефруретерэктомия ва сигмоидо-уретропластика операцияларидан 5 йилдан кейинги цистограммада ғаройиб плакдаги қовуқ ва икки томонлама қовуқ-уретерлар рефлюкси кўринмоқда.

Қовуқ экстрофияси туфайли операция бўлган беморлар, иккиламчи пиелонефритни ва пайдо бўлиши мумкин бўлган асоратларни (гидронефроз, тошлар ва ҳ.к.) даволаш учун диспансер кузатувида бўлишлари шарт.

Қовуқ дивертикули деб қовуқ бўшлиғи билан туташган халтасимон ҳосилага айтилади.

Сохта ва ҳақиқий дивертикуллар фарқланади. Сохта дивертикуллар, қовуқдан сийдик чиқиши кўп вақт давомида қийинлашганда (инфравезикал обструкциялар), мушаклар (детрузорлар) оралиғи очилиб, шиллиқ қавати чиқиши натижасида ҳосил бўлади (44-расм).



44-расм. Микцион цистограмма: қовуқнинг сохта дивертикуллари, инфравезикал обструкция.

Ҳақиқий (туғма) дивертикул одатда қовуқнинг орқа қисмида жойлашиб унинг ҳамма қатламларидан ташкил топган бўлади (45-расм), қовуқнинг олд томонида (фақат ураҳус битмаганда) жуда кам ҳолларда учрайди (46-расм).



45-расм. Контрастли цистогамма: қовуқнинг орқасида кўшимча контрастли соя кўринапти.

Дивертикул ҳажми ҳар хил (то 500 мл гача), сони эса одатда, битта бўлади. Клиник манзараси, дивертикулда сийдик туриб қолиши натижасида, кўпинча цистит симптомлари билан намоён бўлади. Агар дивертикул катта бўлса бемор икки марта сийишга шикоят қилади (аввал қовуқ бўшаб кейин дивертикул бўшайди). Дивертикул девори яллиғланса (дивертикулит) терминал пиурия (сийишнинг охирида йиринг чиқади) кузатилади.

Цистография ён проекцияда бажарилса, қовуқнинг орқасида кўшимча контрастли соя кўринади (45-расм), сохта дивертикуллар майда ва кўп сонли, ҳар хил шаклли соя бўлиб кўринади (44-расм).

Цистоскопияда дивертикулга кириш жойи думалоқ, ёки овал шаклда кўриниб, ундан радиал йўналишда шиллик қатламларини кузатиш мумкин.

Даволаш: катта ҳақиқий дивертикуллар операция йўли билан олиб ташланади (дивертикул эктомия). Сохта

дивертикуллар инфравезикал обструкция тўғриланса ўзи йўқолади.



46-расм. Микцион цистограмма: қовуқ олд томонида ҳақиқий дивертикул, чап буйрак гетеролатерал дистопияси ва чап томонлама қовуқ-сийдик найининг II даражали актив рефлюкси.

Инфравезикал обструкция – сийдик оқимиға тўсиқ бўлиб кечадиган бир неча касалликларни (уретра стенози, клапани, дивертикули, уруғ дўмбоқчаси гипертрофияси, қовуқ бўйинчасининг склерози) ўз ичига қамраб олган умумий тушунчадир.

Бу касалликлар бир хил симптомлар билан намоён бўлиб, юқори сийдик йўллари кенгайишини чақиради. Инфравезикал обструкциянинг асоратлари: қовуқ атонияси, сохта дивертикуллари, ҚСН рефлюкслари, икки томонлама уретерогидронефроз, сурункали буйрак етишмовчилиги.

Инфравезикал обструкциянинг клиник кўриниши

сийишнинг бузилиши (дизурия), иккиламчи пиелонефрит ва сурункали буйрак етишмовчилиги белгилари билан намоён бўлади. Касаллик бошланишида болада сийиш пайтида қийналиш кузатилади, булар кучаниш, сийиш вақтини узайиши, сийдик босим остида ингичка бўлиб чиқиши, кейинчалик, детрузорлар фаолияти бузилиши (аста-секин қовуқ атонияси авж олади) натижасида сийдик оқими (струя) сусаяди, узилиб-узилиб туради, қовуқда қолдиқ сийдик пайдо бўлади, баъзи ҳолларда энурез ҳам кўшилади.

Қовуқ атонияси яққол юзага келган ҳолларда парадоксал ишурия (тўла қовуқда сийдикни томчилаб чиқиши) кузатилади. Инфравезикал обструкция фонидаги иккиламчи пиелонефрит жуда оғир кечади. Иккала буйраklarнинг зарарланиши натижасида сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланади.



47-расм. Микцион цистограмма: инфравезикал обструкция, сийдик чиқариш каналининг торайган ва кенгайган жойлари кўринапти.

Диагноз: касалликнинг клиник манзараси ва қўшимча текширишлар: эхография, цистография ёрдамида қўйилади. Ультратовуш текшириш натижасида жом, сийдик найлари ва қовуқ кенгайганлигини кўриш мумкин. Цистограммаларда

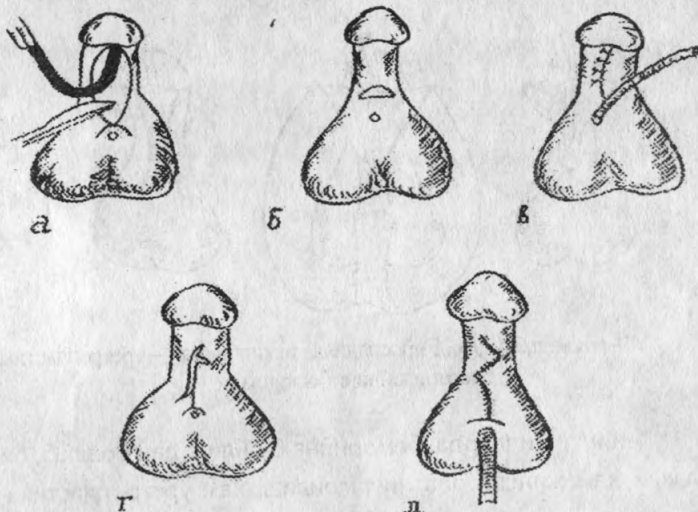
қовуқ деформацияси ва катталашганлиги, сохта дивертикуллар, қовуқ буйинчасининг торайиши (буйинча склерози) ва орқа уретрани кенгайганлиги (клапан, стриктура ва х.к.) кўринади (44.47 расм). Кўпинча икки томонлама қовуқ-сийдик найи рефлюкси аниқланади.

Даволаш жарроҳлик усуллари билан ўтказилади: қовуқ буйинчасининг склерозида ёки торайишида - буйинчани ичкаридан кесиш (внутренняя сфинктеротомия) ёки буйинчани У-симон пластикаси қилинади. Уретра клапанларида - резектоскоп ёрдамида ёки оралиқ орқали бориб клапан кесиб олиб ташланади, уруғ дўмбоқчасининг (семенной бугорок) гипертрофиясида - дўмбоқчани эндоуретрал электро - коагуляцияси ёки унинг юзасида бир неча бўйлама кесмалар қилиш операцияси қўлланилади. Уретра торайишларида (стриктура), агар у дистал қисмида бўлса миатотомия, агар торайиши юқорида бўлса Хольцов опе-рацияси бажарилади. Сийдик чиқариш канали дивертикулида дивертикулэктомия операцияси қилинади. Уретранинг ўтувчанлиги тиклангандан сўнг, кейинчалик қовуқ-сийдик найи рефлюкси бор беморларда антирефлюкс операцияси ўтказилади.

Гипоспадия. Бу аномалияда сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги жинсий олатнинг орқа юзасида ёки оралиқда жойлашади, бинобарин, уретра маълум масофада йўқ бўлади. Гипоспадия - энг кўп учрайдиган нуқсонли ривожланиш бўлиб, ўғил болаларнинг ҳар 150-400 туғилганидан 1 тасида учрайди. Гипоспадия ҳомила ривожланишининг 7-14 ҳафталарида юзага келади. Уретранинг қанча қисми йўқлигига, яъни сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги жойлашган жойига қараб гипоспадиянинг қуйидаги турлари фарқланади:

- 1) Бошча тури – тожсимон эгатда;
- 2) тана тури;
- 3) ёрғоқ тури;
- 4) оралиқ тури;
- 5) гипоспадиясиз гипоспадия (хордага ўхшаш тури) – бу турда уретра тўлиқ бўлади, лекин у калта бўлгани учун жинсий олатни қийшайтириб уни ўсишига халақит беради.

Гипоспадия фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. Операция ҳажми унинг турига боғлиқ. Бошча турида кўпинча уретранинг ташқи тешигини торайиши бўлгани учун миатотомия операцияси қилинади. Операцияни моҳияти: уретрани дистал қисми, яъни уретранинг ташқи тешиги 0,3–0,5 см кесиб кенгайтирилади ва кески жойига 2 та кетгут чок қўйилиб, уретра шиллик қавати ташқарига тортиб тикилади.

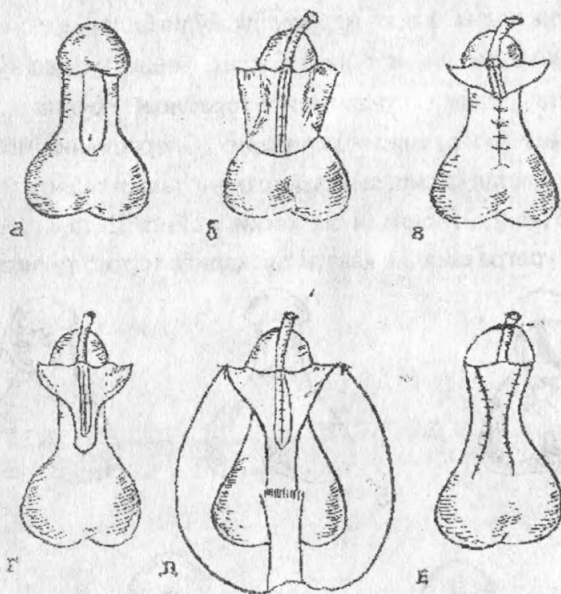


48-расм. а,б,в,г,д. Гипоспадияда биринчи этап операциясининг босқичлари.

Гипоспадияни қолган турлари 2 этапда операция

қилинади: 1 этап – жинсий олатни тўғрилаш ёки хордани кесиб олиб ташлаш (48-расм а,б,в,г,д) операцияси 1,5-2 ёшликда қилинади.

2 этап – уретропластика (49-расм) – 6-13 ёшда қилинади. Бу операциянинг кўп усуллари таклиф қилинган. Ҳозирги пайтда уретранинг етишмаган қисми жинсий олат терисидан (Дюплей, Гросс ва ҳ.к), ёрғоқ терисидан (Тетьев, Русаков ва ҳ.к.) яшаш усуллари қўлланилади.



49-расм. а,б,в,г,д,е. Гипоспадияда иккинчи этап – уретропластика операциясининг босқичлари.

Кейинги йилларда, беморнинг 6 ойлигидан бошлаб, бир йўлакай ҳам жинсий олатни тўғрилаш, ҳам уретропластика – чекка кертмак терисидан фойдаланиб уретра яшаш операцияси (Ж. Бекназаров) муваффақиятли қўлланилмоқда.

Ҳозирги пайтгача бу аномалияни тўғрилашнинг идеал усули йўқ, шунинг учун баъзи беморларда асоратлар (уретра оқмаси, рецидивы ва ҳ.к.) кузатилиши натижасида қайта операциялар қилишга тўғри келади.

Қизларда гипоспадия жуда кам ҳолларда учрайди ва кўйидаги турлари тафовут қилинади:

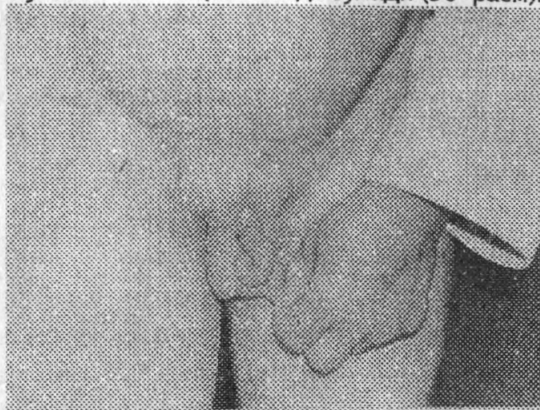
1. қисман;
2. тўлиқ –сийдик тўта олмаслиги йўқ;
3. тўлиқ – сийдик тутаолмаслиги билан.

Қисман гипоспадияда уретранинг ташқи тешиги киннинг дистал қисмида. тўлигида эса ичкавибоғида очилади. Бу аномалиянинг борлигини беморнинг ўзи ҳам сезмайди. Лекин бу беморларда сурункали цистит кўп ҳолларда учрайди. Тўлиқ гипоспадиянинг баъзи турларида қовуқ сфинктери етишмовчилиги – сийдик тутаолмаслиги кузатилади. Бу беморлар 14 ёшдан кейин операция йўли билан даволанади.

Эписпадия – уретранинг нуқсонли ривожланиши бўлиб, бунда уретранинг дорзал (олдинги) юзаси анча–мунча масофада очилиб ётади ва худди тарновга ўхшайди, бу қисмидаги шиллиқ парда пушти рангли бўлиб кўриниб туради. Эписпадия 40–50 минг туғилган чақалоқдан 1 тасида учрайди, ўғил болаларда қизларга нисбатан 7 марта кўпроқ учрайди. Эписпадиянинг кўйидаги 3 тури тафовут қилинади, ўғил болаларда бошча, тана ва тотал турлари, қизларда–клиторик, субсимфизар ва тотал турлари. Тотал (тўлиқ) тури доимо сийдик тутаолмаслиги билан кечади.

Клиник манзараси: Эписпадиянинг бошча турида уретранинг ташқи тешиги тожсимон эгатнинг ташқи томонида жойлашади, тана турида эса уретра тешиги пастроқда жойлашиб, жинсий олат калтароқ бўлади. Бемор сийдигини

ушлайди, лекин сийган пайтида сийдик ҳар томонга сачрайди. Тотал эписпадия- энг оғир тури бўлиб, уретра бутунлай очилиб қолади ва унинг тешиги қов остида бўлади (50-расм).



50-расм. Тотал эписпадия, жинсий олат буралиб деформацияланган, уретранинг бўлинган шиллик қавати кўринапти.



51-расм. Тотал эписпадияда обзор рентгенограмма: қов суяклари бир-бири билан тугашмаган, жинсий олат қориннинг олдинги девори томонига тортилиб турибди.

Қовуқ сфинктери ҳам иккига бўлинган, шунга кўра бемор сийдикни мутлақо тута олмайди. Жинсий олат ривожланмаган бўлади ва юқорига қориннинг олдинги девори томонига тортилиб туради. Қов суяклари ҳам бир-бири билан туташмайди (51-расм). Простата бези яхши ривожланмаган бўлади. Чекка кертмаги иккига бўлиниб, фартук сингарми осилиб туради. Тотал эписпадия кўпинча крипторхизм, чов чурраси билан биргаликда кечади.

Бу аномалия камдан-кам бўлсада, қизларда ҳам учрайди. Клитовик турида жинсий аъзолар нормал ривожланган, сийдик тутаолмаслиги бўлмайди, уретранинг ташқи тешиги клитордан юқорирокда жойлашган бўлади. Субсимфизар турида, уретра қовуқ буйинчасигача очик ва воронкадек бўлиб кўринади. Клитор, катта ва кичик уятли лаблар ҳам ёриқ сифатида кўринади. Бемор баъзан сийдигини тута олмайди. Эписпадиянинг тотал турида уретра бутунлай ёрилгандай бўлиб кўриниб, сфинктер ҳам ёриқ бўлгани учун сийдикни бутунлай тута олмайди.

Уретранинг ташқи тешиги кенгайган, ташқи жинсий аъзолар ва қов суяклари кўшилиш жойи ёрилган. Симфиз йўқ. Диагноз гениталийларга қараб қўйилади. У қийин эмас.

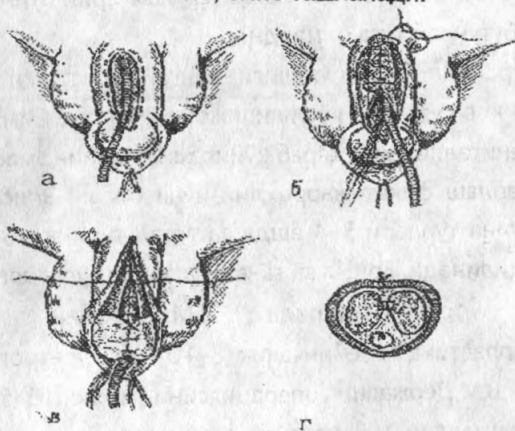
Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан. Эписпадияни бошча ва тана турлари 3-4 ёшда ва тотал тури эса 6-8 ёшда операция қилинади. Бошча ва тана турларида -уретропластика (52-расм), тотал турида В.М.Державин усулида сфинктеропластика ва кейинчалик (8-10 ёшда) уретропластика қилинади. В.М.Державин операциясини моҳияти (53-расм) қовуқни очмасдан, Льетодиев учбурчаги мушакларидан сфинктер яшаш. Қовуқнинг ҳажми 50 мл. дан кам бўлса бу операция қилинмайди. Бу ҳолларда сийдикни ичакка

йўналтириш операцияси бажарилади.

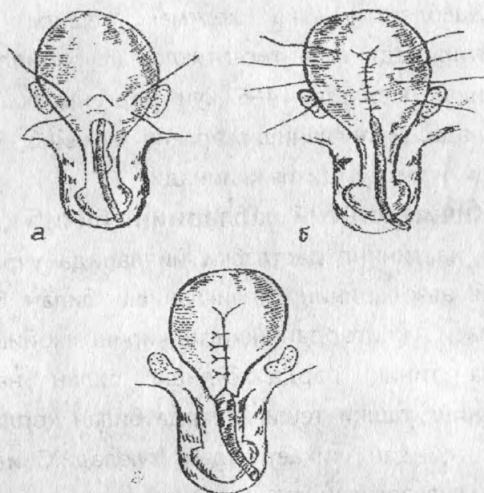
ФИМОЗ деб жинсий олат чекка кертмагининг торайиши натижасида, олат бошчасининг яланғочланмаслигига айтилади. Бунда бола жуда қийналиб ингичка сияди, сияётганда чекка кертмак ичига сийдик тўпланиши натижасида у шишиб кетади. **Фимознинг 3 тури тафовут қилинади:**

- 1) чекка кертмаги узун бўлса гипертрофик фимоз;
- 2) чекка кертмаги олат бошчасига ёпишиб торайган бўлса – атрофик фимоз;
- 3) Уста чала кестандан кейин – чандиқли фимоз.

Фимоз сийдик оқимиغا тўсиқ натижасида, баланопостит, цистит, пиелонефрит, қовуқ – сийдик найи рефлюксларига сабаб бўлиши мумкин. Фимоз консерватив ва оператив йуллар билан даволанади. Консерватив – фимозни тўғрилаш: чекка кертмак тешиги кенгайтирилади, олат бошчаси синехийлардан ажратилади. Операциянинг номи – циркумцизия. Чекка кертмак айланасига кесилиб, олиб ташланади.



52-расм. а,б,в,г. Тана туридаги эпистадияда уретропластика операциясининг босқичлари.



53-расм. а,б,в. Тотал эписпадияда В.М.Державин усулида сфижтеропластика операциясининг босқичлари.

ПАРАФИМОЗ деб жинсий олат бошчасининг торайган чекка кертмак билан қисилиб қолишига айтилади. Касаллик кўпинча фимозни тўғрилаш пайтида ёки бола мастурбация билан шуғулланганда юзага келади. Парафимозда олат бошчаси сиқилиши натижасида тезда шишади, агар препуциал халтага қайтиб киргизиб қўйилмаса, олат бошчаси некрозга ҳам учраши мумкин.

Даволашнинг энг яхши усули- циркумцизия.

БАЛАНОПОСТИТ деб жинсий олат бошчасининг яллиғланиши (баланит) ҳамда чекка кертмак ички варағининг яллиғланиши (постит) бирга келишига айтилади. Бунда аввал олат боши ва чекка кертмак соҳасида қичишиш ва ачишиш сезилади. Сўнгра у ер қизаради ва шишади. Чекка кертмакнинг ички варағи ва олат боши жуда қизариб, юзалари эрозияга

учрайди ва яраланади, чекка кертмак халтасида кўп миқдорда йиринг пайдо бўлади.

Даволаш: Чекка кертмак тешиги қисқич билан кенгайтирилади ва антисептиклар (фурациллин, риванол ва ҳ.к) билан ювилади, 4–5 кун марганцовкали ванночкалар буюрилади. Яллиғланиш жараёни камайиб, ўтгандан кейин операция– циркумцизия қилинади.

Кичик жинсий лабларнинг битиб қолиши одатда, қизлар ҳаётининг дастлабки йилларида учрайди ва ташқи жинсий аъзоларининг яллиғланиши билан боғлиқ. Клиник манзараси, клитордан қинга кириш жойигача тортилган ингичка тиниқ парда бўлиши билан намоён бўлади. Уретранинг ташқи тешиги парда билан қопланганлиги учун сийдик қиндан чиқаётгандай туюлади. Сийдикнинг қинга тушиши вульвовагинитни чақариши мумкин.

Даволаш: қўл ёки тугмали зонд ёрдамида кичик жинсий лаблар бир–биридан ажратилади ва вазелин мойи суркалади. Бу ҳолат қайталанмаслиги учун лаблар орасига стерил докча қўйилиб, 3–4 кун давомида, кунда алмаштирилиб турилади.

МОЯКНИНГ НУҚСОНЛИ РИВОЖЛАНИШЛАРИ. Мояк аномалияларининг 2 тури тафовут қилинади: 1–ривожланиш аномалияси (мояк гипоплазияси, монорхизм, анорхизм ва полиорхизм); 2–жой–лашиши аномалияси – (крипторхизм ва мояк эктопияси).

Мояк гипоплазияси – кўпинча крипторхизмда, қон билан таъминланишнинг бузилиши натижасида учрайди. Гипоплазия икки томонлама бўлса эндокрин бузилишлар (адипозогенитал семириш, жинсий ривожланишдан орқада қолиши) кузатилади. Баъзи ҳолларда бу аномалия микропенис ёки «яширин жинсий олат» билан биргаликда кечиши мумкин.

Бундай беморларни эндокринологлар даволашади.

Монорхизм бир мойкнинг умуман бўлмаслиги. Бу ҳолларда уруғ тизимчаси ҳам бўлмайди. Ёрғоқнинг шу томони аплазияга учраган бўлади.

Якуний диагноз – монорхизм деб, фақат қорин парда ортини мувассал тафтиш қилиб, мойк топилмагандан кейингина қўйиш мумкин.

Давоси: косметик мақсадда силикон протез, беморнинг 12–14 ёшлигида қўйиш мумкин.

Анорхизм – иккала мойкнинг бўлмаслиги. Кўпинча бу аномалия иккала буйрак агенезияси билан бирга келади ва бундай беморлар яшамайди. Жуда кам ҳолларда анорхизмнинг ёлғиз ўзи учрайди. Бу беморларда ташқи ва ички жинсий аъзолар, иккиламчи жинсий белгилар ривожланмаган бўлади.

Давоси ← гормонотерапия.

Полиорхизм – қўшимча (учинчи) мойкнинг бўлиши. Одатда қўшимча мойк гипоплазияга учраб, асосий мойкдан юқорироқда жойлашади. Давоси – ёмон сифат ўсмага айланиш хавфи бўлгани учун мойкни олиб ташлаш (орхидозектомия) операцияси қилинади.

Мояклар жойлашиш аномалияси тез–тез учраб туради. Эмбрионал тараққиёт жараёнида мойк ретроперитонеал бўшлиқдан, 6 ойлигидан бошлаб чов канали орқали ўтиб секин–аста бола дунёга келгунча ёрғоққа тушади. Лекин ҳар хил салбий таъсирлар сабабли (мойкнинг қон томирларининг калталиги, чов каналининг ривожланмаганлиги, чов каналидан чиқиш жойида ёки ёрғоққа тушиш жойида қўшимча тўқимадан ҳосил бўлган тўсиқларнинг бўлиши ва ҳ.к) мойк ёрғоққа тушиш йўлида тўхтаб қолади (крипторхизм) ёки бошқа жойга ўтиб

кетади (эктопия).

Крипторхизмни абдоминал (чов каналини ички тешигигача бўлган масофада тўхтаб қолса) ва ингвинал (чов каналида ёки пастроқда мойк тўхтаб қолса) турлари фарқланади. Крипторхизм бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Крипторхизмда ёрғоқда мойк бўлмайди, уни пальпация қилиб чов каналида топиш мумкин ёки мутлақо топиб бўлмайди (абдоминал турида).

Крипторхизм ҳақиқий ва сохта бўлиши мумкин. Сохта крипторхизмнинг сабаби кремастер рефлексини баланд бўлиши, бу ҳолларда қўл билан мойкни ёрғоққа тушириш мумкин.

Жойлашиш аномалияси мойкнинг ҳар хил асоратларига (пуштсизлик, сперматоген фаолиятини бузилиши, буралиш натижасида некрозга йўлиқиш, шикастли орхит, малигнизация) мойилликни оширади. Сперматоген фаолиятининг бузилиши атроф тўқималар ҳароратининг баландлиги (ёрғоқ нисбатан $1,5^{\circ}\text{--}6^{\circ}\text{C}$) билан боғлиқ. Температуранинг баландлиги мойк герминатив ҳужайралари етилишининг орқада қолишига ва паренхимасида склеротик ўзгаришларга сабаб бўлади.

Бу ўзгаришлар бола 10–11 ёшга киргандан кейин, қайтмас бўлади. Мойк чов каналида бўлганда кўпинча буралиб қолиши ва оқибатда некрозга учраши мумкин. Даволаш операция йўли билан, болани 3 ёшлигидан бошлаб ўтказилади. Операциянинг мақсади: мойк ва уруғ тизимчасини мобилизация қилиб, мойкни ёрғоққа тушириб фиксация қилиш (орхидопексия).

Фиксация турлари ҳар хил бўлиши мумкин: соннинг сербар фасциясига (Торек-Герцен), ёрғоқ пўстлоқларига

(Омбредане; Шюллер),резинка ёрдамида тортиб кўйиш (Соколов) ва ҳ.к. усулларидадан фойдаланилади.

Прогноз мойяларнинг ривожланиш даражасига боғлиқ. Бир томонлама крипторхизмда ҳаётини спермалар миқдори 20% ни, операциядан кейин эса 80 % ни ташкил этади, икки томонлама крипторхизмда эса - 10 ва 40% бўлади.

Мояк эктопиясида у одатдагидан бошқа жойда туриб қолади. Агар мойя ораликда жойлашган бўлса, буни оралик эктопияси дейилади. Агар мойя соннинг ички юзасида туриб қолган бўлса сон эктопияси, қов соҳасида бўлса қов эктопияси дейилади. Бордию, мойя ёрғоқнинг иккинчи ярмида, қарама - қарши томонида жойлашиб қолса буни кесишма (перекрестная) эктопия дейилади.

Эктопиянинг охириги туридан бошқаларида мойяни операция қилиш йўли билан ёрғоққа ўтказмоқ лозим. Акс ҳолда у шикастланаверади.

ВАРИКОЦЕЛЕ - уруғ тизимчаси веналарнинг варикоз кенгайиши, кўпинча 10 ёшдан ошган болаларда чап томонида (70-90 %) учрайди, иккала томон варикоцелеси 23 % гача, ўнг томондан 9 % гача кузатилади (Н.А.Лопаткин, А.Г.Пугачёв, 1986).

Бирламчи ва иккиламчи варикоцеле фарқланади. Иккиламчисининг сабаби мойядан вена қонининг оқишига тўсиқнинг бўлиши ҳисобланади. Бирламчи варикоцелининг сабаби охиригача аниқланган эмас. Қуйидаги смиллар варикоцелега олиб келиши мумкин: мойя венаси клапанларининг бўлмаслиги ёки буйрак венасидаги гипертензия ҳисобига уларнинг етишмовчилиги; артерио-венос шунтларнинг бўлиши; ҳар хил сабабларга (туғма торайиш, аорта ва юқори тутқич артериясидан ҳосил бўлган

пинцет билан қисилиши ва ҳ.к.) кўра буйрак венасидаги босимни ошиши; балогат ёшига етиш даврида боланинг тез ўсиши ва жинсий аъзоларга қоннинг кўпроқ келиши мояк вена чигалларида ортостатик босимни оширади.

Клиник манзараси бўйича варикоцеленинг 3 даражаси фарқланади:

1- даражада - бемор тикка туриб кучанганда мояк веналарини кенгайганлигини пайпаслаб сезиш мумкин. Горизонтал ҳолатда веналар пучаяди;

2- даражада - кенгайган ва узайган веналар ёрғоқ соҳасида кўриниб туради, пайпаслаганда лойхуракка ўхшаш бўлади, мояк ўзгармаган. Бемор юрганда ноқулайлик сезади, жисмоний иш қилаётганда ёрғоқнинг тегишли ярмида оғирлик ва ҳатто оғриқ ҳам сезиши мумкин.

3- даражада - бемор катталашиб кетган ёрғоқнинг ярмида фақат иш вақтида эмас, ҳатто тинч ётганда ва кечаси ҳам оғриқ борлигига шикоят қилади. Пайпаслаганда кенгайиб кетган веноз тугунлари (лойхўраксимон) кўп эканлиги ва бемор вертикал турганида мояк пастки кутбидан анча қуйига тушиб туриши билинади. Мояк ҳажми кичраяди ва бир оз юмшагандай (дряблый) бўлади. Кремастер рефлекс бўлмайди.

Диагноз кўпинча профилактик кўрик пайтида қўйилади.

Ўз вақтида тўғри даволанмаса беморларда сперматогенезни бузилиши 70-90% гача кузатилади.

Даволаш 1-даражада консерватив - уруғ тизимчаси веналарининг кенгайишини камайтириш учун кичик чаноқ аъзоларидаги веноз стазларининг олдини олиш (ич келишини нормаллаштириш, узоқ вақт оғир жисмоний иш билан шуғулланмаслик), суспензорий тақиш - усуллари қўлланилади.

Агар консерватив даво ёрдам бермаса ва 2–3 даражали варикоцеле бўлса, бундай беморлар операция йўли билан даволанадилар. Ҳозирги пайтда кенг қўлланиладиган усуллар: Иванисевич операцияси (моёк венасини қисман кесиб олиб ташлаш), Паломо операцияси (вена билан биргаликда моёк артериясини ҳам қисман кесиб олиб ташланади). Иванисевич ва Паломо операцияларидан кейин асоратлар (рецидив, моёк истисқоси) бўлиши мумкин. Шу асоратларни олдини олиш учун 2–Москва мединститутининг болалар жарроҳлиги клиникасининг Паломо операциясига киритган модификацияси самара беради. Модификацияни моҳияти: операциядан олдин моёкка 0,2–0,3мл 0,4% индигокармин эритмаси юборилади. Операция пайтида лимфа йўллари бўёқ туфайли яхши кўринади ва улар сақланиб қолинади.

Ёрғоқдаги веналар тонусига қараб ҳар хил муддатда (6 ойгача) пучайиб ўз ҳолига қайтади.

IV – боб ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит бу буйрак жоми, косачалари ва паренхимасини, асосан унинг интерстициал тўқимасини, носпецифик яллиғланишидир. Болаларда пиелонефрит жуда кўп учрайди. Ҳозирги пайтда бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотлари бўйича ўпка ва юқори нафас йўллари касалликларидан кейин иккинчи ўринда туради. Кизларда ўғил болаларга нисбатан 4 марта кўпроқ учрайди.

Пиелонефритга энг кўп сабаб бўладиган микроблар ичак таёқчаси, вульгар протей, энтерококк, стафилококк, кўк яшил йиринг таёқчаси ва стрептококклардир. Ўткир пиелонефритда

кўпинча шу санаб ўтилган микроорганизмларнинг битта соф культураси (монокультура) топилди ва кўпроқ кокк флораси бўлади. Сурункали пиелонефритда аксинча соф культура ўткир пиелонефритга нисбатан жуда кам (25% беморларга), аралаш флора эса (ичак таёкчаси, протей, энтерококк, стафилококк ва стрептококк) кўп (68%) учрайди.

Инфекцияни буйракка кириш йўллари:

1) гемоген;

2) лимфоген;

3) уриноген йўл (ковук сийдик найи рефлюкси бўлганда);

4) сийдик найи деворидан кўтарилишчи йўл.

Буйрак тўқимасида яллиғланиш жараёнининг ривожланиши учун микробларнинг киришигина қифоя қилмайди. Бунда микроорганизмнинг умумий ҳолати муҳим роль ўйнайди. Оқсат сифатининг ўзгариши, организмнинг сувсизланиши, гипо- ва авита-минозлар, ортиқча совуқ ўтиши, чарчаш, турли инфекциялар касал-ликлар ва бошқа сабаблар организмнинг қаршилиқ кучини ка-майтиради ва уни кам вирулентли инфекцияга ҳам мойил қилиб қўяди. Пиелонефритнинг ривожланишида сийдик пассажиининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга. Сийдик пассажи сийдик йўлла-рининг турли касалликларида нефрон паренхимасидан тортиб сийдик чиқариш каналининг охиригача бўлган масофанинг ҳар хил жойларида функционал ёки морфологик ўзгаришлар натижасида бузилиши мумкин. Сийдик йўлларидаги бундай ўзга-ришлар туғма орттирилган (тошлар, ўсмалар, шикаст натижасидаги структуралар ва ҳ.к.) бўлади. Туғма сабаблар: буйракда диспластик ўчоқларни бўлиши, уретернинг торайишларида ва клапан, қўшимча қон томир ёки битишмалар билан босилиши, унинг тиззасимон

букилиши ёки жом юқорисидан чиқиши уретер устьясининг эктопияси, уретероцеле, қовуқ-сийдик найи рефлюкси, инфравезикал обструкциялар ва ҳоказолар.

Тасниф. Пиелонефритнинг турли таснифлари мавжуд. Амалиётда қўллаш учун Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974 й.) томонидан таклиф этилган тасниф энг қулайлидир. Бу таснифга асосан пиелонефрит бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин: келиб чиқиши бўйича- бирламчи (нообструктив) ва иккиламчи (обструктив) турлари фарқланади. Кечиши бўйича улар ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир пиелонефритнинг сероз, йирингли, апостематоз, бўйрак карбункули ва некротик папиллит каби турлари тафовут килинади. Сурункали пиелонефрит икки хилда кечиши мумкин: яширин (латент) ёки тўлқинсимон, яъни фаол яллиғланиш даври, ремиссия даврлари билан алмашиб кечиши. Агар бемор ўз вақтида самарали даволанмаса сурункали пиелонефрит бўйракни иккиламчи бужмайиши ёки пионефроз билан яқунланади. Микроблар гематоген йўл билан пўстлоқ (корковий) қаватига тушиб, бўйрак капсуласининг тагида майда йирингли учоқлар (апостематоз нефрит) чақириси мумкин.

Бу майда ўчоқлар баъзан қўшилиб бўйрак карбункулигича, ёки капсуладан ташқарига тарқалиб йирингли паранефритга ҳам олиб келиши мумкин. Сўрғич некрози пиелонефритнинг оғир асоратларидан ҳисобланади. Бунда ишимик омил вужудга келади, яъни сўрғич ва Мальпиги пирамидасидаги қон айланиши ўткир равишда бузилади.

Пиелонефритнинг клиник манзараси яллиғланиш жараёнининг турига ва беморнинг ёшига боғлиқ бўлади.

Кўкрак ёшидаги беморларда ўткир пиелонефрит,

умумий белгилар (гектик температура, токсикоз, эксикоз, диспептик ҳолат, қалтироқ) билан намоён бўлади. Каттароқ ёшдаги беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши, ваража, кўп терлаш, бел соҳасида оғриқ, дизурия, поллакурия билан кечиши мумкин. Агар ўткир пиелонефрит асоратланган (апостематоз нефрит, карбункул, паранефрит, сўргичлар некрози) бўлса, бемор аҳволи жуда оғир бўлади. Уросепсис ҳолати бўлиши мумкин. Бунда баъзан бел соҳасида кучли оғриқ, қизариш ва шиш ҳам бўлиши мумкин. Сийдик таҳлилида кўп миқдорда лейкоцитлар ёки пиурия бўлади.

Сурункали пиелонефрит клиник симптомларнинг билинар билинмаслиги билан характерланади. Баъзи беморларда сурункали пиелонефрит ўткир пиелонефритнинг давоми сифатида қолади, ёки бирламчи сурункали ҳам бўлиши мумкин. Бунда сийдик йўллари ўтувчанлигини бузилиши натижасида ўткир пиелонефритнинг қайталанишлари, конкриментнинг борлиги ёки бошқа урологик касалликлар сабаб бўлади. Кўпинча касаллик бир неча йиллар ўтгандан сўнг сийдикни текшириш муносабати билан ёки беморни гипертония, буйрак етишмовчилиги симптомлари (тез чарчаш, бош оғриқ, чанқоқ оғиз қуриш, полиурия, никтурия, гипоизостенурия), ё бўлмаса буйрак тош касаллиги сабабли текширганда маълум бўлиб қолади.

Сурункали пиелонефритни белгилари кам бўлгани учун кўпинча диагноз қўйиш мушкул бўлади. Касаллик кўпинча бу беморлар сийдик таҳлилида оқсил 1% гача, лейкоцитлар кўпайиши, эритроцитлар пайдо бўлиши кузатилади. Сурункали пиело-нефритни ремиссия даврида Аддис-Каковский, Амбурже ёки Нечипоренко синамаларини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Лейкоцитурия манбаи буйрак паренхимасида, сийдик йўллارининг бир қисмида ёки жинсий аъзоларида бўлиши мумкин. Шу сабабли сийдикдаги лейкоцитларнинг морфологик хусусиятларини текширишга (Штернгаймер Мальбин ҳужайралари-ни ва актив лейкоцитларини топишга) аҳамият берилади. Сийдикда актив лейкоцитлар топилгандагина пиелонефрит бор экан дейиш мумкин. Чунки лейкоцитлар буйрак паренхимасидаги ял-лиғланиш ўчоғидан чиқиб сийдикка қўшилади. Санаб ўтилган усуллар ёрдамида яширин пиурияни аниқлаб бўлмаса, провокацион тестлар (пироген ёки преднизолон билан) қўлланилади. 30-40 мг преднизолон вена ичига киритилгандан сўнг буйрак паренхимасининг яллиғланган ўчоғидан сийдикка тирик актив лейкоцитлар чиқади. Преднизолон киритилгандан сўнг бир соат давомида 400000 дан ортиқ лейкоцит сийдикда пайдо бўлса ва бунда сийдик чўкмасида актив лейкоцитлар анча миқдорда топилса, преднизолон тести мусбат деб ҳисобланади.

Сўнгги йилларда изотоп ренография ва буйракларни сканерлаш кенг қўлланилмоқда. Изотоп ренсграфия буйраклар ва юқори сийдик йўлларининг функционал ҳолатини аниқлашда, сканерлаш эса пиелонефритда буйракдаги айрим морфологик хусусиятларни билишга имкон беради.

Сурункали пиелонефрит диагностикасида рентгенологик текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга. Обзор рентгенограммада ва томограммада буйрак вертикал жойлашганлигини, унинг ҳажми кичрайганлигини, шунингдек контурлари нотекис эканлигини кўриш мумкин. Экскретор урография бу маълумотларни янада ойдинлаштиради. Бунда буйрак ҳажми ва контурлари ўзгарганлиги, косача ва жом

деформацияси, юқори сийдик йўллари тонусининг ўзгарганлиги аниқланади. Контраст моддани чиқариш вақти узаяди.

Оддий ва микцион цистография ёрдамида инфравезикал обструкция ва рефлюкслар бор йўқлиги аниқланади. Ангиография ёрдамида буйрақларни иккиламчи буришиши бор йўқлигини билиш мумкин.

Даволаш пиелонефрит билан оғриган беморлар шифохонага ётқизиб даволанади ва унга қатъий парҳез тайинланади. Бу даврда тузсиз овқатлар берилади, шунингдек оқсиллар асосан ҳайвон маҳсулотлари (гўшт, балиқ, творог) бериш камайтирилади. Бола овқат рационига сут, қатик, тухум, сметана, картошка, сабзавот ва мевалар, шарбатлар, қанд ва кондитер маҳсулотлари (мураббо, мармелад, зефир, тузсиз буғдой нон кабилар) киритилади. Овқат тайёрлашда асосан таркибида туз кам бўлган маҳсулотлар (қовоқ, сабзи, картошка, карам, кабачки, гуруч, куруқ ва ҳўл мевалар)дан фойдаланилади. Беморга 7-а парҳез столи тайинланади. Унинг умумий аҳволи, сийдиги ва биохимиявий кўрсаткичлари яхшилангандан сўнг 7-б ва 7 парҳез столига ўтказилади. Ўткир даврда беморга кўп суюқлик (6 л гача) ичирилади. Токсикоз ва эксикоз билан курашиш мақсадида вена орқали суюқликлар, витаминлардан юборилади, юрак ва седатив дорилар буюрилади. Микробларга қарши кенг спектрлик антибиотиклар, экиб микроб сезгирлигини аниқлангандан кейин, сезгирликка қараб дори тайинланади.

Ўтказилган даво тадбирларига қарамай, беморларнинг аҳволи яхшиланмай, аксинча, оғирлаша борса (микрофлора ўта вирулент ва антибиотикларга резидент бўлса) ва апостематоз нефрит, буйрак абсцесси ва карбункули гумон

қилинса, беморни операция қилиш лозим. Апостематоз нефритда операциясининг моҳияти: буйрак декапсуляция қилиниб, нефростома ва паранефрал клетчаткага дренаж қўйилади.

Карбункул бўлса кесиб йиринг чиқарилади. Буйрак сўргичлари некрозида нефрэктомия ҳам қилиниши мумкин.

Сурункали пиелонефритни даволаш амалий уронефрологиянинг мураккаб муаммолари қаторига киради. Организмда инфекцион ўчоқларни йўқотиш керак (тишлар, томоқ санация қилинади). Агар сийдик аъзоларининг туғма нуқсонли ривожланишлари бўлса, улар жарроҳлик йўли билан коррекция қилинади.

Шулардан кейин пиелонефрит билан курашишга яхши шароит яратилади. Сурункали пиелонефрит узоқ муддат даволанади. Дори дармонлар (антибиотиклар, сульфаниламидлар, нитрофуронлар, налидаксин кислотасининг препаратлари-невиграмон ва ҳ.к., 5-нок) курси алмаштирилиб бериб борилади. Фитотерапия ва санатор-курорт даво ҳам ўтказилади. Пиелонефрит билан оғриган беморлар доимо нефрологнинг диспансер кузатувида бўлиши керак.

V-боб

СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ

Сийдик тош касаллиги барча урологик касалликларининг 30-40% ни ташкил этади. Касаллик ҳамма ёшдаги болаларда учраши мумкин.

Ўғил болалар қизларга нисбатан сийдик тош касаллиги билан кўпроқ оғрийдилар. Тош сийдик аъзоларининг турли

қисмларида, яъни буйракларда, сийдик найларида, қовуқда ва сийдик чиқариш каналида бўлиши мумкин.

Этиология ва патогенези: Сийдик-тош касаллигининг келиб чиқиш сабаблари ҳозиргача тўлиқ аниқланган эмас. Сийдик тошларининг қандай вужудга келишини таърифлайдиган кўп назариялар мавжуд. Шулардан кенг тарқалгани физик-химиявий назария. У тош пайдо бўлишини сийдикнинг каллоид ҳолати бузилиши ва тузларнинг атипик кристаллизацияси ҳамда сийдик-каллоид мувозанатининг бузилишига сабаб бўлувчи тузлар сийдикда кўпайиб кетиши билан тушунтирилади. Оқибатда сийдик тузлари билан сийдикнинг химоя каллоидлари орасидаги миқдорий ва сифат муносабатларининг бузилиши тош пайдо бўлишига сабаб бўлади. Маълумки, сийдикнинг химоя каллоидлари ундаги тузларни эриган ҳолатда ушлаб туради. Хилма-хил сабаблар: организмда кислота-ишқорий мувозанатининг бузилиши, истеъмол қилинадиган овқат таркиби ўзгариши натижасида вужудга келадиган модда алмашинувидаги ўзгаришлар, меъда-ичак ёки жигар нормал фаолиятининг издан чиқиши, жигар ва буйрак фаолияти корреляциясининг бузилиши сийдикнинг физик-химиявий таркибини ўзгартиради. Суякларнинг шикастланиши, гиперкальцемия ва гиперкальциурия билан давом этадиган найсимон суяклардаги деструктив жараёнлар ҳам тош пайдо бўлишига мойиллик вужудга келтириши мумкин. Нефролитиаз келиб чиқишидан А ва Д авитаминозлари ҳам муайян рол ўйнайди. Сийдик нормал юришини бузадиган буйрак касалликлари ёки буйрак гемодинамикасини ўзгартирувчи касалликлар, гиперпаратиреоз сийдик – тош касаллиги вужудга келишига сабаб бўлади. Сийдик аъзоларининг нуқсонли

ривожланишлари, гидронефротик трансформация, сурункали пиелонефрит каби касалликлар ҳам оқибатида сийдик тош касаллигини вужудга келтириши мумкин .

Сийдик йўлларидаги тошлар сийдик таркибига кирувчи тузлардан иборат эканлиги аниқланган. Химиявий таркибига кўра улар урат кислота, натрий урат, аммоний урат (уратлар). Оксалат кальций (оксалатлар), оҳак тузлари (фосфатлар), карбонат кальций ва магний тузлари (карбонатлар) кристалларининг тошлари тафовут қилинади. Тошнинг таркибини унинг ташқи кўринишига қараб ҳам белгиласа бўлади. Масалан, уратлар қаттиқ сариқ-жигар ранг, юзаси силлиқ ёки майда донали. Оксалатлар жуда қаттиқ қора қўнғир, кўпинча қоп-қора рангда, юзаси ғадир-будир ўсиқли бўлади. Фосфатлар ва карбонатлар юмшоқ, осонликча майдаланиб кетадиган кулранг-оқ рангли, юзаси ғадир-будир. Цистин тошлари оч сариқ рангли, силлиқ. Ксантин тошлари сариқ силлиқ, лекин жуда қаттиқ. Оқсил тошлар юмшоқ, силлиқ, оппоқ рангли. Тошларнинг таркиби ҳар хил бўлиши мумкин. Масалан, тошнинг ядроси бир хил тузлардан, қобиғи эса бошқа тузлардан ҳосил бўлади. Тош ядроси кўпинча бактериялар, оқсил таначалар тўдаси ёки некроз натижасида ажралиб тушган бирорта буйрак сўргичи тўқимасидан ташкил топади.

Сийдик-тош касаллигининг асосий клиник белгилари оғриқ, сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар (гематурия, лейкоцитурия, туз кристалларининг бўлиши), майда тошларнинг ажралиши, дизурия.

БУЙРАК ВА СИЙДИК НАЙИ ТОШЛАРИ.

Оғриқ буйрак - тош касаллигининг энг дастлабки

белгиси ҳисобланади. Жомдаги катта тошлар ҳамда коралсимон тошлар бел соҳасида доимий тумтоқ оғриқ билан кечади. Бунда оғриқ сийдик найи бўйлаб ёнбош соҳага, човга, сонга, моякларга, жинсий уятли лабларга тарқалиши мумкин. Майда ҳаракатчан тошлар эса, сийдик оқимиға тўсиқ бўлиб, кучли оғриқ (буйрак санчиғи) чақиради. Буйрак санчиғида оғриқ бирданига ё кундузи, ё кечаси, тинч турган ҳолда ё бўлмаса ҳаракатда бўлган вақтда пайдо бўлиб қолади. Бунда оғриқ шу қадар қаттиқ бўладики, бемор ўзини қўйгани жой топа олмай қолади. Бемор жуда нотинч бўлади, ўз ҳолатини тез-тез ўзгартириб туради, кўпинча додлаб бақиради ёки инграйди. Буйрак санчиғида боланинг кўнгли айнийди, қусади, қорни дам бўлади, ел тўхтайди, ич келмайди, ичаклар парези кузатилади, баъзан эса қориннинг олдинги девори, мушаклари таранглашиб кетади. Буйрак санчиғи тутганда сийишда ҳам ўзгаришлар бўлади. Бунда бўладиган дизурия тошнинг қаердалигига боғлиқ. Тош сийдик найининг қанча қўйи қисмида жойлашган бўлса, беморнинг шунчалик тез сийгиси қистайди. Агар тош уретернинг юкставезикал ёки интрамурал бўлимларда тўхтаб қолган бўлса, боланинг узлуксиз сийгиси қистайверади. Буйрак санчиғига қуйидагилар сабаб бўлади: 1. Тошнинг сийдик найига текилиб қолиши натижасида буйракдан сийдикнинг пастга юриши қийинлашуви ёки бузилиши ;

2. Буйрак жоми ичидаги ва буйрак ичидаги босимнинг кескин кўтарилиб кетиши;

3. Веноз қон димланиши натижасида буйрак гемодинамикасининг бузилиши. Сийдик тош касаллигида кўпинча гематурия кузатилади. Гематурия микроскопик ёки макроскопик бўлиши мумкин. Лейкоцитурия борлиги

яллиғланиш жараёни қўшилганидан дарак беради. Уретер обтурациясида инфекция кириши билан яллиғланиш пайдо бўлса, беморнинг тана ҳарорати 39–40 даражагача кўтарилиб кетади, титрайди, тер босади, оғзи қурийди. Сийдик найи тош билан узоқ вақт бекилиб қолса, сийдик йўлларида инфекция бўлиши туфайли ўткир пиелонефрит, апостематоз нефрит ривожланади, буйрак карбункули вужудга келади, уросепсис клиник белгилари юзага чиқади.

Буйрак тош касаллигининг асоратлари: калькулёз пиелонефрит, гидронефроз, анурия. Анурия механик (иккала сийдик найининг обструкцияси) ва реффлектор бўлиши мумкин.



54-расм. Обзор урограмма: чап буйрак ва ўнг сийдик найининг дистал қисмида тошлар сояси кўринаяпти.



55-расм. Экскретор урограмма: буйрак жомларида тўлиш дефекти ва косачаларнинг кенгайганлиги кўринаяпти.

Диагноз эхография ва рентгенологик текшириш асосида қўйилади. Обзор урограммада сийдик йўлларининг бирор қисмида тош соясини кўриш мумкин (54-расм). Фақат

[†]10% беморларда рентгенонегатив (рентгенда кўринмайдиган) тошлар бўлиши мумкин (уратлар, цистин ва ксантин тошлар). Эскретор урография жуда муҳим аҳамиятга эга. Бу усул билан буйракларнинг анатомик ҳолати ва функционал қобилиятлари, шунингдек сийдик йўллари ҳолати аниқланади. Рентгеноконтраст модда фонида тош сояси билиниб туради, борди-ю тош рентгенонегатив бўлса, буйрак жомини тўлдириб турган контраст модда массасида тўлиш дефектини (55-расм) кўриш мумкин. Сийдик найи тош билан бекилиб турган бўлса, бунда тошнинг юқорисида контраст модда тўхтаб қолганлиги ва уретер кенгайиб кетганлиги кўринади.

Давоси. Буйрак ва сийдик найи тошлари консерватив ва оператив усуллар билан даволанади. Консерватив усуллар модда алмашинуви, кислота-ишқор мувозанатини нормаллаштиришга, сийдик йўлларидаги инфекцияни йўқотишга ва майда тошнинг ўз-ўзидан чиқиб кетишини стимуллашга қаратилади. Даво комплекс равишда олиб борилиши керак. Организмни қувватловчи тадбирларни, парҳезни ва дори-дармонлар билан даволашни санатория-курорт даволари билан бирга олиб бориш лозим. Тошнинг катталиги 0,6 см гача бўлганда ҳамда буйрак жомининг ва сийдик найининг тонус сақлаганда дорилар билан даволаш мумкин. Бунда беморга кўп миқдорда суюқлик ичиш тавсия этилади. Айни вақтда спазмолитик дорилар (ношпа, пинабин, цистенал, ависан, энатин ва ҳ.к.) буюрилади. Тошни чиқиб кетишини тезлатишда шифо физкультурасига ва физиотерапевтик муолажаларга (ванна, душ ва бошқалар) катта аҳамият берилади. Сийдик-тош касаллигида бўладиган ўткир буйрак санчиғи вақтида кечиктириб бўлмас ёрдам

кўрсатиш муҳим аҳамиятга эга. Буйрак саннигида даво тадбирларини, аввало иссиқ муолажалардан (грелка, иссиқ ванна) бошлаган маъқул, кейин эса оғриқ қолдирувчи дорилар ва спазмолитиклар қўлланилади. Агар булар самара бермаса, Лорин-Эпштейн усулида новокаин билан блокада қилинади.

Буйракдаги баъзи тошларни литотриптор ёрдамида майдалаб чиқариш мумкин. Катта тошларда ва консерватив даво самара бермаса операция йўли билан тош олиб ташланади. Жомдан тошни олиш- пиелолитотомия, агар корал тошлар бўлса-пиелонефролитотомия қилинади. Сийдик найида тош бўлса, уни олиш операцияси-уретеролитотомия бажарилади.

Агар калькулёз гидронефроз бўлса, операция пайтида тошни олиб, бир йўла туғма гидронефрозни чақирувчи сабаб (агар у бўлса) ҳам йўқ қилинади.

Агар бемор буйрак-тош касаллигининг асорати - пионефроз-билан келса, унга шошилиш равишда нефростома қўйилади. Болаларда ҳамаша аъзони сақлаб қолувчи операциялар қилишга интилиш керак. Нефрэктомия-буйрак ўз фаолиятини бутунлай йўқотгандан кейингина қилинади.

ҚОВУҚ ВА СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИ ТОШЛАРИ.

Пастки сийдик аъзоларидаги тошлар кўпинча иккиламчи бўлади, яъни юқори сийдик йўлларида пайдо бўлган тош пастга тушиб, қовуқда ёки уретрага тикилиб қолади. Касалликнинг асосий белгиси, бу сийишнинг бузилишидир. Инфекция қўшилган бўлса, цистит пайдо бўлади. Бунда сийиш охирида оғриқ вужудга келади. Қовуқ-тош касаллигининг ўзига хос симптомларидан бири сияётган

вақтда бирданига сийдикнинг келмай қолишидир, агар бунда бола ўз ҳолатини ўзгартирса, яна сийиши мумкин. Бемор қовуқ ва оралиқ соҳалари оғришини айтади, баъзан «қўл» симптоми (бола жинсий олатини уқалай беради) мусбат бўлади. Тош қисман орқа уретрага кириб турса, сфинктер тўлиқ бекила олмайди. натижада сийдик ушланмайди ёки сийдик қистаганда бола уни тута олмайди.

Ковуқ тошларида микрогематурия, лейкоцитурия кўп бўлади. Тош уретрани тамомила бекитиб қўйса, сийдик ўткир тугилади (ишурия). Тош туфайли уретрада яллиғланиш (уретрит) жараёни вужудга келиши ва баъзан оқмаларга сабаб бўлиши мумкин.

Уретранинг осилган ва ёрғоқ қисмларида тош тўхтаб қолганда уни ташқаридан ушлаб топиш мумкин. Агар тош қўл билан аниқланмаса, уретра ичига металл катетер тикилади. Бунда маълум жойда тўсиқ борлиги сезилади ва катетернинг тошга текканлиги билинади.



56-расм. Умумий урограмма: қовуқ ва уретрада тош сояси кўринаяпти.

Диагностиканинг энг аниқ усули рентгенографиядир. Умумий урограммада қовуқ ёки уретра соҳасида тош сояси

кўринади (56-расм).

Қовуқда рентгенонегатив тошлар бўлса, қолдиқли (осадочная) пневмоцистография қилиб аниқланади (57-расм).

Қовуқдаги тошлар операция-цистолитотомия қилиш йўли билан олиб ташланади. Уретра олдинги қисмининг тошлари унинг ташқи тешиги орқали олиб ташланади. Орқа уретрадаги тошлар қовуққа итариб киритилади ва цистолитотомия қилинади. Агар тош уретрага тиқилиб жойидан силжимасагина уретралитотомия қилинади. Бу операциянинг асоратлари: сийдик оқмаси, уретра стриктураси баъзи ҳолларда ривожланиши мумкин.



57-расм. Қолдиқли (осадочная) пневмоцистограмма: контраст модда импрегнация бўлган тош кўринапти.

Сийдик тош касаллигининг прогнози болаларда катталарга нисбатан яхшироқ, тош рецидивлари кам учрайди.

VI - боб

ЁРҒОҚ-ШИШ СИНДРОМИ

Бу шикастланишларда, мояк ёки унинг ортигини бурелиб қолишида, Морганьн гидатидаларининг некрозида, орхозэпидидимитларда юзага келадиган ҳолатдир.

Клиник манзараси асосан ёрғоқнинг зарарланган ярмида оғриқ, шиш ва қизариш билан намоён бўлади. Операциягача аниқ диагноз қўйиш кўпинча мушкул бўлади. Агар оғриқ уруф тизимчаси бўйлаб тарқалса мояк ёки унинг ортигини бурелиб қолишига шубҳа қилиш мумкин. Морганьн гидатидасининг некрозида мояк атрофида суюқлик йиғилганлиги, баъзан оғриқли нуқтани ҳам пайпаслаш мумкин. Мояк шикастланишларида оғриқ кучли ва тарқоқ бўлади, ёрғоқ тез шишади ва кўкитир рангда бўлади. Мояк пардалари орасидаги суюқликни (қон, экссудат) аниқлаш учун диагностик пункция қилиш мумкин.

Квинке шишида (отек) ёрғоқни иккала ярми катталашади, суюқлик тери остида кўрингандай бўлади, пайпаслаганда кам оғриқли.

Даволаш. Ёрғоқ – шиш синдроми жарроҳлик йўли билан даволанади, чунки мояк ишемияга жуда сезгир, тез некрозга учраши мумкин. Мояк пардалари кесиб очилгандан сўнг диагноз аниқланади.

Агар мояк йиртилган бўлса, гематома йўқотилади, қон кетиш тўхтатилиб чоклар қўйилади.

Агар мояк буралган бўлса, у тўғриланади ва ёрғоққа туширилиб фиксация қилинади. Некрозга учраган Морганьн гидатидасида, моякдан чиққан жойидан боғланиб, кесиб олиб ташланади.

Агар йирингли орхозидидимиг бўлса, бўшлиқ ювилади ва резинали чиқаргич қолдирилиб жароҳат тикилади.

Моякни некрозга учраганлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилингандагина, уни олиб ташлаш мумкин.

ГЕМАТОКОЛЬПОС ВА ГЕМАТОМЕТРА.

Гематокольпос ва гематометра - қизлик пардаси тешигининг йўқлиги сабабли қин ва бачадон бўшлиғида ҳайз қонини тўпланиб қолишидир. Ушбу касаллик 11-14 ёшли қизларда учрайди.

Баъзи ҳолларда қизлик пардасининг тешик бўлмаслиги киннинг қисман атрезияси (йўқлиги, ривожланмаганлиги) билан биргаликда кузатилади.

Клиник манзараси. Касалликнинг дастлабки белгиси қиннинг пастки ярмида, ҳайз кўриш даврига тўғри келган пайтларида, оғриқ билан намоён бўлади. Оғриқнинг кучи ва давомийлиги ҳар бир беморда ўзгача бўлади, худди дастлабки ҳайз кўришда кузатилганидек, ҳар бир ҳайздан кейин қон ташқарига чиқа олмай, аввал қинда, сўнг бачадонда тўпланиб уларни чўзиб, кенгайтиради. Бу даврда оғриқ доимий ҳам бўлиши мумкин. Ташқи жинсий аъзоларини синчиклаб караганда, қинга кирадиган тешик кўринмайди, кичик уятли лаблар орасидан бўртиб турган ўсмасимон флюктуацияланувчи ҳосила аниқланади. Катта уятли лаблар ўзгармаган. Қорин пайпаслаганда қов соҳасида ҳар хил катталиқда, юмалоқ ҳосила аниқланади. Уни тўғри ичак орқали бармоқ билан ҳам яхши сезиш мумкин.

Қизлик парда орқали пункция қилиб қорамтир қон топилса гематокольпос диагнозига шубҳа бўлмайди.

Давоси. Гематокольпосда қизлик пардаси кесилиб қин ва бачадон қондан бўшатилади. Бу операцияни амбулатор шароитда ҳам қилиш мумкин. Агар қин атрезияси бўлса, беморлар шифохона шароитида даволанади. Уларга ичакдан қин ясаш операцияси бажарилади.

VII – боб

СИЙДИК АЪЗОЛАРИНИ ШИКАСТЛАНИШИ.

Қорин бўшлиғи ва ретроперитониал аъзоларининг шикастлари ичида, буйрак шикасти тез-тез (33%) учраб туради. Бу мактаб ёшидаги (10–15 ёш) ўғил болаларда кўпроқ кузатилади. Болаларда буйрак шикастига мойиллик қилувчи анатомик хусусиятлар мавжуд: буйрак нисбатан кам ҳаракатчан; ичи сийдикка тўлалиги ва кўп қон билан таъминланган; атрофидаги қовурға ва умуртқаларнинг яқин жойлашганлиги; буйрак ўлчамларининг нисбатан катталиги; паренхимасининг нозиклиги ва жомни буйрак ичида бўлиши; паранефрал ёғ тўқимасини ва мушакларни яхши ривожланмаганлиги. Шикастланиш механизми: тепадан йиқилганда бел соҳаси шикасти натижасида ёки шу соҳага қўл ёки оёқ билан урганда, шу соҳани эзганда буйрак шикастланади. Буйрак йиртилиши қовурға билан бел умуртқасининг кўндаланг ўсимтаси орасида қисилиб гидростатик босимни кескин ўзгариши натижасида бўлади.

Таснифи. Буйрак шикастлари очик ва ёпиқ ҳамда ёлғиз ўзини (изолированный) ва бошқа аъзолар билан биргаликда (комбинированный) бўлиши мумкин.

Болаларда асосан ёпиқ шикастлар учрайди (58–а,б,в,г-расм) амалиёт учун энг қулай Кюстер таснифи А.Я.Пытель

модификацияси билан. Шу таснифга асосан буйрак шикастининг 6 гуруҳи тафовут этилади:

1) Буйракни лат ейиши;

2) Буйракни юзаки - пўстлоқ (корковий) қаватининг ва буйрак фиброз капсуласининг йиртилиши;

3) Буйрак паренхимасининг юзаки йиртилиши ва фиброз капсуласининг соғ қолиши (подкапсульная гематома);

4) Буйракни тўттал йиртилиши (фиброз капсула жом ва қосачалар билан бирга (шикастланиши);

5) Буйракнинг мажакланиши;

6) Буйракнинг қон томирларидан узилиши.

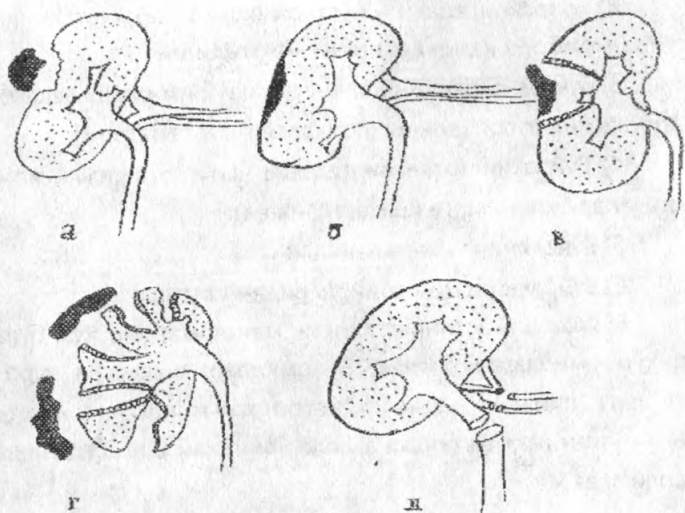
Буйрак шикастининг клиник манзараси ҳар хил бўлади ва кўп омилларга боғлиқ. Бу омиллар: шикастни тури ва оғирлиги, шокнинг даражаси, кетган қон миқдори, шикастдан кейин ўтган вақт ва бошқа аъзоларнинг ҳам шикастланишмини борлиги ва ҳ.к.

Буйракнинг оғир шикастларида (мажакланиш, қон томирлардан узилиши) ва қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳати билан биргаликда келганда шок ва ички қон кетиши сабабли беморнинг умумий аҳволи оғир бўлади.

Қолган буйрак шикастларида боланинг умумий аҳволи кўпинча ўрта оғирликда деб баҳоланади. Буйрак ёпиқ шикастининг ҳар бир тури ўзига хос клиник манзарага эга. Лекин шикастларнинг ҳамма турлари учун умумий бўлган учта симптом бор. Булар, оғриқ гематурия ва бел соҳасида шишнинг бўлиши.

Оғриқ кўпинча тумтоқ бўлади. Бола қориннинг шикастланган томонида ёки бел соҳасида оғриққа шикоят қилади. Кичик ёшдаги болалар оғриқни аниқ жойини кўрсата олмайди, уларга қориннинг ҳамма соҳаси оғригандай

туюлади. Буйракдан оқаётган қон жомга тушиб, сийдик найини қон лахтаси билан бутунлай бекитиб қўйса, жуда қаттиқ оғриқ (буйрак санчиғи) вужудга келади.



58-расм. Буйрак шикастлари: а) юзаки шикаст; б) капсула ости гематомаси; в) буйракнинг тотал йиртилиши; г) буйракни мажақланиши; д) буйракнинг қон томирларидан ва уретерадан узилиши.

Турли даражадаги гематурия буйрак шикастининг доимий ва энг аниқ белгиларидан биридир. Бу гематурия буйракдан профуз қон оқиш сифатида ёки микроскопик гематурия сифатида давом этиши мумкин. Гематуриянинг қай даражада эканлиги буйрак шикастининг оғир ёки енгиллигини аниқ кўрсатавермайди. Масалан, буйрак қон томирлари узилганда, мажақланганда гематурия умуман бўлмаслиги ҳам мумкин.

Гематурия 1–2 кундан 20 кунгача давом этиши мумкин. Баъзи беморларда шикастдан кейин 10–18 кунлар ичида

гематурия қайталаши ҳам мумкин. Бунинг сабаби буйрак ичидаги тромбларни парчаланиб эриб кетиши. Шунинг эътиборга олиб буйрак шикасти билан оғриган беморлар 3 ҳафтагача ётоқ режимда бўлиши шарт.

Бел соҳасидаги шиш гематома ёки урогематома ҳисобига пайдо бўлади. Бироқ шикастнинг дастлабки соатларида бел соҳаси контурларининг силлиқлиги кўрилади. Чунки бунда ҳимоя реакцияси сифатида мушаклар таранглашади. Одатда шикастдан кейин 1–2 кун ўтгач, оғрик ва мушак таранглашуви сусайгандан кейин, гематоманинг пастки чегарасини аниқ пайпасласа бўлади.

Шикастланган боланинг ранги-рўйи ўчган бўлади, кўпинча унинг юзи ва танаси совуқ тер билан қопланиб туради. Пульси тез-тез ва кучсиз бўлади. Артериал босим пасайиб кетган, нафас олиши эса тезлашган, юзаки бўлади. Шикастдан кейин бир оз вақт ўтгач, кўнгил айнаши ва қайт қилиши мумкин. Қорин бир оз дам бўлиб, буйрак шикастланган томони ўртача таранглашиб туради. Катта урогематомада перитонизм белгилари ҳам намоён бўлади. Буйрак очиқ жароҳатланганда бел соҳасида жароҳат бўлади, гематурия, паранефрал ёғ клетчаткада гематома кўрилади ва жароҳатдан сийдик чиқиб туради.

Диагностикаси. Буйрак шикастида айна вақтда қорин бўшлиғи ва чаноқдаги бошқа органлар ҳам шикастланиши мумкин. Шунга кўра бошқа органлар ҳам шикастланганми-йўқми текшириб аниқлаш лозим. Бунда анамнез катта роль ўйнайди. Яъни шикастни қандай шароитларда ва қандай ҳолда (механизм травмы) рўй берганлигини аниқлаш керак, шунингдек шикастланган болани ва айниқса шикастланган соҳаларни эътибор билан синчиклаб текшириш зарур. Бел

соҳасидаги терида тирналган жойлар бўлса, ёки қон қуйилганлиги билиниб турса, буйрак шикастланган деб тахмин қилиш керек.

Буйрак соҳасида оғриқ бўлса, гематурия ва мушакларнинг таранглиги кўрилса, буйракнинг ёпиқ шикастланганлигига шубҳа бўлмайди.

Буйрак лат еганда, боланинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб, унда микрогематурия, буйрак соҳасида салгина оғриқ ва пальпацияда нохуш сезги бўлади, мушаклар таранглиги ҳамда бел соҳасида шиш аниқланмайди. Буйракнинг субкапсуляр шикастида буйрак соҳасида оғриқ қаттиқ бўлади. Белнинг тегишли қисмида мушаклар таранглашиб туради, макрогематурия кўрилади. Баъзан буйрак санчиғи, тез ўтиб кетадиган шок ёки коллаптоид ҳолат бўлиши мумкин.

Буйракнинг тотал йиртилишида бола шок ҳолатида ётади, буйрак соҳаси қаттиқ оғриб, қорин олд девори мушаклари таранглашиб туради, бел соҳасидаги шиш катталашиб боради, профуз гематурия бўлади.

Буйрак мажақланган, узилиб кетган бўлса, бола оғир шок ҳолатида ётади ва паранефрал бўшлиқда жуда тез орада катта гематома вужудга келади, макрогематурия бўлмайди. Шикастнинг дастлабки соатларида тана ҳарорати кўтарилмайди. 12 соатлардан кейин, аста-секин, сийдик инфильтрацияси ҳисобига паранефрит ривожланади, сўнгра эса, тўғри даволанмаса, ретроперитониал флегмона ва уросепсис ривожланиши мумкин. Бу ҳолларда тана ҳарорати кўтарилади, лейкоцитоз пайдо бўлади, анемизация белгилари кўрилади.

Диагнозни аниқлаш учун қўшимча текшириш усуллари ҳам қўлланилади. Булар: УТТ, умумий ва экскретор урография,

махсус кўрсатмалар бўлса хромоцистоскопия, ретроград уретеропиелография, буйрак ангиографияси, радиоизотоп текшириш усуллари.

Рентген текшириш қорин бўшлиғини умумий суратини олишдан бошланади. Бунда, агар катта урогематома бўлса, ичаклар тескари томонга сурилганлиги, умуртқа поғонаси шикастланган томонга қийшайганлиги ва бел мушакларининг контури йўқлиги кўринади. Энг муҳим текшириш усулларидаки бири-инфузион урография. Бироқ текширишдан олдин беморда сийдик ажралиши борлигига ва унинг қон босими 70мм симоб устунидан кам эмаслигини ишонч ҳосил қилиш керак. Акс ҳолда буйрақлар рентген сурати чиқмайди.

Инфузион урограммаларда буйрак шикастининг қуйидаги рентгенологик белгилари кўринади: 1) буйрак лат еганда ва юзаки жароҳатланганда жом ва косачалар нормал бўлиб, буйрак контрастланиш интенсивлиги паст бўлади; 2) буйрак тотал йиртилганда контраст модда жомдан чиқиб, паренхима ва паранефрал клетчаткада тўпланганлиги кўринади; 3) буйрак тотал йиртилганда косача ёки жом қон лахтаси билан тўлиб қолса, унга контраст модда кирмайди ва кўринмайди (травматик ампутация бўлгандек); 4) буйрак мажақланганда ёки қон томирдан узилганда унинг фаолияти умуман кўринмайди.

Буйрак умуман кўринмаганда ретроград уретеропиелография қилиш керак. Агар буйрак қон томирлари тромбозига шубҳа бўлса, унда ангиография қилинади.

Радиоизотоп сканерлаш ёрдамида буйракни қайсиси ва қаерида шикастланганлигини аниқлаш мумкин.

Давоси. Буйрак шикастини гумон қилинган беморлар,

албатта, шифохонага ётқизилади, чунки шикастдан кейин нима бўлишини олдиндан айтиш қийин. Буйрак лат ейишида ва юзаки йиртилишида даво консерватив усулда ўтказилади.

Ётоқ режим 3 ҳафтагача, гемостатик дорилар ва антибиотиклар буюрилади. Буйрак тотал йиртилганда, мажақланганда ва қон томиридан узилганда операция олди тайёргарликдан (шокдан чиқариш, йўқотилган қонни тиклаш, гемостазни нормаллаштириш ва ҳ.к.) кейин жарроҳлик йўли билан даволанади.

Болаларда доимо аъзони сакловчи операциялар (йиртилган жойни тикиш, буйрак қутбини резекцияси) қилишга интилиш керак.

Агар буйрак мажақланган ёки қон томиридан узилган, ёки гидронефроз туфайли фаолиятини йўқотиб йиртилган бўлсагина, нефруретерэктомия операцияси қилинади.

Агар буйрак билан бир қаторда қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳам шикастига гумон бўлса—лапаротомия операцияси ўтказилади.

Асоратлар шикастлангандан кейинги яқин ва узоқ муддатларда хилма-хил бўлиши мумкин. Консерватив даволангандан кейинги яқин муддатдаги асорат бу буйрак ва унинг атрофидаги тўқимани йирингли яллиғланишдир.

Узоқ муддатдаги (бир неча ойдан то бир неча йилгача) асоратлар: гипертензия, пиелонефрит, гидронефроз, буйракни иккиламчи буришиши, тошлар ҳосил бўлиши.

Гипертензиянинг сабаби: буйракда қон айланишининг бузилиши ва паренхимасининг склерозланишидир. Бу асоратнинг профилактикаси шикастдан кейинги урогематомани, имкони борича барвақт йўқотиш.

Гидронефрознинг сабаби: паранефрал клетчаткадаги чандиқли жараён, сийдик найини ҳам ўз ичига олиши. Тош ҳосил бўлишига уростаз, яллиғланиш жараёни сабаб бўлиши мумкин.

СИЙДИК НАЙИНИ ШИКАСТЛАНИШИ

Болаларда сийдик найини шикастланиши камдан-кам учрайди, чунки у яхши ҳимояланган ва шикаст вақтида у ёқ бу ёққа енгил силжийди. Болаларда сийдик найи, кичик чаноқ соҳасидаги аъзоларда ҳамда кўтарилувчи ва тушувчи чамбар ичакларда бўладиган операциялар пайтида шикастланиши (кесилиши, уни чокка олиниб боғланиши) мумкин.

Бу иккала асоратнинг клиник манзараси ҳар хил. Сийдик найи кесилган бўлса аста-секин (2–3 кундан кейин) сийдик жароҳат соҳасида тўпланади, яъни сийдик инфильтрацияси ривожланади. Бу симптом (мочевой затёк) борган сари кучайиб боради. Тўпланган сийдик бел соҳасида оғриққа сабаб бўлади ва шу ерда яллиғланиш жараёнининг белгилари вужудга келади. Инфекция қўшилиши натижасида ретроперитонеал клетчаткада флегмона тез ривожланади, уросепсис ҳам бўлиши мумкин.

Диагноз асосан инфузион урографиядан кейин аниқ бўлади. Сийдик найи тешилган ёки йиртилган бўлса контраст модда атроф тўқималарга чиққанлиги, агар чокка олиб боғланган бўлса, сийдик найининг ва жомнинг кенгайганлиги кўринади.

Даволаш–фақат жарроҳлик усули билан. Қилинадиган операциянинг тури шикастдан кейин ўтган муҳлатга, сийдик найининг жароҳатланган жойига ва унинг узунлигига ҳамда

буйракнинг фаолиятига боғлиқ. Агарда бемор барвақт мурожаат қилган бўлса: жароҳат сийдик найининг проксимал учлигида бўлса уни жомга тикиб анастомоз қўйилади; агар жароҳат ўрта учлигида бўлса, катетер устида охир-охир анастомоз қўйилади; агар жароҳат пастки учлигида бўлса, сийдик найи қовуққа ўтказилади—уретерошистоанастомоз операцияси бажарилади.

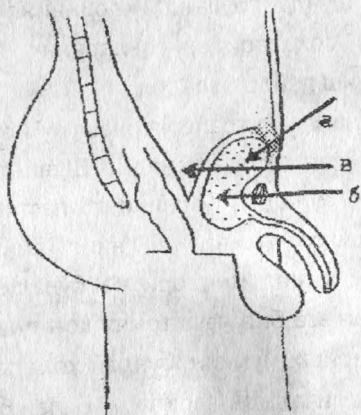
Агар бемор кеч мурожаат қилса, буйрак фаолияти йўқолмаган бўлса операция икки босқичда қилинади: биринчи босқич – сийдик пиелостома, нефростома ёки уретеростома ёрдамида чиқариб, ретроперитонеал соҳа дренажланади. Иккинчи босқич инфилтратлар сўрилиб кетгандан кейин (1–2 ойдан кейин) реконструктив операция қилиниб, сийдик найининг бутунлиги тикланади. Агар буйрак ўз фаолиятини йўқотган бўлса – нефрэктомия қилинади.

ҚОВУҚНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

Болаларда қовуқнинг шикастлари тез-тез учраб туради. Бу оғир шикастлар қаторига киради, чунки беморда шок ҳолати кузатилади ва тезда сийдикни чаноқ соҳасига ёки қорин бўшлиғига тушиши сабабли, асоратлар ривожланади. Қовуқнинг очиқ ва ёпиқ (59–расм) шикастлари фарқланади. Ёпиқ шикастланиш икки турда бўлиши мумкин: интраперитонеал ва экстраперитонеал. Қовуқнинг экстраперитонеал йиртилиши кўпинча чаноқ суяклари синганда, суяқлар сурилиши ва улардан қовуққа борадиган бойламлар таранглашиши натижасида содир бўлади.

Қовуқни интраперитонеал йиртилиши у сийдикка тўлиб турган вақтдагина бўлиши мумкин. Бунга қовуқ ичидаги

босимнинг бирданига ошиб кетиши (қоринга уриш, тепиш, қориннинг эзилиши) сабаб бўлади. Қовуқ бўйнининг шикасти, яъни қовуқнинг уретрадан қисман ёки тўлиқ узилиши симфиз суяклари синганда содир бўлади.



59-расм. Қовуқнинг шикастланишининг турлари: а) қовуқнинг интраперитонеал йиртилиши; б) қовуқнинг экстраперитонеал йиртилиши; в) қовуқнинг экстра- ва интраперитонеал (аралаш) йиртилиши.

Болаларда қовуқнинг экстраперитонеал йиртилиши 2,5 марта кўпроқ учрайди. Қовуқни экстраперитонеал йиртилишининг энг биринчи ва асосий белгиси сийишнинг бузилишидир. Шикастан кейинроқ боланинг сийгиси кистайверади, бироқ у сия олмайди. Бемор сияман деб ҳаракат қилса ҳам сийдик чиқмайди, салгина бўлсада, кучаниш қориннинг пастки қисмида қаттиқ оғриқ пайдо бўлишига олиб келади, чунки бунда сийдик чаноқ клетчаткасига тушади. Беморнинг ранги-рўйи учади, тахикардия, артериал босимининг пасайиб кетиши кўрилади. Қовуқ йиртилиши билан айна вақтда чаноқ суяклари синган бўлса, бу белгилар кўзга яққол ташланиб туради. Бемор нафас олаётганда қоринни жуда эҳтиёт қилади, қорин деворининг

пастки қисми таранг бўлиб туради ва пайпаслаганда оғрийди. Қовуқ усти соҳасини перкуссия қилинса, бўғиқ овоз чиқади ва унинг чегарасини аниқлаб бўлмайди. Бемор кечроқ мурожаат қилса, шикастдан кейин 2–3 кун ўтиши билан (касал кам–кам сийиб турса шундай бўлади), қориннинг олдинги деворида симфиз, чов соҳаларида, сонларнинг медиал юзаларида қизариш ва шиш пайдо булади.

Қовуқнинг интраперитонеал йиртилиши сийдикли перитонит билан асоратланади. Шунинг учун беморнинг аҳволи оғир бўлади. Қориннинг пастки қисмида оғрик борлигига шикоят қилади. Унинг сийгиси қистамайди. Сийганда ҳам унинг миқдори оз бўлади ва сийдик қонга бўялган, баъзан эса бир неча томчи қон тушади. Баъзан бемор бемалол сиявериши мумкин, бундай ҳолатда қовуқ йиртилган жойи чарви ёки ичак қовузлоқлари билан бекилиб тампонада бўлиб туриши мумкин. Ана шундай ҳолларда касалликнинг клиник белгилари секин аста ривожланади, перитонит симптомлари эса яққол билинмайди. Шикастдан сўнг 10–12 соат ўтгач ўткир қорин белгилари (сийдикли перитонит) намоён бўлади, 12–24 соат ўтгандан кейин эса қорин бўшлиғининг қуйи жойларида эркин юрган суюқликнинг тўпланганлигини аниқлаш мумкин. Бундай ҳолларда тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаса, уросепсисга ва беморларни тезда (3–4 кун ичида) ўлимига олиб келиши мумкин.

Диагнозни ойдинлаштириш учун умумий урография ва кўтарилувчи уретроцистография қилиш керак. Қорин бўшлиғининг умумий рентгенограммасига қараб эркин газ бор йўқлигини ҳамда чаноқ суяқларининг ҳолатини кўриш мумкин. Қовуқ–экстраперитонеал йиртилган бўлса, уретрацистограммада контраст модда шаклсиз доғлар

сифатида паравезикал бўшлиқда кўринади (60-расм). Қовуқ интраперитонеал йиртилган бўлса, контраст модда сифими камайган қовуқни тўлдириб туради ва у ерда шаклсиз соялар қорин бўшлиғи томонига тарқалган ва ичак қовузлоқлари орасига кирган бўлади.



60-расм. Контрастли цистограмма: қовуқнинг экстраперитонеал шикастлангани кўринапти.

Давоси. Қовуқ йиртилганлигига гумон қилинганда беморни зудлик билан шифохонага ётқизиб, операция қилиш зарур. Операция олди тайёрлаш қисқа муддатли ва асосан, шок билан қурашишга қаратилган бўлади.

Қовуқни экстраперитониал йиртилишида, пастки ўрта кесма билан урогематома йўқотилади, йиртилган жой тикилади. Қовуққа цистостома қўйиш билан сийдиги чиқариб турилади.

Паравезикал бўшлиққа ёпиқ тешик орқали дренаж (Буяльский-Мак Уортер усулида) қўйиб қўйилади. Чанок суяклари синган бўлса репозиция ва фиксация ҳам қилинади. Қовуқ интраперитониал йиртилган бўлса лапаротомия

қилинади, тафтиш ўтказилиб, қорин бўшлиғидаги сийдик ҳамда қон олиб ташланади.

Қовуқни йиртилган жойи тикилади, сийдик адимер катетери орқали чиқариб турилади (7 кун).

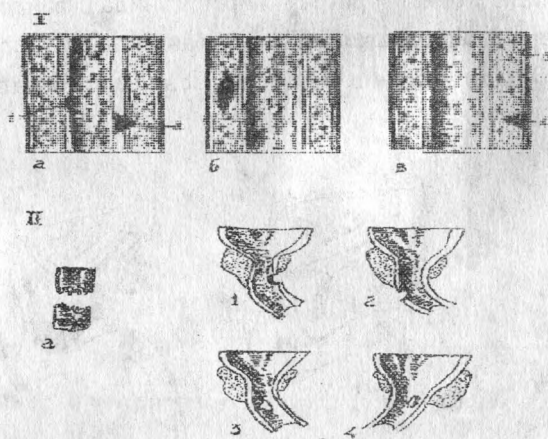
Агар бемор шикастан 12 соатдан сўнг операция бўлса, қорин бўшлиғида антибиотиклар юбориш учун нипел найча қолдирилади.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Сийдик чиқариш каналининг шикастланиши асосан ўғил болаларда учрайди. Уретра ички томонида ёки ташқарисидан шикастланиши мумкин. Бу шикастловчи кучнинг бевосита уретрага таъсири, шунингдек чаноқ суяқларининг синиши натижасида содир бўлади. Шикастланиш кўпинча орқа уретранинг пардасимон (мембраноз) қисмида ва олдинги уретранинг бульбар қисмида кузатилади, турли асбоблар (метал катетер, буж, цистокоп) нотўғри киритилганда, юқоридан бирор қаттиқ нарсага ўтириб йиқилганда ёки оралиққа бирор бир зарб берилганда уретра шикастланиши мумкин. Чаноқ суяқларининг синишида уретранинг шикастланиш механизми қуйидагича: уретра чаноқда иккита фиксация нуқтасига эга: уларнинг бири қовуқ бўйни ва простата безидир, улар қовуқ деворларига жуда мустаҳкам ўрнашиб ёпишиб туради; иккинчи фиксация нуқтаси қов бирикмасининг пастки қиррасидадир, уретра ана шу ерга мустаҳкам боғламалар билан бирикиб туради. Бу фиксация нуқталари орасида уретранинг орқа, яъни пардасимон қисми жойлашган. Чаноқ суяқлари синганда суяк бўлаклари сурилиши натижасида юқорида кўрсатиб ўтилган

фиксация нуқталари орасидаги масофа катталашиб кетади, уретранинг мембраноз қисми чўзилади ва йиртилиб кетади. Баъзан кичик чаноқ суяқларининг синган қисмлари сурилиб уретрани бевосита йиртиб, жароҳатлаши мумкин.

Уретра шикастларининг А.А.Русанов (1953) таклиф этган таснифи (61-расм) амалиёт учун энг қўлайдир. Бу тасниф бўйича уретранинг 1) тўлиқ 2) нотўлиқ йиртилишлари фарқланади. Нотўлиқ йиртилишларнинг 2 хили бўлади: а) ички ва б) ташқи. Тўлиғи ҳам икки хилда учрайди: циркуляр йиртилиш ва ноциркуляр (олдинги, орқа ва ён томон деворларининг жароҳати) йиртилиши. Жароҳатни жойлашган жойи бўйича: орқа (интрамурал, простатик ва мембраноз қисмлари) ва олдинги (оралик, ёрғоқ ва олд қисмлари) уретра шикастлари фарқланади.

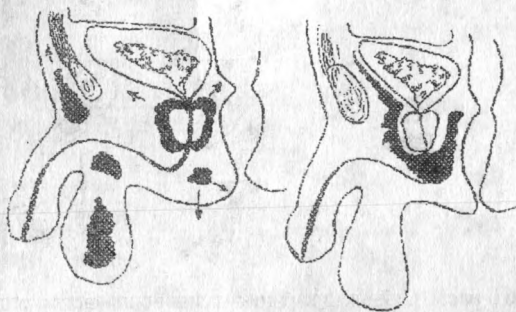


61-расм. Сийдик чиқариш каналининг шикастланиши (А.А.Русанов бўйича): I. Тешиб ўтмаган (непроникающие) йиргилишлар: а) ички йиргилиш: 1-шилиқ қавати; 2-шилиқ қавати ва ғовак тана; б) оралик тўқимани (интерстициальный) йиргилиши; в) ташқи йиргилиш: 3-фиброз қатлами; 4-фиброз қатламини ва ғовак (губчатое тело) танани; II. Тешиб ўтувчи (проникающие): а) тўлиқ (циркуляр) деворни; б) нотўлиқ: 1-олдинги деворни; 2-орқа деворни; 3-чап деворни; 4-ўнг деворни йиргилишлари.

Клиник манзараси. Агар уретра шикасти чаноқ суякларининг синиши билан биргаликда бўлса биринчи ўринда шок ва қон кетиш белгилари юзага чиқади. Уретра йиртилишига хос белгилар бу: оғриқ, сийдикни ўткир тутилиши (ишурия), уретрорагия, оралиқ урогематомаси.

Шикастдан кейиноқ сийдик чиқариш канали соҳасида симилловчи оғриқ пайдо бўлади, бу оғриқ бемор сиймоқчи бўлганда кучайиб кетади. Сийдик тутилиб қолганда, қовуқ тўлиб катталашиб кетади ва қов устида бўртиб туради. Қовуқ сийдикка жуда тўлиб кетганда сийдик қисман парауретрал тўқималарга чиқади, бунда оралиқдаги оғриқ кучаяди, бола томчилаб сийиши ҳам мумкин.

Уретрорагия – сийдик чиқариш каналидан қоннинг оқиб туриши, шикастдан кейиноқ ёки бемор энди сиймоқчи бўлганида орқа уретра йиртилганида пайдо бўлади. Уретранинг олдинги қисми шикастланганда уретрорагия анча кучли бўлади ва сийиш билан боғлиқ эмаслиги кузатилади.



62-расм. Сийдик чиқариш каналининг йиртилиши натижасида сийдик тўпланиш жойлари (мочевые затёки) (А.В.Люлька бўйича).

Парауретрал тўқималарга қон қўйилиши ва сийдик чиқиши натижасида оралиқда, ёрғоқда ёки жинсий олатда

катта ҳажмдаги урогематомалар (62-расм) пайдо бўлиши мумкин. Урогематомада кўшимча инфекция ривожланса, яллиғланиш жараёни тўқималар некрози ва уросепсисга олиб келиши мумкин.

Диагноз асосан кўтарилувчи уретрография ёрдамида аниқланади. Бунда контраст модданинг атроф тўқималарга чиққанлиги кўринади.

Давоси. Сийдик чиқариш каналининг шикастида кўриладиган даво тадбирлари уретранинг қай даражада ва қайси жойи йиртилганлигига, шунингдек, шикаст бўлган вақтдан сўнг ўтган муддат қанча эканлигига қараб белгиланади.

Уретрадан қон оқаётган бўлса ва у ҳеч тўхтамас, уретранинг қайси қисми шикастланганлигига қараб осилган бўлимига ёки оралик қисмига босиб турувчи боғлам қўйилади. Баъзан уретрага 1–2 кунгача синтетик катетер қўйиб қўйишга тўғри келади. Бундай катетер тампон ролини ўйнайди. Жароҳат янги бўлиб, уретра ичига етиб бормаган (нотўлиқ йиртилишлар) бўлса, уретрага катетер ўрнатиб қўйилади. Бордию жароҳат уретра бўшлиғи ичига етиб борган (тўлиқ йиртилишлар) бўлса, унга доимий катетер қўйиб бўлмайди. Бундай вақтларда зудлик билан цистостома қўйиб қовуқдан сийдикнинг чиқиб туришини тامينлаш лозим, уретранинг бутунлигини тиклаш ва урогематомани дренажлаш керак.

Уретрани шикастдан кейин қисқа вақт ичида унинг йиртилган жойига чоклар қўйиш бирламчи пластика дейилади. Уретрани бирламчи пластикаси узоқ муддатли яхши натижа беради, стриктура билан асоратланмайди, кўп вақт бужлашга эҳтиёж бўлмайди. Бирламчи пластикани фақат қўйидаги ҳоллардагина бажариш мумкин:

1. Шикаст юз берган дақиқадан (ҳар хил муаллифлар фикрича) 6 дан 36 соатгача бўлган вақтдан ортиқ бўлмаса;
- 2) Уретра катта масофада мажақланмаган бўлса;
- 3) Циркуляр йиртилган уретранинг марказий ва периферик қисмлари ўртасидаги масофа узун бўлмаса;
- 4) Боланинг аҳволи ўта оғир бўлмаса;
- 5) Бирламчи пластика қилиш жарроҳининг қўлидан келса.

Агар уретра бутунлигини дарҳол тиклаш имкони бўлмаса бундай операция (уретранинг кечиктирилган пластикаси), урогематома сўрилиб кетгандан кейин, яъни икки ойдан кам бўлмаган муҳлатдан сўнг қилинади. Шунинг эса тутумок лозимки, кечиктирилган (отсроченный) уретропластика баъзан сийдик чиқариш каналининг торайиб қолиши (стриктураси) ва унинг облитерацияси билан асоратланиши мумкин.

VIII – боб

СИЙИШНИНГ НЕЙРОГЕН БУЗИЛИШИ

Сийишнинг нейроген бузилиши («нейроген» қовуқ , НҚ) тушунчасига бош ва орқа мия , шунингдек , периферик нервлар ва интрамурал нерв чигалларининг касалликлари натижасида келиб чиқадиган қовуқ фаолиятининг ўзгариши киради. Н.Е.Савченко ва В.А.Мохорт (1973) қовуқ иннервациясини зарарланиши натижасидаги сийишнинг нейроген бузилиши сабабларини қуйидагича таснифлайдилар:

А) Умуртқа поғонаси дистал қисмини ва орқа мианинг туғма нуқсонлари (spina bifida, орқа мия чурраси, думғаза ва дум суяклари агенезияси ва дисгенезияси);

Б) Орқа мия ва унинг пўстлоқлари, периферик нерв ва

нерв чигаллари ҳамда инграмурал нерв толаларининг дегенератив – яллиғланиш касалликлари;

В) Болаларда обструктив, нерв толаларини туғма ривожланмаганлиги натижасида қовуқнинг инграмурал нерв аппаратининг зарарланиши.

Бу ҳолларда чакирувчи сабаб эмас, балки қовуқ фаолиятини тامينловчи марказларни ва нерв йўлларининг зарарланиш сатҳи, тарқалганлиги ва даражаси муҳимроқ аҳамиятга эга бўлади.

«Нейроген» қовуқнинг ҳамма тан олган ягона таснифи йўқ. Баъзилари орқа миyanинг зарарланиш сатҳига (марказий, спинал, периферик) ва сийишнинг бузилишига (сийдик тутаолмаслик ёки сийолмаслик) қараб, бошқалари – қовуқнинг фаолияти ҳолатига қараб (компенсирланган, субкомпенсирланган ва декомпенсирланган) таснифлашади. Кундалик амалиётда «нейроген» қовуқнинг баъзи турларини бир – биридан фарқ қилиш жуда қийин бўлади. Шунинг учун А. Л. Лайтес (1971), «нейроген» қовуқнинг 5 турини фарқлашни таклиф этади:

А) атоник нейроген қовуқ – қовуқнинг бўшатиш фаолияти қисман ёки бутунлай йўқолган;

Б) рефлектор ёки автоматик НҚ, қовуқнинг бўшатиш фаолияти сақланган, лекин бош мия пўстлоғи назоратидан чиққан;

В) гипертоник НҚ –ҳар қандай таъсир ва тўлишиш натижасида қовуқ мушакларининг тартибсиз қисқариши ва оқибатда бўшатиш ва сиғим фаолиятларининг бузилиши;

Г) кичик НҚ – сиғим фаолиятининг бузилиши;

Д) ҳақиқий сийдик тутаолмаслик – сфинктернинг қисил механизмининг бузилиши, сийдик доимо томчилаб туради.

Шундай қилиб, қовуқ ва унинг сфинктери иннервациясини бузилиши, нерв марказлари ёки унинг йўллариини босилиши, таъсирланиши ёки узилиши натижасида келиб чиқиб, қовуқнинг сигим (резервуарная) ва бўшатиш (опорожнительная) фаолиятлари бузилади ва сийдик тутаолмаслик ёки сиялмаслик билан намоён бўлади.

Қовуқ фаолиятининг бузилиши бу касаллик патогенезининг дастлабки бўғинидир. Кейинчалик функционал ўзгаришларга қовуқ анатомиясининг шовхтвора ўзгаришлари кўшилади. Бу ўз навбатида юқориги сийдик йўлларида ва буйрақда чуқур морфологик ўзгаришларга олиб келади. Асосан ана шу ўзгаришлар НҚ касаллигининг клиник манзарасини белгилайди ва оқибатда бемор тақдирини ҳал қилади.

Бу беморлар қорин пастида оғирлик ҳис қилади, қовуғини тўлиқ бўшата олмайди ёки сийдиги томчилаб чиқади, қовуғи тўлиб кетганига қарамай (парадоксал ишурия), баъзиларида сийдик оқими жуда суст бўлади, тўлиб кетган қовуқни босганда ҳам у кучаймайди. Оғир ҳолларда беморлар сийишга бўлган чақириқни умуман сезмайдилар, инфекциянинг кўшилиши натижасида пиелонефрит, буйрак етишмовчилиги ва уросепсис ривожланиши мумкин.

Аниқ диагноз қўйиш кўпинча мушкул бўлади. НҚ даражаси, тури ва бошқа аъзолардаги ўзгаришлар ҳақидаги дастлабки тасаввурни, батафсил йиғилган анамнез ва кўрик асосида ҳосил қилиш мумкин. Энг муҳими сийиш бузилиши муддатини, уни турини ва динамикасини аниқлаш, шунингдек аввал ўтказган умуртқа поғонаси ва бош мия шикастлари (туғилиш пайтидаги жароҳатлар, синишлар, шикастлар, думғаза ва орқасига йиқишлишлар ва ҳоказо), ўтказилган

асаб тизими ва инфекцион касалликлар, орқа мия чурраси бор – йўқлигини билиш керак бўлади. Мукамал йиғилган анамнез, нафақат тўғри диагноз қўйишга, балким НҚ ни бир турини бошқасига ўтишини, уларнинг сабаби ва патогенезини аниқлашга ёрдам беради.

Кўриқда, бемор жисмоний ривожланишдан орқада қолганлиги, териси оқимтирлиги кўринади, касалликни охириги даврларида эса шиллиқ қаватларнинг қуруқлиги, шишлар, оғиздан мочевина ҳиди аниқланади. Сийдик тутаолмаслик билан кечса – кийимлари ҳўл ва ундан сийдик ҳиди келиб туради, оралиқ, сон терилари мацерацияга учраган бўлади. Сийдик томчилаб чиқади, қовуқ соҳа босилса сийдик суст оқим билан ажралиши мумкин. Неврологик текшириш жароҳат сатҳини ва чуқурлигини аниқлашга ёрдам беради.

Бўйрақлар фаолияти лаборатор текшириш, экскретор урография, радиоизотоп ренография ва сканерлаш асосида баҳоланади. Обзор урография ёрдамида суяклар ҳолати (*spina bifida*, дум ва думғаза суяклари агенезияси ва ҳ.к.), тошлар бор-йўқлиги аниқланади. Цистоскопияда қовуқнинг шиллиқ қавати ва мушакларининг ҳолати кўринади ҳамда қовуқнинг ҳажми ва ундаги қолдиқ сийдик миқдори аниқланади.

Н.А.Лопаткин (1977) бу беморларда инструментал текширишлар сонини ва инфекцияланиш хавфини камайтириш мақсадида уретра, қовуқ ва унинг мушакларини ўрганишда, уретрография, сфинктерометрия, кўтарилувчи цистографияларни электроцистография билан биргаликда ўтказишни тавсия этади. Цистография пассив ва актив қовуқ – сийдик найи – жом рефлюксларининг бор-йўқлигини кўрсатади. Бир вақтда қилинган электроцистометрия сийдик ҳайдовчи мушакларни (детрузорлар) қисқариш қобилияти

ҳақида қимматли маълумотлар олишга имконият беради. Бундан ташқари шу мақсадда қовуқни трансректал стимуляция қилинади – агар қўзғалувчанлиги бузилмаган бўлса, электр таъсирида қовуқ ичи босими ошади.

Нерв тизимининг зарарланган жойи сийишнинг спинал марказидан юқорида бўлса, уретроцистограммада қовуқ нормал кўринади, шакли юмалоқ бўлади. Спинал марказлар ва от думи зарарланган бўлса, қовуқ пирамида ёки нокка ўхшаш шаклга эга бўлади ва анча катталашиб кетади.

НК ни даволашда сийдик йўлланини ўтувчанлигини яхшилаш, қовуқ сифimini етарли бўлишига эришиш, қолдиқ сийдик миқдорини камайтириш ва инфекцияни йўқотиш кўзда тутилади. Сийдик тугилиб қолганда қовуқни сийдикдан бўшатиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилади: қовуқни қўл билан эзиб сийдикни чиқариш, вақти-вақти билан қовуққа катетер киритиб туриш ва эпицистостома қўйиш. Қовуқни қўл билан эзиб сийдик чиқариб турилса, бўлажак оғир асоратларнинг олдини олиб бўлмайди, аксинча, бундай қилиш ўша асоратларни юзага келишини тезлаштиради. Орқа мия энгил зарарланган бўлсагина вақти-вақти билан катетеризация қилиб туриш мумкин. Чунки кўп вақт ўтмай нормал сийиш ўз жойига келади. Қовуқни катетеризация қилганда уни ва уретрани доимо антисептик эритмалар билан ювиб туриш лозим ва айни вақтда яллиғланишга қарши дори-дармонлар бериш керак.

Орқа мия бел – думғаза йўғонлашмаси ва от думи соҳасида тўлиқ ёки қисман узилган бўлса, иложи борица тезлик билан қовуққа цистостома қўйиш керак ва уни антисептик эритмалар (риванол 1:1000-1:5000, фурациллин 1:5000 – 1:10000 ва бошқалар) билан ювиб туриш шарт.

Орқа миянинг оғир касалликлари ёки шикастларида этиологик ва патогенетик даво тадбирлари ўтказиш унча самара бермайди. Бироқ сўнгги йилларда қилинаётган қовуқ электростимуляцияси яхши натижалар бераётганлиги ҳақида умид қилса бўладиган маълумотлар бор. А.А.Вишневский ва В.А.Лившиц (1973) инженерлар билан биргаликда яратган ва клиникада қўлланилаётган электростимулятори беморларга имплантация қилингандан 1,5–2 ойдан кейин, улар ўзлари мунтазам сийишган. Лекин қовуқ ичидаги босимни кўтарилишига қарамасдан, қолдиқ сийдик 40–50% ташкил этган. НҚ ни реиннервация қилувчи кўпгина операциялар таклиф этилган, ammo уларнинг самарадорлиги паст бўлгани учун кенг қўлланилмайди.

НҚ дардига чалинган беморларнинг ҳаммасига яллиғланишга қарши актив терапия, физиотерапия (диатермия, УВЧ, парафин апликациялари, иссиқ умумий ванналар, ионофорез) ўтказиш лозим, шунингдек даволаш физкультураси, массаж, диетотерапия (овқатда оқсиллар, витаминлар кўп бўлиши керак) буюрилади.

IX – боб

НЕФРОГЕН ГИПЕРТОНИЯ

Буйрак касалликлари сабабли пайдо бўлган артериал гипертония – буйрак, ренал ёки нефроген гипертония дейилади.

Нефроген гипертония (НГ) кўпинча буйрак паренхимаси бирламчи зарарланганда, асосан сурункали пиелонефритда ёки буйрак артерияси ва унинг асосий тармоқлари стенозли ўзгарганда вужудга келади. Шунга мувофиқ НГ–нинг 2 тури

тафовут қилинади. НГ турлари ва унинг сабаблари бўйича Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986) қуйидагича таснифлайди:

I. Вазоренал тури:

А) Туғма сабаблар (буйрак артериясининг фибромускуляар дисплазияси, буйрак артериясининг аневризмаси ва артериовеноз оқмаси, аорта ва буйрак артерияларининг нуқсонли ривожланиши).

Б) Орттирилган сабаблар (нефроптоз-буйрак артериясининг функционал торайиши; буйрак артериясининг тромбози, эмболияси, панаортит, артерит, қўшимча артерияларнинг боғланиши, буйрак артерияларининг ташқаридан босилиши).

II. Паренхиматоз тури:

А) Туғма сабаблар (буйрак поликистози, мультикистози, дисплазияси).

Б) . Орттирилган сабаблар (пиелонефрит, гломерулонефрит, буйрак сили, гидронефроз, буйракнинг ўсма ва кисталари, нефроуретролитиаз, қовуқ-жом рефлюкслари).

Адабиётларда ёзилиши бўйича НГ ни паренхиматоз тури 70% ва вазоренал тури 30% ташкил этади.

Патогенези. Болаларда НГ ни ривожланишида асосий ўринни буйракдаги қон айланишининг бузилиши эгаллайди. 1947 йилда Goldblatt муаллифлар билан экспериментда шу нарсани аниқладиким, агар итларда буйрак артерияси торайса уларда артериал гипертензия кузатилар экан. Дастлаб 1888 й. Tigerstedt df Bergman исботлашдики ишемия натижасида ажралган модда, қон томирларини торайтириш (прессор) қобилиятига эга экан. Ана шу моддани улар Ренин деб номладилар. Ренинни секреция қиладиган жой

юктагломеруляр аппарат, унинг ҳужайралари буйрак афферент артериолалар деворида жойлашган (Tobian 1960).

Буйрак ишемиясида конда ренин миқдори кўпаяди. Ҳозирги пайтда аниқланганким, фақат ренин кўпайиши гипертенияни ривожланиши учун етарли эмас. Ренин қон плазмаси таркибидаги α_2 -глобулин-ангиотензиноген билан бирлашиб, ангиотензин I деган, полипептидни ҳосил қилади. Кейинчалик бу жараёнга аминокислоталар қўшилиб октапептид-ангиотензин II ҳосил бўлади. Ангиотензин II кучли вазопрессорлик хусусиятига эга бўлганлиги учун гипертензин деб ном олган. Соғлом буйракнинг мия қисми ангиотензиназа деган фермент ишлаб чиқаради, у гипертензинни парчалайди ёки прессорлик таъсирини ўтказишга қаршилиқ қилади. Агар ангиотензиназа етарли миқдорда ишлаб чиқилмаса ёки унинг активлиги паст бўлса НГ белгиларни намоён бўлади.

Шундай қилиб, нефроген гипертония (НГ) қуйидаги 3 хил йўл билан ривожланиши мумкин: а) Ренин-ангиотензинни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши, б) ангиотензиназа ферментининг кам ишлаб чиқарилиши, в) қон таркибидаги қандайдир модда таъсирида ангиотензиназа ферменти активлигининг йўқолиши. Баъзи ҳолларда юқоридаги омиллардан иккитаси ва ҳатто учаласи ҳам иштирок этиши мумкин.

Нефроген гипертония фақат гуморал ренин-ангиотензин механизми билан ривожланмасдан, у прессор субстанцияларнинг бирликда кўрсатадиган мураккаб таъсирига, ҳужайра ичи ва ҳужайра ташқарисидаги электролитларнинг ўзгаришига ва буйрак усти безлари пўстлоқ қисми фаолиятининг ўзгаришига ҳам боғлиқ.

Хулоса қилиб айтганда, НГ ривожланиш механизми жуда

мураккаб, ҳали охиригача аниқланган эмас.

СИМПТОМАТОЛОГИЯСИ ВА КЕЧИШИ. Болаларда вазоренал гипертония секин-аста бошланиб, систолик босим унча баланд бўлмайди (120–140 мм.сим.уст). Жуда кам ҳолларда гипертония тўсатдан бошланиб, диастолик босим ошиб кетади ва оғир кечади. Кўпчилик болаларда касаллик дастлабки даврда «симптомсиз» ёки ҳар замонда бош оғриқ ва қушиш билан кечади. Бу давр бир неча ҳафтадан то бир неча йилгача, ўртача 1,5–2 йил бўлиши мумкин. Кейинги даврларда бош оғриғи кучаяди, баъзан жуда қаттиқ бўлади. Болаларда ланжлик тез-тез такрорланади, айниқса бош оғриғи кучайганда. Қоннинг диастолик босими 110–120 мм.сим.уст.гача, оғир ҳолларда эса 130 мм.сим.уст. ва ундан ҳам баланд кўтарилиши мумкин. Дастлабки даврда кўз туби ўзгармаган бўлади, кейинги даврда эса кўриш бузилади, ретинопатия билан кечади. Кўзнинг тўр пардасига қон қуйилиши ҳам мумкин. Касалликни ўз вақтида аниқлаб даволамаса, у тез авж олиши мумкин. Шунинг учун касалликнинг эрта белгиларига ва анамнезига алоҳида эътибор бериш керак. Буйрак соҳасининг шикасти ҳақидаги маълумот, постравматик нефроптоз ёки битишмалар ҳосил қилган паранефрал гематомалар НГ нинг сабаби эканлигини кўрсатиши мумкин. Тез-тез қайталаниб турувчи ичак санчиғи неврологик симптомлар, то мия қон айланишининг бузилиши белгиларигача, боланинг тез жисмоний ривожланиши ва Реклингаузен нейрофиброматози вазоренал гипертониянинг клиник белгилари бўлиши мумкин (Royer, 1967).

Қоринни аускультация қилганда кўп болаларда систолик шовқин эшитилади. Бу шовқин қориннинг ўнг ёки чап юқори квадратига ва кўкрак қафасининг орқа девори бўйлаб яхши

эшитилади. Бу белгининг бўлиши буйрак артериясида стеноз ёки аневризма борлигидан дарак беради.

Икки томонлама сурункали пиелонефрит билан касалланган болаларда, буйраклар фаолияти қоникарли бўлганда ҳам, артериал гипертония вужудга келиши мумкин. Уларда гипертония яширин (латент) ўтиши ҳам, оғир (злокачественно) ўтиши ҳам мумкин. Кўпинча обструктив нефропатиялардаги гипертония, сийдик оқими тиклангандан кейин йўқолади.

Диагностика. Болаларда нефроген гипертонияни аниқлаш учун, уларни систематик равишда артериал қон босимини ўлчаб туриш керак. Бунини, биринчи навбатда педиатрлар, бош оғриғига шикоят қилган беморларда ўтказиши керак. Диагнозни кеч қўйилиши оғир асоратларга (бош миёдаги, қон айланиш аъзолардаги ва айниқса буйрак қон томирларидаги ўзгаришларга) сабаб бўлади. НГ да периферик қонда рениннинг миқдори кўпайиб кетиши мумкин (нормада $0,0067 \pm 0,0011$ мг/л). Диагностика учун муҳим бўлган маълумотлар рентгенорадиологик текширишлар натижасида олинади. Экскретор урография сийдик йўллари нормал бўлгани ҳолда кўп беморларда рентгеноконтраст модда буйракда секин ажралаётганини кўрсатади. Буйрак артериясининг стенози узоқ давом этаётган бўлса, буйрак ҳажми анча кичиклашганлиги маълум бўлади. Буйракнинг бўйлама узунлиги 1,5–2 см ва ундан кўпроқ камайган бўлса, буйрак атрофияга учраганлигини кўрсатади, бундай ҳолат томир касаллиги туфайли вужудга келади. Рентгеноконтраст модда соясининг интенсивлиги биринчи рентгенограммадаёқ сусайган бўлса, буйрак томирлари

гемодинамикаси бузилган деб гумон қилиш мумкин. Буйрак артерияси стенозида иккала буйракнинг ҳажми ва контурлари бир-биридан кескин фарқ қилади, зарарланган буйракда нефрографик эффект суст бўлади ёки контраст модда фақат бир томонда яхши тўпланганлиги кўринади.

Радиоизотоп ренография ва сканерлаш. Буйрак артерияси ўтувчанлиги бузилса ренограмма чизигининг биринчи сегменти пасайиб кетади. Бу эса томир артериал фазасини кўрсатади: радиоактив модда касал буйракда тўхталиб қолади, васкуляр индекс камайиб кетади ва паренхиматозли индекс ортади. Ишемия натижасида зарарланган буйракнинг функционал ҳолатини радиоизотоп ренография 82% ҳолларда тўғри белгилаб беради. Сканограммалар нормал бўлганда ҳам буйрак артерияси, унинг асосий тармоқлари ва буйракнинг қўшимча артериялари касалликлари борлигини рад этиб бўлмайди.

БУЙРАК АНГИОГРАФИЯСИ. Нефроген гипертонияга сабаб бўладиган буйрак артериясининг стенозли зарарланиши ва буйрак паренхимаси касалликларини узил-кесил аниқлаш учун кўпинча буйрак ангиографияси қилинади. Нефроптозда буйрак артерияси зарарланиши туфайли гипертониянинг вужудга келиши ангиографияда жуда яққол кўринади. Буйрак артерияси жуда чўзилиб кетади, у аортадан ўткир бурчак ҳосил қилиб чиқади, диаметри торайиб кетади. Патологик мобил буйракнинг венаси пастдан юқорига қараб қийшиқ юради. Буйрак томирларининг бундай таранглиниши ва ротацияси гемодинамикани жуда ўзгартириб фибромускуляар стеноз асосий артериянинг ўрта ва дистал қисмларида жойлашади. Ангиографияда фибромускуляар стеноз марварид шодасини

эслатувчи жуда кўп концентрик тораймалар сифатида кўринади.

Буйрак артерияси ва унинг тармоқларининг тромбози (эмболияси) бўлганида ангиограммаларда томир тармоғининг боши берк бўлиб кўринади. Нефрограммада буйрак паренхимасининг айрим қисмлари кўринмайди, яъни маълум сегментлар йўқолади.

Буйрак артериясининг аневризмаси халтасимон ёки дуксимон кўринишга эга бўлиб, буйрак дарвозаси соҳасида жойлашади. Буйрак артерияси аневризмаси деворлари кўпинча кальцинацияга учрайди ва шу сабабли рентгенграммаларда яхши кўринади.

Ангиограммада пиелонефрит билан зарарланган буйрак артериясининг калибри соғ буйрак артериясига нисбатан кичрайиб ингичка тортиб кетади ва буйрак паренхимасида майда тармоқлар жуда кам бўлади, буйрак артерияларида деформация борлиги билинади, буйрак архитектурасинининг симметрияси бузилади, буйрак пўстлоқ моддасидаги майда томирлар облитерацияга учрайди. Пиелонефрит билан зарарланган буйрак сояси кичкина ва деформацияланган бўлади.

Буйрак ангиографияси артериал гипертонияга сабаб бўладиган буйрак артериясининг стенозловчи ёки окклюзияловчи касалликлари локализациясини ва ҳажмини белгилаб берадиган энг қимматли усулдир. Бошқа рентгенодиагностик, клиник текширувлар ва лаборатория маълумотлари буйрак артерияси касаллиги бор деб гумон қилишга имкон беради холос.

Буйракнинг пункцион биопсияси. Буйрак биопсияси қилиб гипертонияга сабаб бўладиган атеросклероз ва

буйракнинг бошқа касалликларининг дастлабки белгиларини аниқлаш мумкин. Бундай ўзгаришларни буйракларнинг функционал текширувларида доимо ҳам аниқлаб бўлавермайди.

Давоси. НГ нинг асосий давоси оператив усулдир. Буйрак артерияси стенозининг характери ва локализациясига қараб турли операциялар бажарилади. Кўпинча: эндартериектомия қилинади, яъни томирнинг пайдо бўлган дефектига аутоген вена ёки синтетик материал (дакрон, тефлон ва бошқалар) дан ямоқ қўйиб пластика қилинади ёки артериянинг торайиб қолган қисми резекция қилиниб учма–уч анастомоз; артериянинг торайган қисми резекция қилиниб артерия учлари орасига томир гомотрансплантанти ёки артериянинг периферик учи билан аортага анастомоз, учини–ёнга ёки учини–учига қилиб спленоренал артериал анастомозлар қўйилади; ва шу билан бирга қўшимча артерия ёки буйрак артериясининг бирорта катта тармоғида стеноз ёки окклюзия бўлганда – буйракни резекцияси; тақасимон ёки иккиланган буйракда геминефруретерэктомия; ниҳоят, буйракдаги қон айланишни тиклаш учун артерияда реконструктив операцияни қилиш имкони бўлмаса, буйрак дисплазиясида ва буйрак фаолияти кескин бузилса ёки йўқолса – нефрэктомия қилинади.

Иккала буйрак зарарланиши натижасида келиб чиққан НГ ни даволаш жуда мураккаб, одатда бу беморлар консерватив йўл билан даволанади.

Х – боб

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Буйрак етишмовчилиги (БЕ)– бу буйракни ҳамма фаолиятларини (азотли алмашилиш маҳсулотларини чиқариш, сув–электролит балансини ва ишқор–кислота мувозанатини сақлаш, қон босими ва эритропозэни нормал ушлаб туриш) бузилиши билан кечадиган касалликлардир. Бу фаолиятлар чуқур ўзгариши натижасида организмда азот метаболизми маҳсулотларининг миқдори ортиб кетади, хужайра ичи ва ташқи суюқликнинг электролит таркиби жуда ҳам ўзгариб кетади, сув алмашинуви бузилади, ацидоз, гипертония ва анемия вужудга келади. Болаларда БЕ ни чақирувчи сабаблар туғма (сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари) ва орттирилган (гломерулонефрит ва пиелонефрит) бўлиши мумкин. БЕ ни чақирувчи сабабларга ва ривожланиш тезлигига қараб БЕ нинг иккита ўткир ва сурункали турлари тафовут қилинади.

Этиологияси ва патогенези. Буйракнинг ўткир етишмовчилиги (БЎЕ) пайдо бўлишида турли механизмлар иштирок этади. Булардан энг муҳими буйракда қон айланишининг бузилиши ва бир қатор моддаларнинг каналчалар эпителийсига нефротоксик таъсир этишидир. Кўп миқдорда сульфаниламидлар ишлатишдан пайдо бўладиган БЎЕ ги, буйрак ишемияси, токсик таъсир, сульфаниламид кристалларининг буйрак каналчаларини беркитиб қўйиши, аллергия характерда зарарланиши, томирлар ичи гемолизи натижасидир. Операциядан кейин беморларда вужудга келадиган БЎЕ сабаблари ҳам хилма–хил: қон йўқотилиши, мос келмайдиган қонни қўйиш, йўқотилган сув–электролитлар

Ўрнини етарли даражада тўлдирмаслик, шок, шунингдек, операциядан илгари ҳам бўлган гепатопатия ва нефропатиядир.

БЎЕ ни чақирувчи омил ва сабабларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин: преренал, ренал ва постренал.

I.Преренал омиллар: артериал босимни кескин пасайиши (травматик ва операцион шок, циркуляция қилаётган қон ҳажмини кескин камайиб кетиши); гемолиз ва миолиз (мос келмайдиган қон қуйиш, тўқималар мажақланиш синдроми, электрошикастлар, анча жойнинг куйиши), электролитларни кўп йўқотиш, сувсизланиш (кўп қушиш, профуз ич кетиши, куйиш), эндоген интоксикация (перитонит, ичак тутилиши, гепаторенал синдром-ўткир панкреатит, холецистит ва бошқалар).

II.Ренал омиллар: токсик сабаблар (симоб, углерод, тетрахлорид, уран, хлороформ, фосфор, кўзиқоринлар ва бошқалар билан заҳарланиш); токсико-аллергик сабаблар (сульфаниламидлар, антибиотиклар, барбитуратлар, салицилатлар); инфекция (сепсис, ич терлама, зотилжам, анаэроб инфекция, пиелонефрит, гломерулонефрит ва бошқалар).

III.Постренал омиллар: юқори сийдик йўлларининг обтурацияси (икки томонлама туғма гидронефроз, иккала уретерга тошлар тиқилиб қолиши, сийдик найларининг чаноқ аъзоларидан ўсиб чиққан ўсмалар билан босилиб қолиши), инфравезикал обструкция (сийдик чиқариш каналини клапани, торайишлари, уруғ дўмбоқчасининг гипертрофияси). Бу сабаблар сийдик оқимиға ғов бўлиб, уростазни чақиради, натижада буйрак ичи босими ошиб, сийдик ультрафилтрацияси камаяди ва охир оқибатда олигоурия ва

анурия ривожланишига олиб келади.

Клиник кечиши. БЎЕ ни кечишида 4 та давр тафовут қилинади: 1)бошланғич даври (шок, сепсис, заҳарланиш), 2)олигоанурия даври (суткалик диурез 300 мл дан кам), 3)диурезни тикланиш даври (суткалик диурез 300 мл дан кўп), 4)тузалиш даври (азотемияни нормаллашиши).

Бошланғич даврида шок синдромлари, нерв системаси ва гемодинамика ўзгаришининг симптомлари яққол билинади. Узоқ вақт қусиш ва ич кетиш сабабли дегидратация бўлса, бола ташналик сезади, оғзи қурийди. Артериал қон босимининг пасайиб кетиши доимо бўладиган муҳим белгилардандир. БЕ нинг биринчи даврида гемоконцентрация ва метаболик ўзгаришлар муҳим аҳамиятга эга. Бу ўзгаришлар тўқималар аноксияси натижасида вужудга келади. Бу даврда буйракларда морфологик ўзгаришлар мутлақо бўлмайди ёки жуда кам бўлади. Клиник белгиларнинг оғирлиги буйраклар зарарланишига боғлиқ бўлмай, асосан, шокка боғлиқ бўлади. Бошланғич давр бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади.

Шок ҳолатидан чиққандан сўнг кўп беморларда буйрак фаолияти тикланади, баъзиларида эса БЕ белгилари пайдо бўлади, яъни касалликнинг иккинчи даври– олигоанурия бошланади. Бу давр бир неча кундан уч ҳафтагача ва ундан ортиқ давом этиши мумкин. Касалликнинг бу даври ишемия туфайли ва нефротик таъсир сабабли каналчалар эпителиясида ва каналчаларни базал мембранасида ўзгаришлар юзага келади. Олигоанурия даврида клиник кўриниши маҳсулотларнинг тўпланиб қолишидан ва сув-электролит мувозанатининг бузилишидан иборат бўлади. Натижада нерв, юрак томир, ҳазм тизими фаолияти бузилади, қонда

ўзгаришлар вужудга келади. Олигоурия ёки анурия асосий симптом ҳисобланади. Боланинг аҳволи оғир бўлсада температураси нормал ёки пасайган бўлади. Агар буўракнинг ўткир етишмовчилиги сепсис натижасида юзага келган бўлса, температура баланд бўлиши мумкин.

БЎЕ нинг иккинчи даврига хос ўзгаришлардан бири плазма электролит таркибининг бўзилишидир. Плазмада натрий, хлор ва бикарбонатлар камаяди, калий иони кўпайиб кетади. Гиперкалиемиа нерв системаси ва юрак мускуллари зарарланганлиги белгилари билан намоён бўлади. Бунда парестезия, баъзан параличлар, брадикардия, аритмия, юрак етишмовчилиги бўлади. Гиперкалиемиа жуда хавфли бўлса ҳам қатор беморларда унинг белгилари билинмайди. Шунга кўра гиперкалиемиа бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида ЭКГ ҳам қилинади. Бунда P ва R тишчалар пасаяди, QRS комплекси узаяди, шунингдек, T тишча ўткирлашади ва баландлашади. Бундан ташқари, экстрасистолия, титроқ аритмия кузатилади, айрим ҳолларда юрак тўхтаб қолиши ҳам мумкин. БЎЕ да гипокальцемиа, гипермагнемия ва гипопротеинемия бўлади.

БЎЕ нинг доимий белгиларидан бири плазмада азот шлаklarининг ортиб кетишидир, уни мочевина ёки қолдиқ азотни аниқлаб билинади. Плазмада мочевина миқдорининг ортиб кетиши бир томондан унинг организмдан кам чиқаётганлигига боғлиқ бўлса, иккинчи томондан, тўқималар оқсилларининг емирилиши ҳисобига кўп миқдорда пайдо бўлаверади. Мочевина миқдори ошиши билан параллел равишда плазмада азот алмашинувининг қолдиқлари, креатинин ва сийдик кислотаси ҳам кўпаяди.

Олигоанурия даврида. Айниқса азотемия юқори бўлиб, узоқ давом этса, турли асоратлар, чунончи, стоматит,

паротит, экссудатив плеврит, экссудатив перикардит юзага келади, меъда ва ичак шиллиқ пардаси яраланиб, меъда ичидан қон кетиши мумкин.

Буйрак етишмовчилигининг учинчи даврида диурез анча кўпаяди, лекин сийдикнинг солиштирма оғирлиги жуда паст (1002–1003) бўлади. **Диурез тикланишига** қарамай ҳали буйраклар етишмовчилиги давом этаверади. Бемор бу даврда сувни жуда кўп йўқотади, сийдик билан калий анча миқдорда чиқиб кетади: гиперкалиемия энди гипокалиемия билан алмашинади. Гипокалиемия клиник жиҳатдан адинамия ва скелет мушакларининг гипотонияси ҳамда уларнинг парези билан намоён бўлади. Гипотония нафас ва юрак мушакларига ҳам тарқалиши мумкин: учинчи давр бошларида давом этадиган сув–туз алмашинувидаги ўзгаришлар шу қадар кучлики, агар ўз вақтида коррекция қилинмаса, диурез тикланишига қарамай боланинг аҳволи оғирлашади, ўлимга ҳам олиб келиши мумкин. Агар касаллик тузалишга юз тутса, буйракнинг концентрациялаш қобилияти ва уларнинг сув–туз мувозанатини тиклашдаги роли ўз жойига келади. Натижада электролитлар миқдори секин аста нормаллашади, азотемия пасаяди, қондаги ўзгаришлар йўқола боради. Учинчи давр 20 кундан 75 кунгача давом этиши мумкин.

БЎЕ тўртинчи даври–тузалиш даври, касалликнинг оғир ёки энгил кечганлигига қараб 6 ойгача ва баъзан ундан кўпроқ муддат давом этади. Бу даво охирида электролитлар мувозанати тикланади, қондаги мочевина миқдори нормага келади, бироқ буйракнинг тозаланиш синамалари, кўпинча Зимницкий синамаси ҳам буйраклар фаолиятида ҳали бирмунча ўзгаришлар борлигини кўрсатади.

БЎЕ билан оғриган беморларнинг анчагинаси ҳозирги замон даволаш усулларини қўллаганда тузалиб кетади. Бироқ ҳали бу касаллик оқибатида бўладиган ўлим анчагина юқори рақамларни ташкил этади.

БЎЕ нинг биринчи даврида бола асосий касаллик натижасида ўлади, иккинчи ва учинчи даврларида эса суь-электродит балансининг ўзгаришида ва метаболизм маҳсулотлари қонда тўпланиб қолиши натижасида вужудга келадиган чуқур интоксикациядан нобуд бўлади.

БЎЕ ни диагностикаси унчалик қийин эмас. Батафсил йиғилган анамнез, унинг келиб чиқиш сабабини (шикастлар, куйиш, сепсис, захарланиш, жарроҳлик операциялари, қон куйиш ва бошқалар) аниқлашга имкон беради. Бундан ташқари, болаларда анурия кўпинча сийдик йўллари обструкциясида ҳам кузатилишини эсда сақлаш керак. БЎЕ ни турини аниқлаш учун рентген-радиологик текшириш ўтказиш керак.

Давоси. БЎЕ билан оғриган беморларни комплекс тадбирлар билан даволанади. Бунга: 1) парҳез ва доридармонлар; 2) тозалашнинг буйракдан ташқари усуллари киради. Даволаш БЎЕ сабабларига қараб ҳар хил бўлади. Буйрак етишмовчилиги гемолиз натижасида вужудга келган бўлса, қонни кўп миқдорда алмаштириб куйилади; оғир шикастланиш, оёқ-қўлларнинг ва тўқималарнинг мажақланиши натижасида БЕ ривожланган бўлса, асосан, шокка қарши курашилади: қон, плазма, оксил эритмалар ва бошқалар куйилади. БЕ хлоргидропения натижасида ривожланган бўлса, натрий хлориднинг гипертоник ва физиологик эритмалари куйилади. Бордию, БЕ захарланиш оқибатида юзага келган бўлса, тегишли антидот қўлланилади,

меъдаси ювилади ва ҳоказо. БЕ оғир инфекция оқибатида ривожланган бўлса, антибактериал дори-дармонлар берилади. Бироқ сульфаниламид препаратларини буйракнинг ўткир етишмовчилигида асло бериб бўлмайди.

БЎЕ бўлган болани тўғри даволашнинг энг муҳим шартларидан бири уни тўғри овқатлантиришдир. Беморни тўғри овқатлантириб катаболизмга қарши курашни таъминлаш мумкин. Болаларда Джованетти парҳези тавсия этилади, унинг таркибида: 16-20г оқсил, 70-90 г ёғ, 350-400г углеводлар бўлиб, умумий энергетик қиймати 8374-10467 кДЖ (2000-2500 ккал) ташкил этмоғи керак. Бу парҳезга кирадиган асосий овқат маҳсулотлари куйидагилар: гуруч, картошка, сут, қаймоқ, сариғ ёғ, тухум, ош тузининг миқдори бир суткада 2 г дан ошмаслиги керак.

Тозалашнинг буйракдан ташқари усуллариға куйидагилар киради: 1) меъда ва ичакларни ювиш, 2) алмашлаш мақсадида қон куйиш, 3) перитонеал диализ, 4) гемодиализ.

БУЙРАКНИНГ СУРУНКАЛИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ (БСЕ)- бу буйракни сурункали касалликлари туфайли паренхимасининг кўп қисмини склерозланиши натижасида гомеостазни сақлаш фаолиятини прогрессив сусайишидир.

IV Европа педиатр-нефрологлар конгресси (1971) куйидаги ҳолатда болаларда БСЕ бор деб ҳисоблашни тавсия этади: агар бемор 3-6 ой ва ундан ортиқ буйрак касаллигига чалинган бўлса, эндоген креатинин клиренси 20 (нормада 80-100) мл/мин (1,73 м² тана юзасига) дан кам бўлса; қон зардобидаги мочевина 6 (нормада - 1,5-5,5) ммоль/л дан, креатинин 0,18 (нормада -0,044-0,088) ммоль/л дан кўп бўлса.

Этиологияси ва патогенези. Болаларда БСЕ ни сабаблари хилма-хил бўлади. Икки ёшгача бўлган беморларда БСЕ кўпинча сийдик оқимиغا ғов натижасида гидронефротик ўзгаришлар ва унга қўшилган пиелонефрит туфайли рўёбга чиқади. Каттароқ ёшдаги болаларда сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари билан бир қаторда буйракларнинг сурункали диффуз яллиғланиш касалликлари ҳам БСЕ ни чақиради, буларга қуйидаги касалликлар киради: сурункали гломерулонефрит, пиелонефрит, камроқ ҳолларда буйрак сили, коллагенозлар, оилавий нефронофтиз, туғма нефроз, ирсий тубулопатиялар ва бошқалар. БСЕ нинг сабабидан қатъий назар, у буйрак паренхимасининг қайтмас зарарланиши билан кечади ва оқибатда буйрак фаолияти прогрессив равишда бузилади. Шунинг учун ҳам унинг клиник манзараси, кечиши ва натижаси, чақирувчи сабабдан қатъий назар, деярли, бир-бирига ўхшаш бўлади, айниқса, БСЕ нинг терминал даврида. Касалликни ривожланиши натижасида фаолият кўрсатадиган нефронлар сони камайиб боради. БСЕ да буйрак паренхимасининг фаолият кўрсатадиган қисми 25% га тушиб қолса, яъни нефронларнинг 75% ишдан чиқса, касалликнинг клиник белгилари ва айниқса биохимик ўзгаришлар намоён бўла бошлайди. Шуни таъкидлаш жоизки, буйракнинг сурункали касалликлари авж олмаганда ҳам, болаларнинг интенсив ўсиши ҳисобига соғлом нефронларда қўшимча юклама бўлади ва натижада, ноқулай шароитларда (қўшимча-интеркурент касалликларда, профилактик эмлашлардан кейин ва бошқалар) БСЕ ривожланиши мумкин (Royer, 1963). Болалардаги иккинчи ўзига хос хусусияти шундан иборатки, уларда кўпинча каналчаларнинг зарарланиши

(коптокчалар нисбатан ўзгармаган бўлади) кузатилади, оқибатда кўп вақтгача азотемия кескин кўтарилмайди, лекин сув ва электролитларни реабсорбцияси бузилиши натижасида зарарланган каналчаларда полиурия ва гипоизостенурия юзага келади. Кўп вақт давом этадиган осмотик диурез, сув ва электролитларнинг анча камайишига олиб келади, бу эса ўз навбатида, буйракда қон айланишини ёмонлаштиради ва коптокчалар фильтрациясини баттар камайтиради. Бориб бориб полиурия олигурия ва анурия билан алмашади. Полиурия туфайли кўп миқдорда калий ва натрий йўқолиши, гипокалиемия ва гипонатриемияга олиб келади, кислота-ишқор мувозанати бузилиб, ацидоз ривожланади. Болаларда сув-электролит балансининг бузилиши БСЕ ни патогенезида асосий ҳалқа ҳисобланади. У кўпинча анорексия ва диспепсия билан намоён бўлиб, азотемия кўрсаткичлари унча баланд бўлмаса ҳам болани ўлимга олиб келиши мумкин.

Одатда қондаги қолдиқ азотнинг миқдори 50–57,1 ммоль/л гача кўтарилиши, ҳеч қандай субъектив ҳиссиётлар ҳамда объектив симптомлар билан намоён бўлмайди. Лекин бу мувозанат жисмоний юкламалар, парҳезни бузилиши, инфекцияни қўшилиши ва бошқалар натижасида осонликча бузилади. Бундай ҳолларда қолдиқ азот миқдори анча кўпайиши мумкин. Прогноз учун мочевина, қолдиқ азотнинг миқдори эмас, балким уни кўпайиш тезлиги муҳим аҳамиятга эгадир. БСЕ ни кечки даврларида гипокальциемия, гипофосфатемия кузатилади. Бунинг натижасида буйрак остеодинрофияси ривожланиб, рахитга ўхшаш клиник белгилар намоён бўлади. Шунинг учун БСЕ болаларда қанча эрта ёшда кузатилса, уларнинг жисмоний ривожланиши шунча орқада қолади (буйрак нанизми). Агар БСЕ болани пубертат

даврида ривожланса, у жисмоний тараққиётда деярли орқада қолмайди. лекин жисмоний инфантилизм белгилари ҳамроҳ бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, болаларда БСЕ катта ёшдагиларга нисбатан, касалликнинг дастлабки даврида гомеостазни кўпроқ бузилиши билан кечади. Бу айниқса эрта ёшдаги болаларда яққолроқ кўринади. Буйракларнинг эритропоэтин ишлаб чиқаришининг бузилиши натижасида болаларда анемия келиб чиқади.

БСЕ нинг ҳар хил таснифлари мавжуд. М.Я.Студеникин, В.И.Наумов (1967) касалликнинг кечиш даражасига қараб полиурик ва терминал турларини фарқлайди, бошқа муаллифлар 3 босқични тафовут қилади: I- компенсирланган, II- декомпенсирланган, III- охириги (уремик) стадиялари (Джавад-Заде М.Д.,1967). 1972 йил I – Бутуниттифоқ урологлар съездида тасдиқланган Н.А.Лопаткин таклиф этган БСЕ ни таснифи кенгроқ қўлланилади. Бу таснифга асосан БСЕ тўрт стадияга бўлинган: латент, компенсирланган, интермиттирланган ва терминал.

БСЕ ни латент стадиясида субъектив ва объектив белгилари деярли бўлмайди. Бу стадияни чуқур клиник-лаборатор текшириш асосида аниқлаш мумкин. Иккала буйрак каналчаларининг секретор фаолияти пасайганлиги, гиппуран-131, клиренси орқали аниқланади: коптокчалар филтрацияси то 60-50 мл/мин гача камаяди, қандлар экскрецияси кўпаяди, дисаминоацидурия ва диспротеинемия кузатилади.

БСЕ ни компенсирланган стадияси, аввалгисидан, полиурия (2-2,5л), коптокчалар филтрациясининг камайиши то 50-30 мл/мин, сийдик осмолярлигини пасайиши билан фарқ қилади. Вақти-вақти билан қонда дисэлектролитемия

бўлиб туради, лекин мочеви́на ва креатинин миқдорларини кўпайиши кузатилмайди. Радиоизотоп текширишда каналчаларнинг тозалаш фаоллиги 50–60% га камайганлиги аниқланади.

БСЕ ни интермиттирловчи стадияси буйрақлар фаолиятининг яна ҳам сусайганлиги билан характерланади: коптокчалар филътрацияси 30–15 мл/мин, каналчаларнинг тозалаш хусусиятини 80% йўқолади. Азотемия нормадан ошади: мочеви́на кўрсаткичи 8–20ммоль/л, креатинин 0,2–0,4 ммоль/л бўлиши мумкин. Бу стадияда интоксикациянинг клиник белгилари намоён бўлади, пиелонефритнинг активлигига сийдик оқимидаги тўсиқнинг турига ва мўддатига қараб беморнинг яхшиланиши ёмонлашиш билан алмашиниб туради. Баъзи ҳолларда, айниқса сийдик йўллариининг окклюзиясида, интермиттирловчи стадияни ўткирлашиши худди буйракни ўткир етишмовчиликгидек кечиши мумкин. .

БСЕни терминал стадияси, агар диализ усуллари ва буйрак аллотрансплантацияси қўлланилмаса, қайтмас ҳисобланади. Бу стадияда коптокчалар филътрацияси то 10 мл/мингача ва ундан ҳам камроққа пасаяди, доимий юқори азотемия бўлади, сув–электролит мувозанати ва кислота-ишқор ҳолати бузилади. Радиоизотоп ренографияда тўғри чизиқ кўринади, гиппуран клиренсини санаб бўлмайди.

БСЕ терминал стадияси клиник кечишининг оғирлигига қараб 4 даврга бўлинади:

I. Буйракнинг сув ажратиш хусусияти сақланган, коптокчалар филътрацияси 15–10 мл/мин, азотемия 35 ммоль/л дан ошмайди, бирмунча ацидоз кузатилади.

II. А – олигоанурия, суюқлик организмда ушланиб қолади, дисэлектролитемия, азотемия (мочеви́на 35 ммоль/л

дан баландроқ), ацидоз, сийдик осмолярлиги 340–360 ммоль/л бўлади. Турғун артериал гипертензия, II даражали қон айланишнинг етишмовчилиги, бошқа аъзолар фаолиятининг бузилиши кузатилади.

II.б- кичик ва катта қон айланиш доирасида қон айланишнинг бузилиши билан кечадиган оғирроқ юрак етишмовчилиги бўлади.

III-оғир уремик интоксикация (қон зардобидаги мочевино 66 ммоль/л ва ундан ортиқ), юрак фаолиятининг декомпенсацияси, ички аъзоларнинг дистрофик ўзгариши бўлади.

Юқоридаги тасниф катта ёшдаги беморларда БСЕ ни кечишини характерлайди. Бундай бемор болалар учун ҳали яхши тасниф ишлаб чиқилгани йўқ.

Клиникаси. БСЕ кўп вақтгача симптомларсиз кечади. Буйрак паренхимасини ишлаб турган қисми 25% ташкил қилса биохимик ўзгаришлар пайдо бўлади, ундан камайган сари клиник белгилар ҳам намоён бўла боради. Кўрганда, кўпинча болалар жисмоний ривожланишдан орқада қолиши кузатилади. Беморнинг вазни ва бўйи секин ўсади. Иккиламчи жинсий белгилари бўлмайди. Териси оқимтир, қуруқ, енгил шикастланувчан ва яллиғланувчан бўлади. Кўпинча чанқоқлик, кўнгил айниш, қусиш кузатилади. Тили қуруқ, жигар ранг қоплама билан қопланган бўлади. Баъзан овқат ҳазм қилиш аъзолари томонидан ўзгаришлар: ич кетиш, қорин дамлаш, ҳиқиллаш (икота) ҳам кузатилади. Кальций алмашинувининг бузилиши натижасида остеодистрофия (остеопороз, остеомалация) ривожланиши мумкин.

Баъзан болалар бош оғриққа шикоят қилади, бу

одатда артериал гипертензия ва анемия билан боғлиқ бўлади.Бундай ҳолларда кўз тубида ўзгаришлар (кўрув нерви сўргичини шиши, тўр лардасига қон қуйилиши, артериаларни торайиши ва бошқалар) кузатилади.

БСЕ ни терминал стадиясида бола ланж, тормозланган, кам ҳаракатчан бўлади, ишгаҳаси бўлмайдиги оғзи қурийдиги, чанқоқлик, кўнгил айниш, қусиш кузатилади.Интоксикация ва гипертензия ошиши билан юрак етишмовчилиги белгилари кучаядиги, юрак астмаси, коронар етишмовчилиги ва уремик перикардит натижасида оғриқлар безовта қилади.Метаболик ацидоз, гипергидратация ва ўпка шиши (отёк) ҳисобига нафас етишмовчилиги кучая боради. Уремик гастроэнтероколит натижасида шиллиқ қаватларда яралар пайдо бўлиб, қон кетиши кузатилиши мумкин. Электрролятларни ўзгариши айрим гуруҳ мушакларни тортилишини, талвасани (судороги), юрак ритмини бузилишини чақиради.

Диагностикаси. БСЕ ни эрта стадияларда аниқлаш жуда қийин, чунки клиник белгилари ҳали унчалик намоён бўлмаган ва буйракни бирламчи зарарланиш даражасини аниқлаш учун динамикада бир неча бор махсус текширишлар ўтказиш керак бўлади.

Буйрақларни бирламчи касалликларини аниқлаш учун текширишларни қуйидаги этапларини ўтказиш керак:

1) анамнез йиғиш, 2) юрак қон-томир тизимини,нафас аъзоларини, ҳазм ва асаб тизимларини текшириш, 3) сийдикни биохимик ва иммунологик текшириш, 4) буйрақларни радиоизотопли текшириш, 5) экскретор урография, ретроград пиелография, 6) ультратовушли сканерлаш ва компьютерли томография, 7) буйрақларни ангиографияси, 8) пункцион

биопсия.

БСЕ ни диагнозини қўйиш учун эса қўйдаги текширишларни ўтказиш керак: 1) диврезни аниқлаш. 2) буйрақларни парциал фаолиятини текшириш (ренография, динамик сцентография) гломеруло- ва тубулотроп белгилари (меченный) препаратлар билан, 4) рентгенологик текширишлар, 5) қон ва сийдикни биохимик текширишлари (мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, электролитлар, гормонлар, ферментлар, аминокислоталар миқдори ва кислота-ишқор ҳолатини аниқлаш), 6) сийдик осмольолигини ва солиштирма осмольолигини аниқлаш. 7) қонни нечиши ва гематокрити.

Давоси. БСЕ ни комплекс давоси асосий касалликни йўқотишга ва гемостазни бузилишини коррекция қилишга қаратилган бўлиши керак. Бу қўйдагиларни ўз ичига олади: даволоччи тартиб ва парҳез, дори-дармонлар билан шу жумладан инфузион терапия, сийдик оқимини тиклаш мақсадида ҳар хил операциялар, диализни турли усуллари ва ниҳоят буйрак аллотрансплантацияси.

БСЕ да буйрақлар фаолиятининг тўлиқ тикланиши деярли бўлмайди. Агар асосий касаллик бартараф қилинса, сув-электролит ва кислота-ишқор мувозанати нормаллаштирилса, фаол нефронлар сақланиб қолинса бемор умрини узайтиришга имкон яратилади.

БСЕ ни терминал стадиясида, ҳар бир бемор учун танланган тартибдаги программалаштирилган гемодиализ самара беради. Кўпинча ҳафтасига 2-3 мартаба ўтказиладиган гемодиализни ўзи бемор умрини 5 ва ундан ортиқ йилга узайтириши мумкин. Ўз вақтида бошланган гемодиализ ички аъзолардаги бузилишларни, остеодинтрофия

Белгиларини йўқотади, артериал гипертензияни пасайтиради.

БСЕ ги билан касалланган болаларга буйрак аллотрансплантацияси жуда перспектив йўналиш ҳисобланади. Охириги йилларда дунёда мурда буйрагини кўчириб ўтказиш кенг қўлланилаяпти. В.И.Наумовани (1977) ёзишича, буйракни кўчириб ўтказилгандан кейин 5 ёшгача бўлган беморларнинг -44,5%, 6-10 ёшгача -45,2%, 11-20 ёшгача -58,2% лари 2 йилдан сўнг текширилганда, тириклиги аниқланган. 2 ёшдан 15 ёшгача бўлган 168 боладан, ўтказилган бундай операциядан кейин, 4 йилгача яшаганлари 68% ташкил этади (Schorner. K. et al. 1976). R Weil. (1976) ни айтишича, 3-18 ёшли 57 болалардан, 6-13 йилдан кейин тириклари 61% жан.

БСЕ бўлган болаларнинг яшаш муддати, уни чақирган сабабга, буйракни асосий касаллиги ва БСЕ ни, ҳамда унинг асоратларини ўз вақтида ва тўғри даволашга кўпинча боғлиқ бўлади. Сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланиши ва орттирилган урологик касалликлар натижасидаги БСЕ билан оғриган беморлар, сурункали гломерулонефрит туфайли пайдо бўлган БСЕ ли болаларга нисбатан кўпроқ яшайди. Артериал гипертензия, тез-тез қайталаниб турувчи интеркуррент касалликлар сингари асоратлар прогнозни оғирлаштиради. БСЕ бўлган беморларнинг умри бир неча ойдан бир неча йилгача чўзилиши мумкин. Албатта, даволашни хирургик усуллари (гемодиализ, буйрак трансплантацияси) ўтказилган беморларнинг умри анча узаяди. Болаларда БСЕ ни профилактикаси, асосан, буйракни сурункали касалликларини ўз вақтида аниқлаб, тўлақонли ва комплекс равишда даволашдан, ҳамда уларни қатъий диспансер кузатувидан иборат. Буйракни сурункали касалликларини ўтқирлашишини

олдини олиш керак.

Бунинг учун, организмдаги инфекция ўчоғини (тонзиллит, тиш карнеси, колит ва бошқалар) санация қилиш керак. Бундан ташқари, профилактик эмлашларни ва қон зардоблари билан даволашни ўтказмаслик керак. БСЕ ни эрта ҳам симптомли даврида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун болларни профилактик кўрикдан ўтказганда, албатта, буйрак фаолиятини кўрсатувчи синамалардан бирини ўтказиш керак. Энг оддийси, ҳар қандай шaroитда ўтказиш мумкин бўлгани бу суткалик диурезни ва сийдикни солиштирма оғирлигини аниқлаш. Агар синама кўрсаткичлари паст (80%дан кам) бўлса, бундай болаларга чуқур урологик текшириш ўтказиш керак бўлади.

XI - боб

УРООНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР.

Сийдик ва жинсий аъзоларнинг ўсмали касалликлари катталардагига нисбатан камроқ учрайди ва ўзига хос хусусиятларга эга бўлади. Болалардаги буйрак ўсмалари, муаллифларнинг айтишича, ҳамма ўсмаларнинг 20–50% ни ташкил этади (Москачев К.А. 1953, Дурнов Л.А.1981). Буйракни ҳавфсиз (доброкачественный) ўсмалари (аденома, липома, фиброма) болаларда жуда кам учрайди, клиник белгиларсиз кечади ва асосан, аутопсия пайти топилади. 95% болаларда буйрак ўсмалари ҳавfli (злокачественный) бўлиб, ҳар хил тўқималардан ташкил топади ва Вильмс ўсмаси номи билан юритилади. 1899 йил Wilms бу ўсмани ўрганган, ваҳоланки, биринчи бўлиб бу ўсмани ёзиб чиққан олим Birsh Hirschfeld (1884) эди. Вильмс ўсмасининг келиб чиқиши буйрак

бластемасининг нотўғри ривожланиши билан боғлиқдир. Бу ўсмалар кўпроқ 5 ёшгача бўлади, у чап буйракда ҳам ўнг буйракда ҳам бир хилда учрайди. Бу ўсма билан касалланган болалар орасида икки томонлама Вильмс ўсмаси 3,6–6,5% ни ташкил этади.

Ўсма жуда катта бўлиб кетиши ва катта вазнга эга бўлиши мумкин. Адабиётларда 6,8 ва ҳатто 18 кг ли ўсмалар кузатилганлиги ёзилган, бундай ўсмалар жуда кам учрайди, одатда буйракни ўсма билан биргаликдаги вазни 200–300 гр, кам ҳолларда 1 кг гача бўлади. Ўсмани кесиб кўрганда тартил эканлиги маълум бўлади. Бу ўсма нотекис қаттиқ ва желатинга ўхшаш гисталари ва геморрагик жойлари борлиги билан тератомани эслатади. Бу ўсмалар структураси гломерулотубуляр бўлиб, стромаси етилмаган гиперхром дуксимон ҳужайралар бўлади. Ушлаб кўрганда билинадиган ва кўзга ташланиб турадиган қориндаги шиш буйрак ўсмасининг бирдан–бир белгиси бўлиши мумкин ва кўпинча оғриқ ҳамда гематуриядан олдин маълум бўлиши мумкин. Оғриқ ва гематурия баъзан бутунлай бўлмайди, чунки ўсма буйрак жомига ўсиб қирмайди ва сийдик пассажини ўзгартирмайди. Болаларда, қоринда аниқланган ҳар қандай ўсмани диагноз узил–кесил ҳал қилмагунча Вильмс ўсмаси деб ҳисобламоқ лозим.

Ўсма юмалоқ, чўзинчоқ ёки нотўғри шаклда, усти текис ёки ғадир–будир бўлиши мумкин. Ўсма консистенцияси бир текис қаттиқ ёки айрим жойлари юмшаган бўлади. Ўсманинг медиал чегараси кўпинча қоринниг ўрта чизигидан ўтиб кетади. У ривожлана боргач, меъда ва ичакларни қарама–қарши томонга суриб диафрагмани қисиб қўяди. Ўсма жуда тез ривожланади ва ўз вақтида радикал даво қилинмаса болани

ўлимга олиб келиши мумкин.

Гематурия, айниқса макроскопиги болаларда кам (10%гача) учрайди. кўпроқ, микроскопик эритроцитурия кузатилади.

Вильмс ўсмасининг метастазлари ретроперитонеал лимфа тугунларидан бошланади ва кўпинча ўпка, жигар ва суякларга тарқалади, камроқ ҳолларда иккинчи буйракга, плевра ва қовуққа ўтганлиги кузатилади. Метастазнинг муддати ўсманинг катталигига боғлиқ эмас. Аксинча, экзофит ўсувчи катта ўсмаларда, эндофит ўсувчи кичик ўсмалардан кўра кечроқ метастазлар бўлиши кузатилган. Агар бемор шифохонага ётказилган ва операция қилинганда метастазлар бўлмаган бўлса, ҳам, операциядан кейинги 6 ойда, максимум-бир йил ичида метастазлар аниқланиши мумкин.

Болаларда санаб ўтилган симптомлардан ташқари озиш, иштаҳанинг йўқотлиши, диспепсия бўлади, умумий аҳволи прогрессив равишда ёмонлаша боради.

Диагностикаси. Вильмс ўсмасини диагностикаси унчалик қийин эмас. Пайпаслагандаёқ анча ишончли маълумотларни олиш мумкин. Диагнозни тасдиқлаш учун ультратовушли ва рентгено-радиологик текширишлар ўтказиш керак.

Ультратовушли сканерлаш ёрдамида қуйидагилар аниқланади: буйракни ўлчамлари, тўқималар зичлиги ҳар хиллиги, косача ва жомнинг деформацияси ва ўсмани жойлашган жойи. Радиоизотоп сцинтиграфияда ўсма бўлган жойда радиоизотоп тўпланмаганлиги сабабли буйрак сояси соҳасида «совуқ майдонлар», яъни контрастлиги жуда сусайиб кетган жойлар пайдо бўлади.

Умумий урограммада: буйрак сояси катталашганлиги ва

ичакларнинг қарама-қарши томонга сурилганлиги кўринади. Эскретоо вроогоаммада кўидаги белгилао буйрак ўсмасига хосдир: 1) жом ёки косачаларни тўлиш дефекти; 2) жом ва косачаларнинг сегментар кенгайиши; 3) косачаларнинг узайиши, чўзилиши, деформацияси ва баъзан косачаларнинг қисқариши ҳамда бир четга сурилиб қолиши. Буйракдаги ўсма жуда катта бўлиб, косача ва жомларни эзиб қўйса контраст модда умуман кўринмаслиги мумкин.

Ҳозирги пайтда пункцион биопсия диагностик усул сифатида қўлланилмайди. чунки у ўсмани ривожланишини тезлаштириб метастазлар ҳавфини оширади.

Давоси. Вильмс ўсмаси комплекс равишда даволанади, бунга рентгенотерапия, ўсмага қарши дори дармонлар ва операциялар қилинади. Муаллифлар операциядан олдинги давои 10–12 кун ўтказишни тавсия этишади. Химиотерапия актиномицин Д, винкристин ва адриамицин билан ўтказилади. Ўсма рентген нурлари таъсирига ўта сезгирдир. Операциядан олдин рентген нурлари берилганда ўсмалар 50% га кичраяди, бу эса операцияни енгиллаштиради. Операция буйрак томирларини аввал бойлаш билан трансперитонеал усулда нефруретрэктомия қилиб бажарилади. Операциядан сўнг 7–10 кун ўтгач рентгенотерапия давом эттирилади. Ҳозирги пайтда даво натижасида 70–80% бундай беморлар шифо топмоқдалар.

ҚОВУҚ ЎСМАЛАРИ.

Болаларда қовуқ ўсмалари катталарга нисбатан 60 марта кам учрайди (Духанов А.Я., 1968). Улар ўғил болаларда қизларга нисбатан кўпроқ учрайди. Болалардаги қовуқ

Ўсмаларини кўлчилигининг келиб чиқиши мезодермал бўлиб (рабдомиосаркома, фибросаркома, леомиосаркома, миксосаркома) ҳавфли (злокачественный) ўсмалар турига киради. Бу ўсмалар кам ҳолларда метастазлар беради, лекин операция қилиб олиб ташлангандан сўнг кўпинча рецидивланиб тез ўсади. Болаларда эпителиал ўсмалар истисно сифатида учрайди.

Қовуқнинг ҳавфсиз (доброкачественный) ўсмалари (полип, папиллома, фиброма, миома, гемангиома, дермоид киста) жуда кам учрайди. Улар секин ўсади ва ўта танқис симптомлар билан намоён бўлади. Ўсмалар келиб чиқишидан қатъий назар, ягона ва кўп сонли бўлиши мумкин. Уларнинг асоси кенг ва оёқчадек ингичка ва узун ёки кенг ва калта бўлиши мумкин. Ўсмалар асосан қовуқни бўйин ва учбурчаги соҳасида жойлашади. Кўпинча ўсмани экзофит ўсиши кузатилади.

Ҳавфли ўсмалар тез ривожланиб қовуқ деворига ва қўшни аъзо ҳамда тўқималарга (қовуқ атрофи ёғ тўқимасига, простата безига, қинга, бачадонга, тўғри ичакка, чаноқ суяқларига) ўсиб киришга мойил бўлади.

Қовуқ ўсмасининг энг кўп учрайдиган белгиси гематурия. Одатда ҳеч қандай сабабсиз соғлом бола қон сия бошлайди, сийганда ҳеч қандай оғриқ ҳам сезмайди. Бунда гематурия бир неча соат ёки 1-2 кун давом этгач ҳеч қандай давосиз ўз-ўзидан тўхтайдди. Гематурия кўпинча тотал бўлади, яъни сийдик бошидан-оёқ қон аралаш келади. Агар ўсма қовуқ бўйнига яқин жойлашган бўлса, гематурия терминал характерда бўлиши мумкин. Гематурия кўпинча ўсма жараёни анча ўтиб кетганда кузатилади. Қовуқдан қон кўп кетаётган бўлса, сийдикда шаклсиз қон лахталари ва

емираётган ўсма тўқимасининг майда бўлаклари бўлади. Ўсмани қовуқ деворига инфильтрацияси натижасида дизурия пайдо бўла бошлайди, сийиш охирида оғриқ кучаяди. Ўсма емирилганда ва у ерда яра пайдо бўлганда унга осонликча инфекция қўшилади, натижада бола тез-тез оғриқли сия бошлайди. Борди-ю, ўсма ўзининг ривожланиши ва қовуқ деворига инфильтрация бериши натижасида сийдик найининг қуйилиш жойини (устьясини) эзиб қўйса, тегишли томоннинг юқори сийдик йўлларида сийдик тўхтаб қолади. Бу уретернинг кенгайишини ҳамда белда симмилловчи, баъзан эса, ўткир оғриқ чақиради. Агар ўсма иккала устьяни эзиб қўйса, олигоанурия, азотемия ва буйрак етишмовчилигининг бошқа белгилари пайдо бўлади. Борди-ю ўсма қовуқ учбурчаги ёки бўйин соҳасида жойлашган бўлса, тез орада қийналиб сийиш ва сийдикни ўткир тутилиши (ишурия) ривожланади ҳамда бола ораликда, қовуқ устида, ташқи тешик атрофида, ёрғоқда кучли оғриқ сезади.

Диагностикаси. Қовуқ ўсмаларини аниқлашнинг асосий усули цистоскопия ҳисобланади. Цистоскопия ўсмани кўриш имконини бериш билан бирга унинг жойлашган жойини, катта-кичиклигини, ўсма характерини ва кўпинча қовуқ девори қай даражада зарарланганини аниқлашга имкон беради. Бу текшириш вақтида қилинган биопсия ўсмани турини аниқлаб беради. Рентгенологик текширувларни экскретор урографиядан бошлаш керак, бу қовуқда ўсма борлигини аниқлашга ва ўсма сийдик найи устьясига нисбатан қандай жойлашганлигини белгилашга имкон беради. Устья эзиб қўйилган бўлса гидроуретеронефроз пайдо бўлади.

Тушувчи цистограмма (экскретор урография пайти

қилинган) ўсманинг ривожланиши экзофит бўлганда тўлиқиш дефекти борлигини, ўсма инфильтрация билан ривожланганда эса деформация ёки қовуқ ассиметриyasi борлигини кўрсатади. Кўтарилувчи цистогрaфия ўсманинг қай даражада инфильтрация билан ривожланаётганлигини белгилаш имконини беради. Ўсма ҳавфсиз бўлса, қовуқ девори силлиқ-текис кўринади, контурлари қалинлашмайди, ўсма ҳавфли бўлса, қовуқ девори ўсма асоси зонасида қалинлашади, контурлари текис бўлмайди.

Қовуқ ва ўсма контурларининг тасвирини чўкма пневмоцистогрaфия усули билан ҳам аниқлаш мумкин. Бунда қовуққа 10% ли барий сульфат эмульсияси киритилади. Сўнг қовуқни ювиб барий чиқариб юборилади, кейин кислород билан тўлдирилади. Рентгенограммада кислород фонида барий билан импрегнация қилинган ўсма тасвири кўрилади. Бунинг сабаби шундаки, барий фақат ўсма ворсинкалари орасида ёки унинг яраланган юзасида тўхталиб қолади, нормал шиллиқ пардада эса барий тўхтамай ювилиб кетади.

Ультратовушли эхогрaфия ҳам ўсмаларни аниқлашда кенг қўлланилади.

Давоси. Қовуқ ўсмаларида рентген нурлари билан даволаш самара бермаганлиги учун у деярли қўлланилмайди. Ҳозирги пайтда химиотерапия хирургик усуллар билан биргаликда кенг қўлланилади.

Хавфсиз ўсмаларда операцияни эндовезикал (қовуқни очмасдан, уретра орқали) ёки трансвезикал (қовуқни очиб) усулларда ўтказиб, ўсмаларни электрокоагуляция ёки қовуқ резекцияси қилиниб олиб ташланади.

Болаларда хавфли ўсмалар бўлса бирдан-бир радикал усул қовуқ атрофидаги аъзолар (уруғ пуфаклари, простата

бези, уретрани проксимал қисми, қизларда – қинни олдинги девори, баъзан бачадони ҳам) билан биргалликда олиб ташлаш ва сийдикни имакка йўналтириш ёки уретрокутанеостомия операцияларини бажариш керак бўлади.

Қовуқнинг хавfli ўсмаларида прогноз ёмон. Беморлар дастлабки 1–2 йил ичида каҳаксиядан, буйрак етишмовчилигидан ёки уросепсисдан ўлишади.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИНИНГ ЎСМАЛАРИ

Сийдик чиқариш каналининг ўсмалари болаларда жуда кам учрайди. Ўсмаларнинг икки гуруҳи фарқланади: уретрал (полиплар, папилломалар, кандиломалар, карбункуллар), сийдик чиқариш каналининг шиллик қаватидан ҳамда унинг безларидан чикувчи ва парауретрал (фибромалар, миомалар, фибромиомалар) бириктирувчи ва мушак тўқималаридан ривожланувчи. Қизларда, шунингдек, ангиомалар ва кисталар ҳам учрайди. Уретранинг ташқи тешигида ва қайиқсимон чуқурчада кўпинча вирусли папилломалар, оёқчаси бўлган ворсинкасимон ўсимталар ривожланади. Улар ўткир учли кандиломалар ҳам деб аталади. Карбункул–майда томирли, қизил кўкимтир рангдаги тузилма бўлиб, уретранинг дистал қисмида жойлашади. Вақт ўтиши билан катталаша боради, оғрийдиган бўлиб қолади ва сийганда қонаши ҳам мумкин.

Унча катта бўлмаган ўсмалар ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечиши мумкин. Агар ўсмалар катта ёки кўп сонли бўлса, унда дизурия, уретранинг ташқи тешиги соҳасида кичишиш, шиллик ёки йиринг–шиллик ажралма чиқиши, юрганда оғриқ ва уретрагагия кузатилади. Борди–ю, ўсмалар сийдик чиқариш каналининг орқа қисмида жойлашган бўлса,

унда сийишга қийналиш ёки сийдикни тўла тутилиши кузатилади.

Диагноз клиник манзарасига, сийдик чиқариш каналини ташқи кўригига ва уретроскопияга асосланиб қўйилади. Касаллик равшан бўлмаса, биопсия қилиб диагноз аниқланади.

Давоси. Ўсмани кесиб олиб ташлаш, одатда электрорезекция ёки электрокоагуляция қилинади. Агар ўсма сийдик чиқариш каналининг орқа қисмида бўлса, электрокоагуляция уретроскоп орқали бажарилади.

ЖИНСИЙ ОЛАТ ЎСМАЛАРИ болаларда жуда кам учрайди. Хавфсиз ўсмалардан чекка кертмакни ва олат бошчасининг папилломалари, атеромалари, киста ва гемангиомалари, хавфли ўсмалардан эса олат саркомаси кузатилади. Вирусли папилломалар (ўткир учли кондилома деб ҳам аталади) сўгалсимон ворсинкали бўлиб чекка кертмакнинг ички варағида, камдан-кам ҳолларда олат бошчасида пайдо бўлади. Давоси ўсмани элетр пичоқ билан кесиб олиб ташлашдир, агар чекка кертмакда бўлса циркумцизия қилиш лозим.

Кўп муаллифлар жинсий олатни хавфли ўсмаларини келиб чиқишига фимоз натижасида чекка кертмак ичида тўпланиб қолувчи смегма сабаб бўлиши мумкин дейишади. Смегманинг канцероген таъсири ҳайвонларда ҳам тасдиқланган.

Диагноз кўрик, пайпаслаш ва биопсия асосида қўйилади. Ёмон сифатли ўсмада жинсий олат ампутация қилиб олиб ташланади ва нур терапияси ўтказилади.

МОЯК ЎСМАЛАРИ. Болалардаги ҳамма ўсмаларнинг қарийб 30% ташкил этади ва асосан, 95% ҳолларда хавфли

(злокачественный) бўлади, 50% гача ҳолларда бу ўсмалар 2 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Камроқ беморларда иккала мойя ҳам зарарланади. Одатда мойя ўсмаси криптиорхизм билан бирга кузатилади. Келиб чиқишига ҳараб бириктирувчи тўқимадан, эпителиал тўқимадан ва тератоидли ўсмалар фарқланади.

Мояк ўсмаларининг келиб чиқиши сабаблари ва ривожланиши ҳанузгача равшан эмас. Моякда ўсманнинг пайдо бўлиши ва ривожланишига сабаб бўлувчи омиллардан бири шикастланиш жанлиги аниқланган. Қорин бўшлиғида ёки чов каналида тўхтаб қолган мойя хавфли ўсмага айланишга мойил бўлади.

Мояк бошида катталашмаса ҳам, унда тугунга ўхшаш қаттиқлашиш борлиги маълум бўлади. Оғриқ бўлмайди. Вақт ўтиши билан мойянинг ҳажми катталашади, у ўзининг конфигурациясини йўқотиб ғадир-будир шарга ўхшаб қолади. Фақат мана шундагина симмилловчи оғриқлар пайдо бўлади. Секин аста жараён мойя ортиғига ҳам тарқалади. Кўпинча иккиламчи мойя пардасини истисқоси вужудга келади. Чанокда ёки қорин бўшлиғида тўхтаб қолган мойяда хавфли ўсма пайдо бўлса, касалликнинг кейинги стадияларида шу соҳаларда катта қаттиқ конгломерат пайпасланади.

Мояк хавфли ўсмаларининг метастазлари анча барвақт пайдо бўлади ва лимфа йўллари орқали тарқалади. Биринчи навбатда уруғ йўллари томирлари, ковак вена ва қорин аортаси бўйлаб жойлашган лимфа тугунлари зарарланади. Кейинроқ ўсма кўкс оралиғига, ўпкаларга, мияга, суякларга, жигар ва бошқа аъзоларга метастазлар беради. Лейдик хужайралардан пайдо бўлган ўсмаларда (Лейдигома) ўғил болаларда иккиламчи жинсий белгилар (жинсий олатни

катталашиши, қўлтиқ ости ва қов соҳаларда сочни пайдо бўлиши, товушни дағаллашиши ва бошқалар) эрта ривожланиши кузатилади.

Диагностикаси. Ўзига хос анамнез, беморни кўриш, мойкни пайпаслаш касалликни аниқлашга имкон беради. Диагнозни аниқлашда Ашгейм–Цондек реакцияси (сийдикда гонадотроп гормон–пролан борлиги) ҳам ёрдам бериши мумкин. Диагноз гумонли бўлса ва хавфли ўсмани рад этиш мумкин бўлмаса, операция қилинади. Бунда зудлик билан мойк биопсияси ҳам ўтказилади.

Давоси. Мойк ўсмалари операция қилиш билан ва айни вақтда нур терапияси ҳамда химиотерапия ўтказиш билан даволанади. Операциядан олдин нур терапияси ва химиотерапия (Сарколизин билан) ўтказилса, натижанинг яхши бўлишига эришилади.

Семиномаларда юқори (яъни баланд) гемикастрация қилинади. Бунда мойк ва уруғ тизимчасининг ҳамма элементлари, чов каналининг ички ҳалқасигача бўлган қисми олиб ташланади ва нур терапияси, химиотерапия давом эттирилади. Мойкни семиноматоз бўлмаган, бошқа хавфли ўсмаларда Шевасю операцияси қилинади. Бунда мойк билан бирга мойкнинг ҳамма пардалари, томирлари, ортиғи, уруғ йўллари ҳамда ретроперитонеал клетчатканинг ҳамма лимфа тугунлари олиб ташланади. Агар болада мойк ўсмасининг метастазлари жуда кўп бўлса, нур терапияси ва химиотерапия ўтказиш билан чегараланиш маъқул. Мойк ўсмаси бўлган беморларнинг ҳаммасини уролог ёки онколог динамик равишда кузатиб бормоғи лозим.

Моякдаги бирламчи ўсма метастазлар пайдо бўлгунга қадар олиб ташланган бўлса, прогноз дуруст бўлади. Мойк

семиномаси метастазларсиз бўлганда комплекс даво тадбирлари ўтказилса, беморларнинг 95% 5 йилгача яшайди, агар метастазлар бўлса, 40% яшайди. Операция қилдирмаган беморлар касалликнинг дастлабки белгилари бошлангандан кейин 2 йилдан ортиқ яшамайди.

XII – боб

СИЙДИК–ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ТУБЕРКУЛЁЗИ

Болаларда сийдик ва жинсий аъзоларининг туберкулёзи билан зарарланиши,бу оғир касаллик бўлиб, узоқ вақт ва машаққатли даво ҳамда кузатувни талаб қилади. Сийдик ва жинсий аъзоларининг ҳаммаси ҳам туберкулёз билан касалланиши мумкин, бироқ буйрак ва мойк ортигининг туберкулёзи кўпроқ учрайди. Бу касалликнинг икки хил – ўткир ва сурункали шакллари тафовут қилинади. Ўткир шакли миллиар туберкулёз бўлиб, у туберкулёз жараёнини генерализация даврида айни вақтда бошқа аъзоларнинг миллиар туберкулёзи билан бир вақтда юзага келади. Ўткир шакли ўзининг равшан клиник манзарасига эга бўлмайди ва беморнинг сихатлиги даврида аниқланмайди, чунки сийдик–жинсий аъзолар зарарланганлигининг симптомлари туберкулёз миллиаризациясининг бошқа оғир белгиларига қараганда билинмай кетади. Туберкулёзнинг бу шакли кўпинча фақат аутопсия вақтида маълум бўлади. Шундай қилиб, сийдик–жинсий аъзолар туберкулёзнинг ўткир шакли болалар хирурглари ва урологлари учун унчалик клиник аҳамиятга молик эмас. Улар ўз амалиётида кўпроқ туберкулёзнинг сурункали шаклини учратадилар. Буйрак мия қатламини деструкцияси билан кечадиган, яъни «Хирургик»

нефротуберкулёз болаларда катта ёшдагиларга нисбатан анча кам учрайди.

Адабиётларда ёзишича, буйрак туберкулёзи билан оғриган болаларнинг фақат 2,5% ни 1 ёшдан – 10 ёшгача бўлган болалар ташкил этар экан. Т.П.Молчановани (1976) ёзишича, болаларда сийдик-жинсий аъзолар туберкулёзи ўпкадан ташқари туберкулёзларнинг 2,2% ташкил этади, ва ўғил болаларда қизларга нисбатан кўпроқ учрайди (156 тадан 92 таси) ҳамда кечкироқ стадиясида аниқланади. Сийдик жинсий аъзоларнинг сурункали туберкулёзи иккиламчи жараён бўлиб, у изоляцияланган бўлиши, яъни бошқа аъзолар туберкулёзи белгиларисиз кечиши ёки комбинацияланган ҳолда бўлиши – ўпка, суяк-бўғин тизими ва бошқалар билан айна вақтда кечиши мумкин.

Suda (1970) кузатишича, фақат 21% болаларда нефротуберкулёз соф ҳолда учраган.

Этиологияси ва патогенези. Сийдик-жинсий аъзолар туберкулёзининг этиологияси, бошқа аъзолар туберкулёзи этиологиясига ўхшаш Кох туберкулёз таёқчаларини аниқлангандан бошлаб маълум. Инфекция буйракларга кўпинча гематоген йўл билан, камдан кам ҳолларда эса қўшни аъзолардан ўтиш натижасида кириб келади. Буйрак туберкулёзи патогенетик ва патоморфологик жиҳатдан икки томонлама жараён бўлсада, клиник жиҳатдан доимо бир томонлама бўлиб билинади. Бироқ ноқулай шароитларда ва бемор даволанмаганда битта буйрак туберкулёзининг клиник белгиларига иккинчи буйрак, яъни шу вақтгача «соғлом» бўлган буйрак зарарланганлигининг симптомлари қўшилади.

Буйрак туберкулёзи билан оғриган беморларнинг тахминан 1/3 қисмида икки томонлама буйрак туберкулёзи

кузатилади.

Туберкулёз жараени буйрак ичида пўстлоқ қаватдан косачалар ва жом томонга қараб тарқалади ва узоқ вақт буйрак паренхимасидан ташқарига чиқмайди. Патологик жараён ривожлана бориши билан у буйрак паренхимасининг ичига, яъни буйрак сўрғичига етади. Сўрғичда ярачалар пайдо бўлади, кейин эса косачалар ва жомнинг шиллиқ қаватлари зарарланади. Сўнгра жараен сийдик найига тарқалади ва кўпинча қовуқни ҳам зарарлайди. Бунда сийдик найининг ҳамма қисми туберкулёз микобактериялари сийдик найи шиллиқ қаватидаги тўқималараро ёриқлар бўйлаб тарқалади ва унинг айрим қисмларини зарарлайди, холос.

Туберкулёз касаллигининг энг кўп зарарлайдиган жойи сийдик найининг қовуқ олди бўлимидир. Бу ерда аввал специфик яллиғланиш инфильтрацияси вужудга келади, сўнгра сийдик найининг чандиқли торайиши пайдо бўлади. Туберкулёз жараёни қовуққа ўтгандан сўнг специфик яллиғланиш ўзгаришлари шиллиқ пардада ва шиллиқ ости қаватида ривожлана боради. Аввал туберкулёз дўмбоқчалари пайдо бўлиб, сўнг уларнинг ўрнида ярачалар вужудга келади, яралар ўрнида эса чандиқлар пайдо бўлади.

Буйрак сўрғичлари ва косачалар ворсинкалари соҳасидаги деструктив ўзгаришлар янада ривожланиши натижасида патологик бўшлиқ-каверналар вужудга келади. Айрим ҳолларда каверна буйрак мия қаватидаги туберкулёз инфильтрацияси ўчоғида казеоз (сўзма сингари) емирилиш содир бўлиши туфайли вужудга келади. Жараён сўнгида казеоз ўчоғлари оҳакланади (кальцификация), баъзан, даво тадбирлари натижасида каверналар казеоз ҳоли бўлиб, тўла тозаланади ва каверна деворидаги специфик ўзгаришлар

йўқолади. Бундай ҳолларда буйрак паренхимасида бўшлиқ қолишига қарамасдан буйрак туберкулёзи тузалган деб ҳисоблаш мумкин. Буйрак туберкулёзи ноқулай шароитларда буйрак паренхимасини яна емира боради, каверналар катталашади, бир-бирига яқинлашади (буйракни поликаверноз туберкулёзи), кейинчалик бир-бири билан қўшилиб кетиб буйракни битта ҳалтасимон бўшлиққа айлантиради (туберкулёз пиефроз).

Буйрак туберкулёзи патоморфологик кўринишининг ўзига хос белгиси ялғиланган ўчоғларда оҳакланишнинг (кальцификация) содир бўлишидир.

Казеоз емирилиш ўчоғларида бўрланиш (омелотворение) содир бўлади, буйракда битта-иккита ёки жуда кўп петрификатлар вужудга келади, камдан кам ҳолларда буйракнинг ҳаммаси бўрланиб кетади. Туберкулёз ўчоғи оҳакланганда доимо ҳам тўлиқ тузалиб кетади деб бўлмади, чунки петрификат бағрида яшашга қобилиятли туберкулёз микобактериялари сақланиб қолиши, яъни бироз сўнган, лекин тўлиқ тугамаган туберкулёз жараёни қолиши мумкин. Интенсив даво тадбирлари натижасида сийдик йўлларидаги туберкулёз жараёни йўқолади, бироқ илгариги специфик инфилтратлар ва айниқса ярачалар ўрнида қаттиқ фиброз тўқима-чандиқлар пайдо бўлади. Бу чандиқланиш бир томондан, туберкулёздан қутилаётганлик белгилари бўлса, иккинчи томондан касалликни кейинги кечишини оғирлаштирадиган энг муҳим омиллардан бири бўлиб қолади. Буйрак жомида чандиқли деформация вужудга келиши, сийдик найида стенозлар ҳосил бўлиши, унинг қовуққа қуйилиш жойи чандиқли ўзгариши қовуқнинг бужмайиб, буришиб қолиши сийдик пассажини жуда

Ўзгартириб юборади ва қовуқ-сийдик найи рефлюкслари ривожланишига имконият яратади. Буларнинг ҳаммаси сийдик тизимига жуда оғир ўзгаришларга олиб келади: буйракда гидронефротик трансформация ривожланади ва носпециффик яллиғланиш жараёни кучаяди.

Ҳозирги пайтда қўлланиладиган буйрак туберкулёзини энг қулай ва оддий таснифи А.А.Шабад (1978) томонидан таклиф қилинган. У 4 стадияли-клинико-рентгенологик тасниф бўлиб, бунда буйрак тўқимасининг деструкция даражаси асос қилиб олинган.

I-стадияси - инфилтратив (нодеструктив) буйрак туберкулёзи.

II- стадияси - бошланғич деструкция: папиллит ёки катта бўлмаган (диаметри 1 см гача) ягона каверналар.

III-стадияси - чегараланган деструкция : катта ўлчамли каверна ёки буйракни биронта сегментидаги поликаверноз туберкулёзи.

IV-стадияси-тотал ёки субтотал деструкция (буйракни иккита сегментини поликаверноз туберкулёзи, пионефроз, буйракни бўрланиши).

Клиникаси. Буйрак ва сийдик йўллари туберкулёзининг специфик ва патогномотик симптоматикаси бўлмайди. Буйрак туберкулёзи жараёни қовуққа тарқалмагунича бошқа урологик касалликлар сифатида ёки мутлақо симптомсиз кечади. Ўшанда ҳам сийдикнинг ўзгариши кўпинча циститнинг белгиси деб қаралади.

Буйрак туберкулёзининг энг кўп учрайдиган субъектив белгиси буйрак соҳасида симилловчи ва буровчи оғриқнинг бўлишидир. Баъзан оғриқ жуда кучли, ўткир бўлиб, буйрак санчиғига ўхшаб кетади.

Кўпинча гематурия, асосан, микрогематурия буйрак туберкулёзининг дастлабки белгиси сифатида билинади ва бошқа ҳеч қандай симптомларсиз кечади. Агар касаллик бел соҳасида симмиловчи оғриқ билан бошланса ва бир оз температура кўтарилиши ёки сийишнинг ўзгариши билан давом этса, кўпинча пиелонефрит деб тахмин қиладилар. Бундай «пиелонефрит» нинг фарқ қиладиган хусусияти шундан иборатки, у ярим ўткир шаклда кечади ва тез-тез қайталаниб туради. Энг муҳими ўз вақтида туберкулёз бор деб гумон қилишдир. Гарчи бунда равшан клиник белгилар бўлмаса ҳам махсус текширув тадбирларини кўрмоқ лозим. Буйрак туберкулёзида энг муҳим ва ўзига хос белгидан бири сийдикнинг ўзгаришидир. Одатдаги сийдик таҳлилида топиладиган ва кўп учрайдиган белги лейкоцитурия (пиурия) дир. Буйрак туберкулёзи учун айниқса характерли бўлган белги одатдаги носпецифик антибактериал терапиядан ўзгармайдиган турғун пиуриянинг бўлишидир. Сийдикда бундай ўзгаришларни бўлиши унда туберкулёз микобактерияларини қидиришни тақозо қилади. Борди-ю, сийдикда улар топилса, сийдик аъзолари туберкулёзи диагнозига ҳеч қандай шубҳа қолмайди.

Диагностикаси. Болаларда сийдик аъзоларини туберкулёзи диагнозини қўйиш ҳозирги пайтгача жуда мураккаб масаладир. Муаллифлар ёзишича, 36,8% дан 53,2% гача туберкулёз билан оғриган беморлар урологик клиникаларига нотўғри диагноз билан йўлланган. Сийдик аъзоларининг туберкулёзи диагнозини қўйиш учун энг аввалом бор анамнезга ва клиник манзарасига асосланиш керак. Анамнезда ўпка, лимфа тугунлари, суяк-бўғим тизими туберкулёзи, экссудатив плеврит бор-йўқлигини суриштириш

лозим. Анамнезда туберкулёз бўлса, туберкулёзга бўлган гумон равшанланади. Сийдик аъзолари туберкулёзи диагнозини аниқлашда илгари бўлиб ўтган ёки ҳозирги вақтда бор бўлган бошқа аъзолар туберкулёзининг белгилари ҳам муҳим роль ўйнайди. Актив ёки сўнаётган туберкулёз белгилари (Гон ўчоғи, ўпкадаги петрификат, бўғимдаги анкилоз ва бошқалар) топилса, буйрак туберкулёзи борлигига яна бир далил бўлади.

Болаларда физикал клиник текширув усули натижасида баъзан фойдали маълумот олиш мумкин. Кўрик пайтида, баъзан буйрак катталашганда, қорин ассиметрияси ёки паранефритда бел соҳасида шишлар кўринади. Камдан-кам ҳолларда, яъни гидронефрозда ёки пионефрозда буйракнинг катталашганлигини пайпаслаб билиш мумкин. Буйрак туберкулёзи учун Пастернацкий симптоми характерли эмас. Қовуқни массив зарарланишида унинг пайпасланиши оғриқли бўлади.

Лаборатория текширишларидан энг муҳими сийдик таҳлилидир. Сийдикни умумий таҳлил қилганда буйрак туберкулёзига хос бўлган пиурия ва унчалик хос бўлмаган микрогематурия ва ўртача альбуминурия (оқсил миқдори 1 г/л дан ошмайди) топилади. Носпецифик микрофлора бор-йўқлигини ва унинг турини аниқлаш учун кейин сийдик бактериологик текширилади. Сийдик аъзолари туберкулёзи билан оғриган болаларнинг деярли ярмида сийдикни экканда турли носпецифик бактериал флора топилади.

Сийдик аъзоларини туберкулёзи борлигини тасдиқловчи энг ишончли ва объектив белги, бу сийдикда туберкулёз микобактерияларини топилиши, бу мақсадда бор усуллардан фойдаланиш керак. Бактериоскопик усул: сийдик чўкмаси Циль-Нильсон усулда бўялиб бир неча бор текширилади,

бунинг учун сийдикни эрталабки порцияси олингани маъқул.

Сийдикни бактериологик текшириш – туберкулёз микобактериялари ўсиши учун қулай бўлган махсус озуқа муҳитларига сийдик чўкмасини экишдан иборат. Левенштейн усули бўйича картошка-тухум муҳитига, Прейс-Школьникова усулида қон муҳитига чуқур қилиб экилади. Биринчи усулда натижа 1-2 ойдан сўнг, иккинчисида эса микобактериялар бўлганда, 1-2 ҳафтадан кейин ва микобактериялар бўлмаганда, 4 ҳафтадан кейин маълум бўлади. Туберкулёз микобактерияларига ўта сезгир синама – биологик синамадир. Бунда сийдик чўкмаси денгиз чўчкачасининг териси остига ёки қорин бўшлиғига киритилади. Агар чўчкача икки ой мобайнида ўлмаса, уни ўлдирилади; иккала ҳолатда ҳам уни ёриб кўрилади ва барча аъзолари синчиклаб текширилади. Чўчкачада туберкулёзни топилиши текшириладиган беморда туберкулёз борлигини шак-шубҳасиз кўрсатади. Юқоридаги усуллар билан сийдик аъзолари туберкулёзи бўлган болаларнинг 70-85% туберкулёз микобактериялари топилади. Цистоскопия ёрдамида қимматли маълумотлар олиш мумкин.

Буйракдаги туберкулёз жараёни қовуққа тарқалган бўлса, беморни цистоскопия қилганда қовуқ шиллиқ пардасида турли ўзгаришларни кўриш мумкин. Булардан энг барвақт билинадигани туберкулёз дўмбоқчаларидир. Бу дўмбоқчалар тариққа ўхшаб шиллиқ пардадан кўтарилиб туради ва атрофи гиперемия гардиши билан ўралиб туради. Дўмбоқчалар одатда гуруҳ-гуруҳ бўлиб қон томир яқинида жойлашади. Энг муҳим томони шундаки, бундай дўмбоқчалар туберкулёз билан зарарланган буйрак сийдик найининг қовуққа қуйилиш жойига (устъясига) яқин зоналарда бўлади. Касаллик жуда ўтиб кетган бўлса, қовуқ шиллиқ пардасида

ярачалар пайдо бўлади. Бундай жойлар ортиқча гиперемияга учраган ғадир–будир, донатор юза бўлиб кўринади. Жараён улғая боргач уретер устьясида катта–катта ўсмасимон грануляциялар пайдо бўлади; устья улар орасида мутлақо кўринмайди ёки кенгайиб, оғзи очилиб орқага тортилиб туради. Ярачали жойлар чандикланганида нотўғри ёки юлдузчасимон шаклдаги чандикли тортмалар пайдо бўлиб, улар атрофига шиллиқ парданинг радиар бурмалари тарқалгандек бўлиб кўринади.

Рентгенологик текширувлар патологик жараён ҳақида янада муҳимроқ маълумотлар беради. Обзор урограммада буйрак сояси катталашиб кетган бўлса, туберкулёз гидронефрозидан, агар соя кичрайган бўлса–буйрак бужмайганлигидан дарак беради. Обзор рентгенография, бундан ташқари, туберкулёзга хос бўлган буйрак паренхимасида оҳакланиш борлигини ҳам кўрсатади.

Оҳакланиш ўзига хос кўринишга эга бўлади: буйрак паренхимаси проекциясида гомоген бўлмаган, нотўғри шаклдаги ва четлари нотекис соя кўринади. Ана шу белгилар буйракдаги туберкулёз петрификатини буйрак тошидан фарқ қилиш имконини беради. Маълумки, буйрак тошининг контурлари аниқ, консистенцияси гомоген бўлиб, тош косачалар ёки жом проекциясида ётади.

Сийдик аъзолари туберкулёзи диагностикасида контраст моддалар билан рентгенологик текшириш асосий роль ўйнайди. Эскретор (инфузион) урограммаларда қуйидаги характерли белгиларни кўриш мумкин: касалликнинг дастлабки нодеструктив стадиясида косачалар тораяди, эзилади, сўрилади ёки косачалар бўйни торайиб бўшлиғи кенгаяди; деструкция бошланган бўлса, сўрғич емирилгандек,

косачалар контурлари нотекис, косачалардан бошланадиган кичкина кўшимча бўшлиқлар бўлади, деструкция ривожланган бўлса катта-катта кўшимча бўшлиқлар (каверналар) кўринади ва улар косачалар билан ингичка илон изи йўллари воситасида туташиб туради ёки улар билан мутлақо туташмайди, битта ёки бир неча косачалар мутлақо кўринмайди (ампутация); деструкция жуда ўтиб кетган бўлса бир-бири билан қўшилиб кетган катта-катта бўшлиқлар кўринади ва улар буйракни битта халтачага айлантириб қўяди (туберкулёз пионефрози), бу асосан ретроград уретеропиелограммада кўринади. Ретроград уретеропиелография буйрак фаолияти кескин сусайиб кетганда қилинади. Сийдик найининг туберкулёз билан зарарланиши ҳам ўзига хос рентгенологик хусусиятларга эга. Бунда сийдик найи тораяди. Баъзан бу торайиш кўплаб бўлади ва тасбеҳсимон кўринишга эга бўлади. Сийдик найини тўппа-тўғри бўлиб таранглашиб қолиши ҳам туберкулёзга хосдир. Бунда уретернинг нормада бўладиган чанок қисмидаги эгрилиги йўқолиб кетади.

Қовуқ туберкулёз билан зарарланганда цистограммада унинг деформацияга учраб, қийшайиб қолганлиги, баъзан қовуқ-сийдик найи рефлюкслари борлиги кўринади. Цистометрия, урофлуометрия ва сфинктерометрия қовуқ ва сфинктернинг тонуси, қовуқ ҳажми ва эвакуатор фаолияти ҳақида керакли маълумотларни олишга имкон беради, бу даволаш тактикасини танлашда муҳимдир.

Туберкулёзда буйрак фаолиятини бузилиши даражасини радиоизотоп текширишлар (изотопли ренография, буйраklar сцинтиграфияси ва сканерлаш) ёрдамида аниқлаш мумкин. Шунингдек, изотопли сцинтиграфия ёрдамида буйракдаги туберкулёз ўчоғларини (казеоз, каверна, петрификат) топиш

мумкин. уларни характери (суюк ёки қаттиқ муҳит жанлигини) ультрасанография асосида аниқланади.

Шундай қилиб, буйрак ва сийдик йўллари туберкулёзини диагностикаси уч этапни ўз ичига олади: клиник текширишлар - сийдик аъзоларида туберкулёз касаллиги бор деган гумон ҳосил қилади; лаборатор текширишлар - бу диагнозни тасдиқлашга имкон беради; рентгенорадиологик ва эндоскопик текширишлар буйрак ва сийдик йўлларини анатомио-функционал ҳолатини ва касаллик стадиясини аниқлайди ва тўғри даволаш тактикасини танлашга имкон беради.

Давоси. Болаларда буйрак ва сийдик йўлларини туберкулёзи консерватив ва оператив усуллар билан даволанади. Даво ҳажми патологик жараёни стадиясига боғлиқ. I ва II стадияларида консерватив даво, III стадиясида - соф консерватив ёки аъзони сақлаб қолувчи операциялар (буйрак резекцияси, кавернэктомия, кавернотомия) бажарилиб консерватив давони ҳам қўшиб, IV стадиясида - нефрэктомия ўтказилади. Консерватив даво мустақил усул сифатида ҳозирги вақтда уротуберкулёз билан оғриган беморларнинг кўпчилигида қўлланилади. Консерватив даво, аввало, специфик туберкулёзга қарши химиотерапиядан иборатдир. Даволаш одатда комбинирланган йўл билан олиб борилади: айна вақтни ўзида турли таъсир кучига эга бўлган иккита ёки учта туберкулёзга қарши препарат тайинланади: антибиотик (кўпроқ стрептомицин), изоникатин кислотасининг гидразид қатори препарати (кўпинча тубазид) ва парааминосалицил кислота (ПАСК). Турли таъсирга эга бўлган препаратларни бундай комбинацияда бериш даво самарадорлигини оширади ва бактерияларнинг дори-дармонларга турғун бўлиб

қолишига йўл қўймайди. Стрептомицин суткалик дозаси (0,5 дан 2 марта) мушак орқали юборилади, тубазид - 0,3 г дан уч марта, ПАСК - 3г дан бир кунда уч марта оғиз орқали берилади. Буйрак ва сийдик йўллари туберкулёзининг комплекс консерватив давоси дори-дармонлардан ташқари режимни, пархезни, санатор-курорт давосини назарда тутати. Бу беморларнинг давоси узоқ, кўпинча бир неча йиллаб давом этади.

Қовуқ туберкулёзида юқорида айтилганларга қўшимча қилиб маҳаллий даво (қовуққа балиқ ёғи, облепиха мойи, тибан ва натрий парааминосалицилат эритмаларини юбориш) ҳам ўтказилади, буни давомийлиги 12-18 ой.

Операция йўли билан даво. Буйракни чегараланган деструктив туберкулёзида буйрак резекцияси, кавернэктомия ва кавенотомия операциялари қилинади. Сийдик йўллари туберкулёзи оқибатида чандиқлар ҳосил бўлганда реконструктив пластик операциялар кенг қўламда қўлланилади. Сийдик найини чандиқли торайишида ҳар хил пластик операциялар қилинади (торайган жой резекция қилиниб, учини-учига анастомоз қўйиш, уретероцистонеанастомоз, Боари операцияси, ичакдан сийдик найини яшаш ва бошқалар). Қовуқ бужмайишида ингичка ичак (илеоцистопластика) ёки сигмасимон ичаклар (сигмоцистопластика) ҳисобига унинг ҳажми катталаштирилади. Сийдик йўллари туберкулёзи ва унинг оқибатлари туфайли қилинадиган барча пластик операцияларда операциядан олдинги даврда ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам специфик химиотерапия ўтказиш зарур. Ҳозирги вақтда фақат жуда ўтиб кетган поликаверноз туберкулёзда ва туберкулёз пионефрозиди

нефрэктомия қилинади, холос. Уротуберкулёз сабабли операция қилинган беморлар узоқ вақт уролог кузатувида бўлиб, туберкулёзга қарши диспансерларида даволаниши керак.

Жинсий аъзолар туберкулёзини ҳам туберкулёз микобактериялари чақиради. Жинсий аъзолар гематоген йўл билан туберкулёзнинг бирламчи генерализацияси даврида ёки кейинги стадияларида буйраклар билан айна бир вақтда зарарланади. Аъзога туберкулёз микобактериялари киргани билан у ерда туберкулёз клиник жиҳатдан доимо ривожланавермайди. Касаллик қандайдир умумий ёки маҳаллий шароитларда юзага чиқиши мумкин. Масалан, мояк ортиғини туберкулёзи, кўпинча шикастланишдан кейин ёки совуқ ўтиши натижасида пайдо бўлган ўткир эпидидимит сурункали стадияга ўтаётганда билинади. Жинсий аъзолари (ппростата, уруғ пуфакчалари, мояклар ва мояк ортиқлари) туберкулёзида синчиклаб текширилса беморларнинг ярмидан кўпроғида буйрак ва сийдик йўллари ҳамда 40–80% да ўпкасида туберкулёз жараёни борлиги аниқланади (Маянц Л.И., 1954). Экспериментда туберкулёз микобактериялари орқа уретрадан рефлюкс натижасида уруғ пуфакчалари ва мояк ортиғига ўтиши мумкинлиги ҳам исботланган. Мояк туберкулёзи жинсий аъзолар туберкулёзининг 20–25% ташкил этади, унга инфекция гематоген йўл билан ёки зарарланган мояк ортиғи ва уруғ пуфакчаларидан ўтиши мумкин.

Клиникаси. Жинсий аъзолар туберкулёзида, одатда, жараённинг дастлабки клиник маълум бўлиши эпидидимитдан бошланади. Касаллик кўпинча шикастланишга ёки шамоллашга боғлиқ ҳолда бошланиб, бирданига жуда тез, ҳатто бир неча соат ичида мояк ортиғи катталашиб, қаттиқлашади, ёрғоқнинг

тегишли ярмида кучли оғриқ пайдо бўлади, тери қизариб шишади. Бир неча кундан кейин бундай ўткир белгилар йўқола боради, бироқ юзага келган ўзгаришлар бутунлай йўқолиб кетмайди, мояк ортиғи, айниқса дум қисми ва кейинчалик бошчаси ҳам қаттиқлашади, гуё зарарланган ортиқни ёрғоқ териси билан туташтириб турувчи тортма пайдо бўлади, бироқ ортиқдаги ўзгаришлар йўқолиб кетмайди, аксинча, янада катталашиб боради. Ёрғоқда мояк ва унинг ортиғи ўрнида ягона қаттиқ конгломерат пайдо бўлади, бу конгломератдан мояк ва уни ортиғини ажратиб бўлмайди. Мояк ўзгармай қолиши ҳам мумкин, бироқ буни одатда операция қилиб очгандагина аниқланади.

Простата беzi туберкулёзининг симптомлари унча билинмайди. Бироқ шуни тахмин қилмоқ лозимки, туберкулёз эпидидимити ёки орхити бўлганда доимо простата туберкулёзи ҳам бўлади, лекин у доимо билинмайди. Унинг дастлабки стадияларида бемор сийиши салгина ўзгарганини айтади, унча–мунча оғриқ бўлиши ҳам мумкин. Кўпинча оғриқ бўлмайди, простата безини тўғри ичак орқали бармоқ билан текширилганда касалликнинг дастлабки босқичларида без юзаси сал–пал ғадир–будирлиги, простата безининг баъзи жойларида билинар–билинмас қаттиқланиш ўчоғлари маълум бўлади. Туберкулёз ривожланганда ёки жуда ўтиб кетган босқичларида простатада катта–катта қаттиқ тугунлар бўлади, у ғадир–будир бўлиб қолади ва жуда қаттиқ ҳамда ғадир–будир ягона конгломератга айланади.

Простатанинг юқорисида, унинг иккала бўлақларининг юқори қутбларида туберкулёз билан зарарланган уруғ пуфакчаларини бармоқ билан пайпаслаб аниқлаш мумкин. Лекин касаллик жуда ўтиб кетган бўлса, уруғ пуфакчалари

ўзгарган простата билан кўшилиб кетиб, пайпаслаганда қўлга алоҳида сезилмайди.

Жинсий аъзолар туберкулёзи билан оғриган болаларнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Касалликнинг ўткир бошланғич стадиясида тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Қон таҳлилида ўткир яллиғланиш жараёнига хос ўзгаришлар (лейкоцитоз, СОЭ нинг тезлашуви) топилади.

Диагностикаси. Жинсий аъзолар туберкулёзини диагностикаси анамнезга, клинικο-лаборатор, рентгенологик ва инструментал текширишлар натижасига асосланади. Касаллик жуда ўтиб кетганда ўзига хос қаттиқлашиш ва гадир-будирлик, ёрғоқда йирингли оқмалар пайдо бўлган бўлса диагноз осонлик билан қўйилади, дастлабки босқичларини аниқлаш эса анча мушкул. Чунки туберкулёзни носпецифик яллиғланишдан ёки бошқа касалликлардан фарқ қилиш қийин.

Анамнездан, илгари биронта аъзода туберкулёз касаллиги бўлганлиги ёки бўлмаганлигини (айниқса бу касалликнинг ҳозир ҳам давом этаётганлигини) аниқлаш диагностика учун муҳимдир. Эпидидимит анча чўзилиб кетганда ҳам бола ўпкасини ва сийдик тизими аъзоларини синчиклаб текшириш керак. Сийдикда туберкулёз микобактерияларини топилиши ёки буйрак рентгенограммаларида туберкулёзга хос ўзгаришларни бўлиши касалликнинг специфик табиатга эгаллигини кўрсатади. Биопсия жинсий аъзолар туберкулёзи диагностикасида энг ишончли усуллардандир. Микроскопда текшириш учун олинадиган тўқима бўлакчаси очиқ (операция қилиш билан) ёки ёпиқ (пункция) усуллар билан мойк ва унинг ортиғидан, простата ва уруғ пуфакчаларидан олинади.

Давоси. Жинсий аъзолар туберкулёзида соф химиотерапия яхши самара бермаганлиги учун, кўпинча

операция усули билан даволанади. Мояк ортиғи туберкулёзида эпидидимэктомия қилинади. Яъни ортиқ олиб ташланади, моякнинг ҳаммаси зарарланган бўлса, орхэктомия операцияси қилинади. Бордию моякнинг бир қисмигина туберкулёз билан зарарланган бўлса, унинг фақат ўша қисми кесиб олинади (резекция). Болаларда иложи борича энг тежамли операциялар кавернотомия ва кавернэктомия қилишга интилиш керак. Бу операцияларда туберкулёз ўчоғи кенг очилиб дренаж қилинади. Жинсий аъзолар туберкулёзи сабабли қилинадиган операциялардан олдин ҳам, кейин ҳам туберкулёзга қарши специфик химиотерапия олиб бориш керак. Бу беморларнинг ҳаммаси узоқ муддат (бир неча йиллар) мобайнида туберкулёзга қарши диспансерда фтизиоуролог кузатувида бўлиши ҳамда вақти-вақти билан даволаниб туриши лозим. Санатор-курортларда даволаниш, иқлимотерапия, режим ва парҳез муҳим аҳамиятга эга.

XIII – боб

Ўз–ўзини синаш учун тестлар

1. Пассив қовуқ–уретер ре флюксини ифодалаб беринг?

- а) экскретор урографияда контраст моддани сийдик найида пайдо бўлиши
- б) қовуқ контраст билан тўлдирилгандан сўнг сийиш вақтида контраст модда сийдик найига ташланади.
- в) қовуқ контраст модда билан тўлдирилгандан сўнг бола сиймайдиган ҳолда контрастни сийдик найига ташланиши.
- г) уретрография қилганда контраст модда сийдик найига ташланади
- д) уретроскопия қилганда контраст модда сийдик найига ташланади

2. Нефроптоз нима?

- а) буйракни қарама–қарши томонга ўтиб кетиши
- б) эмбрионал даврда буйракни кичик чанокда қолганлиги
- в) ҳаракатчан буйрак
- г) буйракларни бир–бирига қўшилиши
- д) буйраклар иккиланиши

3. Қайси текшириш усулида контраст ишлатилмайди:

- а) гастроэнтерография
- б) ирригография
- в) цистография
- г) экскретор урография
- д) инвертограмма

4. Буйракларнинг ўзаро муносабат аномалияларидан қайси бири кўп учрайди:

- а) L–симон буйрак

- и) S-симон буйрак
-) патирсимон буйрак
-) тақасимон буйрак
- и) I-симон буйрак

5. Буйракларни жойлашиш аномалияларини асдиқловчи энг ишончли текшириш усули:

-) экскретор урография
- и) умумий урография
-) буйрак пункцияси
-) радиоизотопли ренография
- и) буйракларни сканерлаш

6. Сийдик пуфагини металл катетер билан атетеризация қилишда учрайдиган энг оғир асорат?

-) қовуқ тешилиши
- и) "ёлғон" йўллар ҳосил бўлиши
-) юқори сийдик йўлларининг ифлосланиши
-) оғриқ шоки
- и) уретер устьяси шикасти

7. Нима сабабдан қизларда сийдик тутилиши ҳолати ам кузатилади?

-) уретра узунлиги сабабли
-) уретра кенглиги сабабли
-) уретра торлиги сабабли
-) уретра калталиги сабабли
-) уретра кенглиги ва калталиги сабабли

8. Операция пайти "корона" шаклидаги шохсимон тош ниқланди. Буйрак паренхимаси 0.8 см иккиламчи ўзгарган. адиоизотопли ренографияда ушбу буйрак функцияси асайган. Сизнинг тактикангиз;

-) нефролитотомия

- б) нефруретрэктомия
- в) нефрэктомия
- г) буйракдаги тошга тегмаслик
- д) уретеролитотомия

9. Буйраклар иккиланишининг асосий диагностика

усули;

- а) УТТ
- б) радиоизотоп ренография
- в) обзор урография
- г) экскретор урография
- д) сканерлаш

10. Уретероцеле нима?

- а) сийдик найининг проксимал қисмларини кенгайиши
- б) буйрак косачаларининг кенгайиши
- в) буйрак жомларининг кенгайиши
- г) сийдик каналининг кенгайиши
- д) сийдик найини интрамурал қисмининг кенгайиши

11. Ангиограмма вақтида буйрак томирларининг

"куйган дарахт"га ўхшаши қайси касалликка хос?

- а) сийдик тош касаллиги
- б) гидронефроз
- в) Вильмс ўсмаси
- г) сурункали пиелонефрит
- д) поликистоз

12. Сийдик пуфаги экстрофиясининг асосий

диагностика усули?

- а) умумий урография
- б) экскретор урография
- в) ретроград пиелография
- г) кўрик

д)УТТ

13. Тош сийдик йўллارининг қайси қисмида жойлашса анурия беради?

- а) буйрак косачаларида
- б) сийдик найларида.
- в) қовуқда
- г) сийдик чиқариш каналида.
- д) тош ўрнининг аҳамияти йўқ.

14. Сийдик оқимининг тезлигини аниқлаш усули:

- а) урофлоуметрия.
- б) цистомонометрия.
- в) урокинография
- г) уретроцистография.
- д) профилометрия.

15. Қовуқ ичидаги босимни аниқлаш усули:

- а) урофлоуметрия.
- б) цистомонометрия.
- в) урокинография.
- г) уретроцистография
- д) профилометрия

16. Уретрадаги босимни аниқлаш усули:

- а) урофлоуметрия
- б) цистомонометрия
- в) урокинография
- г) уретроцистография
- д) профилометрия

17. Катта ёшидаги болаларнинг чап буйраги нормал жойлашса унинг жомининг маркази қуйидаги сатҳда бўлади.

- а) Т-11
- б) Т-12

в) L-1

г) L-2

д) L-3

18. Сийдикнинг филтрланишида қуйидагилар иштирок этади:

а) буйрак капсуласи.

б) Шумлянский–Бауман капсуласи:

в) Глиссон капсуласи.

г) Гонит капсуласи.

д) мезонефроген капсуласи.

19. Ўткир циститда цистоскопия қилиш мумкинми:

а) мумкин.

б) мумкин эмас

в) мумкин, фақат оғриқсизлантирувчи дорилар қилингандан кейин.

г) мумкин, фақат ҳароратни туширувчи дорилар қилингандан кейин

д) мумкин, фақат наркозга киритилгандан кейин

20. Вейгер-Меер қонунини тўғри таърифланг

а) асосий уретер (сийдик найи)

б) қўшимча уретер

в) устьясидан (сийдик найининг қовуққа очилиш жойи) юқорида очиладиган.

г) устьясидан пастроғида очилади.

д) устьяси сатҳида очилади.

21. Уретер устьясининг қовуқдан ташқарида бўлган экпотиясида сийдик ушлолмасликнинг хусусияти.

а) тўлиб кетган қовуқдан сийдик томчилаб чиқади.

б) нормал сийиш билан бир қаторда, сийдик томчилаб чиқиб туради.

в) қовуқ катталашмасдан сийдик томчилаб чиқиб туради.
г) сийдик фақат ухлаган пайтда чиқиб туради
д) сийдик кундузи ҳам кечаси ҳам томчилаб чиқиб туради,
қовуқ соҳасида оғриқ сезилади.

22. Уретранинг йиртилишида қайси текшириш усулини қўллаш ман этилади:

- а) инфузион урография.
- б) кўтарилувчан уретрография.
- в) тушувчан цистоуретрография.
- г) қовуқ катетеризацияси.
- д) урофлоуметрия.

23. Дизурия қўйидаги қайси касалликка хос?

- а) гидронефроз.
- б) нефроптоз
- в) сийдик тош касаллиги
- г) поликистоз
- д) уретерогидронефроз

24. Актив қовуқ-уретер рефлюкси қайси текшириш усули билан аниқланади:

- а) цистоскопия:
- б) оддий цистография
- в) микцион цистоуретрография
- г) урофлоуметрия
- д) цистометрия

25. Нормал сийиш билан бирга сийдик тутолмаслик симптоми қайси касалликка хосдир:

- а) нейроген қовуқ
- б) орқа уретранинг клапани
- в) эктопик уретероцеле
- г) ўтқ. р цистит

д)қўшимча уретер устьясининг эктопияси

26.Энурезнинг этиологик факторини кўрсатинг:

- а) мия пустлогининг бошқаришини бузилиши
- б)сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланиши
- в)қовуқ сфинктерини етишмовчилиги
- г)орқа мия чурралари
- д)қовуқдаги ўсмалар.

27.Кўйидаги буйрак аномалияларидан қайси бири структура аномалиясига хосдир.

- а) гомолатерал дистопия
- б)буйрак поликистози
- в)тақасимон буйрак
- г)буйрак иккиланиши
- д)S- симон буйрак

28.Гипоплазияли буйрак билан иккиламчи буришган буйракни бир-биридан фарқ қилиш учун ишлатиладиган ҳал қилувчи текшириш усули:

- а) экскретор урография
- б)ренография
- в)динамик сцентофотографияси
- г)буйрак эхографияси
- д)буйрак биопсияси

29.Орқа уретранинг клапанини диагностика қилишининг асосий усули қайси:

- а) кўтарилувчи уретрография
- б)инфузион урография
- в)микцион цистоуретрография
- г)цистоскопия
- д)урофлоуметрия

30.Сохта альбуминурия қайси патологик ҳолатларида

белгиланади:

- а) сурункали гломерулонефрит
- б) нефроген гипертония
- в) варикоцеле
- г) некротик папиллит
- д) буйрак шикасти

31. Куйидаги қайси конкремент рентген контрастли

эмас:

- а) оксалатлар
- б) уратлар
- в) фосфатлар
- г) аралаш тузли тошлар
- д) карбонатлар

32. Вильмс ўсмасида қайси текшириш усулини қўллаш

мумкин эмас:

- а) экскретор урография
- б) буйрак ангиографияси
- в) радиозотоп ренографияси
- г) УТТ
- д) буйрак пункцион биопсияси

33. Қовуқнинг қайси нуқсонли ривожланишлари

бўлмайд:

- а) қовуқ экстрофияси
- б) қовуқ эктопияси
- в) қовуқнинг аберант қон томири
- г) қовуқнинг иккиланиши
- д) қовуқнинг дивертикули

34. Қайси касаллик ёрғоқ-шиш синдромининг клиник манзарасини бермайди:

- а) ўткир орхи:

- б) варикоцеле
- в) моякнинг буралиши
- г) мояк гидатидиаснинг буралиши
- д) чақалоқлар перитонити.

35. Мюллер найидан қуйидагилар ҳосил бўлади:

- а) буйрак коптокчалари, илон изи каналчалари.
- б) йиғувчи каналчалар, косачалар, уретер, уруғ найи
- в) бачадон, қин, уруғ пуфакчаси, уруғ найи
- г) жом, уретер, бачадон найи, буйрак коптокчалари
- д) бачадон, бачадон найи, қин

36. Нефроген бластомдан қуйидагилар ҳосил бўлади:

- а) буйрак коптокчалари, илон изи каналчалари
- б) йиғувчи каналчалар, косачалар, жом.
- в) уретер, уретра, уруғ найи.
- г) илон изи ва йиғувчи каналчалар, жом
- д) буйрак коптокчалари, косачалар, жом

37. Кечасидаги диурезнинг кундузгисидан кўп бўлиши қуйидагича номланади:

- а) энурез
- б) полиурия
- в) никтурия
- г) ишурия
- д) дизурия

38. Кўп вақт ўтказиб (бир суткада 1–2 марта) сийиш бу:

- а) олигоурия
- б) олигоурия
- в) дизурия
- г) странгурия
- д) олигоанурия.

39. Сийдикнинг ўткир тутилиши бу:

- а) ишурия
- б)анурия
- в)олигоурия
- г)олигокурия
- д)никтурия

40. Сийдик миқдорини кўпайиши бу:

- а) поллакурия
- б)полиурия
- в)мегоурия
- г)олигоурия
- д)анурия

41. Сийдик миқдорининг камайиб(40%гача) кетиши бу:

- а) анурия
- б)олигокурия.
- в)олигоурия
- г)дизурия
- д)странгурия

42. Буйрак иккиланишида қўшимча сийдик найининг қайси нуқсонли ривожланишида сийдикни томчилаб тутаолмаслик симптоми намоён бўлади.

- а) эктопик уретероцеледа
- б) устьянинг латерал қовуқ эктопиясида
- в) қизлардаги қўшимча уретер устьясининг вестибуляр эктопиясида
- г) икки томонлама уретероцеледа
- д) ўғил болалардаги қўшимча уретер устьясининг эктопиясида

43. Қўйидаги ҳоллардан қайси бирида гемоглобинурия симптоми намоён бўлади:

- а) ўткир пиелонефрит

- б) некротик папиллит
- в) анилин билан заҳарланиш
- г) ўткир гломерулонефрит
- д) паранефрит

44. Қўйидаги ануриянинг қайси бирига оғриқ симптоми хос

- а) ренал
- б) экстраренал
- в) субренал
- г) реффлектор
- д) аренал

45. Қўйидаги текширишларидан қайси бирини анурияда қўллаш ман этилади?

- а) сийдик йўллариининг умумий рентгенографияси
- б) экскретор урография
- в) цистоурография
- г) ретроград пиелография
- д) цистоскопия

46. Ануриянинг қайси тури сийдик аъзоларининг патологияси билан боғлиқ эмас:

- а) преренал
- б) экстраренал
- в) субренал
- г) ренал
- д) аренал

47. Буйракнинг қайси нуқсонли ривожланишида ёки касалликларида икки томонлама тотал макрогематурия кузатилади:

- а) ўткир гломерулонефрит
- б) сийдик тош касалликлари

- в) буйракнинг парапелвикал кистаси
- г) гидронефроз
- д) буйрак ўсмаси

48. Бир томонлама макрогематурия қайси

касалликларга хос белги:

- а) Верльгоф касаллиги
- б) тугунчали периартрит
- в) ўткир гломерулонефрит
- г) поликистоз
- д) буйрак ўсмаси

49. Макрогематурияда қўйидаги текширишлардан қайси бири тезкорлик билан ўтказилади

- а) ретроград пиелография
- б) экскретор урография
- в) цистоскопия
- г) цистоуретрография
- д) радиозотопли усуллар

50. Қўйидаги қайси касалликларда гематурия асептик пиурия билан биргаликда кузатилади:

- а) гидронефроз
- б) калькулёз
- в) нефроптоз
- г) туберкулёз
- д) буйрак ўсмаси

51. Қўйидаги ҳолларнинг қайси бирида ўткир сийдик тутилиши рефлектор равишда бўлади:

- а) фимоз
- б) баланопостит
- в) қовуқ ўсмаси
- г) уретра тоши

д) уретранинг йиртилиши

52. Кўйидаги қайси ҳолларда бел соҳасида ўсувчан шиш бўлади:

- а) буйрак иккиланиши
- б) гидронефроз
- в) нефроптоз
- г) буйрак йиртилиши
- д) туберкулёз

53. Буйракнинг ўткир шикастини диагностикасида қўлланиладиган энг информатив текшириш усули:

- а) реоренография
- б) цистоуретрография
- в) радиоизотопли ренография
- г) экскретор урография
- д) цистоскопия.

54. Кўйидаги қайси симптомлар қовуқ йиртилишнинг экстроперитониал турига киради:

- а) гематурия, изурия, паравезикал гематома
- б) пиурия, гематурия, ҳароратни кўтарилиши.
- в) қусиш, кўнгил айниш, ишурия
- г) гематурия, олигоурия, буйрак санчиғи
- д) оғриқ, кўнгил айниш, пиурия

55. Қовуқ шикастининг диагностикаси учун қўлланиладиган асосий текшириш усули қайси:

- а) экскретор урография
- б) хромоцистоскопия
- в) цистоскопия
- г) қовуқни катетеризацияси
- д) цистография

56. Кўйидаги симптомларнинг қайси бири уретранинг

тўлиқ йиғилишига хос:

- а) гематурия.
- б) ишурия
- в) пиурия
- г) дизурия
- д) олигоурия

57. Буйраклар функциясини аниқлаш учун қўлланиладиган текшириш усуллари:

- а) радиоизотоп ренография, Зимницкий синамаси
- б) радиоизотоп ренография, УТТ (ультратовуш текшириш)
- в) Зимницкий синамаси, Каковский–Аддис синамаси
- г) Нечипоренко ва Фольгорд синамаси
- д) Амбурже ва Каковский–Аддис синамалари

58. Сийдик аъзоларининг яллиғланиши борлигини кўрсатувчи синамалар :

- а) Зимницкий ва Нечипоренко синамалари
- б) Фольгорд ва Амбуржи синамалари
- в) Роберг ва Каковский–Аддис синамалари
- г) Зимницкий ва Фольгорд синамалари
- д) Амбурже ва Нечипоренко синамалари

59. Кўйидаги контраст модда вена орқали юборилиб рентгенография қилиш учун ишлатилмайди:

- а) верографин
- б) уротраст
- г) кардиотраст
- в) билитраст
- д) билигност

60. Эмбрионал даврда буйракларнинг даставвал жойлашиш жойи:

- а) Бел соҳасида

- б) Чаноқ соҳасида
- в) Қорин бўшлиғида
- г) кўкрак қафасида
- д) ретроперитонеал, 1–бел умуртқаси соҳасида

61. Эмбриогенезда буйракнинг секретор аппарати

нимадан ривожланади:

- а) Вольф найидан
- б) урахусдан
- в) нефроген бластомадан.
- г) Мюллер найидан.
- д) метонефроздан.

62. Эмбриогенезда буйракнинг экскретор аппарати

нимадан ривожланади:

- а) Вольф найидан.
- б) урахусдан.
- в) Мюллер найидан.
- г) нефроген бластомадан.
- д) метонефроздан.

63. Вольф найидан қўйидагилар ҳосил бўлади:

- а) Буйрак коптокчалари, илон изи каналчалари.
- б) Йиғувчи каналчалар, косачалар, уретер, уруғ найи.
- в) Бачадан, қин, уруғ пуфакчаси, уруғ найи.
- г) жом, уретер, бачадон найи, буйрак коптокчалари.
- д) Бачадон, бачадон найи, қин.

64. Тез–тез сийиш бу:

- а) Полиурия.
- б) Старнгурия.
- в) Поллакурия
- г) ишурия.
- д) Дезурия

65. Буйрак йиртилганда энг ишончли текшириш усули:

- а) умумий урография
- б) ультратовушли текшириш.
- в) ретропневмоперитониум.
- г) пневмоцитрография.
- д) экскретор урография.

66. Чақалоқлар нормада суткасига неча мартагача сийишади:

- а) 4
- б) 8
- в) 12
- г) 16
- д) 20

67. Диурез суткали норманинг қўйидаги неча % ни ташкил этса олигурия дейилади.

- а) 20% гача
- б) 30% гача
- в) 40% гача
- г) 50% гача
- д) 60% гача.

69. Сийдик найларидаги тошлар қўйидаги анурияни чақиради:

- а) преренал
- б) реффлектор
- в) аренал
- г) субренал
- д) ренал

70. Суткалик сийдикдаги шаклли элементлар сони қўйидаги синама орқали аниқланади:

- а) Зимницкий синамаси.

- б) Амбурже синамаси
- в) Каковский–Аддис синамаси
- г) Нечипоренко синамаси
- д) Фольгорд синамаси.

71. Бир минутда ажралган сийдикдаги шаклли элементлар миқдорини қўйидаги синама ёрдамида аниқланади:

- а) Зимницкий синамаси
- б) Амбурже синамаси
- в) Каковский–Аддис синамаси
- г) Нечипоренко синамаси
- д) Фольгорд синамаси.

72. Бир миллилитр сийдикдаги шаклли элементлар миқдорини қўйидаги синама орқали аниқланг:

- а) Зимницкий синамаси
- б) Амбурже синамаси
- в) Каковский–Аддис синамаси
- г) Нечипоренко синамаси
- д) Фольгорд синамаси

73. Суммар функционал буйрак синамаларига қўйидагилар киради:

- а) суткалик диурезни аниқлаш, Зимницкий синамаси, қон зардобидан азотли шлаклар миқдорини аниқлаш.
- б) Зимницкий синамаси, хромоцистоскопия, экскретор урография.
- в) радиоизотопли ренография, экскретор урография, хромоцистоскопия.
- г) суткалик диурезни аниқлаш, креатин билан қилинадиган клиренс тест.
- д) қон зардобидаги азотли шлаклар миқдорини аниқлаш,

хромоцистоскопия, ренография.

74. Ҳар бир буйрак фаолиятини айрим-айрим аниқлаш учун қўлланиладиган синамаларга қўйидагилар киради:

а) суткалик диурезни аниқлаш, Зимницкий синамаси, қон зардобидаги азотли шлаклар миқдорини аниқлаш.

б) Зимницкий синамаси, хромоцистоскопия, экскретор урография.

в) радиоизотопли ренография, экскретор урография, хромоцистоскопия.

г) суткалик диурезни аниқлаш, креатин билан қилинадиган клиренс тест.

д) қон зардобидаги азотли шлаклар миқдорини аниқлаш, хромоцистоскопия, ренография.

75. Қовуқ ичидаги босимни аниқлаш:

а) цистография.

б) урофлоуметрия.

в) профлометрия.

г) цистометрия.

д) сфинктрометрия.

76. Пассив қовуқ-уретер рефлюкси қайси текшириш усули билан аниқланади:

а) цистоскопия.

б) обзор цистография.

в) цистометрия.

г) микцион цистоуретрография.

д) оддий цистография.

77. Варикоцелега энг хос симптом:

а) ёрғоқни шиши.

б) мойкни ҳажмининг кичиклашуви.

в) мойк ҳажмининг катталашуви.

- г) ёрғоқдаги чувалчангсимон ҳосилаларнинг пайпасланиши.
- д) ёрғоқдаги қаттиқ дўнгсимон ҳосилани пайпасланиши.

78. Қўйидаги моддадан сийдик тоши ҳосил бўлмайди:

- а) натрий урати.
- б) натрий хлор.
- в) оксалат кальций
- г) оҳақ тузлари.
- д) корбанат кальций.

79. Экстрофиянинг қайси турида сигмасимон инақдан қовуқ яшаш керак:

- а) экстрофияли қовуқнинг диаметри кичик бўлиб, анал сфинктерининг етишмовчилигида.
- б) қовуқнинг диаметри кичик бўлиб, анал сфинктерининг тонуси яхши бўлганда.
- в) қовуқнинг шиллик пардасида папилломатоз бўлганда.
- г) қовуқнинг диаметри катта бўлганда.
- д) қовуқнинг диаметри кичик бўлиб, мегадолихосигма бўлганда

80. Экстрофиянинг қайси турида қовуқни маҳаллий тўқималардан яшаш керак.

- а) қовуқ диаметри 4 см.гача бўлиб, папилломатоз бўлмаса.
- б) қовуқ диаметри 4 см.дан катта бўлиб, шиллик қаватида 1 полип бўлса
- в) қовуқ диаметри 4 см.дан катта бўлиб, шиллик қаватида папилломатоз бўлса.
- г) қовуқ диаметри 4 см.дан катта бўлиб, ўнг уретернинг дистал қисмида клапан бўлса.
- д) қовуқ диаметри 4 см.дан катта бўлиб, чақалоқ вазни 1600.0 бўлса.

81. Қовуқ экстрофиясини даволашнинг энг физиологик

усули:

- а) Михельсон–Терновский операцияси.
- б) Мельников операцияси.
- в) қовуқни маҳаллий тўқималардан яшаш.
- г) қовуқни сигмасимон ичакдан яшаш.
- д) уретерларни алоҳида сигмасимон ичакка ўтказиш.

82. Гипоспадиянинг олат танаси шаклида давони бошлаш учун беморни оптимал ёши.

- а) чақалоқ даври.
- б) бир ёшгача.
- в) бир ярим ёшгача.
- г) уч ёшгача.
- д) уч ёшдан кейин.

83. Тотал эписпадияни даволаш учун беморнинг оптимал ёши:

- а) чақалоқ ёшида.
- б) 3 ёшгача.
- в) 6 ёшгача.
- г) 8 ёшгача.
- д) 14 ёшгача.

84. Эписпадияда сийдик ушлолмасликни оптимал даволаш усули:

- а) Юнг операцияси
- б) Гросс операцияси
- в) Тирш операцияси
- г) Дамский операцияси
- д) Державин операцияси

85. Фимознинг оғир асорати:

- а) баланопостит
- б) қовуқ–уретер рефлексси

- в) парафимоз
- г) чов ва киндик чурралари
- д) тўғри ичак тушиши

86. Сийдик аъзоларида тош борлигини кўрсатувчи ишончли текшириш усули:

- а) умумий урография
- б) экскретор урография
- в) буйрак ангиографияси
- г) радиоизотоп ренография
- д) урофлуометрия

87. Беморда кўшимча уретернинг вагинал эктопияси ва авж олган уретерогидронефрози бор, контралатерал буйраги нормал ишлаяпти, рационал даволаш усулини аниқланг:

- а) нефрэктомия
- б) геминефрэктомия
- в) геминефруретерэктомия
- г) кўшимча уретерни қовуққа кўчириш
- д) уретеро-уретеро ёки уретеро-пиелоанастомоз

88. Пиелоретерал сигментни туғма торайиши натижасида келиб чиққан гидронефрозни даволаш усули (жоми катта ва буйракдан ташқари).

- а) Фолея операцияси
- б) Андерсон-Кучер операцияси
- в) Михельсон операцияси
- г) Дюплей операцияси.
- д) Хеллистром операцияси.

89. Эмбрионал битишмалардан вужудга келадиган гидронефрозни даволаш усули:

- а) Андерсон-Кучер операцияси
- б) Бони операцияси

- в) Фолей операцияси
- г) уретеролизис операцияси
- д) нефруретерэктомия

90. Аномал қон томири сабабли вужудга келган гидронефрозни даволаш усули:

- а) консерватив
- б) Фоллея операцияси
- в) Бони операцияси
- г) Державин операцияси
- д) Хеллистром операцияси

91. Беморда ўткир пиелонефрит, буйраги иккиланган (гидронефрози йўқ) уни қандай даволаш керак:

- а) консерватив
- б) геминефруретерэктомия
- в) геминефрэктомия
- г) консерватив кейинчалик операция
- д) уретеропиелоанастомоз

92. Беморда эктопик уретероцеле ҳамда қўшимча буйракнинг уретерогидронефрози бор, уни рационал даволаш усули:

- а) нефрэктомия
- б) геминефруретерэктомия
- в) уретероцелени кесиб олиш
- г) уретро-уретроанастомоз
- д) консерватив даво

93. Буйрак тош касаллигида қайси асорат бўлмайди:

- а) пиелонефрит
- б) субренал анурия
- в) ренал гипертония

- г) вазоренал гипертония
- д) пионефроз

94. Сурункали циститда цистоскопия ўтказиш мумкинми:

- а) ҳа
- б) йўқ

95. Қўйидаги структура аномалиясига кирмайди:

- а) поликистоз
- б) солитар киста
- в) буйрак аплазияси
- г) ғовак буйрак
- д) буйрак мультикистози

96. Орқа уретрадаги тош туфайли пайдо бўлган ўткир сийдик тутилишини оптимал даволаш усули:

- а) консерватив (сийдик ҳайдовчи дорилар)
- б) цистолитотомия
- в) уретеролитотомия
- г) металл сиртмоқ билан «қонсиз олиб ташлаш»
- д) сўриб олиш

97. Орқа уретрадаги I-II турдаги клапанларни ишончли диагностика усули:

- а) умумий-урография
- б) оддий цистография
- в) экскретор урография
- г) микцион цистография
- д) қовуқни катетерлаш

98. Буйрак санчиғида рационал блокада усули:

- а) Школьников – Селиванов усули
- б) Лукашевич – Оберст усули
- в) Лорин – Эпштейн усули

- г) Нонобашвили усули
- д) Голигорский усули

99. Инфравезикал обструкцияда кўп учрайдиган асорат:

- а) нервлар атрофияси туфайли қовуқни кенгайиб кетиши
- б) гидронефроз
- в) уретернинг нейромушак дисплазияси
- г) қовуқнинг ҳақиқий дивертикули
- д) қовуқнинг сохта дивертикули

100. Кўйидаги ҳолларда буйракларни симметрик аномалияси дейилади:

- а) S – симон, патирсимон
- б) тақасимон, патирсимон
- в) S– симон, L– симон
- г) патирсимон, L – симон
- д) I – симон, тақасимон

101. Кўйидаги ҳолларда буйракларни асимметрик шаклда битишган дейилади:

- а) S – симон, патирсимон
- б) тақасимон, патирсимон
- в) S– симон, L– симон
- г) патирсимон, L – симон
- д) I – симон, тақасимон

102. Буйракнинг кўйидаги қайси ҳолати гетеролатерал дистопияда учрайди:

- а) S – симон
- б) L – симон
- в) I – симон
- г) тақасимон
- д) патирсимон

103. Эктопик уретероцелени даволаш учун беморнинг оптимал ёши:

- а) чақалоқлик даври
- б) диагноз қўйилгандан кейин
- в) диагноз қўйилгандан бир йил ўтгач
- г) мактаб ёшгача
- д) 15 ёшгача

104. Қўйидаги операциялардан қайси бири полятив операцияси ҳисобланади:

- а) буйрак иккиланганида-геминефрэктомия
- б) гидронефрозда уретернинг жом олди соҳасининг пластинкаси
- в) поликистозда игна пунктура
- г) антирефлюкс операцияси
- д) буйрак жароҳатида пастки узилган қисмини олиб ташлаш

105. Болаларда сийдик тош касаллигини келиб чиқишининг сабаби нима? Қўйидагиларнинг ичида замонавий нуқтаи назардан топинг.

- А) сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланиши
- Б) сув-электролит балансининг бузилиши
- В) иқлим фактори
- Г) полиэтиологик назария
- Д) эндокрин бузилишлар

106. Гидронефрозни чақирувчи абберант қон томири борлигидаги оптимал операция тури:

- а) қон томирини боғлаш
- б) буйракнинг пастки қисмини кесиш
- в) абберант қон томирининг транспозицияси
- г) антивазал пислоуретеростомияси
- д) Фоллия операцияси

107. Тош жойлашишининг қайси турида апастемотоз нефрит асорати бўлиши эҳтимоли кўпроқ:

- а) юқори косачада тош
- б) жом тоши
- в) уретер тоши
- г) буйракнинг шохсимон тоши
- д) қовуқ тоши

108. Гидронефрозда қўйидаги қайси белги бўлганда ангиографик текшириш ўтказилади.

- а) буйрак фаолиятининг сусайиши
- б) «соқов» (немая) буйрак
- в) жомнинг буйрак ичида жойлашиши
- г) иккиламчи пиелонефрит
- д) яққоллашган гидронефроз

109. Буйрак жароҳатида қўйидаги белгилардан қайси бири шошилишч люмботомияга кўрсатма беради.

- а) макрогематурия
- б) шок
- в) бел соҳасида катталашувчи шиш
- г) қусиш, ваража, тана ҳароратини кўтарилиши
- д) оғриқ

110. Уретранинг жароҳатини аниқлаш учун қўйидаги усуллардан қайси энг информатив:

- а) экскретор урография
- б) кўтарилувчи уретрография
- в) цистоскопия
- г) урофлоуметрия
- д) цистография

111. 10 кунлик чақалоққа қўйидагича сийдик ажратиш хос:

- а) олигоурия, оксалурия

- б) физиологик, анурия
- в) поллакурия, гипоизостенурия
- г) поллакурия
- д) альбуминурия, поллакурия

112. Қўйидаги қайси касалликка дизурия хос:

- а) гидронефроз
- б) нефроптоз
- в) поликистоз
- г) сийдик тош касаллиги
- д) буйрак артериясининг тромбози

113. Қўйидаги қайси ҳолда тезкорлик билан цистоскопия ўтказиш кўрсатилган:

- а) макрогематурия
- б) буйрак санчиғи
- в) анурия
- г) сийдикни ўткир тутилиши
- д) гипертоник криз

114. Қовуқ тошини дифференциал диагноз қилиш учун энг ишончли текшириш усули:

- а) микцион цистография
- б) умумий урография
- в) пневмоцистография
- г) урофлоуметрия
- д) цистоскопия

115. Қўйидаги қайси касалликда рангли синама (қовуққа индигокармин юбориш) дифференциал диагноз ўтказиш учун асосий аҳамиятга эга:

- а) нейроген қовуқ
- б) анурия
- в) қўшимча уретер тушиш жойининг (устья) эктопияси

- г) тотал эписпадия
- д) орқа уретра клапани

116. Сийдик найларидаги тошлар қўйидаги анурияни чақиради:

- а) преренал
- б) ренал
- в) аренал
- г) субренал
- д) рефлектор

117. Бир томонлама гидронефрозли беморда хромоцистоскопия пайтида уретерлар чиқиш жойини максимал кузатиш вақти:

- а) 5 минутгача
- б) 10 минутгача
- в) 15 минутгача
- г) 25 минутгача
- д) 35 минутгача

118. Хромоцистоскопия ўтказиш учун ишлатиладиган модда:

- а) «зеленка»
- б) индигокармин
- в) диодан
- г) гилак.
- д) уротраст

119. Қўйидаги рентгенологик текшириш ёрдамида уретероцеле ташҳисини қўйиш мумкин:

- а) умумий урография
- б) экскретор урография
- в) оддий цистография.

г) ретроград уретеропиелография.

д) ангиография.

120. Қўйидаги буйракнинг нуқсонли ривожланишларидан қайси бири кўпинча икки томонлама бўлади:

а) мультикистоз.

б) гипоплазия

в) буйрак иккиланиши.

г) поликистоз.

д) аплазия.

121. Поликистозли буйрак фаолиятининг йўқолишига қўйидагилардан қайси бири асосий фактор ҳисобланади:

а) қон айланишининг бузилиши.

б) буйрак элементларининг дисплазияси.

в) иккиламчи пиелонефрит.

г) амилоидоз.

д) буйрак паренхимасининг иккиламчи атрофияси.

122. Гидронефрознинг қўйидаги симптомларидан қайси бири унинг асоратланганлигидан дарак беради.

а) гематурия.

б) пиурия

в) пайпасланганда шишнинг бўлиши.

г) оғриқ.

д) дизурия.

123. Қўйидаги текширишлардан қайси бири гидронефрознинг сабабини аниқлашга кўпроқ ёрдам беради.

а) экскретор урография.

б) ангиография.

в) радиоизотопли ренография.

г) УТТ.

д) ретроград уретерпиелография.

124. Бир буйраги «гунг» беморнинг иккинчиси нормал ишлаб турса инфузион урографияда энг кечиктирилган суратни неча соатдан кейин олиниши оптимал ҳисобланади:

а) 1 соат.

б) 2 соат.

в) 6 соат.

г) 12 соат.

д) 24 соат.

125. Қўйидаги нуқсонли ривожланишлардан қайси бири тўлиқ сийдик ушлолмаслиги билан кечади:

а) тотал эписпадия.

б) субсимфизар эписпадия.

в) оралиқ гипоспадия.

г) орқа уретранинг клапани.

д) эктопик уретероцеле.

126. А.Л.Лайтес (1971) таснифи буйича «нейроген» қовуқнинг неча тури фарқланади;

а) 2та,

б) 3та,

в) 4та,

г) 5та

д) 6 та

127. Орқа мия энгил зарарланганда қовуқ бўшатишнинг оптимал усулини танланг:

а) қовуқни қўл билан эзиб сийдикни чиқариш

б) вақти-вақти билан қовуқга катетер киритиб туриш

в) эпицистостома қўйиш

- г) уретерокутанеостома қўйиш
- д) нефростома қўйиш

128. Орқа мия бел-думғаза йўфонлашмаси ва от думи соҳасида узилган бўлса қовуқ бўшатишнинг оптимал усулини танланг:

- а) қовуқни қўл билан эзиб сийдикни чиқариш
- б) вақти-вақти билан қовуқга катетер киритиб туриш
- в) эпицистома қўйиш
- д) нефростома қўйиш

129. Нейроген қовуқни даволашда нималар қўзда тутилади:

- а) сийдик йўллари йўтувчанлигини яхшилаш
- б) қовуқ сиғимини етарли бўлишига эришиш
- в) қолдиқ сийдик миқдорини камаййтириш
- г) инфекцияни йўқотиш
- д) юқоридаги айтилганларнинг ҳаммаси.

130. Нефроген гипертония (НГ)нинг тури ва сабаблари бўйича кимнинг таснифи амалиётда қўлланилади:

- а) Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986)
- б) Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974)
- в) Н.Е.Савченко ва С.А.Мохорт (1913)
- г) А.А.Шабад (1978)
- д) Г.Влаткович (1976)

131. Сийишни нейроген сабабларининг таснифини ким таклиф этган:

- а) Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986)
- б) Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974)
- в) Н.Е.Савченко ва С.А.Мохорт (1973)
- г) А.А.Шабад (1978)
- д) Г.Влаткович (1976)

132. Буйрак туберкулёзини таснифи ким таклиф этган:

- а) Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986)
- б) Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974)
- в) Н.Е.Савченко ва С.А.Мохорт (1973)
- г) А.А.Шабад (1978)
- д) Г.Влаткович (1976)

133. Қўйидаги муаллифлардан қовуқ-сийдик найи рефлюкси таснифини қайси бири таклиф этган:

- а) Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986)
- б) Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974)
- в) Н.Е.Савченко ва В. А.Мохорт (1973)
- г) А.А.Шабад (1978)
- д) Г.Влаткович (1976)

134. Амалиётда қўлланилаётган пиелонефритнинг таснифини ким таклиф этган?

- а) Н.А.Лопаткин ва А.Г.Пугачёв (1986)
- б) Н.А.Лопаткин ва В.Я.Родомон (1974)
- в) Н.Е.Савченко ва В.Я.Мохорт (1973)
- г) А.А.Шабад (1978)
- д) Г.Влаткович (1976)

135. Нефроген гипертонияни (НГ) паренхиматоз тури неча % ташкил этади:

- а) 30% ни.
- б) 40% ни.
- в) 50% ни.
- г) 60% ни.
- д) 70% ни.

136. Нефроген гипертонияни (НГ) вазоренал тури неча % ташкил этади:

- а) 30% ни.

- б) 40% ни.
- в) 50% ни.
- г) 60% ни.
- д) 70% ни.

137. Қонда қайси модда миқдорини қўпайиши нефроген гипертонияга олиб келади:

- а) Ренин.
- б) Антигиотензин I,
- в) Ангиотензин II,
- г) Ангиотензиназа
- д) Амилаза

138. Қонда қайси модда миқдорини камайиб кетиши нефроген гипертонияга олиб келади:

- а) Ренин,
- б) Ангиотензин I,
- в) Ангиотензин II,
- г) Ангиотензиназа.
- д) Амилаза.

139. Нефроген гипертонияда асосан қайси босим ошади:

- а) Систолик
- б) Диастолик

140. Нормада рениннинг периферик қондаги миқдорини аниқланг:

- а) 6,7 мг/л
- б) 0,67 мг/л
- в) 0,067 мг/л
- г) 0,0067 мг/л
- д) 0,00067 мг/л.

141. Буйрак етишмовчилигида буйракнинг қайси фаолияти бузилади:

- а) Азотли алмашилиш маҳсулотларини чиқариш
- б) Сув – электролит балансини сақлаш
- в) Ишқор кислота мувозанатини сақлаш
- г) Қон босими ва эритропоезни нормал ушлаб туриш
- д) Юқоридагиларнинг ҳаммаси.

142. Буйрак етишмовчилигининг кечиш турларини аниқланг:

- а) ўткир, сурункали
- б) ўткир, ўткир ости, сурункали
- в) ўткир, қайталанувчи, сурункали
- г) ўткир, ўткир ости, қайталанувчи, сурункали
- д) юқоридагиларнинг ҳаммаси.

143. Буйракни ўткир етишмовчилигини чақирувчи омил ва сабаблар гуруҳининг тўғриси таниланг:

- а) преренал , ренал, экстраренал
- б) преренал, ренал, супраренал
- в) преренал, ренал, постренал
- г) преренал, ренал, интраренал
- д) преренал, ренал, вазоренал.

144. Буйракни ўткир етишмовчилигининг (БЎЕ) неча даври тафовут қилинади:

- а) 2та,
- б) 3 та,
- в) 4 та,
- г) 5 та,
- д) 6 та.

145. Буйракнинг ўткир етишмовчилигининг (БЎЕ) кечиш таснифи бўйича қайси даври бўлмайди:

- а) бошланғич даври,
- б) олигоурия даври
- в) олигоанурия даври
- г) диурезни тикланиш даври
- д) тузалиш даври.

146. Организмни тозалашнинг буйракдан ташқари усулларига қуйидагилар киради. Энг тўғриси танланг:

- а) меъда ва ичакларни ювиш
- б) алмашлаш мақсадида қон қўйиш
- в) перитониал диализ
- г) гемодиализ
- д) юқоридагиларнинг ҳаммаси.

147. Буйракни сурункали етишмовчилигининг (БСЕ) таснифларидан кимнинг таснифи кенгроқ қўлланилади:

- а) М.Я.Студеникин ва В.И.Наумов (1967)
- б) М.Д.Джавад-заде (1967)
- в) В.М.Державин (1982)
- г) Н.А.Лопаткин (1972)
- д) Y.Helin ва Y.Winberg(1980)

148. Н.А.Лопаткин (1972) таклиф этган буйракни сурункали етишмовчилигининг (БСЕ) таснифида касалликнинг неча даври бор:

- а) 2та,
- б) 3 та,
- в) 4 та,
- г) 5 та,
- д) 6 та.

149. Н.А.Лопаткин (1972) таклиф этган БСЕ таснифида касалликнинг қайси даври бўлмайди:

- а) латент даври
- б) компенсирланган даври
- в) интермиттирланган даври
- г) декомпенсирланган даври
- д) терминал даври.

150. 1 ёшгача бўлган болаларда нормада коптокчалар (клубочковая) филтрацияси (эндоген креатинин бўйича Клиренс миқдори) қанчани ташкил этади:

- а) 5–10 мл/мин.гача
- б) 15–30 мл/мин.гача
- в) 30–50 мл/мин гача
- г) 50–60 мл/мин гача
- д) 80–100 мл/мин гача.

151. Буйракни сурункали етишмовчилигининг (БСЕ) компенсирланган даврида коптокчалар филтрацияси қанчани ташкил этади:

- а) 5–10 мл/мин гача
- б) 15–30 мл/мин гача
- в) 30–50 мл/мин гача
- г) 50–60 мл/мин гача
- д) 80–1000 мл/мин гача.

152. БСЕнинг латент даврида коптокчалар филтрацияси қанчани ташкил этади:

- а) 5–10 мл/мин гача
- б) 15–30 мл/мин гача
- в) 30–50 мл/мин гача
- г) 50–60 мл/мин гача
- д) 80–100 мл/мин гача.

153. БСЕнинг интермиттерловчи даврида коптокчалар фильтрацияси қанчани ташкил этади:

- а) 5–10 мл /мин гача
- б) 15–30 мл/мин гача
- в) 30–50 мл/мин гача
- г) 50–60 мл/мин гача
- д) 80–100 мл/мин гача.

154. БСЕнинг терминал даврида коптокчалар фильтрацияси қанчани ташкил этади:

- а) 5–10 мл/мин гача
- б) 15– 30 мл/мин гача
- в) 30–50 мл/мин гача
- г) 50–60 мл /мин гача
- д) 80–100мл/мин гача.

155.Буйракдаги Вильмс ўсмасини биринчи бўлиб ёзиб чиққан олим кимлигини аниқланг:

- а)Wilms
- б)Birsh Hirschfeld
- в)R.Weil
- г)Л.А.Дурнов.
- д)У.Ansell.

156. Болаларда қовуқ ўсмалари катта ёшдагилардан неча марта кам учрайди. (Духанов А.Я. 1968):

- а) 20 марта,
- б) 30 марта,
- в) 40 марта
- г)50 марта
- д)60 марта.

157. Мояк ўсмалари болалардаги ҳамма ўсмаларнинг неча % ташкил этади:

- а) 10% ни,
- б) 20% ни,
- в) 30% ни
- г) 40% ни
- д) 50% ни.

158. Мояк ўсмасининг диагнозини аниқлашда кимнинг реакциясидан фойдаланилади:

- а) Григерсен реакциясидан
- б) Ашгейм–Цондек реакциясидан
- в) Амбурже реакциясидан
- г) Нечипоренко реакциясидан
- д) Лоуре реакциясидан.

159. А.А.Шабод таклиф қилган буйрак туберкулёзининг таснифида қайси стадия бўлмайди:

- а) инфилтратив (нодеструктик)
- б) бошланғич деструкция
- в) чегараланган деструкция
- г) тотал ёки субтотал деструкция
- д) сегментар деструкция.

160. Туберкулёз микобактерияларига қайси синама ўта сезгир ҳисобланади:

- а) Левенштейн
- б) Прейс–Школьникова
- в) биологик
- г) Циль–Нильсон
- д) Ашгейм–Цондек.

Тестларнинг тўғри жавоблари.

1	В	33	В	65	Д	97	Г	129	Д
2	В	34	Б	66	Д	98	В	130	А
3	Д	35	Д	67	В	99	Д	131	В
4	Г	36	А	68	В	100	Б	132	Г
5	А	37	В	69	Г	101	В	133	Д
6	Б	38	Б	70	В	102	В	134	Б
7	Д	39	А	71	Б	103	Б	135	Д
8	А	40	Б	72	Г	104	В	136	А
9	Г	41	В	73	А	105	Г	137	В
10	Д	42	В	74	В	106	Г	138	Г
11	Г	43	В	75	Г	107	В	139	Б
12	Г	44	В	76	Д	108	Б	140	Г
13	Б	45	Б	77	Г	109	В	141	Д
14	А	46	Б	78	Б	110	Б	142	А
15	Б	47	А	79	А	111	В	143	В
16	Д	48	Д	80	Б	112	Г	144	В
17	В	49	В	81	В	113	А	145	Б
18	Б	50	Г	82	В	114	Д	146	Д
19	Б	51	Б	83	Г	115	В	147	Г
20	БАГ	52	Г	84	Д	116	Г	148	В
21	Б	53	Г	85	Б	117	В	149	Г
22	Г	54	А	86	А	118	В	150	Д
23	В	55	Д	87	В	119	Б	151	В
24	В	56	Б	88	Б	120	Г	152	Г
25	Д	57	А	89	Г	121	Д	153	Б
26	А	58	Д	90	Д	122	Б	154	А
27	Б	59	В	91	А	123	Д	155	Б
28	Д	60	Б	92	Б	124	Б	156	Д
29	В	61	В	93	Г	125	А	157	В
30	Д	62	А	94	А	126	Г	158	Б
31	Б	63	Б	95	В	127	Б	159	Д
32	Д	64	В	96	Б	128	В	160	В

АДАБИЁТЛАР

1.Ахмеджанов И.А., Ахмедов Ю.М., Улуғмуратов А.А. Болаларда урологик касалликларининг семиотикаси ва диагностикаси. Самарқанд,1997, 51 бет.

2.Ахмеджанов И.А. Болалар жарроҳлигидан тест ва вазият масалалари. Самарқанд., 1998, – 215 бет.

3.Баиров Г.А. Хирургия пороков развития у детей. Л.Медицина, 1968., – 688 с.

4.Бекназаров Ж.Б., Носиров А.Н., Абдуллаев К.Г. Гипоспадиянинг бир босқичли операцияси (услубий кўрсатма). Тошкент., 2000, – 15 бет.

5.Голигорский С.Д. Основы детской урологии и нефрологии. Киев «Здоровье» – 1973 г., – 388 с.

6.Державин В.М., Вишневский Е.Л. Диагностика урологических заболеваний у детей. М. Медицина., 1984 г., – 216 с.

7.Дурнов Л.А., Воинов Е.А., Корнев Ю.Д. Детская онкоурология. Киев «Здоровье».1981 г.,– 412 с.

8.Духанов А.В. Урология детского возраста. М.Медицина.–312 с.

9.Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П. Пороки развития и заболевания органов мочеполовой системы. В кн. «Детская хирургия». М.Медицина.1983 г.,485–555 с.

10.Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. М. Медицина, 1986 г., –196 с.

11. Люлько А.В., Мурванидзе Д.Д., Возианов А.Ф. Основы практической урологии детского возраста. Киев, 1984, – 286 с.

12.Пытель А.Я., Пугачев А.Г. Очерки по детской урологии. М. Медицина, 1977 г., – 269 с.

МУНДАРИЖА

КИРИШ	3
I боб. Болаларда сийдик ва жинсий аъзоларининг анатомик-физиологик хусусиятлари.....	4
II боб. Болаларда сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари ва касалликларининг семиотикаси ва диагностикаси.....	20
III боб. Сийдик аъзоларининг нуқсонли ривожланишлари. Буйрак ва сийдик найининг нуқсонли ривожланишлари.....	64
Гидронефроз	82
Қовуқ-сийдик найи рефлюкси	86
Қовуқ ва сийдик чиқариш каналининг нуқсонли ривожланишлари	90
Фимоз	110
Парафимоз. Баланопостит.....	111
Моякнинг нуқсонли ривожланишлари	112
Варикоцеле.....	115
IV боб. Пиелонефрит.....	117
V боб. Сийдик-тош касаллиги.....	123
VI боб. Ёрғоқ-шиш синдроми.....	131
Гематокольпос ва гематометра.....	133
VII боб. Сийдик аъзоларини шикастланиши.....	134
VIII боб. Сийишнинг нейроген бузилиши.....	150
IX боб. Нефроген гипертония.....	155
X боб. Буйрак етишмовчилиги.....	162
XI боб. Уроонкологик касалликлар.....	178
XII боб. Сийдик-жинсий аъзоларининг туберкулёзи.....	188
XIII боб. Ўз-ўзини синаш учун тестлар.....	205
Тестларнинг тўғри жавоблари.....	243
Адабиётлар.....	244

Ўқув адабиёти Болалар урологияси

Ахмеджанов Исмоил Ахмеджанович, Собиров Баҳодир
Урдушевич, Аҳмедов Юсуф Махмудович, Норбеков Мамасоли
Абдуқодирович, Улуғмуратов Азим Абрийевич.

БОЛАЛАР УРОЛОГИЯСИ

Тошкент, 700129, Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти,
Навоий кўчаси, 30.

Мухаррир: М. Қодирова
Бадий муҳаррир: Қ. Бердиев
Техник муҳаррир: В. Мешчерянова
Мусахҳир: Б. Давулов
Саҳифаловчи: Ж. Махаммадиев

ИБ 2911.

Босишга топширилди 3.03.2003 й. Босишга рухсат этилди 18.03.2003 й. Бичими 1/16
оқ қоғози №1. Шарғли босма табағи 15,7. Нашр босма табак 15,3. 100% нусха. Рақамли бузургма
34. Нархи партнома асосида. СамПИ босмаҳонасида Rizo русумли машинада чоп этилди. 703001
Самарқанд шаҳри. Амир Темуր кўчаси 18-уй. Самарқанд давлат тиббиёт институти босмаҳонаси.