

Тошкент Педиатрия Медицина Институту
Госпитал болалар жаррохлиги кафедраси

Маъруза мавзуси:

Болаларда буйрак, сийдик йуллари ривожланиш
нуксонлари ва сийдик тош касаллиги диагностикаси ва
даволаш тактикаси

Лектор: т.ф.н., доцент Эргашев Б.Б.

Ташкент – 2009-2010

Маъруза мавзуси: Болаларда буйрак, сийдик йуллари ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллиги диагностикаси ва даволаш тактикаси. (2 соат)

Маъруза мақсади: Буйрак ривожланиш нуксонларини, обструктив уропатия ва сийдик тош касаллигини эрта аниклаш ва деффинициал диагностика килиш. Талабаларни замонавий текшириш усуллари ва операциядан кейинги асоратлари билан, шунингдек реабилитация ва диспанциризация усуллари билан таништириш.

Маъруза режаси.

1. Кириш,
2. Буйрак, сийдик йули ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллиги таснифи.
3. Болаларда буйрак, сийдик йули ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллигининг клиник кечиши.
4. Болаларда буйрак, сийдик йули ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллигининг лаборатор ва инструментал диагностика усуллари.
5. Болаларда буйрак, сийдик йули ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллигини диспанциризация ва реабилитация усуллари, даво усулини танлаш.

Маъруза ча і ни.

1. Кириш: буйрак ва сийдик ажратиш системаси нуксонлари бошқа орган ва система нуксонларига нисбатан куп учрайди. Текширишлар натижасига кура охириги йилларда уларнинг усиши кузатилмокда. Бу нуксонларни клиник ахамиятга эга булиши шундан иборатки: улар кичик анатомик узгаришлар остида функционал бузилишлар чакирмаслиги ёки кучаювчи буйрак етишмовчилига олиб келиши хам мумкин.

Буйрак ва сийдик ажратиш аъзолари нуксонлари бор беморларнинг 30-40%да пиелонефрит, юкори кон босими, иккиламчи тош хосил булиши ва

буйрак бужмайиши кузатилади. Масаланинг мураккаблиги шундаки бу тугма нуксонлар канча эрта аникланса ва уз вактида даволанса, уларнинг асоратлари камаяди ва йуколади.

Текширувлар натижаларига кура, купчилик беморларда юкоридаги касалликларда узига хос клиник белгилар кузатилмайди. Натижада бу хол ташхиснинг кечикишига олиб келади. Баъзи холларда ташхис 2-8 йилгача кечикиши мумкин. Буйрак ривожланиш нуксонлари ва сийдик йули касалликларини эрта ёшдаги болаларда ташхис килиш кийинчиликлар тугдирмокда. Утказилган операциялардан шу нарса маълумки катта ёшдаги болаларда буйрак ва сидик йуллари нуксонлари узок вақт кузга курунмай кечиши, клиник белгиларнинг юзага чикмаслиги, гомеостазнинг узгармаслиги ва бу хол кейинчалик огир асоратларга олиб келиши куп кузатилмокда. Купчилик бемор болаларда буйрак ва сийдик йуллари нуксонлари тасодифан текшириш вактида аникланилади.

Буйрак ва сийдик йули ривожланиши нуксонларининг келиб чикиши эмбрионал даврда буйракнинг шаклланишини бузилишига боглик. Онто - филогенетик буйракнинг учта системаси фаркланади.

- 1) олдинги- пронефроз
- 2) бирламчи- мезонефроз
- 3) доимий- ёки метонефроз

Метонефроз бластемасидан буйракнинг секретер аппарати, вольфова окмасидан экскретор кисми (сийдик йули, косача - жомча, сийдик каналлари) хосил булади. Уларнинг кетма-кетлигининг бузилиши турли нуксонларнинг келиб чикишига, биринчи уринда буйрак поликистози, мультикистози хосил булишига олиб келади. Сийдик йули урчиши ва волфова окмаси мослиги бузилса сийдик йулининг тиркиш эктопияси хосил булади.

II. Буйрак, сийдик йули ривожланиши нуксони ва сийдик тош касаллиги классификациям.

Буйракларнинг сон, жойлашув, муносабат, хажм ва структура аномалиялари фаркланилади.

I. Сони буйича.

A) бир ёкн икки томонлама буйрак агенезияси

B) кушимча буйрак.

II. Жойлашуви буйича (дистопия):

A) юкори дистопия - кукрак ичи буйраги.

B) пастки дистопия- бел, ёнбош, чанок дистопияси.

B) S симон буйрак, L симон буйрак.

III. Муносабати буйича.

A) Семмитрик буйракнинг битишмаси- такасимон буйрак, галетосимон буйрак.

B) ассемитрик S - симон битишма, L - симон битишма, I - симон битишма.

IV. Хажми ва структураси буйича.

A) Аплазия

B) Гипоплазия- оддий, гипоплазия олигонефрония билан, гепоплазия дисплазия билан.

B) Буйракнинг кистоз нуксонлари- буйрак поликистози (чаколокларда, болаларда ва катталарда), Каччи - Риччи касаллиги - губчатая почка, буйрак мултикистоз дисплазияси, мул ьтил лаку нар киста, буракнинг солитар кистаси.

Г) Буйрак иккиланиши - тулик, нотулик.

Сийдик Йули ривожланиш нуксони.

1. Пиело-уретерал сегмент тугма обструкцияси - гидронефроз.

2. Сийдик копи-сийдик найи сегменти тугма обструкцияси - уретрогидро нефроз.

3. Мегауретер - рефлексли, рефлекссиз.

4. Сийдик йули тиркишининг эктопияси (вестибуляр, вагинал, бачадон, гемменал, парауретрал).

Сийдик копи ва сийдик чикариш канали ривожланиш нуксони.

1. Сийдик копи экстрофияси.
2. Сийдик копи девертификули-чин, сохта.
3. Инфравезикал обструкция.
А) сийдик копи буйни склерози
Б) уретра клапанлари.
4. Сийдик копи - сийдик найи рефлюкси.

5. Гипоспадия:

- А) бошчали формаси
- Б) тана формаси
- В) ёргок формаси
- Г) оралик формаси

*

6. Эписпадия.

- А) бошчали.
- Б) олат эписпадияси.
- В) тулик эписпадия (тотал).
- Г) Кизларда эписпадия - субсимфизар, клиторли, тотал.

Сийдик тош касаллиги таснифи

1. Тош жойлашуви буйича: а) буйракда; б) сийдик йулида
в) сийдик пуфагида
г) сийдик чикариш каналида
2. Этиологияси буйича: А) Бирламчи Б) иккиламчи
3. Тош таркиби буйича: фосфатли, уратли, оксалатли, аралаш.

4. Шикастланиш характери буйича - бир томонлама, икки томонлама.
5. Тош микдори буйича- ёлгиз, куплаб, кораллсимон.
6. Асорати - калькулез пиелонефрит, калькулез гидро - уретерогидронефроз, пионефроз.

Ш. Болаларда буйрак, сийдик йули ривожланиш нуксонлари ва сийдик тош касаллигини клиник куриниши.

Болаларда буйрак ривожланиш нуксони системаси огрик, бел-ёнбош сохасида шиш, корин бушлигида пайпасланувчи усма белгиси, тана харорати кутарилиши, сийдик микдори - сифати бузилиш куринишида намоён булади. Огриклар хар хил - тумток, симмилувчи огриклардан буйрак санчигигача булади. Тумток симмилувчи огриклар гидронефроз, поликистоз, мультигистоз учун характерли. Огрикларнинг интенсивлиги уларнинг асорати - пиелонефрит ва литиаз билан боглик. Гидронефрозда огрик булиши, буйрак хажми катталашиси ва сийдик ажралишининг бузилиши билан, мультикистоз ва поликистозда кушни органларнинг эзиши билан боглик. Бел сохасида шиш хосил булиши буйракнинг хажмини катталашисига боглик. Бу гидронефроз, поликистоз ва буйрак усмасида кузатилиши мумкин. Корин бушлиги ёнбош сохасида пайпасланувчи усмалар гидронефроз, поликистоз ва буйрак усмаларига хос. Усмасимон хосилалар кам огрикли, эластик ва характчан булади. Пайпасланувчи усма белгиси ёш болаларда корин девори юмшок булиши ва 15 - 20% буйрак ривожланиш нуксони бор болаларда кузатилади. Бурак катта хажмда булганда коринда ассимитрия чакиради ва кузга ташланади. Айрим вақтларда буйрак хажмининг катталашиси кушни органларни эзилишини ёки силжишини келтириб чикаради, айникса ичакни, натижада ичак тутилишга олиб келиши мумкин. Бунга мисол,

мультикистознинг йирик кистозли формаси булиб у ичак ковузлогларини карама-карши томонга суради (1 - раем).

1- раем. Буйрак мультикистози.

Буйрак ва сийдик йуллари тугма нуксонларида тана хароратининг кутарилиши инфекциянинг кушилганлигидан далолат беради. Бу калькулез пиелонефретда, буйрак кисталарининг йиринглашида, гидронефроза, сийдик чиқаришнинг бузилишида, сийдик йули яллигланишида учрайди. Буйрак ривожланиш нуксони бор беморларда холсизлик, куп терлаш, иштаханинг пасайиши, озиб кетиш, сурункали буйрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Эрта ёшдаги болаларда даврий безовталиқ, диспептик белгилар, жисмоний ривожланиши орқада қолиши кузатилади. Буйрак ривожланиш нуксони, сийдик йули касалликларида сийдик миқдори ва сифати узгариши ва патологик сийдик синдроми кузатилиши мумкин. Патологик сийдик синдромига лейкоцитурия, гематурия, гтротиенурия ва дизурик белгилар киради.

Буйрак ва сийдик йуллари нуксонларида лейкоцитурия пилонефтит ёки цистит кушилганлигини билдиради. Бунда сийдикда куп миқдорда лейкоцитлар ва бактериялар булади. Лейкоцитурия пилонефрит билан асоратланган гидронефроз учун, поликистоз, уретерогидронефроз учун, инфравизукуляр обструкция учун характерлидир.

Гематурия - бу патологик сийдик синдроми - яъни сийдикда курув майдонида 3 дан ортик эритроцитлар булишидир. Гематурия учун янада аниқроқ белги Нечипоренка усулида 1 мл сийдикда 1000 дан ортик эритроцитлар булиши, Адисса - Каковский усули буйича 1 млн эритроцит булиши хосдир. Гематуриянинг кели чиқиш сабабларини 3 турга булиш мумкин. 1) буйракдан ташқари когуляция ва тромб хосил булишининг бузилиши билан; 2) ренал гематурия - буйракнинг турли ривожланиш нуксонлари, тугма ва орттирилган касалликлар билан боғлиқ; 3) гематурия - сийдик йули касалликлари ва нуксонлари билан боғлиқ.

Макро-микрогематурия: макрогематурия - буйрак жарохати, сийдик тош касаллиги ва буйрак усмасига хос, микрогематурия гидронефроз, поликистоз, буйрак ва сийдик йули яллиғланиш касалликлари билан боғлиқ. Гематурия - терминал - сийдик ажратиш охирида, бошланғич - сийдик ажратиш бошида ва тотал (сийдик ажратишдан охиригача) булиши мумкин. Патологик сийдик синдроми яна бир қуриниши протиенурия булиб унга сийдикда оксил булиши хос. Меъёрида сийдикда оз микдорида албумин ва паст малекулали глобулин булиши мумкин. Соғлом болада суткалик сийдик микдорида Геллер пробаси ёрдамида 30 - 60 мг оксил булиши кузатилади. Соғлом болада жисмоний зуриқишда ва оксилга бой озикланганда сийдигида оксил аникланади. Доимий протиенурия цилиндрурия билан биргаликда келади. Бу эса буйрак ривожланиш нуксонларининг, сийдик тош касаллигининг, сийдик йули касалликларининг борлигидан далолат беради. Буйрак ва сийдик йуллари ривожланиш нуксонининг яна бир белгиси булиб сийдик тутолмаслик хисобланилади. Бу белги уретроцеелига, сийдик найи иккиланишига, инфровизикал обструкцияга ва сийдик найи тиркишининг эктопиясига хос. Шунинг ёдда тутиш керакки, айрим буйрак тугма нуксонлари ва касалликлари клиник лаборатор узгаришларсиз кечади. Буларга буйрак гепоплазияси, буйракнинг бир томонлама агнезияси, неонотал гидронефрози, мультикистоз, пуфак сийдик найи рефлексии киради. Бу нуксонлар купсилиқ холларда ультратовуш текширувида тасодифан аникланилади.

Болаларда сийдик тош касаллигининг (СТК) клиникаси

Сийдик тош касаллиги кам учрамасада касаллик узок вақт давом этади. Бу касалликни кечиши куп холарда белгисиз булиб, тош рентген текширувларда тасодифан аникланиши мумкин. Беморларда сийдик тош касаллигига гумон килиб, анамнез йигилганда уларнинг яшаш шароити, озикланиши, сийдик йулларининг тугма ва орттирилган касалликлар борлиги, ирсий мойилликлиги борлиги, шикояти (огрик, сийдик рангининг узгариши, сийдик ажратиш кийинлиги ва бошқалар) этиборга олиниши керак. Калконсимон без касаллигининг назардан чиқармаслик керак. СТК клиникаси тошнинг жойлашувига, катталигига, сонига боғлиқ. Шунга карамай СТК учун умумий характерли белги - бу огрик. Огрик СТК учун хуружсимон булади ва чанок соҳасига, оралик соҳасига иррадиация беради. Сийдик йули буйлаб буйракдан келадиган майда тошлар буйрак санчигига сабаб булади. Бу санчик хуружсимон огриклар билан кузатилади. Тумток, симмиловчи огриклар жомдаги катта ташлар учун характерли. «Буйрак санчиги» куринишидаги огриклар буйрак ва сийдик йулидаги майда тошлар учун характерли. Бунда огрик сийдик найи буйлаб пастга жинсий аъзоларига, чанокка беради. Уретранинг орқа қисмидаги тош булганда огрик жинсий аъзо бошчасига беради, натижада бемор бола жинсий аъзосини кул билан куп ушлайди. «кул симптоми», шу билан биргаликда, кунгил айниши, кайт килиш, метиоризм олдинги корин парда девори таранглашиши кузатилади. Бу махаллий белгилар умумий белгилар, яъни харорат кутарилиши, нафас тезлашиши, огзининг куриши билан биргаликда келади. Буйрак санчиги хуружлари бир-неча соат чузилиши, хаттоки, бир неча кун булиши мумкин. СТК учун характерли белги гематурия. Гематурия касалликнинг ҳамма фазаларида кузатилади (сийдик найида тиким хосил булиши холларидан ташқари)

Калькулез гематурия харакатда кучаяди., тинчлик холатида сусаяди. Бу гематурия куч ли эмас - кон куйкалари хосил булмайди.

Пиурия СТКнинг асоратланганлиги ва инфекция кушилганлигидан далолат беради. Баъзи холларда асептик тошлар курув майдонида 20-25% эритроцитларни чакириши мумкин. Тошларнинг сийдик билан ихтиёрий чикиб кетиши СТК борлигидан далолат берувчи мухим клиник белгилардан биридир. Лекин бу холат 5-20% беморларда учрайди холос. Одатда тошларнинг силжиши буйрак санчиги ва дизурик бузилишларга олиб келади. СТК да патологик сийдик синдромини курунишларидан бири булган кристалуриянинг булиши характерлидир. Кристаллар сийдикда куплаб, йирик (оксалат, фосфат, урат) холатда булиши мумкин. Сийдикда кристалларнинг хосил булиши ва сийдик йулида майда тошларнинг силжиши СТК учун, хамда дизметоболик нефропатия учун характерли.

Барча буйрак ривожланиш нуксонларида ва СТКда сийдик ажратиш ритми бузилиши кузатилади. Сийдик ажратишдаги огрик белгиси, тез тез сийиш купрок цистит учун характерлидир. Бундан ташкари огрикли сийиш СТКда ва сийдик ажратиш канали касаллигида (уретритда) кузатилади. Сийдик йулларига тошлар тикилиб колганда - уткир сийдик тутилиши, олигоурия ёки парадаксал ишурия кузатилади. Пародоксал ишурияда сийдик ажратиш каналидан сийдик томчилаб ажралади.

IV. Лабаратор ва инструментал текшириш усуллари.

1. Хомилани антенатал даврда УТТ билан текшириш.
2. Сийдикни лабаратор ва бактериологик текшириш усули.
3. Конни биокимёвий тахлили (мочивина, колдик азот, креотинин)
4. Буйрак ва сийдик йуллари УТТ.
5. Рентгенологик текшириш: а) умумий урография; б) экскретор урография; в) инфузион урография; г) ретроград ва антеград пиелография; д) цистоуретрография

максадли профилактик даво чораларини олиб боришга имконият яратади. Антенатал даврда ультратовуш билан текшириш ва динамикасини кузатиш хомилада коғонок суви микдори кам булганда курсатма булла олади. Ультрасанография хомиланинг 12-15 хафтасидан бошлаб буйрак ва сийдик йули тугма ривожланиш нуксонларини аниклаб беради. Хомиланинг 17-20 хафтасидан бошлаб УТТ 90-95% аниклик билан фетал буйракни текшира олади. Буйрак коса ва жомча системасининг кенгайиши ва буйрак принхимасининг калинлигининг камайиши антенатал даврда хомилада гидронефроз борлигидан далолат беради(2- раем).

2 - раем. Хомила гидронефрози. Хомиладорликнинг 34 хафтаси.

Антенатал даврда буйрак агезиясида кучли камсувлилик кузатилса, инфравезикал обструкцияда сийдик копи хажмини катталашиши ва хомила олди сувини камайиши кузатилади. Буйрак кистоз аномалиялари хам хомила олди сувини камайиши ва буйрак сохасида кисталар куриниши билан кечиши мумкин (3- раем).

3 - раем. Хомила буйраги мултикистози. Хомиладорликни 34 хафтаси.

Антенатал даврда коррекция килиб булмайдиган буйрак тугма нуксонлари аникланганиши (поликистоз, буйракнинг икки томонлама агнизияси, куплаб буйрак нуксонлари) хомилани тухтатишга курсатма була олади.

Постнатал даврда буйрак нуксони бор болаларда текптиришни УТТ дан бошлаши керак. УТТ да буйрак паренхимаси калинлигини, косача-жомча системасини, буйрак структурасини, жойлашувини ва сийдик копи холатини аниклаш мумкин. Поликистоз ва мултикистозда буракда куплаб кисталар аникланади. СТК да ультартовуш билан текшириш рентген онеготи в конкрементларни аниклашга ёрдам беради. Буйрак паренхимасидаги кистали хосилаларни агар уларнинг диаметри 0,7-0,9см булса, аниклик билан кистанинг жойлашишини, размерини аниклаб беради. УТТ буйрак формаси ва размерини бахолайди. Гидронефротик трансформацияда косача-жомча системасида суюклик йигилиши хос - бунда суюклик микдорини ва буйрак паренхимаси атрофияси даражасини аниклаш мумкин. Шу билан биргаликда УТТ ни диуретик зурикиш (нагрузка) билан куллашбуйрак жомчаси ва сийдик найи сегментидаги органик ва функционал бузилишларни аниклаш имкониятини беради (4- раем).

**4- раем. УТГ диуретик зуриқиш остида, лазикс юборгандан кейин
20 - ми путла н кейин. Обструкция типн.**

Шу текширишларга кушимча равишда буйрак тугма ривожланиш нуксонлари бор беморларда допштирографик текширув утказиш мумкин. Бу текширув буйрак гемодинамикаси ва унинг резерв хусусиятларини аниқлашга ёрдам беради (5- раем).

5- раем. Гидронефрозда буйракни доплерографик текширув.

Буйрак, сийдик йули тугма нуксонлари ва СТК билан хасталанган беморларни якуний диагностика усулига рентгенологик текширишлар кирази ва улар куйидагилардан иборат:

А) умумий урограмма Б) экскретор урограмма В) инфузион урограмма Г) ретроград уретеропиелография, цистография, уретроцистоскопия, антеград пиллофафия, радиоизотоп текшириш усули, буйрак биопсияси ва биоптатларни морфологик текшириш усуллари.

Умумий рентгенограмма - буйракнинг чегарасини, соясини, шаклини, хажмини, жойлашувини курсатади. Буйрак соясини кенгайиши буйрак поликистозда, гидронефрозда, айрим холда, дифуз нефретда кузатилади. Битта буйрак соясининг кенгайиши бир томонлама мультикистоз, гидронефроз ва буйрак усмаси булиши мумкин. Иккала буйрак соясининг кенгайиши буйрак гипоплазиясида кузатилади. Нефросклерозда умумий урограммада буйрак ва сийдик найи йулларида конкремент соялари яхши куринади.

Урография текшириш усули кон томир буйлаб контраст модда юбориш оркали амалга оширилади. Урография учун куйидаги контраст моддалар ишлатилади: урографин 60-76%, верографин, тромбтраст ва уротраст. Бу усул ёрдамида буйракнинг функционал холати бохоланилади. Экскретор ва инфузион урография буйрак косача ва жомчасини холатини, уни нормада ёки кенгайганлигини, буйрак функциясини нормада ёки пасайганлигини ва сийдик найида контраст бор ёки йуклигини аниқлаб беради (6, 7- расмлар).

6- раем. Инфузион. Унгадан гидронефроз. Чапда буйрак

фолияти лук.

Буйрак ривожланиш нуксонлари ва сийдик найи касаллигида экскретор урографияда косача ва жомчани контраст модда билан кечикиб

тулиши ёки контраст моддани сийдик найида булмаслиги кузатилади. Шу билан биргаликда экскретор урография буйрак косача ва жомчаларини хажмини, шаклини, буйракни анамал жойлашувини аниклайди. Урография рентгенограммада аникланмаган бир катор касалликларни (уретро гидронефроз, поликистоз, мульткистоз, уретероцеллер, буйрак ривожланиш анамалиялари) аниклаб беради. Эрта ёшдаги болаларда ва буйракнинг концентрацион функцияси пасайганда юкори дозаларда инфузион урография утказилади (3мг/кг).

7- раем. Экскретор урография. Икки томонлама гидронефроз.

Цистоуретрография сийдик пуфагини контраст билан текшириш усули булиб, унинг ёрдамида сийдик копи формаси жойлашуви хажми аникланади. Сийдик копи шаклининг узгариши сийдик копи дивиртикули, сийдик копи хажмининг катгалашиши, инфравизикал обструкция учун хос. Пуфак-сийдик найи рефлекси инфровизикал обструкция учун характерли. Цистоуретрография усули ёрдамида уретро орка кисми клапонини аниклаш мумкин. Актив ва пасив рефлюксни аниклаш учун микцион цистоуретрография утказилади.

Цистогарфия текшириш усули сийдик копи шиллиш кавати яллигланиши билан кечадиган касалликларни аниклаб бера олмайди. Бу холатларда цистоскопия усули утказилади. Бу усул яллигланиш жараёнларини, усмасимон хосилаларни, сийдик копи тошларини, уретроцелле ва сийдик найи тиркишини кискариш динамикасини аниклаб беради.

Пиелография - бу усулда сийдик найи оркали косача ва жомчага контраст модда юборилади. Бу усул сийдик найи йулидаги морфологик узгаришларини янада аникрок урганишга ёрдам беради. Купрок опреациядан кейинги даврда жом-уретера утказувчанлигини аниклаш учун бир томонлама антеград пиелография бажарилади (8- раем).

8- раем. Антеград пиелография.

Буйрак ангиографияси. Ангиографияга курсатма булиб юкори булган кон босимидир. Эрта болалик даврда юкори босим булишига сабаб буйрак ривожланиш нуксони ёки унинг кон томирларидаги узгаришлардир. Эссенциал гематурия, нефроптоз, гидронефроз, буйрак кистоз касалликлари, усмаларида бошка усуллар ёрдамида ташхисни аниклаш имконияти булмаган холларда буйрак ангиографияси асосий рол уйнайди. Лекин бу усул болалар учун (айникса эрта ёшдаги болалар учун) жуда хам инвазив

булиб уни куллаш анча чегараланган ва факат абсолют курсатмалар булган холда амалга оширилади.

Радиоэзотоп ренофафия ва динамик нефросцинтиграфия. Бу усул оддий зарарсиз текшириш усули булиб, бунда купрок маълумот ва натижаларни математик мулохаза килиш мумкин. Бунда турли биркмалар ишлатилади (125-1 гиппуран, 131-1 гиппуран, 51 Сг- ЭДТА) ишлатилади. Бу усул ёрдамида: буйрак кон айланишини, буйрак канал секреция хажмини коптокча фильтрацияси, буйрак кон окимининг эффективлигини аниклаш мумкин. Бу усул ягона ноинструментал текшириш усулидир.

Нефросцинтиграфия усули гамма камера ёрдамида утказилади. Бунда мечен нефротроп бирикмаларини транспорт этапини регистрация килади.

Сцинтиграфия усули буйрак шаклини, узаро жойлашу вини, врач даволаш тактикасини танлашга, буйрак тукумаси склерозини аниклашга, кон томирлар нуксонини аниклашга ёрдам беради. Сцинтиграфия усулида сийдик тош касаллигида касалга хос булмаган белгилар: радиоактив модда буйрак жомчасида тош булганда кам йигилиши, рефлектор анурияда суратнинг булмаслиги, калькулез пелонефритда изотоп таркалишини бузилиши холатларини аниклаш мумкин.

Гидронефроза сцинтиграфия усули кул лани л ганда, зарарланган буйрак сийдик ажралиши кийинлашиши хисобига, сурат куюк штрихли булиши кузатилади.

Буйрак биопсияси буйрак тукумасидаги морфологик ва патологик узгаришларни аниклаб, баъзи холларда касалликни кечишини ва уни окибатини аниклашга имкон беради.

V. Буйрак, сийдик йули ривожланиши нуксонлари ва сийдик тош касаллигида даволаш йулини аниклаш, диспансеризация ва реабилитация усу.и. три.

Буйрак ва сийдик йуллари туша нуксонларида даволаш тактикаси тугма нуксонинг формасига, кечишига ва асоратларни бор ёки йуклигига боғлиқдир. Гидронефроз ташхиси қуйилганда стационар даво утказилиши, оператив даво қилиниш керак. Гидронефрозда операция торайган қием резекцияси, пиелоуретроаностомоз қуйиш билан яқунланади. Буйрак поликистозида даво қоралари оператив ва консерватив бўлади. Оператив даво қоралари кистани йиринглашига ёки унинг ҳажмини жуда кенгайишида амалга оширилади. Сийдик қопи экстрафиясида, инфравизикал обструкцияда стационар шароитда оператив даво утказилади.

Буйракнинг бир томнлама агнезиясида, буйрак гипоплазиясида, гидронефроз қузатилмай буйракнинг иккиланишида, асоратлар қузатилмаганда стационар даво утказиш шарт эмас, диспансер қузатуви утказилади.

Буйрак, сийдик йуллари тугма нуксонларида ва сийдик тош қасаллигида реабилитациянинг асосий мақсади пилонефритни бартараф қилишдан иборатдир. Шу мақсадда амбулатор шароитда антибактериал даво, уросептиклар, фитотерапия, физиотерапия (УВЧ, электрофарез, иглорефлексотерапия - сийдик тутолмаликда) даво қоралари буюрилади.

Буйрак, сийдик йуллари ривожланиш нуксонларида беморлар диспансер назорати то улар қатталар поликлиникасига утқазилгунча давом этирилади. Поликлиника шароитида даврий равишда сийдик тахлили, УТТ, рентген, мутахассис қуриги (уролог, нефролог) утқазилиб турилади.

Болаларда сийдик тош қасаллигида даволаш тактикаси.

Агар беморда буйрак санчиги қузатилса госпитал босқичгача бўлган даврда қуйидаги даво қоралари буюрилади:

- Спазмолитиклар (ношпа, баралгин, папаверин)
- Иссик ванна, бел соҳасига иссик

- Лорин-Эпштейн буйича бачадон юмолок бойламига ёки уруг тизимчасига новокаинли блокада
- Сийдик уткир тутилишида сийдик каналига гилицириннинг иссик эритмасини катетер ердамида босим остида юбориш, яъни сийдик каналида тиким хосил килган тошни сийдик пуфагига тушириш.

Сийдик тош касаллигида болалар стационар шароитда даволанадилар. Бу касалликда даво оператив ва консерватив булади. Оператив усулда тошларни олиб ташлаш ёки консерватив усулда майда тошларни йук килиш беморнинг тулик тузалганлигидан далолат бермайди, Сийди тош касаллиги куп холларда кайталаниши мумкин. Шу сабабли сийдик тош касаллиги бор беморлар стационардан чиккандан сунг 5 йилгача деспансер назоратида туради выа вакти -вакти билан стационар даво муолажаларини олиб туришади.

Диетотеропия. Сийдик тош касаллигида диетотерапия тошнинг химик таркибига боглик булади.

а) уротурияда диета - сийдикнинг ишкорий мухитини ошириш (сутли таомлар), гуштли махсулотларни чеклаш (мия, буйрак, консервалар), ишкорий менерал сувлар буюриш;

б) фасфатурия ва фосфатли тошлар булганда сийдикнинг ишкорий мухитини нордон мухитга узгартириш, бунда гуштли махсулотлар, балик, сала, усимлик ёглари, А витамин тутувчи махсулотлар буюрилади. Овкат таркибидан сутли ва ишкорий сув олиб ташланади.

в) оксалатурия ва оксалатли тошлар булганда гуштли махсулотлар буюрилади. Овкат таркибидан сут, тухум, шавел, салат, томат, шоколад, кокао олиб ташланади.

Антибактериал даволаш. Сийдик микрофлорасини хисобга олиб, касаллик узок вакт даволанади, сурункали пилонефрит кайталанмаслиги учун.

Витаминлар. В, С, А, Е, рибоксин, кокорбаксилаза, липовивая кислота.

Фитотерапия. Сийдик хайдовчи дамламалар: шиповник, поло-пола, жухори сутаси, буйрак чойи.

Буюрилади: уросептиклар (фуруген, фурудонин).

Тош хосил булишни качай I и ру it'in препаратлар: цистенал, цистан, фитолизин, сопуран, билафрен.

Физиотеропивтик даво тадбирлари: ЛФК, УВЧ, электрофарез.

Санатор-курортларда даволаниш.

Сийдик тош касаллиги бор беморларга поликлиника шароитида: сийдик анализи, сийдик йуллари ультратовуш текшириш усули, рентген, мутахассислар куриги даврий равишда олиб борилиши шарт.

Список использованной литературы:

1. Ашкрафт К.У, Холдер Т.М.» Детская хирургия» Санкт-Петербург, 1997.
2. Дворяковский И.В, Беляевой О.А.»Ультразвуковая диагностика в детской хирургии» М.Профит- 1997.
3. Исаков Ю.Ф. и соавт. «Детская хирургия», учебник, Москва - 2001 г.
4. Исаков Ю.Ф и соавт.» Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста», Москва- 1989 г.
5. Григович И.Н. « Алгоритмы в неотложной детской хирургии», Петрозаводск 1996.
6. Лопаткин Н.А.,Пугачев А.Г.»Пузырно - мочеточниковый рефлюкс» М. 1990.
7. Лопаткин Н.А и соавт. «Руководство по урологии» М. 1998.
8. Карпенко В.С. Гидронефроз. К.Здоровья, 1991.
9. Игнатова М.С, Вельтищев Ю.Е.»Детская нефрология» Л. 1989.
- Ю.Пугачев А.Г и соавт.»Гидронефроз у детей»М.1993.
- П.Русаков В.И «Хирургия мочеиспускательного канала»,М. 1991.

12.Окулов А.Б, Негмаджанов Б.Б.» Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрансформационные операции»,М.2000г.

13.Журнал «Урология», Москва.

14.Журнал «Детская хирургия», Москва.

15.Журнал «Педиатрия», Ташкент.