

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ

**«БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ- РЕАНИМАТОЛОГИЯ»
КАФЕДРАСИ**

ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ 6 - КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

«БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ» ФАНИДАН МАЪРУЗА

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ: «БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙУЛИ ТУГМА
НУКСОНЛАРИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ,
БОЛАЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ. ЗАМОНАВИЙ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. УРОЛИТИАЗ
ПРОФИЛАКТИКАСИ.»**

Мавзу мақсади: Талабаларни болаларда буйрак ва сийдик йўли тугма нуксонларини замонавий текшириш ва даволаш усулларини узлаштириш.

Мавзу режаси:

1. Кириш.
2. Масалаларни долзарб томонлари.
3. Болаларда сийдик ажратув тизимини ешга караб анатомио - физиологик хусусиятлари.
4. Буйракни аномалиялари.
 1. Болаларда сийдик ажратув тизимини онтогенези.
 2. Аномалиялар:
 - а) буйракни микдорини аномалиялари
 - б) буйракни ўзаро муносабатини аномалиялари
 - в) буйракни жойлашувини аномалиялари
 - г) буйракни структурасини аномалиялари
5. Тугма гидронефроз: этиологияси, клиникаси, диагностикаси, давоси.
6. Тугма уретерогидронефроз,
7. Сийдик найини нерв – мускул дисплазияси.
8. Сийдик пуфаги – сийдик найи рефлюкси, таснифи.
9. Сийдик пуфаги аномалиялари.

СИЙДИК ЙУЛЛАРИДА ТУГМА НУКСОНЛАР.

Сийдик йулларида тугма нуксонлар (аномалия) болаларда учрайдиган тугма нуксонлар орасида куп учраб турадиган гуруҳ ҳисобланган. Статистик маълумотларга кура, сийдик йулларидаги аномалия, умумий аномалиялар орасида 37% ташкил қилади. Сийдик йулларида аномалиянинг келиб чиқишида, у тизимнинг эмбриогенезини мураккаблиги катта аҳамиятга эга.

Сийдик йуллари тизимининг эмбриогенези. Маълумки буйрак онтофилогенетик нуктаи назардан уч даврдан ўтади: пронефроз- бошланғич этап, буйракдан олдинги давр: мезонефроз (вольфово танача) бирламчи буйрак даври; метанефроз - буйракнинг шаклланиш давридир.

Бу даврлар ичида, буйракларнинг шаклланишида, уларнинг кон томирлари охириги ҳолатига тушишида буйракларнинг сийдик йулларининг паст қисмлари билан бошланишдан ва нихоят буйракларнинг бир бирига нисбатан тугри жойлашида катта динамик ўзгариш ўтади. Турли экзо ва эндоген салби факторлар таъсир қилган тақдирда, нормал эмбриогенез бузилиши мумкин ва натижада сийдик йуллари системасида тугма нуксонлар руй бериши мумкин.

СИЙДИК ЧИКАРУВ АЪЗОЛАРИНИНГ АНОМАЛИЯЛАРИНИ (ТУГМА НУКСОНЛАРИНИ) ТАСНИФИ

А. БУЙРАКЛАР АНОМАЛИЯЛАРИ:

I. Буйракни сонини аномалиялари (бир ёки иккала буйракни):

1. Буйракни агенезияси
2. Буйракни аплазияси
3. Буйракни иккиланиши
4. Кушимча буйрак

II. Буйракни жойлашишини аномалиялари (дистопияси):

1. Гомолатерал дистопияси: а) торокал дистопияси б) бел дистопияси в) ёнбош дистопияси г) чанок дистопияси

2. Гетеролатерал дистопияси: а) бир томонга кесишган дистопияси б) узаро кесишган дистопияси

III. Буйракларни узаро муносабатини аномалияси (узаро бирикиши):

1. Симметрик бирикиши: а) такасимон буйрак б) тешиккулчасимон буйрак
2. Ассиметрик бирикиши а) L – симон буйрак б) S - симон буйрак в) I – симон буйрак

IV. Буйракни стурктурасини аномалиялари (бир ёки иккала буйракни):

1. Буйракни солитар кистаси а) серозли б) конли (геморрагик) в) дермоидли
2. Буйракни поликистози
3. Буйракни мультикистози
4. Буйракни мультилокуляр кистаси
5. Галвирак (губкасимон) буйрак
6. Буйракни гипоплазияси.

Б. СИЙДИК НАЙИ (УРЕТЕРА) НИ АНОМАЛИЯЛАРИ (бир ёки иккала сийдик найини):

I. Сийдик найини сонини аномалияси:

1. Сийдик найини агенезияси
2. Сийдик найини аплазияси
3. Сийдик найини булиниши (2, 3, 4 тагача ва х.к) а) тулик булиниши б) туликсиз булиниши

II. Сийдик найини жойлашишини аномалияси (дистопияси):

1. Ретроковал дистопияси
2. Ретроилиокал дистопияси
3. Бир томонга кесишган дистопияси
4. Узаро кесишган дистопияси
5. Сийдик найини жомчанинг юкориги кисмидан чиқиши
6. Сийдик найини сийдик пуфагига куйилиш тешигини эктопияси: а) сийдик пуфаги ичига эктопияси б) сийдик пуфагидан ташкарига эктопияси (уретрага, тугри ичакка, оралikka, угил болаларда уруг чикарув йулига, кизларда дахлизга, кинга, бачадонга, фаллоппий найига)

III. Сийдик найини деворини (структурасини) аномалияси:

1. Сийдик найини атрезияси а) кисман б) тотал
2. Сийдик найини стенози а) кисман б) тотал
3. Сийдик найини атонияси (нерв - мускул дисплазияси): а) кисман б) тотал
4. Пиелоуретерал сегментни копкоги (клапани)
5. Тугма уретероцеле
6. Тугма сийдик пуфаги - сийдик найи рефлюкси
7. Сийдик найини дивертикули

IV. Сийдик найини шаклини аномалияси:

1. Спиралсимон сийдик найи
2. Сийдик найини букланиши: а) ягона, б) куп.
3. Халкасимон сийдик найи.

В. СИЙДИК ПУФАГИНИ АНОМАЛИЯЛАРИ:

1. Сийдик пуфагини агенезияси
2. Сийдик пуфагини тугма дивертикули: а) ягона б) куп сонли дивертикули
3. Сийдик пуфагини экстрофияси: а) I даражали б) II даражали в) III даражали
4. Сийдик пуфагини иккиланиши: а) тулик б) туликсиз
5. Тугма инфравезикал обструкция (сийдик пуфагини буйин кисмини контрактураси, уруг чикарув йулини бургмаси)
6. Тугма везико – ректал окма

7. Нейроген сийдик пуфаги (атонияси)
8. Сийдик пуфагини тўсиги (перегородка)

Г. СИЙДИК ЧИКАРУВ КАНАЛИ (УРЕТРА) НИ АНОМАЛИЯЛАРИ:

1. Уретрани агенезияси
2. Уретрани атрезияси а) кисман б) тотал
3. Уретрани тугма стенози: а) кисман б) тотал
4. Уретрани тугма облитерацияси: а) сегментар б) тотал
5. Уретрани иккиланиши: а) тулик б) туликсиз
6. Уретрани тугма дивертикули
7. Гипоспадия: а) бошча шакли б) тож (бўйин) шакли в) тана шакли г) ёргок шакли д) оралик шакли е) гипоспадиясиз гипоспадия
8. Эписпадия: утил болаларда: а) бошча шакли б) жинсий аъзо шакли в) тотал шакли киз болаларда: а) клитор шакли б) чов ости (субсимфизар) шакли в) чов орти (ретросимфизар) тула шакли
9. Тугма уретро - ректал окма
10. Уретрани копкоги (клапани)
11. Уретрани кистаси.

БУЙРАКНИ ТУГМА НУКСОНЛАРИ.

Буйракда учрайдиган тугма нуксонлар бир неча гуруҳларга булиниб, улар миқдорини, жойлашувини, узаро муносабатини, структурасини нуксонлари булиб хисобаланади.

Буйракни иккиланиши.

Буйракни иккиланиши сийдик йулларининг юкорги кисмидаги болаларда энг куп учрайдиган патологик ҳолатдир. Буйракни иккиланиши тугма нуксон сифатида бир томонли ва икки томонли булиши мумкин. Анатомик нуктаи назардан кушимча буйрак битта орган булиб, у юкоридаги ва пастки сегментларга булинади. Буйрак паренхимасининг юкориги ва пастки уртасида эмбрионал шохобчаси борлиги аникланади.

Буйракда иккаланишида иккала сегмент битта фиброз капсулага эга булган ҳолатда, буйракда иккита жом мавжуддир. Деярлик барча беморларнинг юкориги сегмент жоми гипоплазив ҳолатда булиб, унда купгина беморларда битта касачаси булиб буйрак жоми уретерага тушади, айрим ҳолатларда иккита косача булиши мумкин.

Юкориги сегментнинг уретераси купгина беморларда пастки сегмент уретерасига куйилади. Бундай ҳолатни нотула кушимча буйрак деб аталади. Агарда ҳар битта сегментнинг уретералари сийдик пуфагига мустакил куйилса, бундай ҳолатни тула кушимча буйрак деб юритилади. Айрим ҳолатларда гипоплазия юкоридаги сегментда эмас, аксинча унинг пастки сегментида учраши мумкин. Буйракни иккиланишига хос булган, ундаги морфофункционал тула ривожланмаганлиги, бундай буйракларда уродинамик бузилишлар, бундай буйракларда сурункали яллигланишга олиб келувчи омил булади.

Клиника ва диагностика. Буйракни иккиланишига хос булган клиник симптомлари беморларда илк бор жуда ҳам кам булиб, улар куйидаги белгилар булади: мактабдаги ёшдаги болаларда «сабабсиз» тана хароратининг субфибрилет даражасида кутарилиши, симптомсиз пиурия. Кейинчалик беморлар буйрак соҳасида сушлашган аммо деярлик доимо давом этувчи огрикга шикоят киладилар. Бу огрик айрим чоғларда корин соҳасида бикинида тутиб огрийдиган ҳолатда утиши мумкин. Катта ёшдаги болалар огрикнинг уретера соҳасига иррадиация беришга шикоят килишлари мумкин. Сурункалики пиелонефритнинг кузгалиш даврида беморларда дизурия ҳолати, айрим ҳолатларда микро ва макрогематурия кузатилади. Деярлик барча беморларга хос булган

лейкоцитурия, протеинурия, яллигланишнинг жараённинг кузгалиши даврида яна ҳам кучаяди.

Буйракни иккиланишини диагностикасида умумий, экскретор ва инфузион урография энг асоси таббирларга кирадилар. Улардан ташкари цистоскопия ва хромоцистоскопиянинг ҳам ахамияти катта. Агарда юкорида курсатилган диагностик усуллар яхши натижа бермаса ретроград уретропиелография килиш мақсадга мувофиқдир.

Даволаш. Биринчи навбатда беморларда комплекс консерватив терапия утказиш лозим. Бундай даволаш давоматли конкрет мақсадни кутадиган булиб, улар узига куйдагиларни ураб оладилар: уросептиklar ёрдамида (нитрофурое каторига кирадиган моддалар, этазол, невиврамон) антибактериал терапия. Антибиотикларни, факат яллигланиш жараёни кучайиб кетган тақдирдагина ишлатиш лозим. Хозирги вақтда бундай беморларни консерватив даволашда фитотерапияга эътибор бериш, даволаш жараёнининг яхшилашда катта ахамиятга эгадир.

Операция усули билан даволаш клиник терапияда асосий уринни эгалайди. Шу мақсадда беморларга геминефрэктомия операцияси утказилади. Деярлик купгина беморларда юкориги сегменти резекция килинади. Аммо айрим ҳолатда паст сегментни резекция килинади. Бу масалани рентген белгиларга асосланиб энг охириги ечим бемор операция столида ётганда ҳал килинади. Комплекс консерватив даволаш операциядан кейинги даврида ҳам давом этирилади.

Кушимча килиб, операциядан кейинги даврида регионал лимфатик терапияни кенг кулланиш мақсадга мувофиқдир. Бу усул яхши натижа беради, шу билан бир каторда антибиотик кам микдорда ишлатилади. Бу демак, антибиотик терапиядан келиб чиқадиган ҳар хил асоратларнинг олдини олади. Бундай терапияни утказиш учун операцияни тугатиш билан буйрак жоми атрофи туқималарига жом орқа томонида микроирригатор колдириш лозим.

Беморлар операциядан кейинги даврида 2-3 йил диспансер кузатишда булиши, даволаш комплексининг асосий тадбирларидан биридир.

Буйракни дистопияси.

Буйракнинг скелетка ва бир бирига нисбатан, узига ҳос булмаган жойларда, эмбрионал даврида ушланиб қолишига дистопия деб аталади. Буйракнинг эмбрионал ушланиб, қолишига биринчи сабаблар булиб, аортадан ажраладиган кон томирлар ривожланишидаги тугма нуксонлардир. Шу сабаб туфайли айрим вақтларда буйрак курак қафасида ҳам жойланиши мумкин. Буйрак дистопиясига чап томонда унғ томонга нисбатан 2-3 баробар купрок учрайди ва бу ҳолат купрок угил болаларда кузатилади.

Дистопияланган буйракнинг микроскопик қуриниши куйдаги белгилар билан ажралиб туради: паллаларидан тузилиши, буйрак сагитал йуналишда яссиланган, овал ноксимон ёки нотугри шаклларга эга булади. Буйракнинг ҳажми нисбатан кичиклашган булиб, унинг жоми олдинги қисмида булади, косачалари эса умуртка поғонаси томонга қарайдилар.

Дистопия мураккаблигига қараб куйдагича булинади: оддий гомолатериал дистопия. Бундай дистопияда буйрак узининг табиий жойлашадиган томонида булиб, лкин нисбатан юкорида ёки пастда жойлашган булади. Гетеролатериал дистопия буйраклардан бири узининг табиий жойлашадиган томонида булмасдан, қарама қаршисидаги буйрак томонда жойлашган булади.

Бу ҳолат дистопияга учраган буйрак нормал ҳолатда жойлашганда нисбатан купрок паст қисмида жойлашади. Уретера буйраклар узаро ёпишган булса, ёки ёпишилган булса, сийдик пуфакчасига узининг табиий урнига очилади. Бундай ҳолат буйракнинг дистопиясини иккинчи бир аномалия- кушалок буйракдан фарклантиради. Буйрак дистопияси бир томонли ва икки томонли булиши мумкин.

Буйрак дистопияси аномал органда патологик жараёни купрок учрашига сабаб булади ва буларнинг ичида биринчи навбатда пиелонефрит. Ундан кейин сийдик

йулларида тош хасталиги, гидронефроз. Буйрак дистопияси канчалик паст кисмда жойлашган булса, унда асоратлар шунча купрок учраб туради.

Клиник манзараси. Илк бор клиник белгиси булиб, беморнинг огрикга шикоят килиши хисобаланди. Огрик беморнинг харакатда булганида, огир кутарганда кучаяди. Юкорида курсатилган дистопияда учрайдиган асоратлар: пиелонефрит, нефролитиаз, гидронефроз- дистопияда учрайдиган огрикга кушимча узининг клиник белгиларини кушадилар, бунда огрик кучаяди, дизурия руй беради. Айрим холатларда буйрак пайпсланади ва уни усимта ёки аппендикуляр инфильтрат деб, диагностик хатоликларга йул куйилади.

Диагностика. Буйрак дистопиясини аниклашда асоси диагностик усул булиб, рентгенологик ва радиологик текширишлар хисобаланди. Экскретор урография деярлик барча беморларда диагноз куйишда етарлик тадбир деса булади. Буйрак функцияси суслашганда- инфузион урография ва радиоизотоп текширишларни утказиш мақсадга мувофикдир. Айрим холатларда —экскретор урограммада буйрак сояси куринамаганда, ретроград пиелография, килинилади ва у диагноз куйишда катта ёрдам беради. Дистопиядаги буйракни пайпаслаш мумкин булган холатда, уни аниклашда, пайпаслаш альбуминурияси диагностик усулини ишлатиш мақсадга мувофикдир.

Буйракни 3-5 дакика укалагандан кейин, сийдик пуфагидан сийдик олиб микроскопия килинса, унда укаланишдан илгари олинган анализларга нисбатан оксил пайдо булади., эритроцитларнинг сони купади. Купгина холатда, дистопияни-нефроитоздан ажратишга тугри келади. Дифференциал диагностик усули куйидагиларча: биринчидан нефроитозда буйракни пайпаслаш пайтида уни харакатга киргизиш мумкин, хаттоки у кобурга остигача хам етиб боради.

Экскретор ёки ретроград урограммада уретера узун, букланган, унинг узунлиги, буйракнинг жойланиши билан бир- бирига тугри келмайди. Юкорида курсатилган нефроитоздан клиник белгисига, краши, буйрак дистопиясида унинг узига хос булмаган ротация жойланиши ва пайпаслашдаги силжиши чегараланганни билан ажралиб туради.

Даволаш. Соглом дистопиядаги буйракни даовлашнинг хожати йук. Даволаш жараёнида дистопиянинг асоратларига, каратиладиган булиб, уни асосан консерватив усули билан олиб бориш лозим. Нефролитиаз, гидронефроз усма вам хоказо асоратларни айрим вақтларда операция килишади, буйракнинг морфоструктураси ва унинг атрофидаги топографо-анатомик узига хослиги катта кийнчилик тугдиради. Операцияни трансперитонеал йули оркали килиш мақсадга мувофикдир, айникса паст кисмида жойлашган дистопияда.

Буйракни тугма кисталари.

Буйракда тугма кисталар, бошка тугма нуксонлар орасида узининг тез-тез учраши нуктаи назардан биринчилар каторида булади. Бундай холат клиник нуктаи назардан ҳеч қандай белгисиз булиб, диагноз куйишда беморларда асосий касалликка кушилган асоратлар белгилари пайдо булиши натижасида аникланади. Буйрак структурасида учрайдиган тугма нуксонларининг купгина кисми генетик хасталикка киради.

Буйракда тугма кисталарда учрайдиган морфологик узгаришларга асосланиб, уларни куйидаги вариантларга буладилар: мультикистоз буйрак мультилокуляр буйрак халтачаси, буйрак поликистози, солитар буйрак халтачаси, парпельвикал буйрак халтачаси ва пельвикал буйрак халтачасига.

Мультикистоз буйрак. Бу турдаги буйрак тугма нуксони кам учрайдиган булиб, М.Ф. Трапензинкова (1982) маълумотларига кура у буйраклардаги қолган тугма нуксонларнинг 1,2 % ташкил килади. морфологик нуктаи назардан, бундай нуксонлар, буйрак туқимасининг урнига, уларни буткул халтачалар эгаллайди.

Кисталар ҳар хил катталиқда ва шакилда булиб, ичи тиник суюқлик билан тулган булади. Бундай нуксон битта буйракда булганда уни аниклаш тусатдан профилактик текшириш даврида булиши мумкин. Пайпаслаш вақтида нуксонли буйрак томонида

каттик, нотекис, жойидан деярли силжимайдиган, огриксиз усимтани аниклаш мумкин. Нуксонли буйрак асоратланса (купинча инфекция) билан бунда беморларда огрик тана харорати субфибрил холатга кутарилиши сингари клиник белгилар пайдо булади. Агарда инфекция буйрак абсцессига олиб келса, беморда гектик температура, кучлик огрик хаста буйрак сохасида мускуллар таранглашган сингари клиник белгилари пайдо булади.

Даволаш жараёнида асосий уринни нефрэктомия эгаллайди. Мультикистоз икки томонлама булса, бу беомрлар утгилишидан кейинги биринчи кунларда улади.

Буйракни мультилокуляр кистаси.

Куп камерлик буйракнинг битта пелюсида жойлашган халтача, эбрионал аномалия булиб, нисбатан кам учрайди. Бундай тугма нуксон битта буйракда учрайди. Ташки куриниши бир камерли халтачага ухшайди. Буйракнинг соглом кисмидан капсула билан ажралиб турган булади. Халтачалар ичида сукюлик булиб, булар бир-бири билан ва буйрак косачалари билан боғланмаган булади. Буйракнинг соглом кисми яхши функционал холатда булади.

Мультилокуляр буйрак халтачаси узок муддатда клиник белгисиз утиши мумкин. Факат диспансер текшириш пайтида ёки хар хил сабаблар туфайли пайпасланса, беморнинг буйрак сохасида уситма борлиги аникланади. Бу уситма эластик консистенцияга эга булиб, пайпасланган пайтида огриксиз булади. Экскретор урографияда, буйрак хажми катталашган, косачалари уз жойидан ичкари томонга силжиган булади. Лабораторияда утказилган текширишларда хеч кандай узгариш аникланмайди. Мультилокуляр буйрак копчаси асоратга учраганда (яллигланса) беморларда инфекцияга хос клиник манзара пайдо булади. Бу хасталикни Вильмс усимтасидан ажратиш диагностиканинг энг огир муаммосидир. Шу туфайли купгина холатларда, тугри диагноз куйиш операция пайтида булади. Тугри диагноз куйиш компьютерли томография килиш ва ультратовуш сканирования утказиш катта ахамиятга эгадир.

Даволаш. Асоратсиз даврида бундай беморларни даовлашнинг хожати йук. Факат асоарланган (литиаз, инфекция) такдирда операция килиш (резекция, нефрэктомия) мумкин.

Буйракни поликистози.

Бу хасталик беморларда учрайдиган буйракдаги тугма нуксонлар орасида энг огир касаллик хисобланади. Чунки поликистоз иккала буйракда бирданига учрайди ва бундай аномалияларда, буйрак паренхимасининг урнини хар хил катталикга эга булган халтачалар эгаллайди. Буйракнинг ташки куриниши, узумнинг шингилига ухшаган булади (рис). Буйраклар купгина холатда катталашган булса, айрим беморларда унинг хажми узгармаган, ва хаттоки кичиклашган булади. Буйраклардаги поликистоз насил оркали бериладиган хасталикка киради.

Эмбриогенезнинг биринчи хафталик даврида бузилиши натижасида келиб чикадиган поликистозлар учта гурухларга булинади: гломеруляр тубуляр ва экскреторларга. Гломеруляр поликистозда халтачалар буйрак найчалари системаси билан боғлик булмайдилар. Шунинг учун халтачалар хажми хамма вакт бир холатда коладилар. Бундай нуксонлар буйрак фаолятининг тездан бузилишига олиб келади ва натижада беморлар нобут булади.

Тубуляр поликистозлари буйрак найчалари ва экскретор поликистозлар йигувчи найчалар билан боғлиқдир. Бундай тугма халтачалар бир тенгдаги хажмда булмаган ва жуда хам тезликда катталашадиган булади. Бунга сабаб, халтачалардаги суюкликнинг тутилиб колиши булади. Илк бор кичик халтачалар буйракнинг послак ва мия каватларда жойлашган булади. Бу халтачалар уртасида дисплатик узгармаган буйрак паренхимаси жойлашади. Натижада буйрак хажми нормал холатда колади. Болалар катталаша бора, халтачалар хам хар хил катталикка узгариб буларнинг хажми хам анча катталагади, унда

деформация ҳолати кузатилади. Поликистоз фонида, иккиламчи хасталиклар уларнинг асорати сифатида тез-тез учраб туради.

Клиник манзараси. Поликистознинг клиник манзараси, унинг буйрак паренхимасига килган таъсирининг даражаси билан богликдир. Купрок клиник белгилари, болаларнинг нисбатан катта ёшга караганда, ёрик пайдо булади. Клиник белгилари канчалик кичик ёшда бошласа, касаллик шунчалик огир утади. Поликистоз, пиелонефрит билан асоратланган, беморларда хаттоки урамия ва анурияга олиб келиши мумкин.

Катта ёшдаги болаларда, буйрак соҳасида огрик гематури, сингари шикоят булиши мумкин. Полиурия, никтурия ҳам поликистозга хос булган клиник белгиларидан биридир. Куп ҳолатларда нефроген гипертензия булади. Пиелонефритга хос булган барча клиник белгилари: сийдикдаги узгаришлар ва прогрессив ривожланаётган буйракнинг етишмовчилиги, поликистознинг терминал даврига хосдир. Пайпаслаганда буйракларнинг катталанишини аникланади. Экскретор урограммада буйрак фаолияти, сакланиб қолади, унинг хажми катталашганлигини, буйрак косачалари кенгайган, узайган, деформацияга учраган булади. Бундай беморнинг оилавий анамнезини тула туплаш диагностикада катта ёрдам беради.

Буйрак поликистозини бундан узга тугма халтачалари ва Вильмс усмасидан дифференциялашга тугри келади. Энг аввало узга буйрак тугма халтачалари битта буйракда булса, поликистоз иккала буйракни ҳам эгаллайди. Шунинг сингари Вильмс усмаси ҳам купрок битта буйракда булади.

Даволаш. Буйрак поликистозининг консерватив усуллари билан даволайдилар. Асосий даволаш тадбирлари, поликистоз натижасида келиб чикадиган асоратларнинг олдини олиш ёки уни даволашдан иборатдир. Айрим ҳолатларда операция қилишга ҳам тугри келади. Бундай ахволлар поликистоздан кон оқиши, тошнинг сийдик йулини абтурацион, йирингли пиелонефрит.

Буйрак етишмовчилигининг сурункали турида беморларда гемодиализ утказишга тугри келади, шунингдек беморларга донор буйрагининг трансплантация қилиш керак. Умуман бу турдаги буйрак тугма нуксони энг огир хасталигига киради ва буинг прогнози энг огирдир.

3. СИЙДИК НАЙИНИ ТУГМА НУКСОНЛАРИ.

Сийдик жомидagi учрайдиган тугма нуксонларга қуйдагилар киради: жомнинг буйракдан нотугри чиқиши, жом-уретерал сегментда тугма копқокча, жом-уретерал сегментда тугма бойлам. Юкорида курсатилган тугма нуксонлар уродинамиканинг бузилишига олиб келади, натижада буйрак жоми, косачалари кенгайди, буйрак паренхимаси иккиламчи атрофияга учраб, бу ҳолатни тугма гидронефроз деб аталади. Сийдик найчасидаги тугма нуксонларнинг уларнинг тугма иккиланиши, везико-уретерал рефлюкслар киради.

Тугма гидронефроз.

Уродинамика бузилиши натижасида буйрак жоми ва косачалари прогрессив кенгайиши ва буйрак паренхимасини иккиламчи атрофияга олиб келинишини гидронефроз деб аталади. Уродинамика бузилиши тугма нуксонлар туфайли булиши учун бундай гидронефрозни тугма гидронефроз деб аталади. Гидронефроз термини лотин сузидан келиб чиқиб, *hydzo* сув, *perhzois* буйрак демакдир. Бу сузнинг синонимлари-уронефроз, гидронефроз, гидронефротик трансформациялардир. Гидронефроз болаларнинг орасида куп тараккий этган касаллик булиб, у чилла чакалоклардан тутиб, катта ёшдаги болаларда учраб туради. Бу касаллик узининг шакаллана бошлаш фазасидан пиелоктазиядан, унинг буйрак паренхимасини тула улимга олиб келган фазасигача учраб туради. Гидронефроз сийдик пуфаги билан алоқаси булиши ва булмаслигига караб очик ва ёпик турларга булинади.

Таснифи. Махсус адабиётда жуда ҳам куп классификацион схемалар мавжуд. Илк бор Фелиер томонидан гидронефрозда учта фаза ажратилган: пиелоектазия, нефроэктазия, ва гидронефроз. С.И. Федеров (1925) Фелиер схемасига куйидаги кушимчани киргизди: асептик, инфекцияланган, очик ва ёпикларга. Б.В. Ключаров ва Хаммуел (1965) Фелиер схемасининг номини узгартириб, уни куйидагича атаган: пиелоектазия, прегидронефроз, гидронефроз.

Гидронефроз таснифини тузишда айрим кийнчиликлар мавжуддир. Энг аввало касалликнинг купгина клиник белгиларига асосланиб унинг шаклини аниклаш жуда ҳам мураккаб гидронефрознинг асосий белгилари- огрик, гематурия, буйракнинг катталаниши бунинг этиологияси нима деган саволга жавоб бермайди, уродинамиканинг бузилиши даражасини курсатмайди. Ундан ташкари нефроннинг функциясини аҳолини ва буйракдаги морфологик узгаришлар даражасини курсатмайди.

Хозирги вақтларда шу аниқланганки, буйракдан сийдик ажратиш билан, унинг жом оркали эвакуация килиниши уртасида тугма нуксон туфайли тускинлик булишига карамай, буйракда гидронефроз чакирилмайди. Бунга сабаб буйрак компенсатор фаолиятидир. Гидронефроз чакирилиши учун инфекциянинг кушилиши катта аҳамиятга эгадир. Гидронефрознинг В.С. Карпенко томонидан тавсия килинган (1980) клиник-функционал таснифи юкорида курсатилган схемалардан камчиликни йукотган, холда булиб, уни купчилик клиницистлар куллаб- кувватлайдилар. Бу таснифга асосланиб, гидронефроз 4 босқичга булинади.

1. **Бошлангич босқич.** Инфекция булмаган тақдирда, жом ва косачалар сегментида гиперкинезия ҳолати, буйрак фаолияти бузилмаган. Буйрак соҳасида доимий суслашган огрик, ёки тутиб огрийдиган ҳолат. Эскретор урографияда контраст моддалари буйракда 3-5 дақиқадан кейин пайдо бўлади. Косачлаар уч канотли баркка ухшаган, жом катталашган. Буйрак тупчаларида филтрация ҳамда буйрак оркали кон оқиш жараёни бир оз суслашган.
2. **Ривожланган босқич.** Жом ва косачалар сегментида гиперкинезия, буйрак соҳасида давоматли, ёки вақти- вақти билан тутиб огрик буйрак буйрак пайпаслаш даврида ушланмайди, буйракда санчик даврида Пастернацкий белгиси аниқланади, сийдик инфекцияланмаган. Эскультр урографияда контрст модда буйракда 25-30 дақиқалардан кейин пайдо бўлади. Косачалар ҳам катталашган, бир- бирлари билан кушилгани натижасида уларнинг нормал ҳолатда баркга ухшашлиги йук бўлади. Буйрак жоми анча катталашган. Буйрак тупчаларида филтрация жараёни $32+1,2$ мл/ дақиқага паслашган, буйракларни концентрациялаш хусусияти ҳам паслашган, констант секреция 43 % паслашган.
3. **Асоратланган босқичи.** Сийдик дисканезияси, сийдик йуларининг юкорги қисмида гипокинезия, пиелонефрит, буйракларнинг фаолияти ута суслашган, тош пайдо булиши мумкин, косачалар ва жомдан кон оқиши мумкин. Эскретор урографияда контраст модда 60-90 дақиқалардагина пайдо бўлади. Косачалар катталашган, улар тумалок шаклига айланган, буйрак жоми чузилиб кетган шарсимон.
4. **Терминал босқич.** Жом ва косачалар сегментида атония, буйрак уз фаолиятини тула ёки деярли тула йукотган. Асептик шаклидаги гидронефрозда, агарда у бир томонли бўлса ҳеч қандай клиник белгиси бўлмаслиги мумкин. Буйрак катталашган, текислашган, контурлатерал буйрак викар кенгайган, филтрация ҳамда реабсорбция жуда ҳам суслашган.

Клиникаси. Болаларда гидронефрознинг клиник манзараси ҳаддан ташкари куп кирралик. Бу ҳасталикнинг узиғина хос бўлган патогномоник симптом йук. Клиник белгилари гидронефрознинг шакли ва стадияси билан боглиқдир. Куп ҳолатларда гидронефротик узгаришлар латент оқимда утади, шунинг учун ҳам куп ҳолатларда уни уз вақтида аниклаш, диагноз қуйиш жуда ҳам мушкул бўлади. Айрим ҳолатларда аксинча гидронефрозга хос жом клиник белгилари булиб, диагноз қуйиш жуда ҳам осон бўлади.

Гидронефрознинг асосий симптомлари:

1. **Огрик.** Беморнинг бу шикояти, субъектив симптомларнинг асоси бўлади. Огрик ҳар хил интенсивликда бўлиши мумкин, ноаник, айрим ҳолатларда огрикнинг хуружли характерда утиши кузатилади буйракдаги тошнинг хуружи сингари, ёки симиллаб огриши мумкин. Очик гидронефрозда огрик умуман бўлмаслиги мумкин, агарда бўлса ноаник симиллаган характерда бўлади. Ёпик гидронефрозда эса симиллаган огрик бўлишига сабаб очик шакли гидронефрознинг ёпикга утгани туфайли бўлиб, бунда огрик тошида кузатиладиган огрикларга ухшайди. Огрикнинг интенсивлиги буйрак жомининг кенгайиши билан боглик эмас, аксинча канчали куп кенгайса шунчалик огрикнинг интенсивлиги пасаяди.
2. **Буйрак соҳасида пайдо бўлган шиш.** Бундай ҳолат тусатдан аникланади. Одатда буйракнинг ташки қисми силлик бўлиб, пайпаслаганда нисбатан эластик хусусиятга эга, айрим беморларда буйракнинг баллатироват (пайпасланганда жойидан силжиши) аникланади ва бу симптом гидронефрознинг утказиб юборилган белгиси бўлиб ҳисобаланади.
3. **Сийдикдаги узғаришлар.** Биринчи навбатда микрогематурия, бу узок давомат қилиши мумкин, патогенетик механизми ҳамма вақтда ҳам аниқ эмас. Иккиламчи инфекция қушилганда пиурия кузатилиб, сийдикда унга хос белгилар пайдо бўлади.

Гидронефрознинг клиникаси тугрисида суз юритганда буйракларнинг фаолиятини инобатга олиш мақсадга мувофиқдир. Шу нуқтаи назардан қараганда, гидронефрознинг Карпенконинг таснифига асосланиб бўлинган стадияларнинг ҳар қайсисининг клиник манзарасига алоҳида тўхталиши лозим. Уларнинг барчаси юқорида қўрсатилган клинικο-функционал белгиларидир.

Диагностикаси. Айрим ҳолатларда гидронефрознинг диагностикаси бир мунча қийинчиликни тугдиради. Шу билан бир қаторда, синчиклаб тўпланган анамнез, сийдикнинг анализ натижалари, объектив текширишлар қўпгина ҳолатларда гидронефрозга шубҳалантиради. Энг охириги суз рентгенологик текшириш натижалари билан боглик бўлади. Сийдик йуллари манзарасини умумий рентгенография қилганда, беморларни унга яхши тайёрланса, ҳаста буйрак соҳасида, унинг катталашганини аниқлаш мумкин. Экскретор урография эса, гидронефроз диагностикасида бебаҳо усулдир.

Гидронефрознинг бошланиш стадиясида буйрак жоми кенгайган бўлиб, косачалари эса нисбатан кенгая бошлаган бўладилар. Гидронефроз жарағни ривожланиши билан бирга, кичик косачалар эса узум шингилли шаклига ухшашадилар ва жараённинг охириги стадиясида буйрак соҳасида юмалок шакли доғ (рентген контраст моддаси) бўлиб, у қўпсимон кенгайган буйрак жоми билан бойлаган бўлади. Ҳасталанган буйрак соҳасида контраст моддасининг сояси йуклиги буйракнинг секретор функциясининг чуқур бузилишидан хабар беради.

Дифференциаль диагноз. Гидронефрозни қўпгина урологик касалликларидан дифференциялашга тугри келади: нефролитиаз, нефроитоз ва хоказолар. Нефролитоздан ажратиш, деярли қўпгина ҳолатда манзаравий рентгенограмма ёрдамида бўлса, нефроитоздан эса экскретор рентгенография ёрдамида бўлади. Қўпгина ҳолатларда гидронефрозни буйрак усмасидан дифференциялашга тугри келади. Бундай ҳолатга усманнинг бошланиши даврида, буйрак функцияси бузилмаган бўлиб, шу туфайли пайпаслаганда усманинг аниқлашига қармасдан, экскретор урограммада гидронефрозга хос бўлган рентгенографик узғариш аниқланмайди. Шу туфайли усмада буйрак каттик консистенцияга эга бўлиб, унинг юзаки қисми бўлади.

Даволаш. Гидронефрозни хирургик усули билан даволашни уч гуруҳга бўлиши мумкин: нефроэктомия, поллиатив операциялар – нефро ва пиелостомия ва ниҳоятга органик саклаб қолишбилан боглик бўлган реконструктив – пластик операциялар.

Нефрэктомия. Гидронефрознинг охириги стадиясида қилинадиган операция бўлиб, албатта иккинчи буйракнинг функционал нормал ҳолатини аниқлаганидан кейин қилинади. Ҳозирги даврида, нефроэктомия беморга донор буйрагини трансплантация

олидан килишади. Нефро- ва пиелостомия операция булиб, буни беморда уремия ва анурия асоратларнинг белгилари пайдо булганда утказилади. Бундай операциядан кейин беморнинг умумий ҳолати яхшиланади ва ундан кейин асосий операцияни, яъни пластик операцияни утказишга шароит яратилади. Реконструктив- пластик операциялар эса органни саклаб қолиш операцияси булиб, бундай тактика болалар урологиясининг гидронефрозни даволашда асосий принципи булиб ҳисобланади.

Буйракнинг тугма гидронефротик тарнсформациясига олиб келиши сабабларига қараб, қилинадиган операциялар бир неча турларга бўлинади. Бундай операцияларнинг орасида энг осони, бу тугма нуқсон доирасини узунасига тилиш (уретеролиз) ва қундалангига чок қуйишдир. Аммо бундай операция деярлик қулланилмайди. Чунки бу операция анатомик узаро нисбатни тугрила олмайди. Тугма гидронефрозда кенг қулланиладиган операция, бу пельвиоуретрл сегментлаш реконструкцияси қилиб булиб, буларга қуйидаги операциялар қиради. Капп- де- Вирду, Фоллея, Бонини ва нихоят тугма торайган қисмни резекция қилиб, уретерани буйрак жомига имплантация қилиш билан тугаши. Операциялар техникаси махсус қулланмаларда кенг ёритилган. Гидронефрозни операция билан уз вақтида, яни биринчи ва иккинчи стадияларда бошланса, у тузатиладиган касаллик. Учинчи стадиясида даволаш имконияти чегараланиб қолади. Бундай ҳолат беморни узига ҳос узок давоматда операцияга тайёрлашга тугри келади.

СИЙДИК НАЙЛАРИНИ (УРЕТЕРА) ТУГМА НУҚСОНЛАРИ.

Сийдик найчаларида (уретера) тугма нуқсонлар нисбатан тез учраб турадиган патологиялар гуруҳига қиради. Н.А. Лопаткин, А.В. Люлько (1987) маълумотларига қараб бу тугма нуқсонлар сийдик йулларида учрайдиган нуқсонлар орасида 22% ташкил қилиб, умуман сийдик йулларидаги касалликларнинг 4,2 ташкил қилади. уретерадаги тугма анатомик нуқсонлар натижасида сийдик тутилишига олиб келадиган ҳасталиклар орасида қуп учрайдиганларга, уретеранинг иккилангани қирса, функционал бузилиши натижасидаги везико- уретерал рефлюкс қиради.

Уретерани иккиланиши.

Уретерани тугма иккиланиши, қупрок буйракдаги аплазия ёки гипоплазия ҳолати билан бирга учрайди. Уретаранинг иккиланиши тула, яъни буйракдан сийдик пуфагига; қисман – уретеранинг юқоридаги юқи пастки қисмларида бўлиши мумкин. Бундай нуқсон бир томонлама ёки икки томонлама бўлади. Бир томонлама нуқсонлар сони 76% икки томонлиси 24% ташкил қилади. уретеранинг тула иккиланиши қупгина ҳолатларда буйрак жомининг иккиланиши билан бирга учрайди. Иккита уретера ҳам бир- бири билан параллель жойлашган булиб, айрим беморда бир бирини қесиб утган бўлади ва ҳар қайси алоҳида сийдик пуфагига тушади.

Уретеранинг узунлиги бир биридан факрланади, перестальтик ҳаракати ҳам асинхрон ҳолатда бўлади. Сийдик пуфагида уретера тушган, тешиқлар қуйидагича жойлашади: юқори буйрак жомидан бошланган уретера, пастки жомидан бошланган уретерага нисбатан сийдик пуфагига пастда жойлашган бўлади. Везико- уретерал рефлюкс уретеранинг тула иккиланишида қупрок учрайди. Бунга сабаб булиб уретеранинг тула иккиланишида қупрок учрайди. Бунга сабаб булиб уретеранинг проксимал очиладиган интрамурал қисми қатталигидир. Юқоридаги ҳолат, қушимча буйракда уроген инфекция буйракнинг пастки қисмида қупрок учрашига сабабдир. Уретеранинг иккиланганида унинг узига ҳос клиник белгилари йук. Факат асоси касаллига асоратлар қушилган ҳолатдагина асоратларга ҳос клиник симптомлар пайдо бўлади. Беморнинг асосий шикоятларига қуйидагилар қиради: тана ҳароратининг қутарилишига (субфебрил ёки қиска муддат давоматида юқорига қутарилиши). Бундай белги 64,8% беморларида учрайди. Оғрик синдроми 52,6% болаларда учраб, у буйрак соҳасида жойлашган бўлади.

Айрим ҳолатларда огрик корин соҳасида булиб, агар унғ томонда булса, уни аппендицитдан дифференциялашга тугри келади. Дизурия ҳам бу беморларда куп учрайдиган белгилардан булиб, 41,2% ташкил килади.

Айрим беморларда сийдикни уша олмаслик (айникса пуфакда сийдик хажми купайса) кузатилади. Бундай ҳолат махсус адабиётлар маълумотиға кура 16,3% ташкил килади. Лейкоцитурия деярлик барча беморларда учраб турадиган ҳолат булиб, ҳар хил олимларнинг маълумотларига кура 97,5%-98,4% ташкил килади. уретеранинг иккиланганини аниқлашда, асосий метод булиб экскретор урография хизмат килади. буйракнинг бир қисмининг функционал ҳолати сушлаши аниқлашда инфузион урография купгина ахборот бериши мумкин айникса уни вақт жихатидан чузилган ҳолатда утказилса. Асосий рентгенографик белги булиб куйидагилар хизмат килади: буйракнинг пастки жомида унинг юкори косачаис булмаслик, краниал косачанинг деформацияланиши, ҳамда жом билан буйрак туқимаси уртасида рентгеноконтрастив ҳолатнинг йуклиги, иккита жомға ва иккита уретеранинг мавжудлиги.

Цистоскопия килинганда, уретеранинг тула шакилланганида, унинг сийдик пуфагига иккита тешик билан очилганини аниқланади. Хромоцистоскопияда эса буйракнинг ҳар бири қисмининг функционал ҳолатини аниқлаш мумкин булади. Сериялик микцион цистографияда везико- уретрал рефлюкснинг борлиги аниқланади. Уретеранинг иккиланишини тусатдан аниқланган булса, бундай беомрларни операция килишнинг ҳожати йук. Бундай болалар поликлиника шароитида педиатр томонидан диспансер кузатишда булиши керак. Ота- онаси тугма нуксон борлигидан огохлантириш мақсадға мувофиқдир. Агарда бу ҳасталикнинг қандайдир асоратнинг белгиси пайдо булса, беморни тезда урологға курсатиш зарур. Текшириш натижасида пиелонефрит борлиги аниқланиб, аммо уродинамиканинг деярли бузилмаганлиги аниқланса, бундай беморни консерватив йули билан даволаш мақсадға мувофиқдир. Консерватив терапия натижасиз булган ҳолатда операция усули билан даволаш муаммоларни ҳал килиш, даовлаш жараёнининг асоси масалалари булиб қолади. Операция усули билан даволашға курғазма булиб, куйидаги ҳолатлар кирадилар: тош пайдо булиши, пиелонефрит, қушимча буйракнинг бир ёки иккала қисмида ҳам уретрогидронефроз, ривожланган везико- уретрал ва уретралараро рефлюкс.

Даволаш йулини танлаш куп нарса билан боглик булиб, буларға куйидагилар киради: буйрак сегментининг шикастланиши даражаси, уретеранинг иккиланиши тури, уретеранинг терминал қисмидаги анатом- физиологик узғариш, контурлатерал уретера ва узига қушимча булган уретераларда везико- уретерал рефлюкснинг борлиги ёки йуклиги. Қушимча уретеранинг сийдик пуфагига чиқадиган тешиги эктопия ҳолатида, сегментар гидро ва уретеронефрозда, везико- уретерал рефлюксда ва уретероцеле кичиклик даврида, қушни уретерада обструкция ва рефлюкс булмаган тақдирда, бемоларда геминефруретерэктомия операцияси кузатилади. Агарда анатомо- физиологик узғаришлар чуқур булса, айникса везико- уретерал рефлюкс сийдик йулларида узига ҳос чуқур узғаришға олиб келганида, ҳар хил вариантдаги антирефлюкс операциясини бажариш лозим булади.

БОЛАЛАРДА СИЙДИК-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Ҳозирги вақтғача купчилик мутахассислар болаларда сийдик-тош касаллиги кам учрайдиган ҳодиса деб ҳисоблашган. Буйрак ва сийдик йулларида учрайдиган тошларға нисбатан сийдик пуфаги тошлари устун туради. Болаларда клиник асосланган нефролитиазнинг кам учраши, буйрак жомчаси шакли (воронкасимон, осилган ҳолатда), сийдик йулларининг нисбатан йириклиги ва деворларининг эластиклиги билан тушунтирилиб, бу буйракдан тошларни осон силжишиға олиб келади.

Болаларда сийдик пуфагидаги тошларнинг юкори сийдик йулларига нисбатан куп учраши 60-70 % болаларда буйракдан тошларнинг симптомсиз ёки кам симптомли тарзда

сийдик йули оркали сийдик пуфагига утиш билан тушунтирилади. Угил болаларда уролитиаз кизларга нисбатан 2-3 баробар куп учрайди.

Касалликни купинча унг томонлама булиши кузатилмокда. Буйракда ва сийдик йулларидаги тошлар ёш ьолаларда куп учрайди. Сийдик-тош касаллиги болаларда барча ёшда учраб купрок 3-10 ёшда ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Болаларда сийдик чикариш йулларида тошларни хосил булиш сабаблари тула аникланмаган. Хар хил беморларда сабаблар хам хар хилдир, шунинг учун касалликни полиэтиологик касалликларга киритиш мумкин. Буйракларда тош хосил булишини тушунтирувчи бир канча назариялар мавжуд булиб, улардан купрок тан олингани-коллоид назариясидир. Бу назарияга кура, сийдикдаги кристаллоид-коллоид мувозанатнинг бузилиши хисобига сийдикда туз кристалларини чукишига, кейин эса тош хосил булишига олиб келади. Тош шаклланиши учун ядро еки «матрица» булиши керак, бунинг учун куюклашаган эпителий, бактерия, шилимшик хизмат килади. Моддалар алмашинувига алохада этибор бериш зарур.(тугма ва ортирилган ферментопатиялар, тубулопатиялар тош хосил булишида иштирок этувчи моддаларни буйрак оркали куп микдорда ажралишига сабаб булади, асосан оксалатутрия, уратурия ва бошкалар).

Умумий патогенетик омилларга экзоген ва эндоген тасирлар киради. Экзоген омилларга иссик иклим шароити, ичимлик суви таркиби ва тупрок характери киради. Болани А ва Д гиповитаминозига олиб келувчи бир томонлама нотугри овкатланиши хам катта ахамиятга эга. Тош хосил булишида эндоган омилларни патогенетик роли каттадир. Гиперпаратиреоидизм ва суяк жарохатлар сийдик билан кальций ва фосфатни куп ажралишига олиб келади.

Болаларнда махаллий патогенетик омиллардан катталар сингари буйракда инфекцион яллигланиш жараени ва уродинамикани бузилиши ахамиятлидир.

Маълумки, пиелонефрит сийдик тош касаллигини энг куп учрайдиган асорати булибгина колмай уни сабаби булиши мумкин. Инфекция тош хосил булишига олиб келади, айникса юкори сийдик йулларида айрим сабабларга кура, сийдик димланган холларда кузатилади.. Уродинамиканинг бузилишга буйрак ва сийдик йуллари аномалиялари, сийдик пуфаги иннервациясининг бузилиши, уретра стриктураси еки клапани булиши, фимоз саба булиши мумкин.

Болаларда сийдик пуфагида тошнинг хосил булиш сабабларига сурункали цистит, сийдикда ишкорнинг булиши, уруетра стриктурасида узок вакт давомида сийдик чикишининг кийинлашуви, орка уретра клапани, дивертикуллар киради. Шундай килиб, болаларда сийдик йуллари ва буйракда тош хосил булиши жараёни муракккаб ва куп этапли жараен хисобланада.

Буйрак тошлари юмалок, овал, бурчакли, гадир-будир, усимтали ва тиканли булиши мумкин. Йирик тошлар антика куринишга эга булиб, баъзиларининг усимтаси учи кенгайган булади (кораллсимон). Сийдик йуларидаги тошлар иккиламчидир ва келиб чикишига кура буйрак тошлари хисобланади. Сийдик йулларида физиологик торайишлар булиб, шу ерда тошлар ушланиб колади: буйрак жомчасидан сийдик йулларига утиш жойида, енбош томирлар ксишган жойда, юкставезикал ва интрамурал булимларда.

Клиникаси. Болаларда СТК клиник манзараси биринчи уринда тошнинг жойлашган урни, улчами ва чакирган асоратига боглик. Болаларда СТКнинг характерли симптомларидан бири огрик, айникса хуружли огрикдир, шунингдек, гематурия, дизурия, пиурия ва тошларнинг мустакил чикиши ахамиятлидир. СКТнинг клиник белгилари ёшига нисбатан номутаносиб ривожланади: бола канча ёш булса клиник белгилари шунчалик кам булади. СТК да огрик типик симптомидир, лекин бу болаларда хал килувчи ахамиятга эга эмас. Огриклар утмас характерда еки хуружсимон булади.

Утмас огриклар йирик, харакатсиз тошлар учун хос булиб, у бирга келувчи сурункали пиелонефрит еки жомча ичи босимининг кутарилишигаа боглик. Буйрак санчиги хуружлари жомчада еки сийдик йулларида харакатчан тошлар булганда ривожланади. Огрик хуружи буйракдан сийдик чикариш кескин бузилганда, жомча ва

сийдик йулларининг тортилиши, сийдик йулининг окклюзияси ва ишемия булган соханинг спастик кискариши, буйракда кон айланишининг бузилиши, буйрак шиши, нерв охирларига эга булган фиброз капсуланинг тортилиши туфайли келиб чиқади.

Гематурия- уrolитиазнинг доимий симптомларидан бири хисобланади. 80-90% беморларда макро- еки микрогематурия куринишида кузатилади. Одатда макрогематурия огрик хуружлари билан бирга келади.

Дизурия- уrolитиаз пиелонефрит, пионефроз, цистит билан орталанган беморларда учраб, сийдик чикарув йулларининг инфекцияланишидан далолат беради.

Пиурия- уrolитиазнинг доимий симптоми булиб хисобланмайди, бу белгининг булиши нафакат пиелонефрит билан асоратланган сийдик-тош касаллиги хакида, балки сийдик чикарув йулларининг нокалькулез ялли\ланиш касалликларидан хам далолат беради.

Тошнинг чикиши- СТК нинг исботловчи симптоми хисобланади. Сийдик чикариш каналининг тош билан тусилиши натижасида сийдикнинг уткир тутилиши узига хос клиник манзара билан намоён булади. Тошнинг мустакил равишда ажралиши унинг улчамига, шаклига, жойлашган жойига, юкори сийдик йуллари тонуси ва уродинамик холатига боглик.

Диагностикаси уrolитиаз ташхиси анамнез, объектив курув, лаборатор ва рентгенологик текшириш маълумотларини бахолашга асосланиб куйилади. Кичик ёшдаги болаларда анамнестик маълумотлар ота-онасидан аникланади. Баъзан ота-оналар огрик хуружидан сунг бола сийдиги кизил тусга кирганлиги ёки лойка булиб, сут рангига кирганлигини айтишади. Бемор болани текшириш пальпациядан бошланади. Гидро- ёки пионефрозда буйраклар катталашганлигини аниклаш мумкин. Сийдик йули ва буйрак тошларида огрикнинг йуклиги болаларда нефроуретrolитиаз ташхисини инкор этиш учун хал килувчи ахамиятга эга эмас. Беморда ремисия даврида кон тахлилида узгаришлар булмади. Буйрак санчиги ва пиелонефрит атаксида лейкоцитоз кузатилади. Сийдик тахлили СТК ва унинг асоратлари диагностикасида ахамиятли кушимча текшириш усули хисобланади. Сийдик тахлилида оз микдорда оксил, эритроцитлар ва тузларнинг булиши кузатилади. Лейкоцтурия пиелонефрит билан асоратланган нефrolитиазда пайдо булади. Сийдик мухити кислотали булади, кичик ёшдаги болаларда нейтрал еки ишкорий булиши кузатилади. Сийдик чукмасида оксалат ёки уратлар аникланади.

Рентгенологик текширув СТК диагностикасида етакчи уринни эгалайди. Рентгенологик текширув сийдик чикариш системасининг умумий рентгенографиясидан бошланади. Рентгенда реннтгенпозитив тошлар, уларнинг жойлашган жойи, шакли, микдори аникланади. Рентгенограммада аникланган сояларнинг сийдик чикариш системаси органларига тегишли эканлигини аниклаш учун экскретор урография килиниб, унда буйрак ва сийдик чикариш йулларининг функционал ва анатомик холати, тош жойлашагн урни, косажомча системасининг узгариши аникланади.

Дифференциал диагностикаси сийдик-тош касаллигини корин бушлиги аъзоларининг уткир касалликлари билан таккослама ташхис утказиш маъсулиятли масала хисобланади. Шуни ёда тутиш керакки, болаларда, айникса эрта ёшдаги болаларда буйрак санчиги катталардан фаркли равишда олдинги корин девори мушакларининг реффлектор таранглашуви, ел ва ахлатнинг тутилиши, киндик сохасидаги огриклар билан кечувчи уткир корин манзарасини эслатади.

Даволаш. СТК билан огриган болаларни даволашда консерватив ва оператив даво усуллари кулланилади.

Оператив даво беморни тошдан халос этиш билан бирга буйракда сурункали ялли\ланиш жараёни ва атрофик узгаришлар натижасида буйрак паренхимасининг улишини олдини олади ва консерватив даво усулини куллашга эффектив куллашга ёрдам беради.

Нефрэктомия истисно холатларда, яъни, пионефрозда, нефроген гипертония ва буйракнинг функционал кобилияти тула йукотилганда утказилади. Икки томонлама

буйрак тошларида аввало сийдик чикаришнинг бузилиши кучлирок намоён булган томонда операция утказилади. Бемор ёши оператив давога карши курсатма була олмайди.

Болаларда сийдик йуллари ва буйракдаги тошларни оператив йул билан йукотишга курсатмалар:

- I. Болани кийновчи бел сохасидаги огриклар.
- II. Пиелонефрит атакаларининг куплиги ёки сурункали пиелонефритнинг авжига чикиши.
- III. Кайталанувчи макрогематурия.
- IV. Гидронефротик трансформация.
- V. Билатерал нефролитиазда сурункали буйрак етишмовчилигининг ривожланиши.

Консерватив даво учун курсатмалар:

- I. Катталиги (0,3-0,6 см), шакли (юмалок, юзаси силлик) ва холати халакит бермайдиган, мустакил равишда чикиб кетиши мумкин булган, буйрак функцияси ва сийдик чикишининг бузилишига олиб келмайдиган тошлар булганда.
- II. Косачалардаги майда тошлар, сийдик чикариши бузилмаган ва пиелонефрит атакаларисиз кечганда.
- III. Оператив давога вақтинчалик карши курсатма булганда.
- IV. Операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврда.

Уролитиазда консерватив давонинг максадлари:

- I. Огригни йукотиш (спазмолитиклар, аналгетиклар)
- II. Инфекцияни йукотиш, яъни яллиланишга карши даво
- III. Нефролитиаз рецидиви ва асоратларини олдини олиш.

АДАБИЁТЛАР.

1. Айвазян А.В, Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек и мочеточников. М., Наука, 1988.
2. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия /учебник/ М. 1993.
3. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия (Национальное руководство) М. 2002.
4. Исаков Ю. Ф., Лопухин Ю. М. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста /учебник/ М. 1997.
5. Исаков Ю.Ф. “Хирургические болезни детского возраста”, (учебник), Том 1,2. М., 2004.
6. Куш Н.Л, Пугачёв А.Г, Москоленко В.З. Хирургия пороков почек и мочевых путей у детей. Киев, Здоровья, 1978.
7. Лопаткин Н.А, Люлько А.В. Аномалия мочеполовой системы. Киев. 1987.
8. Лопаткин Н.А, Пугачёв А.Г. Детская урология. /Руководство/.М.,1986.
9. Лопаткин Н.А. Урология. /Под. ред. Н.А.Лопаткина/, М., 2004.
10. Лопаткин Н. А., Шевцев И. П. «Оперативная урология» / руководство/Л. 1996.
11. Муравнидзе Д.Д. Гуджабнидзе Д. Б. «Почечнокаменная болезнь у детей». М. 1993.
12. Пулатов А. Т. Уролитиаз у детей. Л. 1990.
13. Пулатов А. Т. Нефролитиаз и пиелонефрит у детей. Душанбе. 1987
14. Сулаймонов А. С. ва бошқалар. «Болалар хирургияси». /дарслик/, Тошкент, 2000.
15. Тагиров К. Х. Мочекаменная болезнь у детей Узбекистана. Ташкент, 1962.
16. Терещенко А.В. Хирургия пороков развития мочеточников у детей. Киев, Здоровье, 1981.