

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ
ИНСТИТУТИ

"Келишилган"

Ўз РССВ нинг

Илмий текшириш фаолиятини
мувофиқлаштириш бўлими
бошлиғи

Ф.М. Аюпова

"13" *сентябрь* 2007

"Тасдиқлайман"

Ўз РССВ нинг

Фан ва ўқув юрталари бош
бошқармаси бошлиғи
Ш.Э. Атаханов

"13" *сентябрь* 2007



БОЛАЛАРДА ҚОВУҚ ЭКСТРОФИЯСИ

услубий қўлланма

ТОШКЕНТ
2007

56.9 Урология

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ
ИНСТИТУТИ

ТУЗУВЧИЛАР:

1. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Болалар хирургияси курси билан хирургия кафедраси
проф. Ж. Б. Бекназаров
2. Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Болалар хирургияси курси билан хирургия кафедраси
мудир, проф. Х. А. Акилов.
3. Тошкент Педиатрия медицина институти
Болалар госпитал хирургия кафедраси ходими, т.ф.н.
А. Т. Таджибаев.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

1. Тошкент тиббиёт академияси «Кам инвазивли
болалар хирургияси маркази» директори, проф.
Ш.Т. Салимов.
2. Республика шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш
маркази Болалар хирургияси бўлимининг катта илмий
ходими, т.ф.н. О. Т. Оллабергенов.

20.02	nomidagi
A 159	O'zbekiston Mh

Услубий қўлланма болалар жарроҳлари, хирург-
магистрлар ва клиник ординаторлар учун
мўлжалланган бўлиб, шахсий изланишлар ва
адабиётлар таҳлили асосида тузилган

Ю 33184
093

Қовуқ экстротфияси огир патология бўлиб, уни да-
волаш бугунги кунда турли мутахассисларнинг диқ-
қат эътиборини жалб қилмоқда. Бу патологияда тотал
эписпадия ҳам 100 фоиз ҳолатларда бирга учрайди.
Бундан ташқари чов чурраси, крипторхизм, гидро-
нефроз, умуртқа поғонаси дисплазияси ва бошқа хас-
таликларнинг бирга бўлиши даволаш муддати ва си-
фатига анча салбий таъсир кўрсатади.

Қовуқ экстротфияси билан туғилган болаларни ўз
вақтида даволаб, ижтимоий жамиятда тўлақонли ўз
ўрнини топишига эришиш тиббиёт ходимлари олди-
да турган вазифадир. Бу фикрнинг исботи сифатида
Ўзбекистонда болалар хирургиясига тамал тошини
қўйган устоз, профессор Карим Ҳожиевич Тоҳиров-
нинг қовуқ экстротфияси билан операция қилиб, ҳаёт-
га қайтарган бир беморни мисол қилиб келтириш
мумкин. Бу бемор икки фарзандли бўлиб, жамият-
нинг ҳақиқий аъзоси бўлиб яшади.

Демак, қовуқ экстротфияси билан туғилган болалар-
да даволашни қайси муддатда бошлаш, давом этти-
риш шу боланинг бир умр ногирон бўлиб бошқалар-
дан ажралиши, якка ҳолда умр кечиришига, аксинча,
ҳаётнинг барча гузалликларидан баҳраманд бўлиши-
га олиб келади.

Энг аввало шуни таъкидлаш лозимки, болалар хи-
рургиясининг алломалари Г.А. Баиров, А.С. Сулаймо-
нов, Ю.Б. Уллийев ушбу норасоликда даволаш чора-
тадбирлари қанчалик эрта бошланса, натижалар шун-
ча яхши бўлишини алоҳида таъкидлаганлар.

Мана шу фикрни ҳисобга олиб, ўз тажрибалари-
миздан келиб чиқиб, болалар экстротфияси тўғрисида
аниқ ва лўнда тушунчалар беришни ўз олдимизга

мақсад қилиб қўйдик, токи бу касалликни даволаш ишлари самарали бўлсин.

Мозийга қайтиш. Ушбу норасолик ҳақида улут аллома, табиб Ибн Сино бобомиздан 40 йил кейин яшаб, табиблик билан шуғулланган, жарроҳлик илмида жуда кўп кашфиётлар қилган Аз-Заҳравий томонидан ёзиб қолдирилган. Бобомиз, ушбу туғма касаллигининг давоси йўқ, деб тўғридан-тўғри айтганлар. Ҳақиқатдан ҳам XIX асрнинг иккинчи ярмигача шундай эди. Муваффақиятли жарроҳлик амалга оширилгунига қадар яна 100 йиллар ўтди.

Биринчи марта инглиз хирург Ричард 1853 йилда экстропия билан туғилиб, анча йиллар яшаган беморни операция қилди. Бироқ бемор перитонит касаллиги асоратидан вафот этди. 1906 йилда машҳур хирург Тренделенбург (барча хирурглар «Тренделенбург ҳолати»ни яхши билишади) 3 та беморда қовуқ экстропиясини бартараф этишга уринди, аммо уларнинг бирида аввалида сийдикни ушлаш бўлдию, кейин бу ҳолат йўқолди. Биринчи муваффақиятли операцияни 1942 йилда Н.Н. Янг қиз болада бажарди ва у 3 соатгача сийдигини тута олди. Бироқ шундай муваффақият бўлишига қарамасдан XX асрнинг 50 йиларигача кўп хирурглар сийдик найларини сигмасимон ичакка улаш операцияларини бажаравердилар.

Энг аввало шуни таъкидлаш лозимки, қовуқ экстропиясини бартараф этишда цистопластика операциясидан кейин қовуқ устини ёпиш анча катта муаммоларни келтириб чиқарди. Шу сабабдан ҳам хирурглар сийдик найларини сигмасимон ичакка улаш операциясини (уретеросигмоанастомоз) афзал кўрдилар. Чунки қовуқ экстропиясида 100 фоиз ҳолатларда симфиз

оралиги одатдагидай 0,5-0,6 см бўлмай, балки 4-7 см, баъзан ундан ҳам катгароқ масофада очилган бўлиб, қовуқни самарали ёпишга тўсиқ бўлиб хизмат қилади. Шунинг учун ҳам 1954 йилда немис олими Шульц қовуқ экстротомиясида аввал икки тарафлама остеотомия операциясини бажариб, орадан 2 ҳафта ўтгач, қовуқ устини симфизни бир бирига келтириб тикиб, муваффақият билан операцияни тугатди. Операция қилинган қиз бола сийдигини ушлаш қобилиятини тўлиқ тиклади. Худди мана шу операция билан, яъни остеотомия йўли билан симфизни келтириб, реконструктив пластик операция қилиш самарали бўлиши исботланди.

Уретеросигмоанастомоз операцияси эса биринчидан физиологик эмас, иккинчидан, хилма хил асоратлар қолдириб, охир-оқибат кўпчилик операция қилинганларнинг айна кучга тўлиб, ҳаётдан энди лаззатланаётган вақтда вафот этишади. Бу ҳолга асосан қуйидагилар сабаб бўлади.

Биринчидан, сийдик найлари тешиги тўғридан тўғри сигмасимон ичак ичида бўлгани учун юқорига кўтариluvчи инфекция туфайли пиелонефрит вужудга келади. Бу асорат йилдан йилга зўрайиб бораверади. Дорилар воситасида даволаш ҳам вақтинчалик самара беради, холос. Чунки инфекция манбаи йўқотилмаган. Сурункали пиелонефрит эса йиллар ўтиши билан сурункали буйрак етишмовчилигини келтириб чиқаради ва операция қилинган беморлар 26-28 ёшида бу дунёни тарк этадилар.

Иккинчидан, ингичка ичак ичидаги нарсалар химус деб аталади. Химус йўгон ичакка ўтгандан кейин суюқликларнинг қайта сўрилиши рўй бериб, ахлат

шаккланади. Уретеросигмоанастамозда эса сийдик сигма ичига тушиб қайта сўрилади. Сийдик таркибида нордон моддалар ҳамда хлор аммиакининг ортиқча миқдорда кўпайиши ҳисобига организмда гиперхлоремик ацидоз вужудга келади. Бу эса паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришларни содир этади ва операция қилинган беморлар бир умр ногирон бўлиб, машаққат билан ҳаёт кечиришга мажбур бўладилар.

Демак, мана шу асоратлар бўлмаслиги учун қовуқ экстротрофиясида физиологик меъёрга мос бўлган реконструктив – пластик операцияни бажариш тақозо этилади.

Бу муаммони ижобий ҳал этиш тиббиёт ходимларига боғлиқ. Чунки қовуқ экстротрофияси чақалоқнинг кичик чилласи чиқмасдан туриб бажарилса, анатомик ва физиологик меъёр сақлаб қолинади ҳамда бола муайян ижтимоий жамиятнинг чинакам аъзоси бўлиб, меҳнат қилиш имкониятига эга бўлади.

Мабодо операция муддати кечиктирилса биринчидан, қовуқ шиллиқ қаватида папилломатоз ўзгаришлар пайдо бўлиб, кўпинча реконструктив – пластик операцияни бажаришнинг иложи бўлмай қолади. Иккинчидан, экстротрофия бўлган қовуқ шиллиқ қаватида ташқи муҳит таъсирида инфекция ривожланади. Қовуқ шиллиқ қаватида бириктирувчи тўқима ривожланиб, унинг эластиклигини пасайтиради. Пировардида мутлақо йўқолади. Бу эса қовуқни ҳосил қиладиган реконструктив – пластик операцияга монетлик қилади. Учинчидан, сийдик найлари тешиклари ташқи муҳит билан тўғридан тўғри туташганлигидан юқорига ҳаракатланувчи инфекция туфайли сурункали пиелонефрит пайдо бўлади. Операциядан кейин уни бартараф этиш кўпгина муаммоларни келтириб

чиқаради. Демак, ушбу асоратларнинг бўлмаслиги учун бу норасоликка чалинганларни чақалоқлик давридаёқ бирламчи тўлиқ реконструктив – пластик операция орқали тўлақонли ҳаётга қайтармоқ зарур.

Болаларда қовуқ экстрофиясининг рўй бериши. Бу норасолик ҳар 30 000 – 50 000 янги туғилган чақалоқларнинг бирида учрайди. Кўпгина олимларнинг таъкидлашича, кейинги йилларда болаларнинг қовуқ экстрофияси билан туғилишга мойиллиги кўпайган. Агар ота-онада қовуқ экстрофияси ёки эписпадия бўлган бўлса, улардан туғилган фарзандларнинг ушбу норасоликка учраши 3,6 марта кўпроқ бўлади. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, қовуқ экстрофияси ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан 2,5-3 баробар кўпроқ учрайди. Чунончи, Республикамиз Марказий Осиё мамлакатлари орасида аҳолисининг сони жиҳатидан ҳам, туғилиш кўрсаткичининг юқорилиги билан ҳам етакчи ўринда туради. Мана шу далилнинг ўзи вақтида қовуқ экстрофияси ташхисини қўйиш ва даволаш ҳамда операциядан кейинги реабилитация масалалари билан жиддий шуғулланишни талаб этади.

Қовуқ экстрофиясининг клиник манзараси. Қовуқ экстрофияси билан туғилган чақалоқларда бу норасолик кўриниши шу даражада аниқ бўладики, ҳатто ташхиз қўймаслик мумкин эмас. Чақалоқнинг қорни пастида, киндик, анал тешиги, қориннинг тўғри мускуллари ва тери билан чегараланган ромбасимон соҳада номутаносибликлар тез кўзга ташланади. Худди мана шу соҳада қизғиш, теридан яққол ажралиб турган, ҳар хил катталиқдаги ўсмасимон ҳосила бўлиб, у одатда қорин ичидаги босим юқори бўлганлиги учун ташқарига бўртиб чиққан қовуқ орқа деворидир.

Бу беморларда киндик ҳам анча пастда бўлиб, у одатда ўсмасимон ҳосиланинг проксимал, яъни юқори қисмида жойлашади. Анал тешиги эса меъёридагига нисбатан олд томонга сурилган бўлиб, камдан-кам ҳолатларда атрезияга учраган бўлади. Қориннинг тўғри мускуллари эса ромбсимон соҳанинг икки ёни чегаралари бўлиб, киндик пастидан бошлаб иккига бўлинган ва улар симфиз оралиғи анча масофага ажралган қов суяқларининг дўмбоғига бириккан. Мана шу ораликда жойлашган ўсмасимон ҳосила жуда ҳам нозик фиброз парда билан қопланган. Бу фиброз парда ўсмасимон ҳосиланинг пастки қисмида кўпинча йиртилган ёки умуман бўлмайди. Чунки сийдик найларининг ҳосила пастки қисмига очилган тешикларидан ажралма томчилаб, фиброз тўқимани йиртиб юборади. Ажралаётган сийдик беморнинг жинсий аъзоларини, сон ички қисми териларини таъсирлаб, қизартиради. Орадан бир неча соат ўтиб фиброз тўқима қовуқ шиллиқ қавати устидан тушиб кетади. Экстрофияга учраган қовуқ шиллиқ қавати юзасида ҳаддан ташқари кўп сезувчан нерв толалари бўлгани учун оғриқ сезилади. Шунинг учун чақалоқ доим безовта, унга сал тегиб кетилса ҳам шиллиқ қават эпителийси шикастланиб қонайди.

Қовуқ экстротфисига учраган беморларда уретра олатининг дорсал қисмида, юзасида жойлашиб, унинг юқори девори ҳам иккига бўлинган, уруғ дўмбоқчаси бемалол кўриниб туради. Қиз болаларда эса клитор иккига ажралган, катта ҳаёли лаблар ҳам ривожланмаган бўлади.

Қовуқ шиллиқ қавати ташқи муҳит таъсирига мослашмаганлигидан шиллиқ қават юзасида тангасимон

ёки аденаматоз ўзгаришлар вужудга келади. Орадан анча вақт ўтгач, ушбу ўзгаришларнинг ривожланиши билан қовуқ шиллиқ қавати юзаси чангалзорни эслатади (Чангалзор симптоми).

Қорин тўғри мускуллариининг икки тарафга ажралишдан чов каналининг ички тешиги деярли бўлмайди. Шунинг учун уларда пайдо бўлган чурра тўғри чурралар синфига киради. Бу норасоликда уруғдонлар ҳам чов каналининг ташқи тешигига ёндошиб туради. Бироқ уруғдон тортилса ёрғоқ тубига бемалол тушади, яъни «сохта крипторхизм» мавжуд ва шу жиҳати билан чин крипторхизмдан фарқ қилади. Анал тешиги жоми тонуси паст бўлганлигидан тўғри ичак шиллиқ қавати ташқарига чиқиши мумкин. Бу катта ёшдагиларда албатта, бўлади. Бироқ қовуқни ёпиш операциyasi бажарилгач, пролапсус ўз ўзидан йўқолади.

Биз юқорида экстрофия билан туғилган болаларда тотал эписпадия ҳам деярли 100 фоиз бўлишини таъкидлаган эдик. Жинсий олат уларда меъёридан анча кичкина бўлиб, унинг бу ҳолати симфиз орасидаги масофага боғлиқ. Бу масофа қанчалик катта бўлса, олат шунчалик кичкина ва эгилган бўлади.

Олат кичкиналигига сабаб, каверноз таналар ҳам бир бирига бирикмаган бўлиб, улар орасида ёриқ қолади. Чунки говак тана симфиз дорсал юзасида хорда тортмоқлари бўлиб, улар говак тана узунлигидан анча калта бўлганлигидан олатни дорсал юзага томон эгеди. Баъзи болаларда олат мутлақо бўлмаслиги ҳам мумкин, бироқ бу камдан кам юз беради.

Қиз болаларда катта ва кичик хаёли лаблар норасо бўлиб, клитор ҳам эгилган ёки иккига бўлинган, уретранинг тешиги анча кенг бўлади ёки уретранинг юқори

девори мутлақо бирлашмайди, туташмайди. Қиннинг тешиги уретра тагида бўлиб, олд томонга силжиган ва стенозга учраган. Киндик билан анал тешиги орасидаги масофа қанчалик қисқа бўлса, унинг олд томонга силжиш даражаси ҳам кўпроқ бўлади.

Экстрофияга учраган болаларда симфиз диастазаси бўлиб сон суяги ташқарига буралади. Шу сабабдан ҳам уларнинг кўпчилигида «ўрдак юриш» кўзга ташланади. Аммо бундай юриш ёш ўтиши билан ўтиб кетади.

Қовуқ экстрофиясига перенатал даврда ва бола туғилган вақтда ташхис қўйиш мумкин. Ҳомилалик даврида ультратовуш сонографиясида аниқ контурлари билан экранда яхши кўринадиган қовуқ бўлмайди. Балки киндик ва ҳосилаларнинг меъёрга нисбатан анча дистал жойлашгани ҳамда қорин олд девори сатҳида ҳосила борлиги маълум бўлади. Киндик ҳосилаларининг қай тарзда киндикдан чиққанлигини аниқлаш қовуқ экстрофиясини гастрошизис ва омфалосцеле норасоликларидан фарқлаш имконини беради.

Чақалоқларда эса биз нисбатан тўлиқ ёритишга ҳаркат қилган клиник манзара кузатилади. Ташхис қўйиш ортиқча қийинчилик туғдирмайди. Бироқ қовуқ экстрофияси бошқа аномалиялар билан бирга учраган ҳолатларда эса унинг жинсини аниқлаш учун албатта, болалар хирургии ва гинекологии диққат билан қараб кўриши зарур. Таъкидлаш жоизки, уларда бошқа аъзолар норасоликлари бўлиши мумкинлиги эҳтимоли бўлгани учун юрак, ўпка ҳамда умуртқа поғонасини диққат билан текшириш керак. Чунки бошқа норасоликларни аниқлаш ва уларни тўғри баҳолаш операцияни бажариш ва қайси хили эканини аниқлашга, консерватив даволаш чора – тадбирларини белгилашга имкон беради.

Мабодо киндик томирларини боғлаш учун пластик қисқич қўлланилган бўлса, олиб ташлаш ва уни ипак ип билан алмаштириш лозим. Пластик қисқич қовуқ шиллиқ қаватини шикастлайди. Қовуқ шиллиқ қавати юзасини илиқ антисептик эритма билан ювиб, чаканда ёғидан кўп суриб, стерилланган полиэтилен парчаси билан ёпиш зарур. Қовуқ шиллиқ қавати юзасига вазелин ёғи ишлатиш керак эмас, чунки бу ёғ шиллиқ қават юзасидан намни тортиб олиб, уни қуритади. Докадан қилинган сальфетка ишлатиш эса шиллиқ қават юзасини шикастлайди.

Операциядан олдинги даволаш. Чақалоқ туғилган заҳоти ташхис қўйилгач, уни ихтисослашган клиникалардан бирига юбориш масаласини ҳал қилиш керак. Агар шунга зарурият туғилса, экстрофия бўлган чақалоқни албатта, ҳамшира ёки шифокор билан биргаликда юбориш зарур. Бунда чақалоқ экстрофияси юзасига инфекция тегишидан сақланиш зарур.

Қовуқни реконструктив – пластик операцияси одатда, чақалоқ туғилганидан 24-48 соат ўтгач бажарилади. Энг аввало чақалоқнинг ота-онаси билан суҳбатлашиб, ушбу пластик операция асоратларининг бўлиши, бироқ тўлиқ тузалиб кетишга имконият борлигини тушунтириш керак.

Хирургик даволаш мақсади. Болаларни келажақда муайян жамиятнинг ногирони бўлиб қолмасдан, балки ишлаб чиқаришда фаол иштирок этадиган шахс даражасига етказиш. Бу мақсадни амалга ошириш учун қуйидаги вазифаларни бажариш керак:

1. Цистопластика ва қовуқни ёпиш;
2. Сийдик тутиш вақтини меъёрий ҳолатга келтириш, буйраклар функциясининг издан чиқмаслигини таъминлаш;

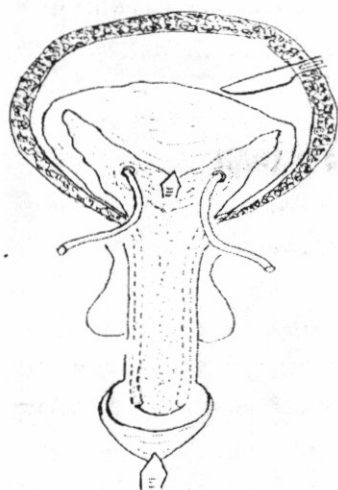
3. Олатни ҳам косметик, ҳам сексуал жиҳатдан соғ бўлишини таъминлаш. Мана шу жиҳатларни ҳисобга олиб, қовуқнинг шиллиқ қавати қандай ва қай ўлчамда бўлишига қарамасдан организмнинг ўз қовуғи бўлишига эришмоқ лозим. Бизнинг тажрибаларимиз шундан далолат берадики, ҳатто энг кичкина ўлчамдаги қовуқ ҳам унинг қовуғи бирламчи ёпилиб, тотал эписпадияси бартараф этилгач, нисбатан тезлик билан ўлчамларини катталаштиради. Бунга сабаб генетик кодларнинг таъсири бўлса ажаб эмас. Шунинг учун биз охириги йилларда уретеросигмоанастомоз усулидан мутлақо воз кечдик.

Қовуқнинг реконструктив пластик операцияси. Бу операция қуйидаги вазифаларни бажариши шарт:

1. Цистосфинктероуретропластика;
2. Қовуқни кичик тос бўшлиғига тушириб, унинг устини ёпиш;
3. Қов суяқларини бир-бирига келтириб, меъёрий симфизни тиклаш;
4. Зарурий ҳолатларда олатни ростлаш.

1. Цистосфинктероуретропластика. Операция интубация наркози билан кўп компонентли авайловчи режимда олиб борилади. Анестезия жиҳатлари анестезиологларга тегишли бўлгани учун бу соҳага тўхталмадик.

Операция майдони юқумсизлантирилгач, қовуқ экстрофияси шиллиқ қаватнинг терига ўтиш чегарасидан қирқиш қилинади. Қирқиш киндик тагидан бошланиб то қовуқ бўйнигача икки тарафдан айлантириб давом эттирилади. Қовуқ деворини терига бирлашган юқори ва ён томонларидан шундай ажратмоқ лозим:



Расм 1

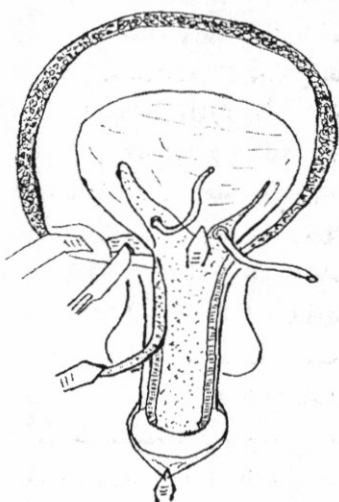
1. Юқори тарафдан қорин пардаси шикастланиб, қорин бўшлиғи очилмасин. Ана шунда операциядан кейинги давр енгил кечади;

2. Ён тарафлардан қовуқ деворига чатишиб кетган апоневроз толаларини тўғри мускулнинг узунасига йўналган толаларини диққат-эътибор билан тўлиқ ажратиш лозим.

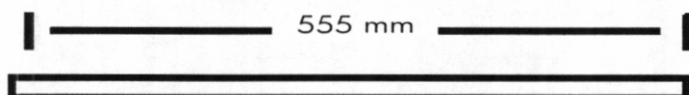
Бу ажратиш қуйидагича давом эттирилиши лозим. Биринчидан, қовуқ девори бир-бирига вертикал, яъни узунасига тикили-

ши учун етарли бўлиши лозим. Иккинчидан, қовуқ девори тағлик тўқималаридан у қадар ажралмаслиги шарт, чунки бу қовуқ деворининг қон айланишига салбий таъсир кўрсатиб, регенерация жараёнини секинлаштириши мумкин. (Расм 1,2)

Етарли равишда атроф тўқималардан ажратилган қовуқ девори четлари текисланиб, бир-бири билан то қовуқ бўйнигача узунасига 7/0 синтетик ип Prolen билан шиллиқ қавати чокка олинмасдан тикилади. Сўнгра қовуқ ичига дренажлаш мақсадида икки диаметрли найча қўйилади.



Расм 2



Фиг. 1

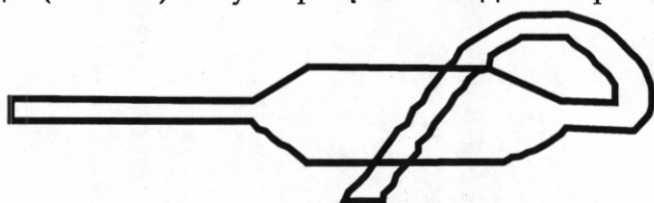
Унинг проксимал ингичка юқори тарафидан ташқарига чиқарилади, пастки ингичка тарафи эса қовуқ бўйни ҳамда ҳали девори тикланмаган уретра тарновида ётади.

Икки диаметрли катетер. У оддий полиэтилен найчадан иссиқ парда тутиб ва тортиб тайёрланади (Фиг. 1). Тортиш жараёнида унинг икки учи зарурий диаметрغاча ингичкалаштирилади, бироқ ўрта-

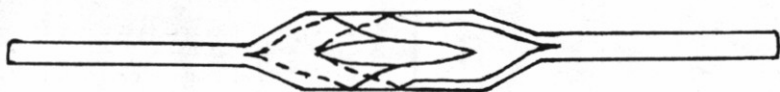


Фиг. 2

сида 0,8 – 1,0 см узунликда аввалги ҳолатда қолдирилади. Худди шу қисмининг юқори ва пастки ҳамда қарама – қарши томонларида кичкина иккита тешик очилиб, шу тешиклар оралиғи ва ўртасидан найчанинг иккала девори ҳам кесилади (Фиг. 2). Ҳамда ундан катетернинг бир учи ўтказилиб, охиргача тортилади (Фиг. 3). Шу тариқа икки диаметрли катетер



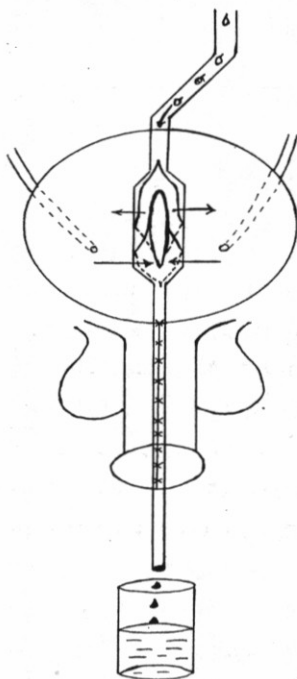
Фиг. 3



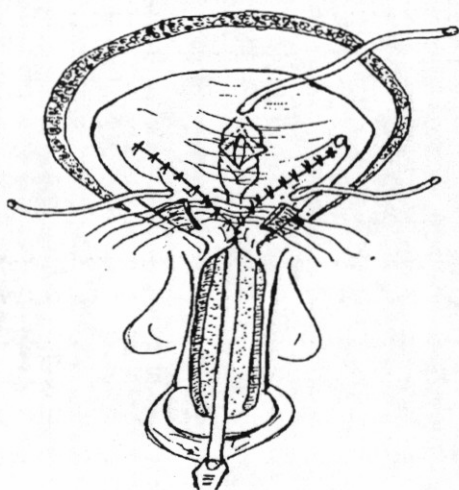
Фиг. 4

ўртасида ҳар қандай ҳолатда ҳам кенг тешиги ёпилмайдиган самарали дренажлайдиган катетер ясалади (Фиг. 4). Операция пайтида катетернинг бир учи қовуқ тубидан юқорига чиқарилади. Пастки қисми эса ҳосил қилинадиган уретра тарновида ётади ва унинг устидан қовуқ бўйни ва уретра шакллантирилади. Унинг ўрта, яъни йўғон қисми қовуқ ичидан чиқиб кетмасликни таъминлайди (Фиг.5).

Катетернинг проксимал қисмидан ҳар хил антисептик эритмалар, антибиотик киритилади. Бу эритмалар биринчидан, катетер тешикларида қовуқ ичига чиқиб, яллиғланишга қарши ўз таъсирини кўрсатади. Иккинчидан, қовуқ ичига ажралиб чиқаётган сийдик концентрациясини камайтириб, унинг регенерация жараёнига салбий таъсирини йўққа чиқаради. Учинчидан, қовуқ бўйни ҳамда уретрада унинг ингичка қисми борлиги туфайли чокланган чизиқнинг таранглашмаслигини таъминлайди.



Фиг. 5

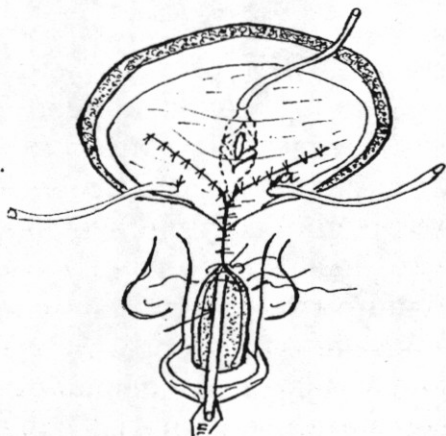


расм 3

нута ёпиб қўйилади. Сўнгра эритмалар киритиш аввалги тартибда давом эттирилади. Бу муолажа кунига 4-5 марта қайтарилади.

Икки диаметрли найча худди 3-4 расмда кўрсатилганидек қовуқ ичига қўйилгач, қовуқ бўйни ва уретра тикланади. Бунинг учун аввалги қирқимларнинг учлари дистал тарафга давом эттирилади. Қовуқ бўйнида қирқим қилишда, худди шу жойда қирқимлар орасидаги масофа бироз кенгроқ бўлишига эътибор қаратиш лозим, токи қовуқ бўйни шакллантирилаётганида тўқима

Операциядан кейин қовуқ ичини ювиш қуйидаги тартибда олиб борилади: катетернинг проксимал қисмидан антисептик эритмалар (хлоргексидин, диоксидин, фурацилин ва ҳ.к.) ҳар минутда 10 томчидан 100 мл томизилгач, қовуқ ичига антибиотик киритилиб, катетернинг дистал қисми 20-30 ми-



расм 4

таранглиги бўлмасин. Бу ҳол 2 имкониятни пайдо қилади :

1. Қовуқ бўйнида таранглашиш эвазига қовуқ бўйни-тери оқмаси содир бўлишининг олдини олади;

2. Қовуқ бўйнини В.М. Державин усулида мустаҳкамлаш мумкин бўлади.

Қовуқ бўйнида ва уретра шиллиқ қавати теридан ва таглигидан етарли даражада мобилизация қилин-гач, шиллиқ қават чокка олинмасдан 7/0 Prolen синте-тик ип билан тикилади. Мабодо худди шу ўлчамдаги викрил билан тикилса яна ҳам яхши, чунки бу ип ҳам тўқималарда ортиқча ўзгаришларга сабаб бўлмасдан, 28-кундан бошлаб сўрила бошлайди. Тасодифан шил-лиқ қават чокка олинган тақдирда ҳам келгусида тош пайдо бўлмайди.

Цистоуретропластика босқичи тугагач, қовуқ бўйни, яъни сфинктеропластика муолажасини бажаришга киришилади. Одатда қовуқ бўйнининг кўндаланг тарғил мускули бир тарафдан қовуқ бўйнининг ажралган деворлари четларига ёпишган, иккинчи чети эса қов суягининг нақ ички юзаси-дан иложи борица тўмтоқ йўл билан, қисман қир-қиб ажратилади. Ички тарафдан ҳам бу муолажа тикиш учун, уни эса баъзан ажратишга тўғри кела-ди. Баъзан қов суяги ички юзаси то қуймич теши-гигача ажратилиши мумкин. Бундай ҳолларда қовуқ бўйнини В.М. Державин бўйича дупликатура пластикасини амалга оширишга тўғри келади. Айниқса, қовуқ бўйнини Державин бўйича пластика қилиш жараёнида қуйидаги усулларни қўллашга тўғри ке-лади:

1. Қовуқ бүйинини гофрирлашда қовуқ бүйни ва унинг атрофидаги юмшоқ тўқималар тортилмайди, таранглашади.

2. Юмшоқ тўқималар таранглашуви рўй беради. Бу ҳолда гофрирланишга имкон берадиган масофалардан чоклаш иплари ўтказилади, бироқ улар боғланмайди. Қов суяклари бир-бирига келтирилиб тикилганидан кейин шу иплар тугун қилиб боғланади. Мабодо қов суяклари норасолиги оқибатида симфиз оралигини меъёрий тиклашнинг иложи бўлмай қолган тақдирда ҳам қовуқ бүйни ва уретра бошланғич қисми 5/0 викрил ип билан чокланади. Қовуқ бүйни ва уретра деворлари бир - бири билан тикилганидан кейин улар ҳеч таранглашмаслиги шарт. Бу қовуқ бүйни – тери, уретра – тери оқмаларининг ҳосил бўлмаслигининг кафолати бўлиб хизмат қилади. Симфиз оралиги 4 смдан ошган ҳолатларда бундай таранглашмаслик ҳолатини пайдо қилишга ҳар доим ҳам имкон бўлавермайди. Бундай ҳолат вужудга келган шароитда максимал равишда мускул толаларини имкони борича қов суяklarининг нақ ички юзасидан ажратиб, тўқималарнинг эмин-эркин, таранглашмасдан туришига ҳаракат қилиш керак. Уретра тикланган девори устидан оқчил парда четларини имкони борича нозиклик билан тикиш керак. Чоклаш ипи 7/0 prolene.

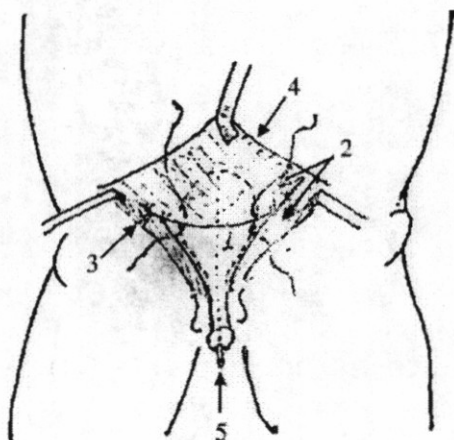
Қовуқ бүйни ҳамда уретра бошланғич қисмларини эркин туришига эришиш учун баъзан қов суяklarининг ички юзасидан юмшоқ тўқималарни тўлиқ таранглашмаслигига эришиш лозим.

Операциянинг ушбу босқичини ўта нозиклик билан бажариш, нерв толаларини топографо-анатомик тузилмаларни шикастламасдан ишлашни тақозо этади.

Операция босқичларини бажаришда тос туби диафрагмасининг шикастланишига йўл қўймаслик лозим, чунки бу тузилма уретра қаршилигининг (сопротивляемость) қай даражада бўлишини таъминлайди. Унинг шикастланиши сийдик тута олмасликнинг пайдо бўлишига мойиллик туғдиради.

2. Қовуқни тос бўшлиғига тушириб, унинг устини ёпиш. Бу муаммони бажариш симфизни ҳосил қилган қов суяклари орасидаги диастаза даражасига, шу суяклар расо ёки норасолик бор ёки йўқлиғига боғлиқ. Мабодо симфиз орасидаги масофа 4 см дан кичик бўлса, уни бир-бирига келтириш ва шу ҳолда сақлаб қолиш у қадар қийинчилик туғдирмайди. Бу муаммони ҳал қилиш учун қўймич тешигининг медиал тарафидан (ўнгдан ва чапдан) $2/0$ ёки $1/0$ синтетик иплар ёки ипак ип ўтказиб олинади. Ассистент тарафидан ёнбош суяклари ташқи тарафдан ичкари тарафга қисилганида симфиз четлари бир-бирига келади ва мана шу ҳолда тутиб турилиб, иплар қаттиқ боғланади. Қов суяклари устидаги апоневрозга чоклар қўйишдан олдин, агар қовуқ бўйнини гофрирловчи чоклар қўйилган бўлса, улар ҳам боғланади. Қорин девори тўғри мускуллари четлари бир-бирига келтирилиб, вертикал тикилгач, апоневроз ҳам худди шу йўналишда чокланади. Одатда, симфиз бир-бирига келтирилиб тикилгач, тери узунасига ортиқчалик қилиб қолади. Унинг ортиқча қисми кесиб тери чокланади.

Одатда, қов суяклари анатомик жиҳатдан етилмаган, норасо бўлса, симфиз оралиғидаги масофа ҳам ундан каттароқ бўлади. Уни остеотомия қилмасдан келтириш жуда қийин. Бироқ остеотомия операцияси хоҳ у орқа остеотомия бўлсин, хоҳ у олд остеотомия

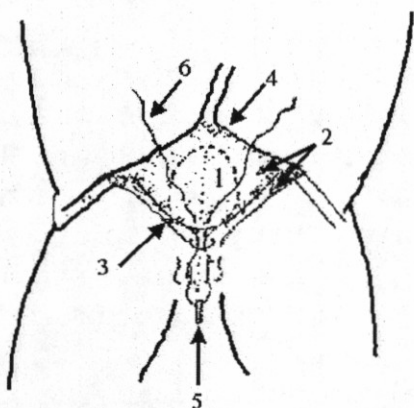


Шакл 1

бўлсин, жуда ҳам травматик, яъни шикастловчи огир операция ҳисобланади. Бу ҳолда қов суяқларини бири-бирига келтирилиб, меъёрий симфиз яшашга уринмаслик керак. Симфиз бири-бирига келтирилса-да, операциядан кейин операциягача бўлган ҳолатини тиклаб олиш, чокларнинг ситилиб

кетиши тез-тез учрайди. Мана шу асоратни ҳисобга олиб, қов суяқларини бири-бирига келтирмай меъёрий симфиз ҳосил қилмаса ҳам бўлади. Аммо бу ҳолда қориннинг тўғри мускулига тегмасдан, қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози кўндаланг тикилади (Шакл -1,2,3).

Энг охирги вазифа – олатни косметик ва сексуал жиҳатдан тиклаш. Бу кўпинча талаб этилмайди. Балогат ёшида олат деярли ўзининг физиологик меъёрий ҳолатини тиклаб олади. Мабодо бу ҳол кузатилмаса, унда пластик операция қилинади. Аммо бу операция катга ёш даврида бажарилади.



Шакл 2

Натижалар.

Ушбу услубий қўлланма ихтисослашган клиникага келиб тушган ва қовуқ экстрофияси билан тугилган 79 боланинг операция натижаларини чуқур ва объектив таҳлил қилиш асосида ёзилди.

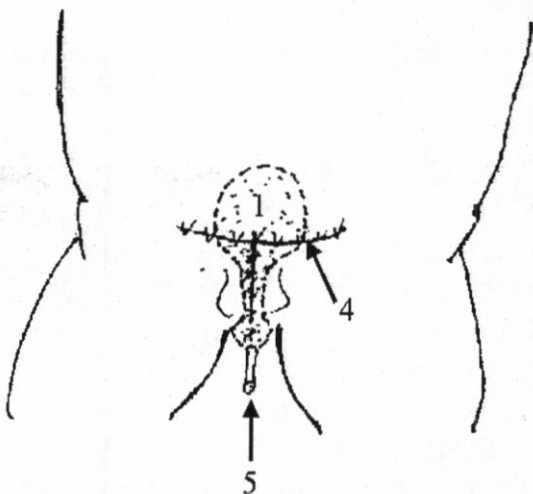
Бу беморларнинг 6 тасида уретеросигмоанастомоз бажарилди. Уларда операциянинг кечки даврида,

5 тасида сурункали пиелонефрит, гиперхлоремик ацидоз ҳамда қонда мочевина миқдорининг ошгани (4 болада) аниқланди. Антропометрик жиҳатдан уларнинг барчаси ёшига нисбатан орқада қолган ҳамда вазна-ри меъёрий кўрсаткичдан статистик ишонарли даражада паст эди. Уларда сурункали заҳарланиш белгилари ҳам мавжуд эди.

Болаларнинг 27 тасида уч босқичли операция усули бажарилди:

- 1 - Босқич - цистопластика
- 2 - Босқич - сфинктеропластика
- 3 - Босқич - уретропластика

Ҳар бир операция орасидаги вақт 2-3,5 ойга тенг бўлди. Цистопластика операциясидан кейин 11 болада жароҳат бирламчи битди, 7 болада жароҳат очилди, 4 болада эса цистопластика қайтадан бажарилди. Сфинктеропластика операцияси



Шакл 3

самарали бўлмаганлиги учун 6 болада яна қайтадан хирургик муолажа бажарилди. Сфинктеропластика ҳам асоратлардан ҳоли бўлмади. Масалан, қовуқ бўйнидаги (12 болада) ва олат танасидаги (9 болада) оқмалар қайта хирургик муолажадан кейин бартараф этилди. Бироқ оқмалар, айниқса, қовуқ бўйнидаги оқмаларни ёпиш учун қайта-қайта операциялар ўтказилди. Хуллас, 27 бола қовуқ экстрофиясининг реконструктив – пластик операция ва унинг асоратлари туфайли 135 марта хирургик муолажа қилиндилар (ўртача ҳар бир касал 5 марта).

Беморларнинг 2-гуруҳида эса (18 бола) бир вақтнинг ўзида цистосфинктероуретропластика операцияси бажарилди ва қовуқ икки диаметрли найча билан дренажланди ҳамда тос бўшлиғига туширилган қовуқ қорин олд девори ташқи қийшиқ мускули апоневрозини кўндаланг тикиш билан тугалланди. Ушбу операциядан кейин жароҳатнинг бирламчи битиши 10 болада кузатилган бўлса, 8 тасида фистула ҳосил бўлди. Бу беморлардан 8 таси яна қайта операция қилинди, 5 болада фистула рецидивни рўй берди. Беморларнинг 2-гуруҳида, умумий ҳисобда 35 марта операция бажарилди. Бу ҳар бир болада қовуқ экстрофияси ва унинг асоратларидан тамомила халос бўлиши учун 1,9 марта хирургик муолажага ўтказилди дегани. Яъни 1-гуруҳ беморларига нисбатан операцияларнинг сони 2,6 марта камайишига эришилди.

Беморларнинг 3-гуруҳида 28 бола бўлиб, уларда ҳам бир вақтнинг ўзида цистосфинктероуретропластика бажарилиб, қов суякларини бир-бирига келтириб, симфизнинг меъёрий ҳолатини тиклашга 2 хил ёндошилди:

1. Агар симфиз оралиғи 4 см гача бўлса, симфиз бир-бирига тўлиқ келтирилди.

2. Мабодо симфиз орасидаги масофа 4 см дан ортиқ бўлса, симфиз жуда ҳам таранглаштирилмасдан тортилди ва шу ҳолда фиксацияланди. Апоневроз то қовуқ бўйнидан максимал даражада проксимал тарафга озгина таранглашгунига қадар тикилди. Қолган қисми эса кўндаланг чокланди. Ушбу гуруҳ беморларида цистосфинктероуретропластика бажарилгач, шу заҳоти В.М. Державин бўйича қовуқ бўйни дупликатураси амалга оширилди. Уретра - тери оқмаси фақат 6 болада кузатилди, холос.

Демак, бир вақтнинг ўзида цистосфинктероуретропластика операциясини - қовуқ бўйнини бирданига Державин бўйича дупликатура қилиб бажариш ҳамда сийдик найларига найчалар қўймасдан қовуқни самарали дренажлаш ва бу хирургик муолажани чақалоқлик даврида амалга ошириш яхши натижаларни беради.

ҚАЙД УЧУН