

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЁРҒОҚ ШИШ СИНДРОМИ – ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ



Шамсиев Азамат Мухитдинович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Атакулов Жамшед Остонукулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Фозилжон-зода Мафтун
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Шамсиев Азамат Мухитдинович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Атакулов Жамшед Остонукулович, Юсупов Шухрат Абдурасулович, Фозилжон-зода Мафтун
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

SYNDROME OF EDEDED SCROTONE IN CHILDREN - DIAGNOSIS AND TREATMENT

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich, Shamsiev Jamshid Azamatovich, Atakulov Jamshid Ostonokulovich, Yusupov Shukhrat Abdurasulovich, Foziljon-zoda Maftuna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ёрғоқнинг ўткир касалликлари, одатда " ёрғоқ ўткир шиш синдроми" деб аталади. У болалар жарроҳлигининг долзарб муаммоларидан биридир. Шу билан бирга, нотравматик касалликларнинг клиникаси, диагностикаси ва даволаш масалалари етарлича ишлаб чиқилмаган, чунки бу беморлар касалхонага кеч, кўпинча нотўғри ташхис билан ётқизилади.

Калит сўзлар: Касаллик, гидатидлар, беморлар, буралиш, ПСК, доплер, ултратовуш.

Abstract. Acute diseases of the scrotum, which are commonly referred to as "acute scrotum syndrome". They are one of the urgent problems of pediatric surgery. At the same time, the issues of the clinic, diagnosis and treatment of non-traumatic diseases have not been sufficiently developed, since these patients are admitted to the hospital out of time, most often with an incorrect diagnosis.

Key words: Disease, hydatids, patients, torsion, PSK, ultrasound, ultrasound.

Қириш. Болалар жарроҳлигининг долзарб муаммоларидан бири бу ёрғоқнинг ўткир касалликлари (эпидидимит, сперма йўлининг буралиши, мойк гидатининг буралиши, ёрғоқ шикастланиши) [1, 3]. Болалардаги бу патологик ҳолатлар одатда "ўткир ёрғоқ синдроми" деб аталади [4]. Шу билан бирга, ёрғоқ ва мойклар шикастланишининг диагностикаси ва даволаши жуда яхши ривожланмаган, шу билан бирга травматик бўлмаган касалликларнинг клиникаси, диагностикаси ва даволаш масалалари етарли даражада ишлаб чиқилмаган [1, 2]. Бу беморлар, одатда кеч ва кўп ҳолларда нотўғри ташхис билан касалхонага ётқизилади. Мойкнинг ўткир травматик бўлмаган касалликлари бўлган беморга жарроҳ касалликнинг бошланишидан б соатгача бўлган қисқа вақт ичида дифференциал ташхис қўйиши ва оптимал даволаш тактикасини танлаши керак.

Тадқиқотнинг мақсади. Мактаб ёшидаги болаларда ёрғоқнинг шикастланмаган ўткир касалликларини ташхислаш ва даволаш тажрибасини ўрганиш ва ушбу тоифадаги беморларга

ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатишни яхшилаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари.

Самарканд давлат тиббиёт университети ихтисослаштирилган болалар жарроҳлик клиникаси урология бўлимида 2018-2022-йилларда даволанаётган 7 ёшдан 18 ёшгача бўлган 144 нафар болаларда 2018-2022-йилларда ёрғоқнинг шикастланмаган ўткир касалликлари диагностикаси ва даволаш натижаларини ўргандик. Барча беморлар шошилиш касалхонага ётқизилган. Беморлар кенг қамровли текширувдан ўтказилди, жумладан, касалликнинг бошланишининг вақти ва сабаблари, ёрғоқни текшириш ва пайпаслаш, тафсилотлари билан анамнез йиғиш. Ўткир ёрғоқ касаллигининг клиник белгилари баҳоланди. Ултратовуш текшируви (УТТ) рангли Допплерография (СДГ) билан режимда ўтказилди. Лаборатория тадқиқотлари умумий клиник усулларни ўз ичига олди. Кўрсаткичларга кўра беморлар жарроҳлик - 101 (71%) ёки консерватив - 33 (23%) даволашни олдилар.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. 90 (62,5%) болада мойк гита-

тид буралиши кузатилди. Парамезонефритик каналнинг рудиментар қолдиқлари бўлган Моргани гидатидалари мойкнинг юқори қутбида эпидидимис боши билан туташган жойда ёки баъзан эпидидимис бошида жойлашган бўлиб, улар шошилиш жарроҳлик аралашув пайтида аниқланган. Анамнез маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, мойклар гидатид буралишида барча беморларда касалликнинг бошланиши ўткир бошланган. Доимий давом этувчи ва тўсатдан пайдо бўлган кучли оғриқ ёрғоқда 18 (20%) беморларда ён-ингуинал сохага тарқалган. Тана ҳарорати нормал сақланган. Беморлар касалликнинг бошланишидан бошлаб 1 соатдан 3 кунгача клиникага етказилди. Касаллик бошланганидан бошлаб дастлабки 12 соат ичида 32 (35,5%) бемор, 12 дан 24 соатгача бўлган даврда - 25 (27,8%) бемор ва 33 (36,7%) 24 соатдан кечроқ ётқизилган. Касалликнинг биринчи кунда мойкнинг юқори қутби ёки эпидидимис боши соҳасида 40 (44,4%) беморларда зич, кичик ўлчамдаги (диаметри 5-10 мм), 16 (диаметрли) шаклланиш аниқланган. 17,8% беморларда бу соҳада гидатид тери орқали тўқ рангли нуқта шаклида кузатилган. 24 соатдан кейин касалхонага ётқизилган беморларда клиник кўринишлар ривожланди: ёрғоқ шишиб кетган, териси кизариб кетган, мойк шишган, некротик гидатидни текширишнинг иложи йўқ эди.

Асосий диагностика усули Б-режимда ва Допплер ултратовуш (УСДГ) билан амалга оширилган ултратовуш танланди. Ўзгарган гидатид бир ҳил бўлмаган структуранинг юмалоқ шаклланиши сифатида кўрсатилган, кўпинча экзогенлиги пасайган. СДИ режимда некротик гидатид аваскуляр бўлиб, мойк қон оқими сақланиб қолган.

Мояк гидатид буралиши билан оғриган барча беморлар касалхонага ётқизилган биринчи соатда шошилиш операция қилинди. Кичик скротал кириш мойк мембраналарини очди. Сероз бўшлиқдан енгил геморрагик ёки сероз суюқлик эвакуация қилинди. Операциянинг инвазивлигини камайтирадиган муҳим нуқта мойкни ярага тортишдан воз кечилди. Мойкнинг юқори қутбида ёки (камроқ) эпидидимис бошида 5 дан 10 мм гача ўралган ва некротик гидатид топилган. Таъсирланган гидатид қора ёки тўқ бинафша ранга эга эди, оёғи ингичка ва узун эди. Оёқнинг буралиши ўнгдан соат йўналиши бўйича 270 дан 720 ° гача, чапдан соат соҳаси фарқли ўлароқ (Кистнер қонуни). Жарроҳлик даволаш некротик тўқимани олиб ташлашдан иборат эди. Ёрғоқнинг териси резина тасма билан дренаж билан тикилган. Буралган гидатиддаги морфологик тадқиқот лейкоцитлар инфильтрацияси билан геморрагик инфаркт ходисаларини кўрсатди, 3-кунли массив некротик

ўзгаришлар қайд этилди. Беморларнинг 100 фоизда операциядан кейинги даврнинг бирламчи яра билан битиши билан силлиқ кечиши қайд этилган.

1 йилдан 3 йилгача бўлган узоқ муддатли натижалар 72 (80%) болада ўрганилди. Барчада нормал жисмоний ривожланиш, ҳеч қандай шикоятлар йўқ, операция қилинган мойклардаги жисмоний ва ултратовуш ўзгаришлари қайд этилмаган. Охириги 5 йил давомида мойк ва эпидидимал барча электив операцияларда гидатиднинг буралишининг олдини олиш учун биз аниқланган гидатидни нормал ҳолатда бўлса ҳам олиб ташлаймиз. 144 беморнинг 34 тасида (23,6%) уруғ тизимчасининг (ПСС) буралиши кузатилди. 34 нафар бемордан фақат 3 нафари (8,8%) тўғри ташхис билан касалхонага ётқизилган. Қолган шошилиш шифокорлар ёки педиатрларга нотўғри ташхис қўйилган (эпидидимит, орхит, аппендицит ва бошқалар). Фақат 14 (41,2%) бемор касаллик бошланганидан кейин дастлабки 6 соат ичида, 8 (23,5%) болалар 7-12 соат ичида, 13-24 соат ичида 8 (23,5%) ва 4 (23,5%) бемор қабул қилинган. 11,8% беморлар касалликнинг бошланишидан кечроқ (25-72 соат) қабул қилинган. Уруғ тизимчасининг буралиши пайтида ёрғоқда тўсатдан оғриқ, ён-ингуинал сохага ва пастки қисмга тарқаладиган характерда бўлган. Оддий тана ҳарорати фонда кўнгил айнаши ва қусиш қайд этилган. Обьектив тадқиқот ПСКнинг асосий белгиларини аниқлади: 34 (100%) болада ёрғоқнинг ассиметрияси, 33 тасида (97%) мойкнинг ёрғоқ илдизига таранглиги, 32 тасида (94,1%) Преннинг салбий аломати, 30 тасида (88,2%) кремастерик рефлекснинг йўқлиги, 29 тасида (85,3%) сперма тизимининг қалинлашиши ва қисқариши, 29 тасида (85,3%) мойк ҳажмининг катталашши, 22 тасида (64,7%) горизонтал мойк, олдинги ёки антеролатерал жойлашуви эпидидимис 18 (52,9%), эпидидимис пайпасланмайди - 12 (35,3%) да Роче симптоми. 30 (88,3%) ҳолатда ёрғоқ териси, эпидидимит ва орхитдан фарқли ўлароқ, нормал рангга эга эди.

Биз ултратовуш ва ултратовуш диагностикасида асосий аҳамият бердик. Буралиш вақти ва айланишлар сонига қараб, мойк паренхимасида қон оқими кескин камайган ёки кузатилмаган. Ёрғоқ илдизининг полипозицион текшируви бурилиш зонасида қалинлашган уруғ тизимчасини тасаввур қилиш имконини берди, қон оқими эса фақат унинг проксимал қисмида қайд этилган. ПСКда мойк катталашади, вақт ўтиши билан у некроз зоналарини ривожлантиради, улар ултратовуш ёрдамида экзоген ўчоғи сифатида аниқланади. Ултратовуш ва ултратовуш текшируви ёрдамида 33 (97%) беморда ПСК ташхиси тўғри аниқланди.

Касалхонада, клиника ва текширувга кўра, барча беморларга ПСК ташхиси кўйилган ва улар касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб 30 дақиқа ичида шошилиш операция қилинган. Операция умумий беҳушлик остида скротал кириш орқали амалга оширилди. 3 (8,8%) ҳолатда уруғ тизимчасининг 180 ° га айланиши, қолган 31 (91,2%) беморларда - 360 ° (1 тўлиқ бурилиш) дан 1080 ° гача (3 тўлиқ бурилиш) аниқланган. Моякнинг дебуралиши пайдо бўлди, унинг ранги кўкдан қора рангга ўзгарган. Мояк иссиқ 0,9% натрий хлорид эритмаси билан намланган салфеткалар билан иситилади, сперма тизимчасининг новокаин блокадаси ўтказилди. 15 дақиқадан сўнг, моякнинг ранги яхшилангандан сўнг, иккинчиси сақланиб қолинади ва эпидидимнинг пастки лигаменти томонидан ёрғоқ деворига лигатура билан бириктирилди. Мояк фиксацияси билан бундай тўғриланиши касаллик бошланганидан кейин дастлабки 12 соат ичида ётқизилган 22 (64,7%) беморда амалга оширилди.

Операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. Яра 100% беморларда бирламчи битиш билан даволанади.

1 ёшдан 3 ёшгача бўлган узок муддатда барча 34 (100%) бола текширилди. Касаллик бошланганидан бошлаб биринчи 6 соат давомида операция қилинган 14 нафар (41,2%) болаларнинг барчасида яхши натижалар (моякнинг нормал ривожланиши, моякнинг экоструктурасида шикоят ва аномалиялар йўқлиги) кузатилди. Қоникарли натижалар асосан 10 соат ичида операция қилинган беморларда қайд этилган (мояк ҳажмининг йўқолиши 10% дан кам, баъзида унинг экоструктурасининг гетерогенлиги). Касаллик бошланганидан 12 соат ўтгач операция қилинган 1 (2,9%) беморда узок муддатда мояк атрофияси қайд этилган. Орхидектомиядан сўнг операция ҳудудида бузилишлар ва қарама-қарши моякда патологик ўзгаришлар бўлмаган 13 (38,2%) беморда узок муддатли натижалар қоникарли деб топилди. Орхидектомиядан сўнг 1 (2,9%) беморда натижалар қоникарсиз эди/ Кейинги 144 нафар бемор гуруҳи 27 нафар (18,8%) ўткир яллиғланиш касалликларидан иборат мояк ва унинг кўшимчалари яллиғланиши- эпидидимит 12 (44,4%) ҳолатда, эпидидимо-орхит 15 (55,6%) ҳолатда ташхис кўйилган. Улар сийдик йўллариининг аномалиялари (клапанлар, стриктуралар), сийдик пуфаги ва сийдик йўлига жарроҳлик аралашувлар, ковуқни катетеризация қилиш ва 15-17 ёшда хламидия ва гонококклар инфексияси билан жинсий алоқанинг бошланишига асосланган эди.

Ўткир эпидидимит ҳар доим тана хароратининг 38-41 ° С гача кескин кўтарилиши

билан бошланган. 5-6 соатдан сўнг мояк ва ёрғоқда илио-ингуинал сохага нурланиш билан кучли оғриқ пайдо бўлди. Барча беморларда ёрғоқнинг шишиши ва гиперемияси, тери бурмаларининг силлиқлиги бор эди. Жараён ҳар доим кўшимчанинг думи билан бошланган. Дастлабки 12-18 соат ичида эпидидимис қалинлашган ва қалинлашган, 24 соатдан кейин 15 (55,6%) болада жараён моякга ўтади (эпидидимо-орхит ривожланган). Эпидидимо-орхит билан эпидидимис ва мояк битта зич ва оғриқли конгломератга айланди, моякнинг иккиламчи томчиси пайдо бўлди. Мояк ва эпидидимиснинг яллиғланиш касалликлари бўлган барча 27 (100%) беморда лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши ва ЭЧТ тезлашиши қайд этилган.

Ушбу патология билан энг қимматли ултратовуш текшируви эканлигини исботлади. Изоляция қилинган эпидидимит ҳажми катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлади ва эхогенлик камаяди. Ултратовуш билан, ПССдан фарқли ўларок, қон томир нақшлари кескин кучаяди. Яллиғланиш жараёни ва мояклар иштирок этганда, худди шундай ўзгаришлар унинг паренхимасида содир бўлади. Ёрғоқнинг бўшлиғида суюқлик пайдо бўлади. Эпидидимит ва эпидидимо-орхит учун ултратовуш текшируви жарроҳлик даволаш учун кўрсатмаларни аниқлашга имкон беради: агар эпидидимис ёки моякда суюқ компонентли анекоик бўшлиқ аниқланган бўлса (эпидидимис ёки моякдаги шиш белгилари), жарроҳлик учун кўрсатмалар мутлақ деб ҳисобланади. Барча шошилиш беморлар учун куннинг исталган вақтида ушбу тадқиқотларни ўтказиш имконияти билан ултратовуш текширувининг кенг жорий этилиши олдинги фаол жарроҳлик тактикаларидан (ўткир ёрғоқ синдроми бўлган барча беморларга операция қилиш хавфи туфайли) ПВХ ва гидатиднинг буралишининг дифференциал даволаш тактикасига ўтишга катта ҳисса қўшди. Ушбу тактика билан эпидидимектомия ва ёки шишларни очиш фақат касалликнинг оғир кечиши ёки ултратовуш текширувида мояк ёки эпидидимда шиш аниқланган беморларда қўлланилади. Эпидидимит ва эпидидимо-орхит билан оғриган 27 беморнинг 9 тасида (33,3%) жарроҳлик даволаш қўлланилди. Болаларда, катталарникидан фарқли ўларок, биз моякни иложи борича сақлаб қолишга ҳаракат қилдик. Асосий операция 9 (33,3%) беморда эпидидимектомия бўлган бўлса, 3 (11,1%) беморда операция давомида кўшимча равишда мояк шишлари очилди. Беморларнинг 13 таси (7% да), даволаниш муддати кеч бўлган, моякнинг йирингли бирикмаси содир бўлган, орхидектомия қилинган. Ўткир эпидидимит ва эпидидимоорхитни консерватив ан-

тибактериал, яллиғланишга қарши ва физиотерапевтик даволаш касаллигининг енгил ёки ўртача оғир кечиши билан кечган 18 (66,7%) беморларда қўлланилган, ултратовуш текширувида эпидидимит ёки мойяда йирингли ўчоқ аниқланмаган. Жарроҳлик ва консерватив даво олган беморлар гуруҳларида стационар даволаш ва тиббий реабилитация шартлари фарқ қилмади ($p > 0,05$). Жарроҳлик даволашдан сўнг, барча беморларда яра бирламчи битиш билан даволанди, операциядан кейинги асоратлар кузатилмади. Операция қилинган гуруҳда 1 йилдан 3 йилгача бўлган узоқ муддатли даврда 2 (7,4%) беморда узоқ муддатли асоратлар қайд этилган (эпидидимитнинг қайталаниши - 1 (3,7%), мойя атрофияси - 1 (3,7%)). Консерватив даврдан сўнг бир вақтнинг ўзиде 3 (11,1%) беморда узоқ муддатли асоратлар аниқланди (эпидидимитнинг қайталаниши - 2 (7,4%), мойя атрофияси - 1 (3,7%)). Гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар йўқ ($p > 0,05$). Ёрғоқнинг ўткир касалликлари бўлган беморларнинг барча гуруҳларида биз ўлимга олиб келадиган натижаларни кузатмадик, беморлар амбулатор даволаш учун чиқарилди, 124 (86,1%) мойя сақланиб қолган. 3 йилгача бўлган узоқ муддатли даврда текширилган 144 нафардан 106 таси (73,6%) яхши натижаларга эришди (асоратсиз мойялар нормал ривожланиши), текширилган 29 таси (20,1%) қониқарли натижаларга эришди. Касаллигининг узоқ муддатли асоратлари билан қониқарсиз натижалар 10 (6,9%) ҳолатда қайд этилган.

Бизнинг натижаларимиз ва адабиёт маълумотларини таҳлил қилишимиз [1, 2, 4] болаларда ўткир ёрғоқ синдромида сўнгги 30 йил ичида қўлланилган олдинги фаол жарроҳлик тактикаларига янгича қараш имконини беради. ПСК ва яллиғланиш касалликлари ўртасидаги дифференциал диагностиканинг мураккаблиги туфайли ўткир ёрғоқ синдроми бўлган барча болаларни операция қилиш тавсия этилди. Бу кўплаб қидирув операцияларига олиб келди. Замонавий диагностиканинг такомиллаштирилиши ва биринчи навбатда, кечаю кундуз ултратовуш ва ултратовуш текширувларини ўтказиш имконияти жарроҳлик даволаш кўрсаткичларини камайтириш, қидирув операцияларисиз амалга ошириш имконини беради.

Хулоса. 1. Мойяларнинг ўткир касалликлари бўлган болаларда шифокорлар қисқа вақт ичида (касаллик бошлангандан 6 соатгача) дифференциал ташхис ўтказишлари ва етарли даволаш стратегиясини танлашлари керак.

2. Шикастланиш бўлмаган мойянинг ўткир касалликларини ташхислашда ултратовуш ва доплер ултратовуш текшируви ҳал қилувчи

аҳамиятга эга. Ушбу тасвирлаш усуллари касаллигининг нозологик шаклини аниқлаш, даволаш тактикасини ва жарроҳлик аралашув даражасини танлаш имконини беради.

3. Ултратовушли Допплер диагностикасининг жорий этилиши билан ўткир эпидидимит ва эпидидимо-орхитни жинсий безлар ва гидатидларнинг буралишидан фарқлаш ва олдинги жарроҳлик тактикаларидан воз кечиш мумкин. Ўткир ёрғоқ синдроми билан оғриган барча беморларда операция қилинган, диагностика жарроҳлик ёрдамсиз бажарилади ва боланинг танасига операциялар сонини камайтиради.

4. Уруғ тизимчасининг буралиши ва мойя гидатиди, оғир ўткир эпидидимит ва эпидидимо-орхит, мойя ва эпидидимисдаги шишлар шошилинч жарроҳлик аралашувининг мутлак кўрсаткичидир.

Адабиётлар:

1. Болотов Ю.Н., Минаев С.В., Алберт А.Е., Королков А.С. Болаларда ўткир мойя касалликларини даволаш ва диагностика алгоритмининг самарадорлигини баҳолаш. Асал. Шимолий Кавказ хабарномаси. 2012. Но 3. С. 53-56.
2. Павлов А.Ю., Шchedров Д.Н., Поляков П.Н. Болаларда ўткир эпидидимитни даволаш усуллари кийёсий таҳлил қилиш. Сибир тиббиёти бюллетени. 2012. Но 2. С. 122-127.
3. Юсуфов А.А., Румянтсева Г.Н., Пйков М.И. Ёрғоқнинг ўткир касалликларида ултратовуш текшируви. Вестник Рос. Рентген радиологияси илмий маркази. 2011. Но 11. С. 3-11.
4. Ю КЖ, Ванг ТМ, Чен ХВ, Ванг ХХ. Ўткир ёрғоқ ташхисдаги дилемма: дестиккуляр дорсион ва эпидидимо-орхитни фарқлаш учун клиник маслаҳатлар. Чанг Гунг Медисал Ж. 2012. жилд. 35. 38-45-бетлар.
5. Шафи Х., Зарғами А., Алирамажи А., Раҳими М. Мойя буралишиси учун операция қилинган беморларнинг клиник натижалари. Ж. Урологияни очинг. 2014. Но 4. Б. 63-69.

СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атақулов Ж.О.,
Юсуфов Ш.А., Фозилжон-зода М.

Резюме. Острые заболевания органов мошонки, которые принято обозначать «синдром острой мошонки» являются одной из актуальных проблем детской хирургии. При этом вопросы клиники, диагностики и лечения нетравматических заболеваний разработаны недостаточно, так как эти пациенты поступают в стационар несвоевременно, чаще всего с неверным диагнозом.

Ключевые слова: Заболевание, гидатиды, большие, пациенты, перекрут, ПСК, УЗИ, УЗДГ.