

617-053

Yu 910

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM,  
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI  
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI  
1-SON BOLALAR XIRURGIYA KAFEDRASI

Sh.A. Yusupov, A.M. Shamsiyev, B.N. Raxmatov,  
X.X. Abbasov

Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"  
Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"  
"BOLALAR XIRURGIYASI" FANIDAN

*Tibbiy oliy ta'lim muassasalari "Davolash ishi",  
"Tibbiy pedagogika (Kash ta'limi)"  
5- kurs talabarlari uchun*

# Tashqi jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari

*O'quv - uslubiy qo'llanma*

Samarqand - 2023



**O 'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA' LIM, FAN VA  
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI  
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI  
1-SON BOLALAR XIRURGIYA KAFEDRASI**

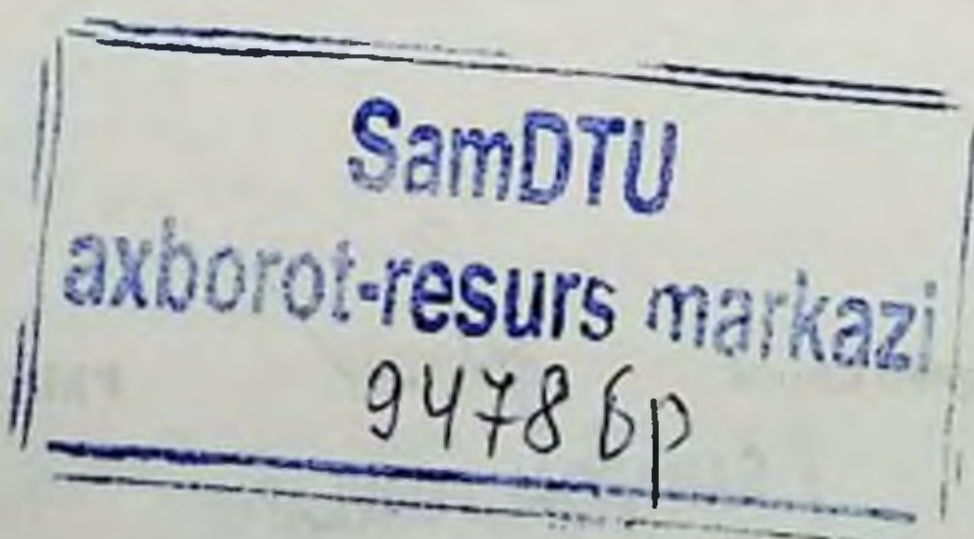
**Sh.A. Yusupov, A.M. Shamsiyev, B.N. Raxmatov, X.X. Abbasov**

**Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"  
Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"  
"BOLALAR XIRURGIYASI" FANIDAN**

*Tibbiy oliy ta'lim muassasalari "Davolash ishi",  
"Tibbiy pedagogika (Kasb ta'limi)"  
5- kurs talabalari uchun*

**Tashqi jinsiy a'zolarining tug'ma rivojlanish  
anomaliyalari**

**O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA**



**Samarqand 2023**

**Tuzuvchilar:**

Sh.A. Yusupov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri, t.f.d.

A.M. Shamsiyev - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t.f.d.

B.N. Raxmatov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

X.X. Abbasov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası stajor - assistenti.

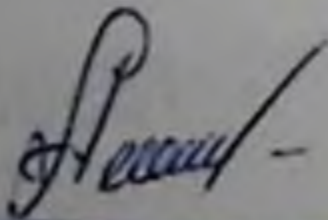
**Taqrizchilar:**

Yu.M. Axmedov SamDTU 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri  
tibbiyot fanlari doktori, professor

N.SH. Ergashev ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri,  
tibbiyot fanlari doktori, professor

O'quv-uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. "01" noyabr 2023 yil. Protokol № 3

Ilmiy kengash kotibi



PhD. Ochilov U.U





## **Jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari.**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalarning xirurgik kasalliklari - bu birlamchi bo'g'imda jarrohlik kasalliklari bor bolalar bilan ishlashda umumiy amaliyot vrachlari amaliyot faoliyatining muhim qismi hisoblanadi. Ambulator jarrohlik yordam ko'rsatish xususiyatlarini o'rganish - bu kasalliklar ko'p uchrashi hisobiga dolzarbdir.

**Maqsad:** Umumiy pediatr vrachini sog'liqni saqlashning birinchi bo'g'inida malakali davo profilaktika ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Tez va shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostik va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduzgi statsionarda poliklinikada bolalarda jarrohlik kasalliklarining har xil etaplarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitar gigiyenik, davo profilaktik chora tadbirlarini, statsionardan chiqarilgach esa reabilitatsiya masalalarini amalga oshirish:

### **VAZIFALAR:**

1. Bolalarda jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari kasalliklarini etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish.

2. Talabalarga jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari bilan kasallangan bolalarni klinik tekshirish va ko'nikmalarni rivojlantirish.

3. Talabalar bolalarda jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari diagnostika algoritmini o'zlashtirishiga ko'maklashish.

4. Bolalarda jinsiy a'zolarning tug'ma rivojlanish anomaliyalari kasalliklarini davolash tamoyillari va uning asoratlari bilan tanishish.

### **MOYAK GIPOPLAZIYASI**

Qon aylanishining buzilishi natijasida rivojlanadi va ko'pincha kriptorxizm bilan sodir bo'ladi. Ikki tomonlama gipoplaziya bo'lsa, endokrin kasalliklar qayd etiladi. Odatda, bolalarda adipozogenital semizlik mavjud bo'lsa, jinsiy rivojlanish kechikadi.

Ba'zi hollarda anomaliya mikropeniya yoki "yashirin jinsiy olat" bilan birlashtiriladi.

Davolash endokrinolog tomonidan amalga oshiriladi.

Monorxizm - faqat bitta moyak mavjudligi bilan tavsiflangan. Tug'ma anomaliyadir. Anomaliyaning paydo bo'lishi oxirgi buyrak va gonadani qo'yishdan oldin embriogenezning buzilishi bilan bog'liq. Shuning uchun ko'pincha monorxizm va bir buyrakning patologiyasi birga uchraydi.

Monorxizm, moyakning yo'qligi bilan birga, epididimis rivojlanmaydi. Yo'rg'oqning mos keladigan yarmi aplastikdir.

Monoxizm diagnostikasi faqat retroperitoneal bo'shliqni to'liq ko'rib chiqish bilan moyakni inkor qilishdan keyin tasdiqlanadi.

Oddiy so'z bilan bitta moyakning tug'ma yo'qligi odatda endokrin kasalliklar bilan namoyon bo'lmaydi va bepustlikka olib kelmaydi. Keyin turli darajada ifodalangan gipogonadizm paydo bo'lishi mumkin.

**Davolash.** "Sof" monorxizmni davolash yo'rg'oqqa silikon moyaklar protezini joylashtirishdan iborat. Operatsiya 12-14 yoshli o'smirlarda kosmetik



sabablarga ko'ra amalga oshiriladi. Bitta moyakning gipoplaziyasida yordam gormonlarning o'rinbosar terapiyasidan iborat.

**Anorxizm** - ikkala moyakning tug'ma yo'qligi, embrion jinsiy bezning shakllanmaganligi. Odatda buyraklarning ikki tomonlama ageneziyasi yoki aplaziyasi bilan bog'liq, ammo mustaqil anomaliya sifatida qayd etilishi mumkin va bu holatda bolalar yashamaydi. Mustaqil anomaliya sifatida anorxizm juda kam hollarda uchraydi, tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanmaganligi, prostata bezi va urug' pufakchalarining yo'qligi bilan birgalikda aniqlanadi. Bunda ikkilamchi jinsiy xususiyatlar rivojlanmaydi.

**Davolash:** gormonal terapiyadan iborat.

**Poliarxizm** - qo'shimcha (uchinchi) moyak mavjudligi bilan tavsiflangan anomaliya. Odatda u qisqargan, gipoplastik, moyak ortig'i yo'q va asosiysi moyak yo'rg'oqda joylashgan bo'ladi.

**Davolash** qo'shimcha moyakni olib tashlashdan iborat, chunki u o'sma rivojlanishining manbai bo'lishi mumkin.

### SIYDIK PUFAGI DIVERTIKULI



1-Rasm. Siydik pufagi divertikuli.

Siydik pufagi bilan aloqa qiladigan xaltasimon bo'shliq. Soxta divertikul - siydik oqimining davomli buzilishi sababli yuzaga keladigan siydik pufagi yuzasidagi ko'p sonli, mayda bo'rtmalar. Chin (tug'ma) - ko'pincha qovuq orqa devorida bo'ladi. Devorning tarkibida qovuq devori hamma qavatlar bor. (1-rasm)

**Klinikasi.** Sistit, ikki marta siyish, terminal piuriya.

**Diagnostika.** Sistografiya, sistoskopiya.

**Davolash.** Divertikul yirik bo'lganda va yaqqol klinik namoyon bo'lganda - operativ olib tashalanadi.

Soxtasida esa - obstruksiya yo'qotiladi.

### INFRAVEZIKAL OBSTRUKSIYA

Qovuqdan siydik oqimini qiyinlashtiruvchi kasalliklarning yig'ma nomlanishi - asosan qovuq sklerozi va uretra klapanida yuzaga keladi. Qovuq sklerozi - siydik pufagi bo'ynida biriktiruvchi to'qima rivojlanishi va natijada obstruksiya rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

**Klinikasi.** Siydik chiqishini qiyinlashuvi, tez-tez siyish, enurez, Parodoksal ishuriya. Sistit - qovuq nayi reflyuksi va piyelonefrit rivojlanishiga olib keladi.

**Davolash.** Operativ- qovuq bo'yinchasi orqa devori elektrozeksiziyasi yoki qovuq bo'yinchasi plastik operatsiyasi. Siydik chiqarish kanali klapanlar, uretral klapanlarni infravezikal obstruksiyasining bir ko'rinishi bo'lib - Myuller



yo'llarni noto'liq involyutsiyasi yoki urogenital membrana bilan bog'liq. Asosan o'g'il bolalarda uchraydi.

### GIPOSPADIYA

Uretra distal qismida patski devorni yo'qligi bilan xarakterlanadi, asosan o'g'il bolalarda uchraydi. Boshcha shakli: siydik chiqarish kanalini teshigi jinsiy olat kertmagiga ochiladi.



2-rasm. Gipospadiya.

**Tana shakli:** siydik chiqarish kanalining teshigi olat tanasining ventral yuzasiga ochiladi. Olat fibroz to'qimalar bilan deformatsiyalashgan bo'ladi.

**Yorg'oq shakli:** Olat deformatsiyalashgan, rivojlanishdan orqada qolgan bo'ladi. Uretra teshigi yorg'oqqa ochilib yorg'oq jinsiy lablarni eslatadi.

**Oraliq shakli:** jinsiy a'zolar shakli juda o'zgargan. Ba'zan jinsni aniqlash qiyin. Olat gipertrofiyalashgan, klitorga

o'xshash, yorg'oq jinsiy lablar ko'rinishida. Siydik chiqarish kanali oraliqqa ochiladi, ba'zan rudimental qin bo'ladi.

**Davolash:** 1-bosqich. Operatsiya 1,5-2 yoshda amalga oshiriladi. Fibroz to'qimalarni kesib olib tashlash, gipospadik teshikni proksimal tomonga siljitish. 2- bosqich uretrotastika (5-13 yoshda).

### GERMOFRODITIZM

Jinsiy a'zolar rivojlanish nuqsonining eng og'ir shakli bo'lib ikki turi farqlanadi.

1. Chin (tug'ma) germofroditizm- bir vaqtning o'zida ham erkaklik ham ayollik jinsiy a'zolarining bo'lishi.

2. Soxta germofroditizm- ichki jinsiy a'zolar faqat bir jinsga oid, tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishdan orqada qolgan va qarama- qarshi jinsnikiga o'xshash bo'ladi.

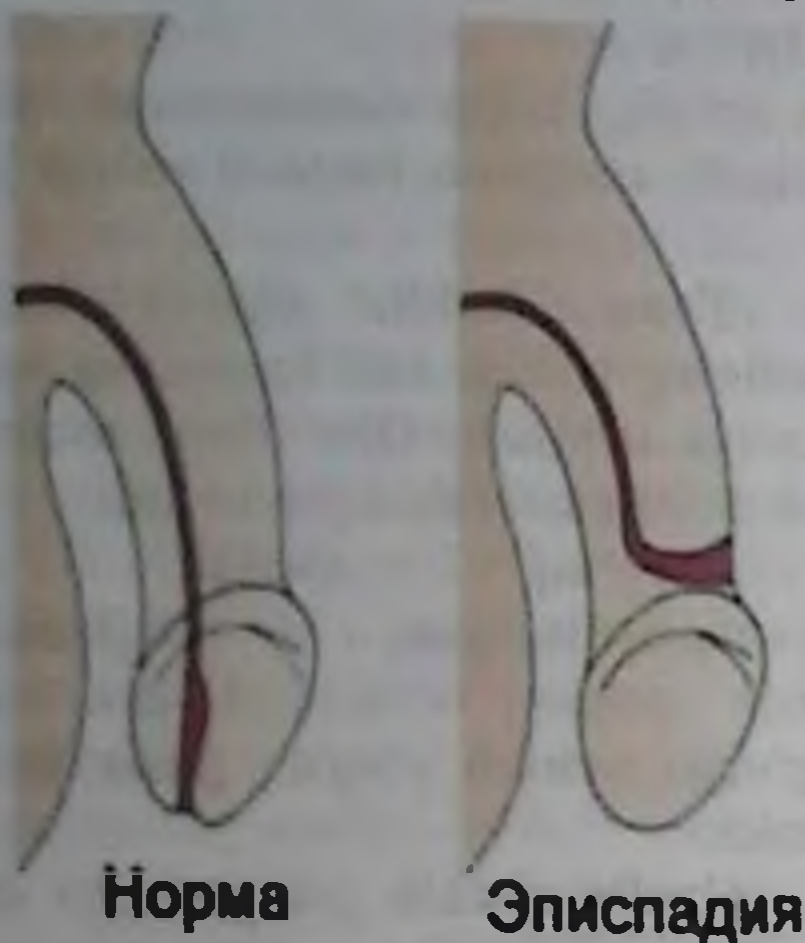
**Klinika:** Chin germofroditizm - soxta erkaklikka yaqin ko'rinishda bo'ladi. Jismoniy holati va rivojlanishi yoshiga mos bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolar rivojlangan. Yorg'oq ikkiga ajralgan. Kichik jinsiy lablar yo'q yoki rivojlanishdan orqada qolgan. Jinsiy olat gipertrofiyalashgan klitorday, ildiziga uretra ochiladi. Ba'zan yaxshi shakllangan qin bo'ladi.

**Differentsial diagnostika:** Siydikda jinsiy xromotinni aniqlash, naysimon suyaklar epifizlarining rentgenografiyasi, uretrotastika, retroperitoneum fonida buyrak usti bezlari tomografiyasi, ginekografiya, gonadalar laparoskopik biopsiyasi o'tkaziladi. Jinsiy korreksiyasida jinsiy - ruhiy orientatsiyani aniqlash kerak. ( 2 yoshdan boshlab).

Soxta erkaklik germofroditizmi deb - gipospodiyaning og'ir darajasiga aytiladi.

Soxta ayollik germofroditizmi deb - tashqi jinsiy a'zolarining maskulinizatsiyasiga aytiladi.

## EPISPADIYA



3-Rasm. Epispadiya.

Uretra dorzal devorining tug'ma parchalinishi 1:50000 nisbatda uchraydi. O'g'illarda 50 marta ko'proq uchraydi. O'g'illarda uchraydigan epispadiyani: boshcha, tana va to'liq shakllari mavjud. Qizlarda - klitor, subsimfizar va to'liq shakllari uchraydi.

**Boshcha epispadiyasida** - uretra jinsiy olat distal qismining yuqori uchiga ochiladi, uretra tashqi teshigi tojsimon egatga siljiydi, siyish buzilmaydi. (3-rasm)

### Jinsiy olat tanasi

**epispadiyasi**- olat yuqoriga qiyshaygan, olat yuqori qismi distopiyalashgan, uretra shilliq pardasi ko'rinarli bo'lib, jismoniy zo'riqishda siydik tutolmaslik kuzatiladi.

**To'liq epispadiya** - jinsiy olat rivojlanishidan orqada qolgan, yuqoriga burilgan ilmoq shaklida bo'ladi. Kavermoz tana parchalangan. Qovuqqa kirish joyi voronka shaklida. Sfinkter xalqasi zararlanishi tufayli siydikni to'liq tuta olmaslik kuzatiladi. Qov suyaklari orasida diastaz bo'ladi. Natijada o'rdaksimon yurish kuzatiladi.

**Qizlar epispadiyasi:** anatomik o'zgarishlar unchalik kuchli bo'lmaydi, shuning uchun diagnostika qiyin. Klitor shaklida - klitor parchalangan, uretra tashqi teshigi oldinga, yuqoriga siljigan bo'ladi. Siyish normal. Subsimfizar shaklida - klitor to'liq parchalangan. Uretra teshigi voronka shaklida ochiladi. To'liq yoki qisman siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Uretra yuqori devori yo'q. Qovuq bo'yni va simfiz tutashadi.

**Davolash:** siydik ushlashni ta'minlash va uretraning yetmaydigan qismini tiklash. Siydik normal bo'lgan jinsiy olat epispadiyasida Kontvel va Kiril bo'yicha uretropolitikasi.

## SIYDIK TUTAOLMASLIK

Asosan uch guruhga bo'linadi.

1. Total
2. Kunduzgi.
3. Kechki.

**Kechki siydik tuta olmaslik** (enuresis nocturna) - har-bir 14 yoshgacha bo'lgan 5-6 ta boladan bittasida uchraydi. Siydik tuta olmaslik degan xulosa faqat 2 yoshdan katta bo'lgan bolalar uchungina xos.

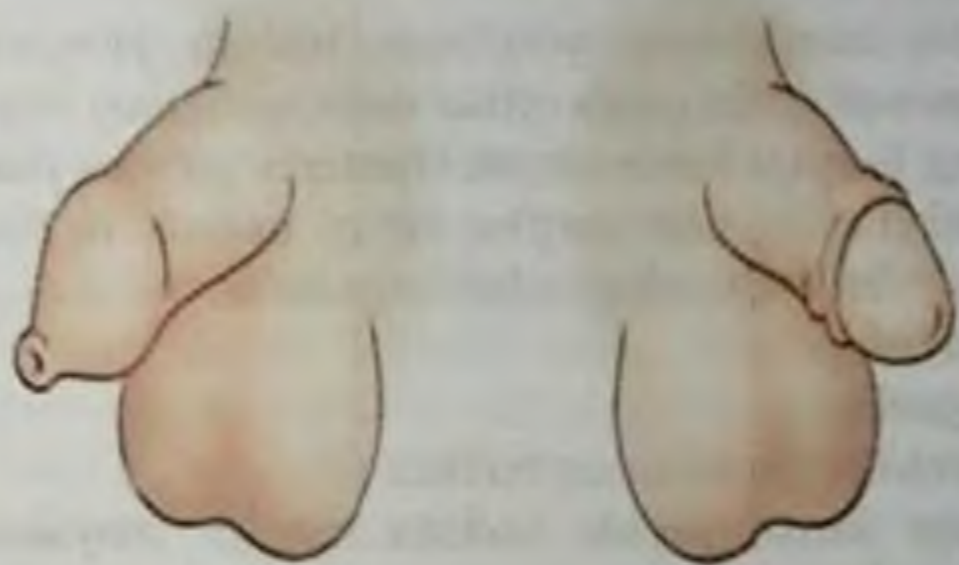


**Etiologiya.** Gelmentozlar, kuchli charchash, LOR oganlari kasalliklari, avitaminozlar, nevrozlar, siydik va jinsiy a'zolar kasalliklari va h.k. Har kuni tunda bir necha marta bo'lishi mumkin. Ba'zan remissiya kuzatiladi.

**Davolash.** Pediatr, LOR, nevropatolog ko'rigidan to'liq o'tish. Kunning ikkinchi yarmida suyuqliklar ichish chegaralanadi. Yotishdan oldin burunga adiurekrin kukunidan quyiladi. Bolani har kuni soat 10-12 da uyg'otish tavsiya etiladi. Siydik pufagi sinusoidal elektr toki bilan stimulyatsiya qilinadi.

## JINSIY A'ZOLAR KASALLIKLARI VA RIVOJLANISH NUQSONLARI

### Fimoz



4-Rasm. Fimoz.

Kertmak uchining torayishi oqibatida olat boshi chiqishining iloji bo'lmaydi. (4-rasm.) Kertmak ichki qirrasida embrional bitishmalar bilan bitgan bo'ladi. O'sish davomida olat boshchasi preputsiyal xaltachani siljitadi, ajralgan sinexiya sababli bir yoshgacha bo'lgan bolalarda fimoz fiziologik xolat. Asorati: preputsiyal xaltachaning chandiqli torayishiga olib

keluvchi balanopostit.

Fimozning ikki turi

uchraydi:

1. Gipertrofik (kertmak ortiqcha rivojlagan)
2. Atrofik (kertmak olat boshchasiga mahkam yopishgan bo'ladi.)

**Davolash.** Olat uchi kertmagini olib tashlash. Fiziologik fimoz davo choratadbirlariga muxtoj emas. Smegma to'planishi kuzatilsa tugmachali zond bilan sinexiyalar ochiladi, olat boshi majburiy ochiladi.

### Parafimoz



5-rasm. Parafimoz.

Olat boshchasining kertmak terisi hisobidan qisilib qolishiga aytiladi. (5-rasm.) Ko'p holatlarda sababi masturbatsiya hisoblanadi. To'qima shishi kuzatiladi, xalqa soxasida nekroz rivojlanish xavfi bo'ladi.

**Davolash.** Olat boshchasini kechiktirmasdan narkoz ostida pastik operatsiya qilish.



### **Kichik jinsiy lablar bitishmasi**

**Davolash.** Tugmachali zond orqali kichik jinsiy lablar ochilib ular orasiga bint 3-4 kunga qo'yiladi. Yangi tug'ilgan qiz bolarda uchraydi. Yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq.

### **Moyakning rivojlanish nuqsonlari**

#### **Moyak gipoplaziyasi**

Bu nuqson moyakda qon aylanish buzilishi sababli paydo bo'ladi va ko'pincha kriptorxizmda uchraydi. Ikki tomonlama gipoplaziya bo'lsa, endokrin buzilishga sabab bo'ladi. Bolalarda adipozogenital semirish va jinsiy rivojlanishdan orqada qolish kuzatiladi. Bu nuqson ko'pincha mikropeniya yoki yashirin jinsiy olat bilan birga uchraydi.

**Davosi.** Moyak gipoplaziyasida endokrinologik davo yordam beradi.

#### **Moyakning joylashish nuqsoni.**

Moyakning joylashish nuqsoni moyakning yorg'oqqa tushish jarayoni buzilishi bilan bog'liqdir. Homilada moyak qorin parda ortida turib, qorinning orqa devorida joylashadi. Homiladorlikning 6-oyiga kelib moyak Gunterev yo'li bo'ylab pastga tusha boshlaydi. Chov kanalidan o'tib, ular yorg'oq tubiga tushadi va shu yerda bola tug'ilish vaqtida fiksatsiya bo'ladi. Quyidagi sabablarga ko'ra:

- a) moyak tomirlarining kalta bo'lishi
- b) chov kanalini to'liq yopilmaganligi
- v) chov kanali yo'lida biriktiruvchi to'qimali to'siq bo'lishi
- g) shunday to'siqlar yorg'oqqa kirish joyida bo'lishi sababli moyakni yorg'oqqa tushishi to'xtaydi yoki o'zgaradi.

Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra tekshirish natijasida ma'lum bo'ldiki kriptorxizmga sabab mezenximal to'qima differentsiatsiyasini sustlashib qolishi bo'lar ekan. Moyak tomirlari kalta bo'lishi yoki chov kanalida to'siq bo'lishi tufayli moyak chov kanalining kirish qismida yoki uning bo'shlig'ida ushlanib qoladi. Bu hol haqiqiy kriptorxizm deyiladi. Boshqa so'z bilan aytganda kriptorxizm - moyakning yorg'oqqa tushish yo'lida ushlanib qolishidir (retentsiyasi). Agar moyak chov kanaliga kirishda, qorin bo'shlig'ida qolib ketsa, bu retentsiya abdominal hisoblanadi. Chov kanalida ushlanib qolsa ingvinal hisoblanadi. Agar moyak yorg'oqqa tushish vaqtida yorg'oqqa kirish qismida to'siq bo'lsa, (biriktiruvchi to'qima) moyak yo'li bo'ylab moyak chov sohasida, son sohasida yoki oraliq sohasida joylashadi. Shu sohalarda moyakning joylashishi moyak ektopiyasi deyiladi. Boshqacha so'z bilan aytganda ektopiya bu - moyakning yorg'oqqa tushish yo'lidan adashishidir. Ektopiyaning shakllari ularning joylashishiga ko'ra: 1) chov; 2) qov; 3) son; 4) oraliq shakllari bo'ladi.

Kam hollarda kesishmali ektopiya turi uchraydi. Bunda moyak yorg'oqning qarama-qarshi tomoniga tushib qoladi. Moyakning nuqsonli joylashishi quyidagi asoratlar paydo bo'lishi uchun zamin yaratadi:

- a) spermatogen funksiyaning buzilishi,
- b) buralib qolish tufayli nekroz bo'lishi,
- v) travmatik nekroz bo'lishi,
- g) malignizatsiya.



Spermatogen funktsiyaning buzilishi atrof to'qimada mahalliy tana xarorati yuqori bo'lishidir (yorg'oqdan 1,5-6°C gacha baland bo'lishi). Harorat baland bo'lishi moyakning parenximasida sklerotik o'zgarishlar keltirib chiqarib, germinativ epiteliyni differentsiatsiyasini tormozlaydi. Bu o'zgarishlar 10-11 yoshli o'smirlar uchun qaytmasdir. Chov kanalida turgan moyak buralib qolishi tufayli nekroz yuzaga keladi. Kechikib operatsiya qilish esa, moyakni olib tashlash bilan tugallanadi.

## KRIPTORXIZM

Yorg'oqda bir yoki ikkala moyakning bo'lmasligi kriptorxizm deyiladi. Asosan moyaklar homiladorlikning 9-oyiga kelib yorg'oqqa tushadi. Moyaklarning noto'liq tusha boshlashi homiladorlikning birinchi haftalaridan boshlanadi. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra kriptorxizm bilan tug'ilgan chaqaloqlarning 70% ida bir yoshgacha moyak yorg'oqqa tushishi mumkin. Ba'zi hollarda bola balog'atga yetguncha moyak yorg'oqqa tushishi mumkin. Kriptorxizmning uchrash nisbati 10-20% chaqaloqlarda, 2-3 % bir yoshgacha bo'lgan bolalarda, 1% pubertat yoshda va 0,2-0,3 % katta yoshli kishilarda uchraydi. Kriptorxizm moyak holatidagi anomaliyalarni anglatadi, ularning paydo bo'lishi ularni tushirish jarayonining buzilishi bilan bog'liq. Homilada moyaklar qorinning orqa devorida retroperitoneal joylashgan. Embional rivojlanishning 6-oyidan boshlab moyaklar gunter yo'lidan keyin pastga tusha boshlaydi. Chov kanaldan o'tib, ular yorg'oqning pastki qismiga tushadi va bola tug'ilgunga qadar u yerda o'rnatiladi. Biroq turli sabablarga ko'ra, tushish jarayoni to'xtaydi yoki buziladi. Kriptorxizmning rivojlanishi mezenxima to'qimalarining differentsiatsiyasining sekinlashishiga asoslanganligi haqida ham dalillar mavjud.

Chov kanal bo'ylab qisqa tomirlar yoki to'siqlar mavjud bo'lganda, moyak uning kirish qismida yoki uning kanalida qoladi. Bunday hollarda biz haqiqiy kriptorxizm haqida gapiramiz. Boshqacha qilib aytadigan bo'lsak, kriptorxizm - moyakning yo'rg'oqqa boradigan yo'lida tutilishidir. Moyak qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'lsa, chov kanalga kirishdan oldin, bunda tutilish qorin bo'shlig'ida deb ataladi. Moyakning chov kanalda tutilishi "chov retensiyasi" deb ataladi.

Agar moyakni tushirish jarayonida yo'rg'oqqa kirishda biriktiruvchi to'qima pardasi ko'rinishidagi to'siq paydo bo'lsa, moyak o'tkazgichi teri osti to'qimasida ko'krak qafasiga, chov sohaga son yoki qorinpardaga yo'l ochadi. Bu sohalarda moyakning joylashishi ektopik moyak deyiladi. Boshqacha qilib aytadigan bo'lsak, ektopiya - moyakning yo'rg'oqdan boshqa o'rinda bo'lishi. Ektopiya shakllari moyakning joylashishi bilan belgilanadi.

### Etiologiyasi va patogenezi.

#### 1. Endokrin faktor.

Homilador ayolda gormonal disbalans, moyaklarning, qalqonsimon bezning, gipofizning inkretor funksiyasining buzilishi moyaklarning yorg'oqqa tushishiga to'sqinlik qiladi (ayniqsa ikki tomonlama kriptorxizmida).

#### 2. Mexanik faktorlar.

Chov kanalining kaltaligi, yorg'oqda kirish qismida yo'l (kanal) bo'lmasligi, urug' tizimchasining, moyakni oziqlantiruvchi tomirlarning kaltaligi, boshlab



boruvchi bog'lamning yetilmaganligi, chov kanalining ichki halqasida peritoneal burmalar bo'lishi.

### 3. Genetik aspektlar.

**Tasnifi:** Kriptorxizm bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin:

1. Chin kriptorxizm, ya'ni retentsiya 3 xil bo'lishi mumkin.

a) qorin,

b) chov,

v) aralash bo'lishi mumkin.

2. Soxta kriptorxizm. (migratsiyalanuvchi moyak). Moyak sovuqda, jismoniy zo'riqishdan keyin chov sohasiga yoki qorin bo'shlig'igacha kirib ketishi mumkin. Issiq tutganda va mushaklar bo'shashganda moyaklar yana o'z joyiga tushadi.

### 3. Oritirilgan kriptorxizm.

Ko'pincha moyaklar jarohat olgandan keyin yorg'oqqa sig'may chov sohasiga yoki qorin bo'shlig'iga chiqib ketadi. Qorin bo'shlig'ida qolib ketgan moyak atrofiyaga uchrashi mumkin.

### Klinikasi

Yorg'oqning assimetriyasi, yetilmaganligi, yorg'oqda birgina yoki ikkala moyakning bo'lmasligi. Qorin sohasida yoki chov sohasida og'riq bo'lishi. Agar moyak qorin bo'shlig'ida qolgan bo'lsa, og'riq bola jinsiy yetilish vaqtida bo'ladi. Og'riq jismoniy zo'riqishda, jinsiy qo'zg'alishda, ich qotganda kuchayadi. Umumiy ko'zdan kechirishda bola gorizontol holda yotganda, bola tik turganda va qorinni taranglashtirganda kuzatiladi. Bola kuchanganda chov sohasidan churra xaltasi bilan birga moyak ham tushishi mumkin. Agarda moyakni chov sohasidan paypaslab topib bo'lmasa, moyakni ektopiyaga uchrashi mumkin bo'lgan joydan qidirish kerak. Agarda moyak shu sohalardan topilmasagina qorin retentsiyasiga shubha qilish mumkin.

Kriptorxizm va moyak ektopiyasini aniqlash, tekshirish va palpatsiya ma'lumotlariga asoslanadi. Ektopiyada teri osti to'qimasida elastik, ozgina og'riqli hosila ko'rinishidagi moyak palpatsiya qilinadi. Uning harakatchanligi cheklangan. Yo'rgoqning mos keladigan yarmi tekislangan, kam rivojlangan. O'zaro distopiya bilan yo'rg'oqning yarmida bir-birining tepasida joylashgan ikkita moyak aniqlanadi.

Ikki tomonlama kriptorxizm bilan bir tomonlama kriptorxizmda, jinsiy infantilizm va gormonal disfunktsiya belgilari ko'pincha qayd etiladi

### Davosi. Konservativ davo.

1. Tokoferol atsetat moyak to'qimalarini gistobioximik protsessini boshqaradi.

2. Me'yori. Emizikli ayollarga 200-300mg\sut, 1 oydan katta bolalarga 5-10mg\sut 1,5-2 oy davomida berish kerak. 2. A,B,C va D guruh vitaminlari.

3. Xorion gonadotropin (moyakning interstitsial xujayralarini stimulyatsiya qilish maqsadida). 250,500 yoki 1000 YeD yoshiga mos ravishda haftasiga 1-3 marta umumiy 16-18 marta.

4. Testosteron 10 mg kun ora m\o agarda gipogonadizmning klinik belgilari yaqqol bo'lsa (15-20 ta in'yektsiya).



**Operativ davo.** 10% hollarda moyak bolalarda jinsiy rivojlanish vaqtida yorg'oqqa tushishini hisobga olgan holda, uni operatsiya yo'li bilan yorg'oqqa tushirishga shoshmaslik kerak. Ba'zi asoratlarni hisobga olgan holda operatsiyani erta boshlash mumkin. Bolalarda operatsiyani 4-6 yoshda o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Ektopiyada moyak atrof to'qimalardan tozalanib yorg'oqqa tushiriladi va tunika dartosga fiksatsiya kilinadi. (Shyuller operatsiyasi). Kriptorxizmda agarda qon tomirlar kalta bo'lsa, moyakni fiksatsiya qilib bo'lmaydi. Kriptorxizmda keng tarqalgan operatsiya turi Toraka-Gertsen operatsiyasi, u ikki etapda o'tkaziladi.

Chov burmasi sohasidan teri kesmasi o'tkaziladi. Chov kanali ochiladi. Moyak qobig'i bilan ajratiladi. Urug' tizimchasi maksimal yuqoriga mobilizatsiya qilinadi. Embrional tortmalar bo'shashtiriladi. Kremaster mushagi kesiladi. Vagingal o'simta ajratiladi. Bo'yinchasidan bog'lanib, kesib tashlanadi. Ikki barmoq bilan yorg'oqqa yo'l yasaladi, yorg'oq tubi kesiladi. Moyak yorg'oqqa tushirilib sonning ichki yuzasi terisi kesilib, shu yerga fiksatsiya qilinadi. Yorg'oq-son anastomozi hosil qilinadi. Yorg'oq va son terilari tikiladi. Keyin chov kanalini Martinov usulida plastika qilinadi. Doimo moyakni traktitsiyasi arteriya venalari uzayishiga olib keladi. 2-3 oy o'tgandan keyin 2-etap operatsiyasi boshlanadi. Yorg'oq-son anastomozi kesiladi. Ikki tomonlama kriptorxizmda ikkinchi moyak operatsiyani ikkinchi etapida pastga yorg'oqqa tushiriladi. Chunki bu vaqtgacha garmonal o'zgarishlar tufayli moyakning o'zi ham yorg'oqqa tushishi mumkin.

Jiddiy endokrin kasalliklar bo'lsa, gormonal davolash amalga oshiriladi, bu ba'zi hollarda operatsiyasiz moyaklar tushishiga olib keladi.

### **Prognoz**

Ektopiya oqibati yaxshi bo'lishi mumkin. Kriptorxizmda esa moyakning yetilmaganlik darajasiga bog'liq. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra operatsiya qilinmagan bir tomonlama kriptorxizmda sperma 20% hollarda yashovchan bo'ladi. Operatsiyadan keyin esa 80% hollarda yashovchan bo'ladi. Ikki tomonlama kriptorxizmda esa bu ko'rsatkich 10 va 40 % ga teng.

### **Tekshirish usullari.**

1. MRT, UTT, Moyaklarning sintigrafiyasi – bular faqatgina moyaklarning joylashgan joyinigina emas, balki uning o'lchamini, funktsional holatini aniqlab beradi.

2. Angiografiya - moyak arteriyasini topish uchun aortaga dori modda yuborilib yoki superselektiv usulda ichki moyak venasi punksiya qilinadi, rentgen ostida tekshiriladi.

3. Shubhali hollarda chov sohasi operativ reviziya qilinadi.

Kriptorxizmda moyakni paypaslab bo'lmaydi (abdominal retentsiyada) yoki u chov kanalida paypaslanadi. Tekshirish bola gorizontaal yotgan holda o'tkaziladi. Vrach pastdan bir qo'li bilan yorg'oqni ushlaydi. Ikkinchi qo'li barmoqlarini kaft qismi bilan chov kanali bo'ylab pastga qarab yuritadi. Chov retentsiyasida moyak harakatchan ammo pastga ya'ni yorg'oqqa tushmaydi. Haqiqiy chov kriptorxizmini yolg'on kriptorxizmdan farq qilish, bunda yuqori kremaster refleksi bo'ladi va moyak yorg'oqqa tushishi mumkin.



Ikki tomonlama chin kriptorxizmda ba'zi hollarda jinsiy infantilizm va gonional disfunktsiya yuzaga keladi. Shunday qilib kriptorxizmda qorin pardaning vaginal o'simtasi doimo obliteratsiyaga uchramagan bo'ladi. 1/4 bolalarda chov churrasi bilan birga uchraydi.

### **VARIKOSELLE**

Varikoselle - noksimon pleksus tomirlarining varikoz kengayishi - o'g'il bolalarda asosan 9-10 yoshdan keyin 15% gacha bo'lgan chastotada uchraydi.

Idiopatik va simptomatik varikoselle farqlangan. Ikkilamchi varikosellening rivojlanishi moyakdan qonning chiqish yo'llarining ma'lum hajmli retroperitoneal shakllanish bilan bog'liq.

Birlamchi varikoselle, qoida tariqasida, chap tomonda shakllanadi va juda murakkab genezaga ega. Ma'lumki, moyakdan qon uchta venadan oqib o'tadi: moyaklar, kremasterik va vas deferens venasi. Oxirgi ikkitasi yonbosh venalariga oqadi. O'ng moyak venasi pastki kavak venaga, chap tomoni esa buyrak venasiga quyiladi. Chap buyrak venasi pastki kavak venaga yaqinlashib, aortomezenterik pinset deb ataladigan joyga joylashib qolishi va siqilishi mumkin, bu esa venoz buyrak gipertenziyasiga va qon oqimining qiyinlashishiga olib keladi. Ba'zida buyrak venasi u orqali o'tadigan g'ayritabiiy tarzda o'tadigan moyak arteriyasi tomonidan siqiladi.

**Klinika va diagnostikasi.** Juda kamdan-kam hollarda varikoselle yosh bolalarda uchraydi. Bunday bemorlarning anamnezida odatda moyakda qon aylanishining uzoq muddatli buzilishiga sabab bo'lgan omilni aniqlash mumkin.

Ba'zida o'ngda yoki ikkala tomonda varikoz tomirlari qayd etiladi. Faqat o'ngdagi varikoselle moyak venasining anomal birikmasi bilan bog'liq. Ikki tomonlama varikoselle, intertestikulyar anastomozlarning mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, ular orqali chap moyakdagi qon bosimining oshishi o'ng tomonga uzatiladi. Chap tomonlama varikoselleni davolashdan so'ng, odatda, o'ng pampiniform pleksusning kengayishi ham yo'qoladi.

Varikoselleli bolalar, qoida tariqasida, shikoyat qilmaydilar va varikoz tomirlari maktabda profilaktik tekshiruvlar paytida aniqlanadi. Faqat katta yoshdagi bolalar ba'zida yorg'oqning chap yarmida og'irlik hissi va biroz og'riqni sezadilar.

Klinik jihatdan varikosellening uch darajasi mavjud:

I - moyak ustidagi tomirlarning kengayishi faqat qorin bo'shlig'i mushaklaridagi kuchlanish bilan bemorning vertikal holatida palpatsiya bilan aniqlanadi;

II - kengaygan va chigal venalar yorg'oq terisi orqali aniq ko'rinadi, gorizontol holatda tomirlar ko'rinmay qoladi;

III - ko'z bilan aniqlanadigan tomir kengayishi fonida, moyakning ko'rinishi va qisqarishi palpatsiya orqali aniqlanadi.(6-Rasm.).



Позовидное сплетение из вен (синие) и артерий (красные);



6-Rasm. Varikoscening bosqichlari

Gorizontol holatda varikosele bilan volumetrik retroperitoneal shakllanishni aniqlash uchun tadqiqotlar o'tkaziladi.

**Davolash.**

Idiopatik varikoselede operatsiya o'tkaziladi - angiografik tekshiruv paytida retroperitoneal

bo'shliqda moyak venasini bog'lash yoki uning trombozi. Bu buyrakdan moyakgacha bo'lgan teskari qon oqimini to'xtatadi va varikoz tomirlarining kichrayishiga olib keladi.

**GIDROSELE VA FURNIKOSELE**

Gidrosole (moyak membranalarining tushishi) va furnikosele bolalarda juda keng tarqalgan anomaliyadir; ularning rivojlanishi qorin parda vaginal o'simtasining yopilmasligi va uning bo'shlig'ida seroz suyuqlikning to'planishi bilan bog'liq. Vaginal o'simtaning obliteratsiyasi bo'lmasa, distal bo'limda moyak membranalarining istisqolari hosil bo'ladi. Agar jarayon distal qismda to'xtatilgan bo'lsa, proksimal ochiq qolsa va qorin bo'shlig'i bilan aloqa qilsa, biz sperma tizimchasining kistasi haqida gapiramiz. Butun vaginal o'simta obliteratsiya qilinmagan taqdirda, moyaklar va sperma tizimchalari membranalarining kommunikativ kistalari hosil bo'ladi. O'simta distal va proksimal bo'limlarda obliteratsiya qilinganda va uning o'rta qismida suyuqlik to'planganda, ular sperma tizimchasi membranalarining aloqa qilmaydigan istisqosi yoki sperma kistasi deyiladi. (7-Rasm.).



7-Rasm. Moyak pardasining istisqosning variantlari

Balog'atga yetgan bolalar va kattalarda, travma va yallig'lanish -gidrosole va furnikoseleining sabablari hisoblanadi. Chov hududiga urilganda, ekssudat urug' tizimchaning membranalarida to'planishi mumkin. Bu uzoq vaqt davom etadi. Bunday hollarda urug' tizimchaning o'tkir kistasi kelib chiqadi.

**Klinika va diagnostikasi.** Yorg'oq ikki tomonlama kattalashishi bilan tavsiflanadi. Moyakning izolyatsiyalangan kistalarida shish yumaloq shaklga ega, moyak uning pastki qutbida aniqlanadi. Qorin bo'shlig'i bilan aloqa qiluvchi istisqolar yumshoq-elastik bo'lib shakllanishi bilan namoyon bo'ladi, uning yuqori



qirrasida tashqi chov halqasida paypaslanadi. Siqilish paytida bu hosila kuchayadi va zichroq bo'ladi. Shishlar palpatsiyada og'riqsizdir. Diafanoskopiya shaffoflikning xarakterli alomatini ochib beradi. Qorin bo'shlig'i bilan aloqa qilishning klapan tabiatida, istisqolar taranglashgan bo'lib, bolani bezovta qilishi mumkin.

Urug' tizimchaning kistasi aniq konturli, yumaloq yoki oval shaklga ega. Uning yuqori va pastki qutblari yaxshi aniqlanadi.

Gidroseleni ko'pincha chov churrasidan ajratish kerak. Churra palpatsiya qilinganda, xarakterli shovqin eshitiladi, qorin bo'shlig'ida bosim kamaygandan so'ng darhol chov sohada shish yo'qoladi. Qorin bo'shlig'i bilan aloqa qilmaydigan istisqolarda esa shishni bunday kamaytirishga urinish muvaffaqiyat keltirmaydi. Intoksikatsiyalangan chov churra bilan o'tkir kistani differentsial tashxislashda katta qiyinchiliklar yuzaga keladi. Bunday hollarda ular ko'pincha "chov churra" ning dastlabki tashxisi bilan jarrohlik aralashuvga murojaat qilishadi.

**Davolash.** O'z-o'zini davolash, hayotning dastlabki 2 yilida vaginal obliteratsiyasi jarayonining tugashi tufayli bo'lganligi sababli, operatsiya bu yoshdan katta bolalarda amalga oshiriladi.

Moyak membranalarining izolyatsiyalangan va orttirilgan istisqolarida Vinkelman operatsiyasini o'tkazish qabul qilinadi, bu istisqo bo'shlig'ining membranalarini kesish va ularni o'ralgan holda tikishdan iborat. (8-Rasm.).



8-rasm. Vinkelman operatsiyasining bosqichlari.

Qorin bo'shlig'i bilan aloqa qiluvchi istisqolarda Ross operatsiyasi qo'llaniladi, uning maqsadi qorin bo'shlig'i bilan aloqani to'xtatish va istisqo suyuqligini chiqarishdir. Vaginal o'simta ichki qismda bog'langan. Uning chov halqasi qisman olib tashlanadi, moyaklarning o'z membranalarida teshik qoldirib, u orqali istisqo suyuqlik chiqadi va atrofdagi to'qimalarga so'riladi. Ushbu operatsiya Winkelman operatsiyasidan ko'ra sodda, u moyaklar shikastlanishi bilan birga kelmaydi va yaxshi samara beradi.

2 yoshgacha bo'lgan bolalarda moyak membranalarining keskin shishi, operatsiyaga sabab bo'lsa davolashning punksiya usulini qo'llash kerak. Istisqo suyuqligini evakuatsiya qilgandan so'ng suspenziya qo'llaniladi. Qayta punksiya



suyuqlik to'planishi bilan amalga oshiriladi. Suyuqlikning so'rilishi moyakning siqilishini kamaytiradi va jarrohlik aralashuv vaqtini kechiktirishga imkon beradi.

### CHOV CHURRASI

Chov churrasi bolalik davridagi eng keng tarqalgan jarrohlik kasalliklaridan biridir. Asosan bir tomonlama chov churra, o'ngda esa 2-3 marta ko'proq uchraydi. Chov churralar asosan o'g'il bolalarda kuzatiladi, bu moyakning tushish jarayoni bilan bog'liq.

Ayollarda chov churralar juda kam uchraydi, odatda 10 yoshdan oshgan o'g'il bolalarda jismoniy faollik kuchayishi va qorin old devorining kuchli zaifligida kuzatiladi.



9-Rasm. Chov churralarning variantlari

Bolalardagi churralar odatda tug'ma bo'lganligi sababli, ular chov kanal bo'ylab pastga tushib, ichki chov halqa orqali kiradi, ya'ni qiyshiq hisoblanadi. Bolalardagi to'g'ridan-to'g'ri churralar istisno sifatida kuzatiladi. (9-rasm)

Bolalardagi churra xaltasining tarkibi ko'pincha ingichka ichakning ilmoqlari, katta yoshda - ko'pincha omentumdir. Qizlarda tuxumdon

ko'pincha churra xaltasida, ba'zan esa naycha bilan birga bo'ladi. Yo'g'on ichakda uzun tutqich bo'lsa, churra xaltasining tarkibi ko'richak bo'lishi mumkin. Bunday hollarda churra xaltasining orqa devori yo'q bo'ladi. (*toyma churra*).

**Klinika va diagnostikasi.** Odatda kichik bolada, ba'zan neonatal davrda chov sohada shish paydo bo'ladi, u yig'lash va tashvish bilan kuchayadi va tinch holatda kamayadi yoki yo'qoladi. Shish og'riqsiz, yumaloq yoki oval shaklga ega. Ikkinchi holda, shish yorg'oqqa tushib, yarmining cho'zilishiga olib keladi va uning assimetriyasiga olib keladi. Hosila mustahkam elastikdir. Gorizontol holatda, odatda, churra xaltasining tarkibi qorin bo'shlig'iga o'tishi oson. Shu bilan birga, xarakterli shovqin aniq eshitiladi. Churra tarkibini qisqartirgandan so'ng, kattalashgan tashqi chov halqa yaxshi paypaslanadi. Shu bilan birga, bola yo'talganda ijobiy "zarba" belgisi aniqlanadi.

Qizlarda chov churrasi yumaloq shaklga ega va tashqi chov halqada aniqlanadi. Katta churra katta jinsiy lablarga tushadi.

Kattaroq bolalarda churra doimiy ravishda tashqariga chiqmasa, zo'riqish, yo'tal va mashqlardan keyin tekshirish qo'llaniladi. Urug' tizimcha elementlarining qalinlashishi, chov kanalining kengayishi, "zarba" ning ijobiy belgisiga anamnez ma'lumotlar bilan birgalikda bu holatda shubhasiz tashxis qo'yiladi.



**Farqlash** chov churra asosan moyaklar bilan aloqa qiladigan istisqolardan farqlash zarur. Shish o'sintasi turgor elastik konsistensiyaga ega, kistasimon xarakterga ega va shaffof bo'ladi. Ertalab u kichikroq va xiraroq bo'ladi, kechqurun u kuchayadi va taranglashadi.

**Davolash.** Chov churrani davolashning yagona radikal usuli bu jarrohlik. Anesteziyaning zamonaviy usullari neonatal davrdan boshlab har qanday yoshda operatsiyani bajarishga imkon beradi. Asoratlanmagan holatlarda nisbiy ko'rsatmaga ko'ra, operatsiya kattaroq yoshga (6-12 oy) o'tkaziladi.

**Strangulyatsiyalangan chov churra.** Chov churraning asorati uning qisilishidir. Bunda churra xaltasiga tushgan ichak yoki omentum churra teshigida siqilib, ularning qon bilan ta'minlanishi va oziqlanishi buziladi. Buzilishning sababi qorin bo'shlig'i bosimining oshishi, ichak faoliyatining buzilishi, meteorizm va boshqalar hisoblanadi.

**Klinika va diagnostikasi.** Ota-onalar odatda bolaning tashvishlana boshlaganini, yig'layotganini, churra sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladigan vaqtni aniq ko'rsatadilar. U taranglashadi, palpatsiya paytida keskin og'riqli bo'ladi va qorin bo'shlig'iga qaytmaydi. Keyinchalik og'riq susayadi, bola oqsoqlanadi, ko'ngil aynishi yoki qusish bor, axlatni ushlab turish kuzatilishi mumkin.

Strangulyatsiyalangan churra diagnostikasi anamnez va fizik tekshiruvga asoslanadi. Agar anamnezda chov churra belgilari mavjud bo'lsa, kasallikni aniqlab olish odatda qiyin emas. Hayotning birinchi oylaridagi bolalarda strangulyatsiyalangan chov churrani urug' tizimchaning o'tkir kistasidan, chov limfadenitdan ajratish qiyin bo'lishi mumkin. Shubhali holatlarda shifokor strangulyatsiyalangan chov churra tashxisiga tayanadi. Jarrohlik shubhalarni bartaraf qiladi.

Bolalarda chov churra bilan kasallanish o'ziga xos xususiyatlarga ega, bu ichak qovuzloqlarida qon aylanishini yaxshilash, tomirlarning elastikligini oshirish va buzuvchi halqaga kamroq bosim o'tkazishdan iborat. Shunga qaramay bolalarda churraning o'z-o'zidan qisqarishi tez-tez kuzatiladi, bu esa shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladigan asoratdir.

**Davolash.** Zaif, erta tug'ilgan chaqaloqlarda yoki terapevtik ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, churrani o'z-o'zidan tuzatish uchun sharoit yaratishga qaratilgan. Bunda buzilish sodir bo'lgan paytdan boshlab dastlabki 12 soat ichida konservativ davoni o'tkazish maqbul deb hisoblanadi. Shu maqsadda atropinning 0,1% li eritmasi va promedolning 1% li eritmasi yuboriladi, 15-20 daqiqa davomida iliq vanna buyuriladi, so'ngra bola ko'tarilgan tos suyagi bilan yotqiziladi. Uni qo'llar bilan churrani o'rnatishga urinmaslik kerak, chunki bu qisilgan organlarga zarar yetkazishi mumkin.

1,5-2 soat ichida konservativ davo ta'siri bo'lmasa, shoshilinch operatsiya o'tkaziladi.



## O'Z-O'ZI TEKSHIRISH TESTLARI:

### 1) Varikosele uchun Ivanisevich operatsiyasining maqsadi.

- A. moyak venasi va arteriyasini bog'lash
- B. moyak arteriyasini bog'lash
- C. moyak venalarini bog'lash
- D. gemikastratsiya
- E. arteriovenoz anastomoz

### 2) Bolalarda chov va chov-yorg'oq churrasining sabablari:

- A. chov kanali tashqi ochilishining o'lchamlarini kengaytirish
- B. qorin old devorining rivojlanmaganligi
- C. og'ir jismoniy faoliyat
- D. qorin parda qin jarayonining obliteratsiyasining buzilishi
- E. to'siq kanalining yallig'lanishi

### 3) Chov churrasini tuzatish maqsadi:

- A. chov kanalini mustahkamlash
- B. qorin old devori
- C. churra xaltaini olib tashlash
- D. Chov kanalning tashqi ochilishini mustahkamlash
- E. sperma tizimchaining elementlarini ajratish

### 4) Urug' tizimchasi elementlarining kistasiga o'xshash kasallik:

- A. chov limfadenit, appenditsit, strangulyatsiyalangan chov churra, funikulyar hujayra
- B. strangulyatsiyalangan chov churra, chov limfadenit
- C. chov limfadenit, pnevmoniya, chov churra
- D. sirpanchiq churra, funikulyar hujayra
- E. shish yorg'oq sindromi, strangulyatsiyalangan chov churra

### 5) O'g'il bolalarda strangulyatsiya qilingan chov churrasining taktikasi:

- A. favqulodda operatsiya
- B. rejalashtirilgan operatsiya
- C. faqat konservativ davo
- D. 12 soatgacha bo'lgan asorat, birinchi navbatda konservativ, keyin favqulodda operatsiya
- E. fizioterapiya va antibiotik terapiyasi

### 6) Varikosening belgilari:

- A. yorg'oqning shishishi va qizarishi, moyak gipoplaziyasi, varikoz urug' tizimcha va moyak elementlarining tomirlarining renum
- B. yorg'oqdagi og'riq, isitma, moyak gipoplaziyasi
- C. yorg'oqning mos keladigan yarmida hajmining oshishi, gipoplaziya moyak bo'shlig'i, urug' tizimcha elementlarining varikoz tomirlari



- D. tana haroratining oshishi, yorg'oqda shish va og'riq, varikoz urug' tizimcha elementlarining tomirlarini kengaytirish
- E. qusish, yorg'oqning qizarishi, moyak hajmining oshishi

**7) Varikoseleni davolash:**

- A. konservativ
- B. Petrivalskiy bo'yicha orxidopeksiya
- C. Vinkelman operatsiyasi
- D. Ivanisevichga ko'ra moyak venasini bog'lash yoki Polomoga ko'ra arteriyalar va tomirlar moyak venasini bog'lash
- E. Ru-Krasnobaev operatsiyasi

**8) Soxta churralarda rentgen belgilari to'g'ri diafragma?**

- A. fonda uyali bo'shliqlar ko'rinishidagi halqa shaklidagi yorug'lik yurak soyasi
- B. Plevra bo'shlig'ining bir xil qorayishi, mediastinumning siljishi sog'lom tomonda
- C. uyali bo'shliqlar shaklida halqali yorug'lik, siljish mediastinumni sog'lom tomonga
- C. plevra bo'shlig'ining to'liq yoritilishi, medial joy almashinuvi sog'lom tomonda
- E. suyuqlik darajasi bilan bir nechta bo'shliqlar

**9) Varikosele asosan yuzaga keladi:**

- A. 10 yoshdan oshgan o'g'il bolalarda chapda
- B. 10 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarda chapda
- C. 10 yoshdan oshgan o'g'il bolalarda o'ngda
- D. 10 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarda o'ngda
- E. 10 yoshdan oshgan o'g'il bolalarda ikkala tomondan

**10) Varikosele quyidagilarga olib keladi:**

- A. moyak atrofiyasiga
- B. gipertoniya rivojlanishiga
- C. moyak gipoplaziyasiga
- D. spermatogenezni buzish
- E. moyak va uning qo'shimchalarining yallig'lanish kasalliklariga

11) 12 yoshli bemor yorg'oqning chap yarmida og'riqdan shikoyat qiladi. Tekshiruvda yorg'oqning chap yarmi birmuncha kattalashgan va osilgan, moyak terisi yupqalashgan, paypaslaganda moyak old tomonga egilgan, spermatozoid bo'ylab zich shakllanish, o'rtacha og'riqli, moyak orqasida aniqlanadi. Kremasterik yon tomondagi refleks zaiflashgan. Sizing tashxisingiz qanday?

- A. gidatikning buralishi
- B. moyakning buralishi



- C. varikosele
- D. gidrosele
- E. funikulyar hujayra

**12) Nega varikosele ko'proq chap tomonda kuzatiladi?**

- A. chap tuxumdon venasining buyrak ichiga oqishi
- B. moyak venasining qopqoq apparati yetishmovchiligi
- C. moyak venasida aniq reflyuks
- D. buyrak venasining ortostatik stenozi
- E. buyrak venalarining organik stenozi

**13) Bulardan qaysi biri kriptorxizm?**

- A. moyakning yorg'oqqa yo'lida kechikishi
- B. moyaklarning rivojlanmaganligi
- C. bir yoki ikkalasining yo'qligi bilan tavsiflangan rivojlanish nuqsoni moyaklar
- D. moyakning yorg'oqqa boradigan yo'ldan og'ishi
- E. qo'shimcha moyak mavjudligi bilan tavsiflangan malformatsiya

**14) Bulardan qaysi biri soxta kriptorxizm?**

- A. moyakning tug'ma yo'qligi
- B. moyakning rivojlanmaganligi (gipoplaziyasi).
- C. moyak qorin bo'shlig'ida joylashgan
- D. paypaslash vaqtida moyak yorg'oqqa tushirish mumkin
- E. moyak teri osti to'qimasida chov sohada joylashgan

**15) Gidrosele - bu kasallik bo'lib, uning paydo bo'lishi quyidagilar bilan bog'liq:**

- A. qorin pardaning qin jarayonining yopilmasligi bilan
- B. moyakni tushirish jarayoni bilan
- C. qorin old devorining zaifligi
- D. moyakdan qon ketishining buzilishi bilan
- E. moyakda qon aylanishining buzilishi bilan

**16) Moyaklarning tushishi**

- A. distal qismdan qin jarayonining obliteratsiya qilinmasligi
- B. qin jarayonining butun davomida obliteratsiya qilinmasligi
- C. proksimal bo'limda qorin pardaning qin jarayonining obliteratsiyasi
- D. qorin pardaning qin jarayonining distal va proksimal bo'limlarda obliteratsiyasi
- E. distal bo'limda qorin pardaning qin jarayonining obliteratsiyasi

**17) Moyak va urug' yo'llari membranalarning kommunikatv istisqolari -...?**

- A. distal bo'limda qin jarayonining obliteratsiya qilinmasligi
- B. proksimal bo'limda vaginal jarayonning obliteratsiya qilinmasligi



- C. vaginal jarayonning butun davomida obliteratsiya qilinmasligi
- D. distal va proksimal bo'limlarda qin jarayonining obliteratsiyasi
- E. distal bo'limda qin jarayonining obliteratsiyasi

**18) Qaysi biri urug' yo'lining kistasi?**

- A. proksimal bo'limda qin jarayonining obliteratsiyasi
- B. proksimal bo'limda qin jarayonining obliteratsiyasi
- C. proksimal bo'limda vaginal jarayonning neobliteratsiyasi
- D. distal va proksimal bo'limlarda qin jarayonining obliteratsiyasi
- E. distal bo'limda qin jarayonining obliteratsiyasi

**19) Hidroselega xos simptom:**

- A. "sba'ffolik" belgisi
- B. yo'tal alomati
- C. fluktuatsiya alomati
- D. "qush tumshug'i" belgisi
- E. "qum soati" simptomi

**20) Hidrosele ko'pincha farqlanadi...?**

- A. strangulyatsiyalangan chov churra bilan
- B. moyak buralishi bilan
- C. torsion gidatit bilan
- D. o'tkir orxit bilan
- E. yorg'oqning flegmonasi

**21) Urug' yo'lining o'tkir kistasi nima bilan farqlanadi?**

- A. strangulyatsiyalangan chov churra bilan
- B. moyak buralishi bilan
- C. gidatik buralish bilan
- D. o'tkir orxit bilan
- E. yorg'oqning flegmonasi

**22) Funikulosele tufayli yuzaga keladigan kasallik**

- A. qorin pardaning qin jarayonining yopilmasligi bilan
- B. moyakni tushirish jarayoni bilan
- C. qorin old devorining zaifligi bilan
- D. moyakdan qon ketishini aniqlash bilan
- E. moyak limfa oqimining buzilishi bilan

**23) Chov churra bilan qorin pardaning qin jarayonining holati qanday?**

- A. xaltalangan
- B. yo'q qilinmagan
- C. qisman to'siq bo'lgan
- D. churra paydo bo'lishi bilan bog'liq emas
- E. suvli suyuqlik bilan to'ldirilgan



**24) Qaysi kasallikda yo'tal "surish" ning ijobiy belgisi bo'ladi**

- A. chov churrasi
- B. moyak membranalarining istisqolari
- C. kriptorxizm
- D. limfadenit
- E. shish

**25) Varikosele bu...**

- A. moyak venalarining kengayishi
- B. seminal korditning varikoz tomirlari
- C. yorg'oqning shishishi
- D. yorg'oq venalari va arteriyalarining kengayishi
- E. urug' yo'lining arteriyasining varikoz kengayishi

**26) Chov-yorg'oq churra bilan og'rigan bemorda chov kanalni qanday operatsiya usuli bilan ochish kerak?**

- A. Martinov usuli
- B. Petrivalskiy usuli
- C. Ru-Krasnobaev usuli
- D. Czemy usuli
- E. Spasokukotskiy usuli

**27) Yorg'oqda bitta moyak yo'qligi bu ...**

- A. monorxizm
- B. anorxizm
- C. ektopik moyak
- D. agenez
- E. aplaziya

**29) Reproduktiv chov-yorg'oq churra klinikasi:**

- A. chov-yorg'oq sohada shish, "yo'tal" ning ijobiy belgisi, tinch holda shishish kuchayadi
- B. chov-yorg'oq sohada shish, "yo'tal" ning ijobiy belgisi, tinch holda shishish kamayadi
- C. chov-yorg'oq sohada shish, "yo'tal" ning ijobiy belgisi,
- D. tinch holatda chov-yorg'oq sohada shishish kamaymaydi
- E. chov-yorg'oq sohada shish, "yo'tal" alomati salbiy.

**30) Nukka kistasining asosiy sababi nima?**

- A. Qorin pardasi chov divertikulining obliteratsiyasining buzilishi
- B. infektsiya
- C. jarohat
- D. chov hududi qon aylanish va limfa tizimlarining rivojlanishidagi nomutanosiblik
- E. metabolik jarayonlarning buzilishi



**31) 4 oylik umumiy ahvoli qoniqarli bo'lgan bolada chov sohada 3x3 sm o'lchamdagi shakllanish qayd etilgan. Qanday tekshiruv o'tkazish kerak?**

- A. diagnostik punksiya
- B. R-grafiya yoki R-skopiya
- C. shoshilinch operatsiya
- D. diafanoskopiya
- E. qon va siydik sinovlari

**32) 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda moyak pardasi va urug' yo'llari tushishining asosiy sababini ko'rsating.**

- A. jarohat
- B. infektsiya
- C. qorin pardaning qin jarayonining obliteratsiyasining buzilishi
- D. chov-yorg'oq sohaning qon aylanish va limfa tizimlarining rivojlanishidagi nomutanosiblik
- E. metabolik jarayonlarning buzilishi

**33) 1,5 yoshdan oshgan bolalarda spermatozoidlarning moyak pardasi tushishining asosiy sababi nima?**

- A. jarohat
- B. qorin pardaning qin jarayonining obliteratsiyasining buzilishi
- C. kremaster muskullari funksiyasining susayishi
- D. organizmdagi suv-tuz almashinuvining buzilishi
- E. infektsiya

**34) Moyak pardalarining izolyatsiyalangan istisqolarining differensial diagnostikasi qanday nozologik shakl bilan boshlanadi?**

- A. varikoselee
- B. moyak shishi
- C. son-ko'krak churrasi
- D. moyak suspenziyalari patologiyasi
- E. moyakning buralishi

**35) Urug' tizimchaning insulyar kistasining differensial diagnostikasi qanday nozologik shakl bilan boshlanadi?**

- A. poliorxiya
- B. strangulyatsiya qilingan chov churra
- C. kriptorxizm
- D. chov limfadenit
- E. o'tkir appenditsit



**O'z-o'zini nazorat qilish uchun testlarga javoblar**

**1-D, 2-D, 3-D, 4-B, 5-D, 6-C, 7-D, 8-B, 9-A, 10-C, 11-C, 12-A, 13-A, 14-D, 15-A, 16-B, 17-C, 18-D, 19-A, 20-A, 21-A, 22-A, 23-B, 24-A, 25-B, 26-C, 27-A, 28-B, 29-A, 30-D, 31-C, 32-C, 33-B, 34-C, 35-B.**



### ADABIYOTLAR.

1. Robert Carachi, J. Brednock. "Bolalar xirurgiyasidagi asosiy texnologiyalar". 2016. Springer Berlin, Heidelberg.
2. USA Isaqov.Y.F., Razumovskiy.A.Yu. "Bolalar xirurgiyasi" Darslik.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 1008.
3. N.A. Myers and T.A. Angerpointner. "Bolalar torakal xirurgiyasi" Springer Berlin, Heidelberg .1991.
4. John. G. Raffensperger, M.D., with contributing Specialist "Bolalar xirurgiyasi" 2012, 5. Isaqov.Y.F. "Bolalardagi xirurgik kasalliklar"., 2004, M.
6. . Sulaymonov.A.S, Shamsiyev. A.M, Aliyev.M.M., "Bolalar xirurgiyasi". 2000.T.
7. Razumovskiy.A.Yu., Dronov, A. F., & Kobzirova, T. N. (2016). Bolalar xirurgiyasi.
8. Kudravsev.V.A., "Leksiyada bolalar xirurgiyasi". 2000, Arxangel.
9. Lopatkin.N.A., Pugachev.A.G, "Bolalar xirurgiyasi". 1986, M.
10. Rizin.M.P. va dr. Bolalar xirurgiyasi:Darslik //Moskva: GEOTAR-Media - 2018. - s. 688.
11. A. J.Хамраев, J.O. Atakulov "Bolalar kolorektal xirurgiyasi" 2015-y.
- B
12. Shamsiyev.A.M., Atakulov.D.O, Lyonoshkin.V.I. «Bolalar xirurgok kasalliklari», 2001, T.



Босишга рухсат берилди. 01.11.2023й. Қоғоз бичими 62/84 1/16.  
Босма тобоғи 2. Адади 50 нусха. буютма № 14  
“Тимофеева S.S.” ЯТТда чоп қилинди.  
Самарқанд ш. А.Жомий кўчаси 72 уй.



