



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (63) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (63)

2024

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.682-002-036.11-08-035

МОЯКНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯЛАШНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИ

²Акилов Х.А. <https://orcid.org/0000-0003-0351-4157>

¹Мирзакаримов Б.Х. <https://orcid.org/0000-0003-4597-2738>

¹Каримов Д.К. <https://orcid.org/0000-0002-1477-3018>

¹Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1 Тел: (0-374) 223-94-60. E-mail: info@adti

²Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази Ўзбекистон Тошкент ш., Мирзо Улғбек тумани, Паркентская кўчаси 51-уй Тел: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ Резюме

Болаларда буралиб қолган мойак тўғирлангандан кейин унинг яшовчанлиги тўғрисидаги масаланинг ечими – мураккаб вазифа. Мойакнинг буралиши ёзилиб тўғирлангандан кейин унинг яшовчанлиги шубҳали бўлганда беморларни узайтирилган кузатув усули ўринсиз орхидэктомиялар сонини қисқартириш имконини беради.

Калит сўзлар: ўткир, мойак, буралиб қолиш, ёргоқ, гидотид, орхит

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ

²Акилов Х.А. <https://orcid.org/0000-0003-0351-4157>

¹Мирзакаримов Б.Х. <https://orcid.org/0000-0003-4597-2738>

¹Каримов Д.К. <https://orcid.org/0000-0002-1477-3018>

¹Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ Резюме

Решение вопроса о жизнеспособности после коррекции перекрута яичка у детей является сложной задачей. Расширенное наблюдение за пациентами после восстановления перекрута яичка, когда жизнеспособность сомнительна, может уменьшить количество неуместных орхидэктомий.

Ключевые слова: острый, яичко, перекрут, мошонка, гидотид, орхит.

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT AND CLINICAL EXAMINATION OF CHILDREN'S WITH ACUTE SCROTUM SYNDROME

²Akilov K.A. <https://orcid.org/0000-0003-0351-4157>

¹Mirzakarimov B.Kh. <https://orcid.org/0000-0003-4597-2738>

¹Karimov D.K. <https://orcid.org/0000-0002-1477-3018>

¹Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51 Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ **Resume**

Addressing the issue of viability after correction of testicular torsion in children is challenging. Extended follow-up of patients following repair of testicular torsion when viability is questionable may reduce the incidence of inappropriate orchiectomies.

Key words: acute, testicle, torsion, scrotum, hydotide, orchitis.

Долзарблиги

Мояк буралиб қолиши нохуш натижаларининг юқори частотаси ўғил болаларда репродуктив ёшда фертиликнинг бузилишига олиб келади [1, 3, 6,], бу нохуш демографик вазиятга таъсир кўрсатувчи кўшимча салбий омил бўлиб ҳисобланади [1, 2, 5]. Бироқ маҳаллий адабиётларда болаликда МЎКни бошдан кечирган катта ёшли эркекларда гормонал ва сперматоген функция масалалари деярли ёритилмаган. Касалликнинг ўткир даврида хирургик даволаш ва даволаш-диагностик чораларни оптималлаштириш ҳамда ушбу контингентдаги беморларни операциядан кейинги даволашга патогенетик асосланган ёндашувларни ишлаб чиқиш, айниқса, алоҳида аҳмиятга эга [2, 4].

Тадқиқот мақсади: Болаликнинг турли даврида моякнинг ўткир яллиғланишини бошдан кечирган болаларда узок муддатлардаги натижаларни баҳолаш.

Материал ва усуллар

Андижон давлат тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси базаси Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шошилинич хирургия ва урология бўлимларида 2015-2022 йиллар давомида мояк ўткир касаллиги (МЎК) ташхиси билан даволанган 202 нафар беморлар даволаш натижалари ретроспектив таҳлил асосида ўрганиб чиқилди. Тадқиқотнинг клиник материаллини 3 ойдан 18 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Беморлар қабул бўлимида қўйилган дастлабки шишган ва гипермияланган ёрғоқ ташхиси билан касалхонага ётқизилган. Барча беморлар тадқиқотнинг олдига қўйилган мақсадга мувофиқ замонавий клиник ва статистик таснифлардан (МКБ-10) фойдаланган ҳолда 3 гуруҳга бўлинди (1-жадвал):

1. Мояк гидатиди (ортиғи) нинг буралиб қолиши.
2. Моякнинг буралиб қолиши.
3. Эпидидимит, орхидэпидидимит, орхит.

1-жадвал

Беморларнинг нозологияга кўра тақсимланиши

Ташхис	Беморлар сони, n =202	
	Мутлоқ сон	%
Гидатиднинг буралиб қолиши	124	61,4
Эпидидимит, орхит	21	10,0
Моякнинг буралиб қолиши	57	28,2
Жами	202	100,0

Жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг аксарият қисми гидатиднинг буралиб қолиши бўлган 124 нафар (61,4%) беморлар ташкил этди. Мояк ва мояк ортиғининг ўткир яллиғланиши (эпидидимит, эпидидимоорхит, орхит) 21 (10,0%) нафар, ҳамда моякнинг буралиб қолиши 57 (28,5%) нафар беморларнинг учраш частотаси сезиларли даражада кам бўлди.

МЎК билан касалхонага қабул қилинган беморлар ёшга гуруҳлари бўйича учраш кўрсаткичини аниқлаш мақсадида ўрганилганда 2-жадвалдаги кўрсаткичлар олинди, бунда беморлар ёш кўрсаткичлари бўйича 4 гуруҳга ажратилди (2-жадвал).

Ёшга боғлиқ ҳолда асосий ва таққослаш гуруҳидаги мойкнинг ўткир касаллиги бўлган беморларнинг тақсимланиши

Беморларнинг ёши (йил)	Беморлар сони, n=202	
	Мутлоқ сон	%
1 ёшдан 3 ёшгача	10	4,9
4 ёшдан 7 ёшгача	30	14,8
8 ёшдан 10 ёшгача	44	21,8
11 ёшдан 18 ёшгача	118	58,4

Жадвалдан кўриш мумкинки, беморларнинг асосий қисмини 11 ёшдан 18 ёшгача бўлган 118 нафар (58,4%) ҳамда минимал миқдорни эса 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 10 нафар (4,9%) мойкнинг ўткир касаллиги билан оғриган болалар ташкил этди.

Натижа ва таҳлиллар

1-гуруҳ гидатиднинг буралиб қолиши бўлган беморларни даволашнинг узок муддатли натижалари.

2015 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда болалар хирургияси клиникасига 18 ёшгача бўлган 124 нафар (59,4%) бемор гидатиднинг ўткир шикастланиши билан қабул қилинди. Клиник маълумотлар ва интраоперацион топилмалардан олинган маълумотлар таққосланганда аниқландики, гидатиднинг шикастланишида клиник кўринишларнинг оғирлик даражаси нафақат касалликнинг бошланишига, балки гидатиднинг буралиш даражасига ҳам боғлиқ.

Оператив даволаш некрозланган гидатидни олиб ташлашдан иборат бўлди.

Мояклар функцияси бузилишини баҳолаш учун узок муддатларда беморлар операция қилингунга қадар клиникага қабул қилинган ва касаллик бошланган вақтга кўра гуруҳларга ажратилди (24, 48, 72 соат ва ундан ортиқ). Бундай гуруҳларга ажратилиш тўлиқ ўзини оклайди, чунки ишемия муддатлари қанча кўп бўлса, тестикуляр тўқимадаги ўзгаришлар шунча яққол намоён бўлади. Болаликда гидатиднинг буралиб қолишини бошдан кечирган беморларда гипоталамо-гипофизар-жинсий безлар ҳолати, андроген етишмовчиликнинг оғирлик даражасини таҳлил қилиш учун узок муддатларда 10 нафар ўспиринда қон зардобидида тестостерон, фолликулани стимулловчи гормон (ФСГ) ва лютеинловчи (ЛГ) гормон текшириб кўрилди. Барча текширилганларда тестостерон кўрсаткичлари меъёрдан паст бўлиб (меъёр 0,7–5,2 ммоль/л), 0,1ммоль/л чегарасидаги кўрсаткичларга эга бўлди. Барча беморлар касаллик бошлангандан кейин 72 соат ва ундан ортиқ вақт ўтгандан кейин қабул қилинган ҳамда оператив даволанган.

Барча беморларда, стационарга қабул қилиниш муддатларига боғлиқ ҳолда, ФСГ ва ЛГ кўрсаткичлари даражаси меъёрнинг юқори чегарасигача кўтарилган.

Касалликнинг бошланиши ва операция ўтказилиши ўртасидаги анча узок муддатларда ушбу кўрсаткичлардан олинган маълумотлар куйидагича бўлди:

ФСГ – 3,9 ммЕ/л гача (нормада – 0,3-4,0ммЕ/л),

ЛГ – 3,5ммЕ/л (нормада – 1,0- 5,0 ммЕ/л).

Ўтказилган текширишлар асосида хулоса қилиш мумкинки, касаллик бошлангандан кейин бемор қанча тез операция қилинса, хирургик даволашнинг узок муддатлардаги натижалари шунча яхши бўлади. Гидатиднинг буралиб қолиши туфайли операция қилинган вақтдаги боланинг ёши ва гормонал профил кўрсаткичлари ўртасида ўзаро боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Узок муддатларда тестостерон даражаси ёшга хос меъёр чегараларида бўлди (меъёр 0,7–5,2 ммоль/л), бироқ меъёрнинг куйи чегараси, одатда, анча катта ёшда операцияни бошдан кечирган бемор болаларда кузатилди. Гонадотроп гормонлар даражаси ёш меъёрларига хос чегарада бўлди: ФСГ даражаси 0,3 дан 4,0 ммЕ/л гача ҳамда ЛГ – 1,0 дан 5,0 ммЕ/л гача ўзгариб турди. Адабиётлар маълумотларига кўра Лейдиг хужайраларида тестостерон синтезининг ўзгариши балоғат ёшига ўтиш даврида жинсий муаммоларга олиб келади.

Шундай қилиб, туғдириш ёшига етган болаларда ўтказилган тадқиқот шундан далолат берадики, болаликда гидатиднинг буралиб қолиши туфайли операцияни бошдан кечирган



болаларда жинсий безларнинг инкретор ва секретор функцияси кўрсаткичларига вақт ва ёш омиллари биргаликда таъсир кўрсатади.

2-гурух мойякнинг буралиб қолиши бўлган беморларни даволашнинг узок муддатлардаги натижалари.

Мояк буралиб қолишидан кейинги узок муддатлардаги катамнестик тадқиқотлар 8 нафар беморда ўтказилди. Текширишлар давомида мойяк халтасининг ташқи кўриниши, симметриклиги, пайпаслаб кўрилганда – ўлчамлари, шакли, мойяк консистенцияси контрлатерал билан таққосланган ҳолда баҳоланди. Текширилганда ва пайпаслаб кўрилганда олинadиган клиник маълумотларнинг субъективлиги, ноаниқлигини ҳисобга олган ҳолда мойяк буралишини даволаш натижаларини баҳолаш учун асосий маълумотлар УТТдан олинди.

Мояк буралиб қолишидан кейинги асосий ўзгаришлар мойякнинг ўлчамлари, ҳажмида – атрофия мавжудлиги ва даражасида акс этди. Олинган маълумотлар қуйидагича тақсимланди: мойякнинг буралишдан кейинги ўлчамлари ва ҳажми контрлатералга симметрик, 10 нафар (47,6%) беморда ёш меъёрларига мос келади.

Атрофияланган мойякни тавсифлашда чизикли ўлчамларнинг кескин камайишидан ташқари мойяк шаклининг ўзгариши ҳам қайд этилди.

УТТда мойяк чўзинчокроқ, яссирак, олд-орқа ўлчамларининг сезиларли даражада камайиши билан тавсифланди. Мойякнинг аниқ, нотекси контурлари қайд этилди. Атрофияланган мойякнинг эхогенлиги пасайган, эхогенлик ортган ва пасайган участкалар ҳисобига диффуз бир хил эмас. Атрофияда мойяк паренхимаси эхографик жиҳатдан дифференциацияланмаган. Айрим ҳолатларда мойяк марказида мойяк бўлакчаларнинг гиперэхоген чизикчаси кўриниб турарди.

УТТда атрофияланган мойякда қон оқими заифлашган, мойяк капсуласи ва мойяк бўлакчаларида битта-яримта томирлар томирлар қайд этилди (оқсилли қобикда), мойяк бўлакчалари проекциясидаги битта-яримта эхосигналлар магистрал типдаги артерия учун хос бўлди. Ортиқ бошчасидаги ўзгаришлар таркиби ва эхогенлигига кўра мойякдаги ўзгаришларга ўхшаш бўлди.

Касаллик муддатлари, буралиб қолиш даражасини узок муддатларда олинган натижалар билан таққослаш ва таҳлил қилиш мойякнинг тиклаб бўлмас шикастланиши буралиб қолиш муддатлари ва даражасига боғлиқлигини тасдиқлади. Катта ёш гуруҳидаги беморларда атрофиянинг жуда кучли даражаси аниқланди. Буралиб қолишдан кейин тестикула ҳажми айрим ҳолатларда мойякнинг нормал ҳажмидан 10 баробаргача кичик бўлди. Буни биз нафақат атрофияланган мойяк ўлчамларининг кичрайиши, балки балоғат ёшида нормал мойякнинг тез ўсиши билан ҳам боғлиқ деб ҳисобладик. Ушбу тахмин 10 ёшгача бўлган беморларда шикастланган мойяк ҳажми нормал ўлчамлардан 5 баробар ортиқ кам бўлмаганлиги ҳақидаги маълумотлар билан тасдиқланади.

Болалаликда мойякнинг буралиб қолиши туфайли операцияни бошдан кечирган 7 нафар беморда узок муддатлардаги гормонал текширишлар ўрганилди. Мойяк функциясининг бузилишини баҳолаш учун беморлар касаллик бошланган вақтга боғлиқ ҳолда гуруҳларга ажратилди (24, 48, 72 соат ва ундан ортиқ).

Болаликда гидатиднинг буралиб қолишини бошдан кечирган беморларда гипоталама-гипофизар-жинсий безлар ҳолати, андроген етишмовчиликнинг оғирлик даражасини таҳлил қилиш учун 25 нафар беморда қон зардобидидаги тестостерон, ФСГ ва ЛГ текшириб кўрилди (3-жадвал).

3-жадвал

МўКда узок муддатларда гормонларнинг кўрсаткичлари

Гормонлар	Норма	Гидатиднинг буралиб қолиши n=8	Эпидидимит, орхит n=13	Моякнинг буралиб қолиши n=4
Тестостерон	0,7–5,2 ммоль/л	±0,5	±0,4	±0,7
ФСГ	0,3–4,00 ммЕ/л	±8,9	±3,0	±3,2
ЛГ	1,0–5,00 ммЕ/л	±5,8	±4,2	±2,8

Моякнинг буралиб қолиши туфайли операцияни бошдан кечирган беморларда тестостерон даражаси касаллик бошлангандан то операция қилингунга қадар кетган вақтга боғлиқ ҳолда узок муддатли ишемияда гормонлар камайишининг аниқ тенденцияси мавжуд бўлиб, касалхонага жуда кеч ётқизилган беморларда бу кўрсаткич 0,1ммоль/л (меъёр 0,7–5,2 ммоль/л) етади.

Касаллик бошланишидан жаррохлик аралашувигача бўлган вақт оралиғи ортиб боргани сайин ФСГ ва ЛГ даражаси ҳам ортиб боради. Айрим беморларда ЛГ даражаси 20–25 ммЕ/л гача етиб борди (меъёр 1,0–5,0 ммЕ/л). Агар мойкнинг буралиб қолиши туфайли операция қилинган беморларда узок муддатларда гормонал гомеостазни текширишдан олинган натижаларни гидатиднинг буралиб қолиши бўлган беморлардан олинган натижалар билан таққослайдиган бўлсак, унда гормонал гомеостазнинг бузилиши мойкнинг буралиши бўлган беморларда кўпроқ кузатилишини кўришимиз мумкин. Бундан ташқари ушбу гуруҳда вақт омили жуда муҳим рол ўйнайди.

Беморларнинг ёши ва шунга мос ҳолда сперматоген эпителий хужайралари дифференциацияси даражаси ҳам касалликнинг узок муддатларидаги натижаларида акс этди. Операция қилинган вақтдаги ёшга боғлиқ ҳолда тестостерон даражасининг 0,1ммоль/л гача камайиш (меъёр 0,7–5,2 ммоль/л) ҳамда гипофизар гонадотропинлар даражасининг 20–25 ммЕ/л гача ошиш (меъёр 1,0–5,0 ммЕ/л) факти шубҳасиз. Табиийки, гормонал гомеостазнинг салбий ҳолати жинсий ва репродуктив функциянинг ёмонлашувига олиб келади.

3-гуруҳ мойк ва ортиғининг ўткир яллиғланиши касаллиги билан оғриган беморларни даволашнинг узок муддатлардаги натижалари.

Мояк ва ортиғининг ўткир яллиғланиш касаллиги жаррохлик йўли билан даволангандан кейин узок муддатлардаги текширишлар 10 нафар беморда олиб борилди. УТТда улардан 6 нафар (60,0%)ида мойк ва ортиғининг ёшга хос ўлчамлари, одатдаги эхогенлик ва паренхиманинг нормал таркиби аниқланди, УТДГда қон оқими сақланиб қолган, ўзгармаган. Эпидидимит оператив усулда даволангандан кейин 3–5 йил ўтиб 4 нафар (40,0%) ўспиринда бошча соҳасида мойк ортиғи чизикли ўлчамларининг бироз ортиши (2–4 мм), эхогенликнинг ортиш ва пасайиш участкалари ҳисобига эхоструктуранинг бир хил эмаслиги қайд этилди.

Ушбу беморларнинг анамнези ўрганилганда эпидидимоорхитнинг қайталанувчан кечиши аниқланди. Мояк ва гидатиднинг буралиши бўлган барча беморларда касалхонага қабул қилинган муддатларга боғлиқ ҳолда ФСГ ва ЛГ кўрсаткичлари касалликнинг бошланиши ва операция бажарилиши ўртасидаги вақт узокроқ бўлганда меъёрнинг юқори чегарасигача ортади.

Хулоса

Шундай қилиб туғдириш ёшига етган болаларда ўтказилган тадқиқот шундан далолат берадики, болаликда МЎК туфайли операцияни бошдан кечирган болаларда жинсий безларнинг инкретор ва секретор функцияси кўрсаткичларига вақт ва ёш омиллари биргаликда таъсир кўрсатади. Буларни инобатга олган ҳолда репродуктив аъзоларда ўтказилган ҳар қандай жаррохлик амалиётидан сўнг беморлар доимий равишда уролог мутахассислар назоратидан бир йилда камида бир марта ва эндокринолог назоратидан 2-3 йилда бир маротаба гормонлар ҳолатини ўрганган ҳолда текширишдан ўтиб туришлари лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аверченко М.В. Ультразвуковая диагностика объёмных жидкостных образований органов мошонки у детей / В.И.Аверченко, И.А.Карачев, С.Ю.Комарова // Девятый Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2020;332.
2. Агапов А.С. Состояние органов-мишеней репродуктивной системы у мальчиков-подростков с нормальным уровнем физического и полового развития по данным ультразвукового исследования / А.С.Агапов, Л.П.Гребова, Т.А.Повар // Шестой Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2017;373.
3. Зуев Н.Н. Гормональный статус у детей с крипторхизмом / Н.Н.Зуев, А.П.Шмаков, О.С.Зуева // Девятый Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2010;370.
4. Цап Н.А. Пути создания регистра репродуктивного здоровья мальчиков и подростков в субъекте РФ / Н.А.Цап, С.Ю.Понамарева, Н.П.Федорова // Пятый Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2016;544.
5. Hadziselimovic F. Testicular histology in children with unilateral testicular torsion /F.Hadziselimovic // J Urol. 2016 Jul; 136(1 Pt2):208-10.
6. Singer J.I. Acute testicular pain: Henoch-Schonlein purpura versus testicular torsion. /J.I.Singer, N.Kissoon, J.Gloor // Pediatr Emerg Care. 2022 Feb; 8(1):51-3.

Қабул қилинган сана 20.12.2023