

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni Saqlash vazirining
2025 yil “23” iyundagi
180-son buyrug‘iga
Ilova

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSITUTI
BOLALAR MILLIY TIBBIYOT MARKAZI**

**BOLALARDA «GIPOSPADIYA»
NOZOLOGIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT 2025



**BOLALARDA «GIPOSPADIYA»
NOZOLOGIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT 2025

Mundarija

BOLALARDA «GIPOSPADIYA» NOZOLOGIYA BO‘YICHA DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....

BOLALARDA «GIPOSPADIYA» NOZOLOGIYA BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....

BOLALARDA «GIPOSPADIYA» NOZOLOGIYA BO‘YICHA TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....

**BOLALARDA «GIPOSPADIYA»
NOZOLOGIYA BO‘YICHA
DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

TOSHKENT 2025

1. Kirish.

1) Kasalliklarning xalqaro tasnifi –XKT(MKB) kodi-10:

Q54	Gipospadiya
Q54.0	Jinsiy olat boshchasi gipospadiyasi
Q54.1	Jinsiy olat gipospadiyasi
Q54.2	Olat-yorg'oq gipospadiyasi
Q54.3	Oraliq gipospadiyasi
Q54.4	Jinsiy olatning tug'ma qiyshiligi
Q54.8	Boshqa gipospadiya
Q53.9	Aniqlanmagan gipospadiya

Kasalliklarning xalqaro tasnifi –XKT(MKB) kodi-11:

LB53	Gipospadiya
LB53.0	Jinsiy olat boshchasi gipospadiyasi
LB53.1	Jinsiy olat gipospadiyasi
LB53.2	Olat-yorg'oq gipospadiyasi
LB53.4	Oraliq gipospadiyasi
LB54	Jinsiy olatning tug'ma qiyshiligi
LB53.Y	Boshqa aniqlangan gipospadiya
LB53.Z	Aniqlanmagan gipospadiya

Bolalarda gipospadiya kasalligi dolzarbligini hisobga olgan holda, tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan ma'lumot va tavsiyalar taqdim etish, kasallikni erta tashhislash, asoratlarning oldini olish va davolashda yagona yondashuvni tashkil etish va tibbiyotda joriy etish alohida ahamiyatga egadir. Ushbu bayonnoma Yevropa urologlar uyushmasining klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan <https://uroweb.org/>.

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:: Bayonnoma – bayonnoma 2025 yilda ishlab chiqilgan. Qaytadan ko'rib chiqilgan sana 2028 yil;

Ushbu milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Bolalar milliy tibbiyot markazi, Toshkent tibbiyot pediatriya instituti, Respublika bolalar kam invaziv endoskopik xirurgiya ilmiy-amaliy markazi.

Klinik bayonnoma va standartlarni ishlab chiqishda xissa qo'shganlar:

Bolalar urologiyasi sohasida prosedurani tashkil etish bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

1.		Tibbiyot fanlari doktori, Bolalar milliy tibbiyot markazi urologiya	BMTM, ToshPMI
----	--	---	---------------

	Azamxodjaev S.T.	bo'limi ilmiy rahbari, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh bolalar urologi.	
2.	Abdusamatov B.Z.	Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi (RKIVBXIAM) direktori, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh bolalar jarrohi.	RKIVBXIAM
3.	Raxmatullaev A.A.	Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri.	ToshPMI
4.	Terebaev B.A.	Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasini dotsenti.	ToshPMI
5.	Abdullaev Z.B.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi urologiya bo'limi mudiri.	BMTM

Asosiy mualliflar ro'yxati:

1. Akilov X.A. - Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri. O'zbekiston Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi.
2. Azamxodjaev S.T. - Tibbiyot fanlari doktori, Bolalar milliy tibbiyot markazi urologiya bo'limi ilmiy rahbari, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh bolalar urologi.
3. Raxmatullaev A.A. - Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi maslahatchisi.

4. Abdusamatov B.Z. - Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kichik invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi (RKIVBXIAM) direktori. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
5. Ergashev B.B. - Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI shifoxonasi bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori, Respublika perinatal markaz neonatal jarrohlik markazi rahbari.
6. Abdullaev Z.B. - Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi urologiya bo‘limi mudiri.
7. Terebaev B.A. - Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.

Taqrizchilar:

Nosirov A.A. Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.

Dubrov V.I. Tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar urologiyasi markazi rahbari, Belarus Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh pediatriya urologi

Tashqi ekspert:

Mazkur milliy klinik bayonnoma Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Ilmiy kengashida ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi – 03.2025 yildagi №1 -bayonnoma.

Ishchi guruh rahbari tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Bolalar milliy tibbiyot markazi urologiya bo‘limi ilmiy rahbari, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasida mudiri, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi bosh bolalar urologi Azamxodjaev S.T. Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi. 2025 yil 30 aprel, 11-sonli bayonnoma.

Texnik ekspert baxolash va taxrirlash:

1. K.T. Ergashev - Bolalar milliy tibbiyot markazi
2. A.A. Abduraxmanov - Respublika kichik invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Shartli qisqartmalar

ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
UQT	Umumiy qon tahlili
UST	Umumiy siydik tahlili
XKT (XKT-10)	- xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasining 10-qayta ko‘rigi;
MRT	– magnit rezonans tomografiya;
RKI	Randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar
UTT	- ultratovush tekshirish;

Protokoldan foydalanuvchilar:

- bolalar urologlari, bolalar jarrohlari, pediatrlar, shifokorlar – kattalar jarrohlari, umumiy amaliyot shifokorlari, sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, tibbiyot talabalari, magistrlar, ordinatorlar va aspirantlar

Bemorlar toifasi:

Gipospadiya va uning asoratlari bilan kasallangan bolalar.

Tashxisot usullarini asoslovchi dalillarning ishonchlilik darajasini baholovchi shkala (tashxisiy yondashuv)

DID	Taʼrifi
1	Namuna usulidan foydalangan holda nazorat qilinadigan tadqiqotlar yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish.
2	Ma'lumot usuli yoki ba'zi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar bilan boshqariladigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish bundan mustasno.
3	Doimiy ravishda nazorat qilinmaydigan yoki tadqiqot usulidan mustaqil boʻlmagan namuna usulidan foydalangan holda tadqiqotlar yoki tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Davolash ta'sir mexanizmining asosi yoki mutaxassis fikri

Profilaktika, davolash, reabilitasiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

DID	Taʼrifi
1	Meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish
2	Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar boʻyicha tizimli sharhlar, meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish bundan mustasno.
3	Tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari

4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki bir qator holatlar tavsifi, ishlarni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar.
5	Davolash ta'sir mexanizmining asosi (klinik oldi tadqiqotlari) yoki ekspertlar fikri

Profilaktika, tashxisot, davolash, reabilitasiya tadbirlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

TID	Ta'rifi
A	Kuchli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, qiziqish natijalari bo'yicha xulosalar kelishilgan)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan ba'zi samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim hisoblanadi, ba'zi tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli va / yoki qiziqish natijalari bo'yicha xulosalar kelishilmagan)
C	Zaif tavsiyalar (sifati haqida dalil-isbotlar taqdim etilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas), barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past, qiziqish natijalari bo'yicha xulosalar esa bir-biriga mos kelmaydi)

2. Asosiy qismi.

2.1. Kirish:

EUROCAT ro'yxatga olish tadqiqotlariga ko'ra, Yevropada gipospadiyaning umumiy uchrashi har 10 000 tug'ilishga 18,6 yangi holatni tashkil qiladi (5,1–36,8). Ushbu ko'rsatkichlar 2001 yildan 2010 yilgacha barqaror – o'zgarmas bo'lib qoldi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25712311>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>]. Keng qamrovli tizimli tekshiruv shuni ko'rsatdiki, gipospadiyaning o'rtacha tarqalishi butun dunyo bo'ylab farq qiladi: Yevropada – 19,9 (diapazon 1–464), Shimoliy Amerikada – 34,2 (6–129,8), Janubiy Amerikada – 5,2 (2,8–110), Osiyoda – 0,6–69, Afrikada – 5,9 (1,9–110), Avstraliyada – 17,1–34,8. Gipospadiyalarning paydo bo'lish tendensiyalari qarama-qarshidir - Yevropa va Amerika Qo'shma Shtatlarida kasallanishning ko'payishi turlicha ko'rsatkichlarda ifodalanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810252>,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23088992>].

2.2. Umumiy ta'rifi:

Gipospadiya – o'g'il boladagi jinsiy olat anatomik tuzilishi anomaliyasi, unda siydik chiqaruv kanalining (uretra) teshigi odatdagi joyda bo'lishi mumkin («gipospadiyasiz gipospadiyalar»), shuningdek pastga qarab siljishi mumkin, hatto

umuman boshqa sohada, jinsiy olat tanasida, yorg'oq hamda oraliqda joylashgan bo'ladi. Gipospadiyani g'ovak tanani ajratish maydonidan tashqarida jinsiy olatning ventral yuzasini hosil qiluvchi to'qimalar gipoplaziyasi deb ta'riflash mumkin. Jinsiy olatning o'zi anatomik jihatdan o'smay qolgan, bukilgan, kichik, ingichka yoki yorg'og'iga qarab o'sgan bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. Gipospadiya rivojlanishining eng katta xavf omillari genetik, plasentar va/yoki tashqi muhit bilan bog'liq omillardir UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25712311>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>]. Genetik va atrof-muhit omillarining o'zaro ta'siri gipospadiyalar bo'yicha genetik tadqiqotlarda replikatsiya yetishmasligini tushuntirishga yordam beradi. Bitta nukleotid polimorfizmi gipospadiya rivojlanish xavfiga faqat atrof-muhit omillari ta'siri ostida ta'sir qiladi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810252>].

- 7% oilalarda gipospadiyali qarindoshlar aniqlanadi, garchi distal va o'rta shakllari chastotasi yuqori bo'lsa ham [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19155122>].

- Endokrin kasalliklar faqat kamdan-kam hollarda aniqlanadi.

- Kam vazn bilan tug'ilgan bolalarda gipospadiya rivojlanish xavfi yuqoriroq bo'ladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23305310>].

- So'nggi 25 yil ichida gipospadiyalar bilan kasallanish sezilarli darajada oshdi.

- Endokrin buzilishlar gipospadiyaning ko'p omilli modelining tarkibiy qismlaridan biri hisoblanadi.

- Homiladorlikdan oldin peroral kontraseptivlardan foydalanish bolalarda gipospadiya rivojlanish xavfining oshirmaydi, homiladorlik paytida esa o'rtacha va proksimal gipospadiya xavfini oshiradi (UD: 2a) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23602841>].

2. 3. Klinik tasniflash:

Gipospadiyalar odatda siydik chiqaruv kanali – uretraning proksimal joylashgan teshigining anatomik joylashishiga qarab tasniflanadi:

- distal-old gipospadiya (boshchali, koronal yoki distal-o'zakli shakli va gipospadiyalarning eng keng tarqalgan turi);
- o'rta tana shakli (jinsiy olatli);
- proksimal-orqa (penoskrotal, yorg'oq, oraliq).

Teridan ajratilgandan so'ng, patologik o'zgarishlar yanada aniqroq ifodalangan bo'lishi mumkin. Gipospadiyaning og'irligi va murakkab xususiyatini tavsiflash uchun meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigining anatomik lokalizatsiyasi har doim ham yetarli emas. Shu sababli, ko'pincha gipospadiya og'irligining oddiy tasnifidan foydalaniladi, unda jinsiy olat uzunligi, boshchani o'lchami va shakli, uretral plastinkaning sifati va jinsiy olatda qiyshqlikning

mavjudligi hisobga olinadi. Ushbu tasnif bo'yicha, gipospadiyalarning ikki turi ajratiladi: yengil shakli (bir vaqtda sodir bo'lmagan xordalar, mikropenis yoki moyaklar anomaliyalarisiz izolyatsiya qilingan boshchali yoki tana shakli gipospadiyalar); va og'ir shakli (penoskrotal, oraliq bir vaqtda sodir bo'ladigan xordalar va moyak anomaliyalari bilan birga).

3. Usullar, yondashuvlar va diagnostik va davolash jarayonlari.

Odatda, gipospadiyalar tug'ilish paytida tashhis qilinadi (bundan buzilmagan sunnat terisi bilan megameatus holatlari mustasno, buni faqat sunnat terisi olib tashlanganidan keyin ko'rish mumkin).

Shikoyatlar:

- jinsiy olatning egriligi;
- uretra tashqi teshigining jinsiy olat, skrotum – yorg'oq yoki perineumning – oraliq pastki yuzasiga siljishi;
- siydik chiqarishda qiyinchilik.

Anamnez:

- genetik moyillik;
- ekologik omillar;
- endokrin tizimning buzilishi kamdan-kam hollarda aniqlanishi mumkin;
- onaning yoshi va tug'ilishda tana vazni past bo'lgan chaqaloqda gipospadiya rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi;
- homiladorlik paytida gormonal kontraseptiv vositalardan foydalanish;
- ekstrakorporal urug'lantirish.

Jismoniy tekshiruv. Diagnostika paytida quyidagi o'zgarishlar ko'rsatilishi kerak:

- meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi holati, shakli va kengligi;
- uretral atreziyaning mavjudligi va g'ovak tananing ajralishi;
- sunnat terisi va skrotum - moyakning tashqi ko'rinishi;
- jinsiy olat o'lchami;
- ereksiya paytida jinsiy olatning qiyshayishi.

Bundan tashqari, diagnostik tekshiruv paytida birga keladigan quyidagi anomaliyalarni istisno qilish kerak, jumladan:

- kriptorxizm (10% gacha holatlarda);
- ochiq qin o'simtasi yoki chov churrasi (9–15% holatlarda).

Jismoniy tekshiruv vaqtida jinsiy olatning barcha anatomik qismlarini tekshirish va ularning har biridagi o'zgarishlar darajasini baholash kerak. Tekshirish vaqtida meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi lokalizatsiyasi, proksimal spongioz gipoplaziyasi darajasi, jinsiy olat egriligining mavjudligi va ifodalanishi, uretral plastinkaning kengligi va chuqurligi, boshcha o'lchami, ventral yuzada teri yetishmasligi darajasi, sunnat terisining mavjudligi va moyak xaltasi – skrotumdagi o'zgarishlar, masalan penoskrotal transpozitsiya va bifurkasiyalangan – ikkiga bo'lingan skrotum –yorg'oqni aniqlash mumkin bo'ladi. Barcha jarrohlik operatsiyalari nechog'li asoratlar xavfi bilan birga kechishi sababli, ota-onalar bilan batafsil maslahatlashish juda muhimdir.

Bir yoki ikki tomonlama paypaslanmaydigan moyak bilan yoki aralash turdagi jinsiy a'zolarga shubha qilingan og'ir gipospadiyalar jinsiy rivojlanishning buzilishi, ayniqsa tug'ma buyrak usti giperplaziyasini istisno qilish uchun tug'ilgandan so'ng darhol to'liq genetik va endokrinologik tekshiruvni talab qiladi. Siydik tomchilab ajralib chiqqanda va uretra – siydik yo'llari shishganida, meatostenozni istisno qilish kerak. Tizimli tekshiruvda gipospadiyaning og'ir shakli va yuqori va quyi siydik chiqaruv yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalar o'rtasidagi bog'liqlik ko'rsatilmagan (UD: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22815315>].

Tekshiruvning asosiy usullari:

- Klinik qon tahlili;
- Koagulogramma;
- Qon guruhi + rezus mansublik;
- EKG

Qo'shimcha tekshiruv usullari:

- Yorg'oqning UTT - ultratovush tekshiruvi;
- Uretrosistografiya – proksimal uretrani aniqlash;
- Kariotipni (ko'rsatkichlar bo'yicha) aniqlash;

4. Ambulator davolash taktikasi:

Birlamchi gipospadiyalarni jarrohlik yo'li bilan davolash odatda 6-18 (24) oylikda amalga oshiriladi (UD: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22542204>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16979730>]. Prepubertal davrda tubulyarizasiyalangan kesilgan uretroplastikani (TIP) amalga oshirishda yosh ko'rsatkichi asoratlar uchun xavf omili hisoblanmaydi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22542204>]. Istiqbolli nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqot natijalariga ko'ra, kattalarda TIP - tubulyarizasiyalangan kesilgan

uretroplastikadan keyingi asoratlarda bolalarga qaraganda 2,5 baravar yuqoriroq bo'ladi. (UD: 2a) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778183>].

4.1. Dori-darmonsiz davolash: mavjud emas.

4.2. Dori-darmonlar bilan davolash: Adabiyotlarda operatsiyadan oldingi gormonal terapiyaning (androgen stimulyatsiya) jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashga ta'siri bo'yicha yuqori sifatli ma'lumotlar mavjud emas. Uretral joyni yetarli darajada tortish va boshchani ayirish xavfini kamaytirish uchun boshchani atrofida oshirish maqsadida operatsiyadan oldingi davrda mahalliy yoki parenteral testosteron, digidrottestosteron yoki beta-XGCh bilan gormonal terapiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23602841>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24726783>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23597451>].

Terapiya fonida jinsiy olat boshchasi va o'zagining hajmini sezilarli darajada oshirish mumkin (UD: 1b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174377>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321554>]. O'rtacha sifatli uchta RKI ma'lumotlari operatsiyadan oldin gormonal terapiya o'tkazilgan bemorlarda uretro-teri teshik oqmalari va takroriy operatsiyalar chastotasining pasayganligini ko'rsatadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28939350>]. Ko'pgina hollarda testosteron terapiyasi yaxshi qabul qilinadi. Noxush hodisalarga bolaning xulq-atvoridagi vaqtinchalik o'zgarishlar, jinsiy olat terisi pigmentatsiyasi, qovda tuklarning paydo bo'lishi, jinsiy olat terisining qichishishi va qizarishi, ereksiya va perioperativ qon ketishlarning kuchayishi kiradi, biroq adabiyotlarda gormonal stimulyatsiya - qo'zg'alish bilan bog'liq uzoq muddatli nojo'ya ta'sirlar tasvirlanmagan. Bundan tashqari, suyak to'qimasi yetilishiga ta'sir ko'rsatish ehtimoli bo'lgan ma'lumotlar taqdim etilmagan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816790>]. Testosteronning jarohatni davolashga salbiy ta'siri va operatsiya vaqtida qon yo'qotishning kuchayishi haqida xavotirlar mavjud. Operatsiya ichidagi yoki operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish uchun plastik jarrohlikdan 1-2 oy oldin terapiyani to'xtatish tavsiya etiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28111208>].

Asosiy dorilar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan): yo'q.

Qo'shimcha preparatlar ro'yxati (qo'llash ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik gurux	Dorilarning nomi XPN	Qo'llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Androgenlar, antiandrogenlar	Testesteron. Inyeksiya uchun eritma. 1 ml dan – 250 mg li ampulalarda ; karton qutida 5 ta ampula.	2 mg/kg, v/ichiga, ikki hafta / oy oralig'i bilan 2 marta.	1B
Androgenlar, antiandrogenlar	Digidrotestesteron. Tashqi tomondan qo'llash uchug gel.	Mahalliy qo'llash, kuniga 1 marta, bir oy.	1B

4.3. Jarrohlik aralashuvi: gipospadiyali bolalarni davolash bo'yicha yetarli tajriba to'plangan shifoxonada bolalar urologi yoki bolalar jarrohi tomonidan amalga oshiriladi.

4.4. Keyingi davolash:

Ambulatoriya kuzatuv – jarroh tomonidan poliklinikada o'tkaziladi.

- jismoniy mashqlardan 4 haftaga ozod qilinadi
- yaralar yiringlashining oldini olish.

4.5. Bayonnoma – bayonnomada keltirilgan diagnostika va davolash usullarining xavfsizligi va samaradorligi ko'rsatkichlari: Amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvining samaradorligi jarroh va bemorning ota-onasi/bemor tomonidan baholanadi. Boshchanning uchida vertikal ravishda joylashgan meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi, yosh normasiga mos uretra kalibri, normal urofloumetriya va jinsiy olatning qoniqarli kosmetik ko'rinishi operatsiyaning yaxshi samaradorligini ko'rsatadi.

5. Tibbiy yordam turiga qarab kasalxonaga yotqizish bo'yicha ko'rsatmalar:

5.1. Birlamchi tibbiy yordam shifoxonasiga yo'llanma – tavsiya etilmaydi.

5.2. Ikkilamchi va uchinchi darajali kasalxonaga yotqizish bo'yicha ko'rsatmalar: gipospadiyaning barcha turlari. Biroq, gipospadiyaning proksimal shakllari yetarli tajriba to'plangan joyda operatsiya qilinishi kerak (yiliga 59 dan ortiq operatsiyalar).

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi:

6.1 Bemorlarni ro'yxatga olish kartasi, bemorlarni yo'naltirish (sxemalar, algoritmlar): Bemor narkoz berish uchun minimal tahlillar to'plami bilan rejalashtirilgan tartibda kasalxonaga yotqiziladi.

6.2 Dori-darmonsiz davolash: mavjud emas.

6.3. Dori-darmon bilan davolash: mavjud emas.

6.4. Jarrohlik aralashuvi: bolalarda kriptorxizmni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

- gipospadiyaning distal shakli (MAGPI, Mathieu, Thiersch-Duplay, TIP, Graft TIP operatsiyalari);
- gipospadiyaning tana shakli (TIP, Graft TIP, Onlay Island Flap – OIF operatsiyalari);
- gipospadiyaning proksimal shakli (Bayars Flap, Bracka, Koyanagi–Hayashi).

6. 5. Operatsiyadan keyingi davolash:

- antibakterial davolash;
- og'riqsizlantirish;
- yara infeksiyasining oldini olish;
- yarani parvarish qilish.

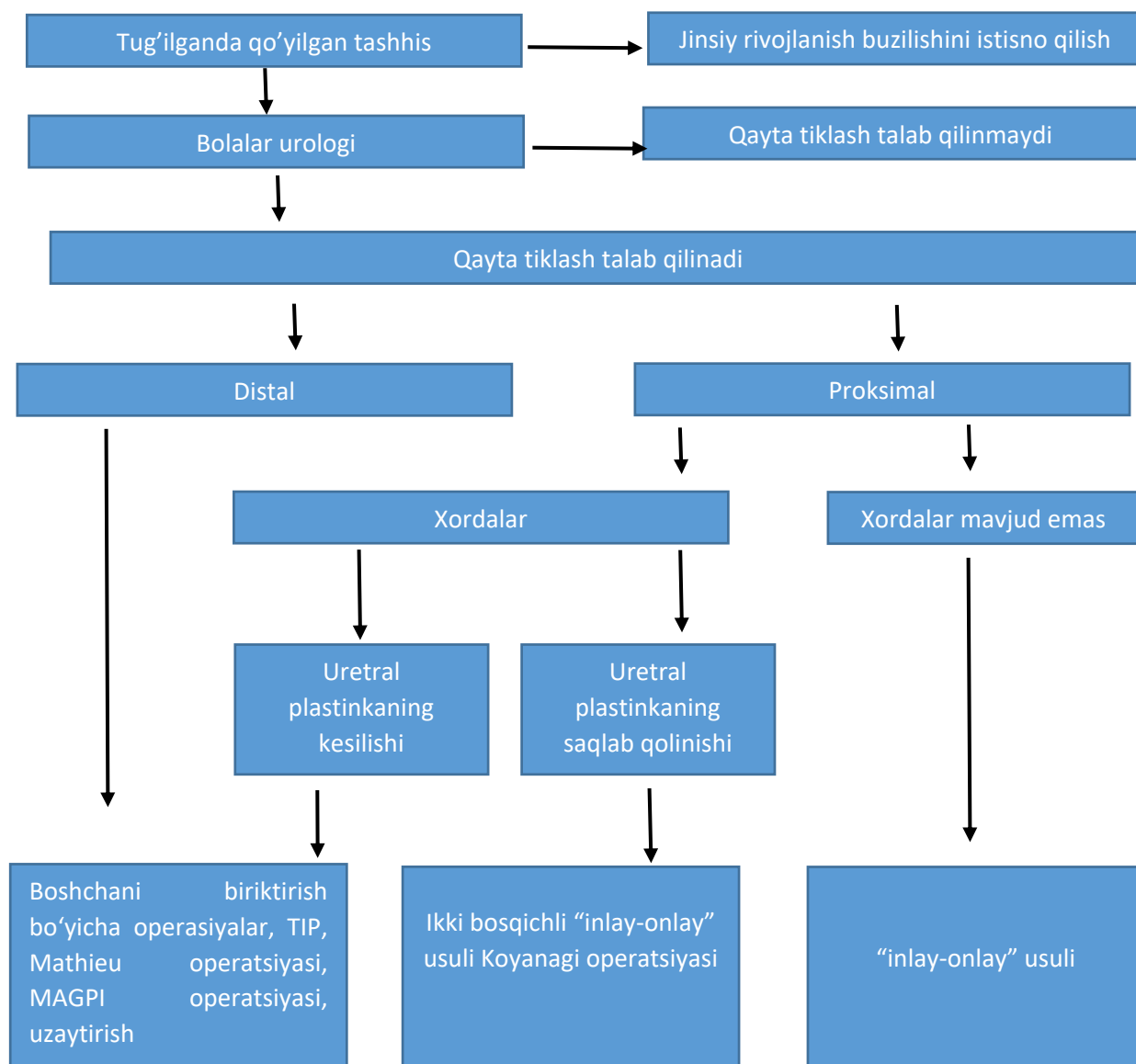
6. 6. Bayonnoma – bayonnomada keltirilgan diagnostika va davolash usullarining xavfsizligi va samaradorligi ko'rsatkichlari: Amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvining samaradorligi jarroh va bemorning ota-onasi/bemor tomonidan baholanadi. Boshchanning uchida vertikal ravishda joylashgan meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi, yosh normasiga mos uretra kalibri, normal urofloumetriya va jinsiy olatning qoniqarli kosmetik ko'rinishi operatsiyaning yaxshi samaradorligini ko'rsatadi.

**BOLALARDA «KRIPTORXIZM»
NOZOLOGIYA BO‘YICHA TIBBIY
ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK
BAYONNOMASI.**

1. Asosiy qismi.

1.1. Kirish:

Ma'qul keladigan funksional va kosmetik natijalarga erishish uchun jinsiy olatning qiyshiqqligini tuzatish, adekvat – aynan bir xil o'lchamdagi yangi uretra - siydik yo'lini shakllantirish, neomeatusni boshcha uchiga olib kelish va jinsiy olat o'zagini teri bilan yetarli darajada qoplanishini ta'minlash kerak (UD: 4) [Clinical Pediatric Urology.A.B. Belman, L.R. King & S.A. Kramer, Editors. 2002, Martin Dunitz: London.] (1-rasm).



TIP – tubulyarizatsiyalangan kesilgan uretroplastika usuli; MAGPI – siydik chiqarish kanalining tashqi teshigini olib tashlash va glanuloplastika

1-rasm. Gipospadiyani davolash algoritmi

2. Bolalardagi kriporxizmda davolash usullari va/yoki jarrohlik aralashuvini qo‘llash uslubi.

2.1. Davolash yoki jarrohlik aralashuvining maqsadi:

- jinsiy olatni to‘liq to‘g‘rilash;
- adekvat – aynan bir xil o‘lchamdagi yangi uretrani shakllantirish;
- siydik chiqarish kanali – uretraning yangi teshigini jinsiy olat boshchasining uchiga chiqarish;
- umumiy qabul qilinadigan kosmetik natijaga erishish (UD 4, tavsiyalar darajasi S).

2.2. Davolash yoki jarrohlik aralashuviga qarshi ko‘rsatmalar:

- 6 oygacha bo‘lgan yosh;
- jinsiy olatning kichik o‘lchami;
- faol bosqichdagi o‘tkir respirator kasalliklar;
- bolaning beqaror somatik holati.

2.3. Davolash yoki jarrohlik aralashuvi uchun ko‘rsatmalar:

- ventral og‘ish yoki siydik oqimining sachrashiga olib keluvchi proksimal joylashgan meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi;
 - meatostenoz;
 - jinsiy olatning oldinga egilishi;
 - boshchani ikkiga ajralishi;
 - teri chokining patologik joylashuvi bilan jinsiy olat aylanishi;
 - sunnat terisi turi;
 - jinsiy olat va yorg‘oq transpozitsiyasi;
 - yorg‘oqning ikkiga ajralishi.

2.4. Davolash yoki jarrohlik aralashuvini amalga oshiruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar: davlat tomonidan berilgan namunadagi sertifikatga (yoki O‘zbekiston Respublikasida tan olingan mutaxassisning bilim va ko‘nikmalarini tasdiqlovchi boshqa hujjatga) ega bo‘lgan va tajribali mutaxassis rahbarligi ostida kamida 50 ta operatsiyani bajarish tajribasiga ega bo‘lgan bolalar urologi yoki bolalar jarrohi.

2.5. Asosiy va qo‘shimcha diagnostik chora-tadbirlar ro‘yxati:

Asosiy diagnostik chora-tadbirlar:

- narkoz – anesteziya o‘tkazish uchun tahlillarning asosiy to‘plami (qonning klinik tahlili, koagulogramma, jigar fermentlari, EKG va boshqalar);

Diagnostikaning qo‘shimcha usullari: birgalikda keluvchi anomaliyalar mavjud bo‘lganda (jinsiy shakllanishning buzilishi, proksimal gipospadiya) qo‘shimcha diagnostik chora-tadbirlar talab qilinadi:

- Kichik tos a'zolarining UTT - ultratovush tekshiruvi.
- genetik jinsni aniqlash (kariotiplash);
- endokrinolog maslahati va jinsiy gormonlar darajasini aniqlash;
- Kichik tos MRT tekshiruvi.

2.6. Davolash yoki jarrohlik aralashuviga qo‘yilgan talablar: Kattalashtiruvchi ko‘zoynaklar va maxsus ingichka sintetik so‘rilib ketuvchi chok materiallaridan (6/0–7/0) foydalanish kerak. Jinsiy olatda o‘tkaziladigan har qanday operatsiyalardagi kabi kuydirish operatsiyasini ham o‘ta ehtiyotkorlik bilan o‘tkazish kerak bo‘ladi. Qoniqarli natijani ta'minlash uchun bir qator jarrohlik rekonstruktiv usullarini bilish, jarohatni parvarish qilish va operatsiyadan keyingi davrda davolashni ta'minlash muhimdir.

2.7. Bemorni tayyorlash uchun qo‘yiladigan talablar:

- bemorning barqaror somatik holati;
- O‘RVI – o‘tkir respirator virusli infeksiya faol belgilarining mavjud emasligi (klinik va laboratoriya);
- jinsiy olatning tegishli kattaligi va bolaning yoshi;
- asosiy tahlillar to‘plami.

2.8. Davolash yoki jarrohlik aralashuvi metodologiyasi:

Jinsiy olat egriligi. Agar jinsiy olatda egrilik mavjud bo‘lsa, uni 70% hollarda jinsiy olatni bo‘shatish (teri akkordlari - xordalardan) va ventral yuzadagi haqiqiy xordalar - akkordlarning biriktiruvchi to‘qimasini kesish orqali tuzatish mumkin [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Uretral maydon ko‘p sonli tomirlardan iborat biriktiruvchi to‘qima mavjud bo‘lib, u ko‘p hollarda egrilikka olib kelmaydi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8254812>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2294275>]. Qoldiq xordalar - akkordlar g‘ovak jismlarning nomutanosibligidan kelib chiqadi va ular aniqlanganda jinsiy olatni, odatda dorsal median plikatsiya yoki ortoplastika (Nesbit bo‘yicha plikasiya modifikatsiyasi, shu jumladan neyrovaskulyar to‘plamlarning ko‘tarilishi) yordamida to‘g‘rilash kerak. Ko‘pincha kesishishni talab qiladigan qisqa uretral plastinka bilan birlashtirilgan aniq ifodalangan egrilikda ($>45^\circ$) qisqartirishning oldini olish uchun jinsiy olatni ventral cho‘zilishi tavsiya etiladi. Usul bir nechta qisqa ventral korpotomiyalarni bajarish holatida plastik parchasi yoki qin qobig‘i transplantati yoki plastiksiz oqsim qobig‘ini 3 dan 9 soatgacha ventral ko‘ndalang

kesishni o‘z ichiga oladi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19692004>]. Ventral cho‘zilishdan so‘ng, odatda, qo‘shimcha ravishda qisqa median dorsal plikasiya amalga oshiriladi. Retrospektiv tadqiqot natijalariga ko‘ra, dorsal plikasiya, boshqa omillardan qat‘i nazar, ventral qiyshqlikning qaytalanishi bilan bog‘liq. Og‘ir shakldagi egrilikda kavernoza tanadagi ventral plastik jarrohlik uzoq muddatli yaxshi natijalarga ega va erektil funksiyaga nisbatan xavfsizdir (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18721961>].

Uretrani rekonstruksiya qilish – tiklash. Gipospadiya plastikasining asosida ko‘p tomirlangan uretral joyni saqlab qolish va undan rekonstruksiya qilish - tiklash uchun foydalanish yotibdi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2294275>]. Gubkaga o‘xshash, g‘alvirak tanani/ uretral maydon va uretraning bulboz bo‘limini jalb etish bir qator holatlarda uretral sohani kesib o‘tmaslikka imkon beradi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19692004>]. Agar uretral maydoncha keng bo‘lsa, uni Tirsha–Dyupley usuli bo‘yicha naychaga o‘rab olish mumkin. Agar uretral maydoncha juda tor bo‘lsa, avval bo‘shashish uchun uni o‘rta chizig‘i bo‘ylab kesib ajratish tavsiya etiladi, so‘ngra esa Snodgrass–Orkiszewski texnikasi bo‘yicha rekonstruksiya – tiklashni bajarish kerak. Ushbu uslub distal va oraliq gipospadiyalarda standart bo‘lib qoldi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295308>]. Birlamchi va takroriy plastik jarrohlik paytida uretral plastinka chuqur kesilganda, yuzani «inlay» turi bo‘yicha sunnat terisining ichki qobig‘i (yoki lunj shilliq qavati) parchasi bilan qoplash tavsiya etiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16600785>]. Bu, shuningdek, meatostenozning oldini olish uchun kesimni plastinka chetidan tashqariga cho‘zish imkonini beradi (UD: 2a) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26119452>]. Gipospadiyalarning distal shakllarida boshqa turli xil texnikalar tavsiflangan (Metyu, uretraning siljishi) (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8773227>]. Gipospadiyaning proksimal shakllarini davolash uchun TIP texnikasi qo‘llaniladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25819601>]. Shu bilan birga, uretraning ko‘tarilishi va uretraning TIP operatsiyasi bilan jalb etilishini birlashtirib bo‘lmaydi, chunki bu simptomatik struktura rivojlanishi bilan neuretraning fokal - o‘choqli devaskulyarizatsiyasiga olib keladi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23707201>]. Sunnat terisining o‘tkir parchasidan foydalangan holda amalga oshirilgan «onlay» texnikasi standart variant hisoblanadi, agar uretral plastinka juda tor yoki yomon ahvolda bo‘lsa, proksimal shakllar uchun afzal hisoblanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Bir bosqichli plastikda «onlay» tipidagi sunnat terisining parchasidan foydalanish mumkin (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26780179>]. Agar uretral maydonning yaxlitligini saqlab qolishning iloji bo‘lmasa, bir yoki ikki bosqichli plastikdan foydalaniladi. Birinchi holatda, uretra strukturasining oldini olish uchun “onlay naychasi” yoki «inlay-onlay» turi bo‘yicha tubularizatsiyalangan parcha modifikatsiyasi (Dyukette bo‘yicha) qo‘llaniladi yoki oqsil qobig‘iga

«onlay» parchasi qo'yiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23154207>] (UD: 3). Koyanagi–Hayashi usuli alternativ – muqobil variant hisoblanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19457720>]. So'nggi bir necha yil ichida ikki bosqichli plastik jarrohlik afzalroq deb topildi, ushbu plastika asoratlar bilan bog'liq turli ko'rsatkichlarda ijobiy natijalar beradi va ventral egrilikning qaytalanish xavfi pastligi bilan bog'liqdir, uzoq muddatli bog'liq [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9284210>].

Takroriy uretroplastika. Gipospadiyaning takroriy plastikasi bo'yicha yakuniy tavsiyalar berish mumkin emas. Individual vaziyatga va bemorning ehtiyojlariga qarab, yuqorida ta'riflangan barcha operatsiyalar ko'pincha modifikatsiyada qo'llaniladi.

Neouretra shakllangandan keyin jinsiy olatni tiklash. Yangi uretra shakllangandan keyin operatsiya plastik boshcha va jinsiy olat terisini tiklash bilan yakunlanadi. Agar boshchani yopish uchun teri yetarli bo'lmasa, sunnat terisida ikki yoqlama yuza usulidan (Cecil–Michalowski) foydalanish yoki choklar qatorini skrotumga – moyakka olib ketish mumkin. Sunnat keng tarqalmagan mamlakatlarda sunnat terisini tiklash mumkin. Garchi u o'ziga xos asoratlar xavfi bilan bog'liq bo'lsa-da, rekonstruksiya – tiklash uretroplastika samaradorligini kamaytirmaydi Bu o'ziga xos asoratlar xavfi bilan bog'liq bo'lsa-da, rekonstruksiya uretroplastika samaradorligini kamaytirmaydi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27200322>]. TIP operatsiyasida sunnat terisining go'shtli qobig'ining parchasidan foydalanish teshiklar hosil bo'lish chastotasini pasaytiradi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295308>].

Siydik chiqarish va jarohatni bog'lash. Siydikni to'kish uchun uretra - siydik yo'li orqali kateter o'rnatilishi yoki drenaj naychasini qov usti orqali chiqarish mumkin. Ayrim jarrohlar distal gipospadiyaning plastik operatsiyasidan keyin qovuqni to'kib tashlamaydilar [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25475503>]. Odatda, operatsiyadan keyin past bosimli dumaloq bog'lam qo'llaniladi va profilaktika maqsadida antibiotiklar buyuriladi (UD: 4) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. Operatsiyadan keyin antibakterial profilaktika past samaradorlikka ega va faqat simptomlarsiz bakteriuriya chastotani kamaytiradi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23416639>]. Hozirgi vaqtda drenajlashning optimal davomiyligi va bog'lov turi aniqlanmagan.

Natijalar. Bir qator tadqiqotlar gipospadiya operatsiyasidan keyingi asoratlarning prognostik omillarini baholadi. Istiqbolli ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, boshchani o'lchami 14mm, meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigining mahalliy lokalizatsiyasi va takroriy operatsiya uretral asoratlarning mustaqil xavf omillari hisoblanadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320396>]. Jarroh tomonidan amalga oshiriladigan oz sonli operatsiyalar mustaqil ravishda oqma oqishi, striktura yoki divertikul rivojlanish xavfi bilan

bog'liq (UD: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23376710>]. TIP bo'yicha meta-tahlil ma'lumotlariga ko'ra, gipospadiya distal shakllarining birlamchi plastikasida asoratlarning eng past darajasi kuzatiladi (4,5%), keyin proksimal shakllar (12,2%) va takroriy operatsiyalar (23,3%) aniqlangan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. Gipospadiyaning distal shakllarida asoratlarning tez-tez uchrashi (oqmalar – fistulalar, meatostenoz, ventral egrilikning tarqalishi va gematomaning qaytalanishi) 10% dan kamni tashkil qiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468401>]. Distal gipospadiyalarda Metyu va TIP plastik jarrohligidan keyin oqmalar – fistulalar rivojlanishining chastotasi 3,4–3,6% ni tashkil qiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23793987>]. Birlamchi og'ir gipospadiyalarda TIP operatsiyasi va «onlay» plastikasining asorat darajasi taqqoslanadi va mos ravishda 24 va 27% ni tashkil qiladi. U transplantat plastikasi va sunnat terisi naychaga o'ralgan holdagi o'tkir plastikadan yuqori bo'ladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Adabiyotlarda «onlay» transplantat orqali amalga oshirilgan plastik jarrohlik TIP operatsiyasi natijalarini yaxshilash imkoniga ega ekanligi haqida ishonchli ma'lumotlar taqdim etilmagan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061491>]. Qiyosiy tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, Hayashi modifikatsiyasida Koyanagi bo'yicha bir bosqichli plastik jarrohlikdan keyingi asoratlar chastotasi 61% ga yetadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. 13% holatlarda yonoq shilliq qavatining bosqichli plastik operatsiyasidan keyin takroriy operatsiya talab etiladi va bemorlarning uchdan biridan ko'prog'ida ikkinchi bosqichdan keyin, ko'pincha transplantatning qisman chandiqlari bilan asoratlar rivojlanadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21256520>]. Ikki bosqichli parchalarga bo'linish plastik operatsiyasidan keyingi asoratlar uzoq muddatli kuzatuvda 68% holatlarda rivojlanadi, [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>], boshqa bir tadqiqotda esa bemorlarning 28% takroriy operatsiya talab qilinadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26279102>].

2.9. Davolash yoki jarrohlik aralashuvi samaradorligi ko'rsatkichlari: Amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvining samaradorligi jarroh va bemorning ota-onasi/bemor tomonidan baholanadi. Boshchaning uchida vertikal ravishda joylashgan meatus – siydik chiqarish kanali tashqi teshigi, yosh normasiga mos uretra kalibri, normal urofloumetriya va jinsiy olatning qoniqli kosmetik ko'rinishi operatsiyaning yaxshi samaradorligini ko'rsatadi.

3. Bayonnoma – bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

- 1) tarafdorlar hamkorligidagi muammolar: yo'q.
- 2) Ekspertlar to'g'risidagi ma'lumotlar (maxalliy va chet el mutaxasislari);

Taqrizchilar:

Nosirov A.A.- Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.

Dubrov V.I. - Tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar urologiyasi markazi rahbari, Belarus Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh pediatriya urologi

- 3) Protokolni qayta ishlab chiqish: 3 yildan so‘ng (yangi tashxis, davolash, profilaktika va reabilitatsiya usullari kiritilsa);

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Guidelines of European Association of Urology. Pediatric urology. Hypospadias. <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology/chapter/the-guideline>.

**BOLALARDA «GIPOSPADIYA»
NOZOLOGIYA BO‘YICHA TIBBIY
PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA
BO‘YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMA – BAYONNOMA**

Kasalliklarning xalqaro tasnifi –NKK(MKB) kodi -10:

Q54	Gipospadiya
Q54.0	Jinsiy olat boshchasi gipospadiyasi
Q54.1	Jinsiy olat gipospadiyasi
Q54.2	Olat-yorg'oq gipospadiyasi
Q54.3	Oraliq gipospadiyasi
Q54.4	Jinsiy olatning tug'ma qiyshiligi
Q54.8	Boshqa gipospadiya
Q53.9	Aniqlanmagan gipospadiya

Kasalliklarning xalqaro tasnifi –XKT(MKB) kodi-11:

LB53	Gipospadiya
LB53.0	Jinsiy olat boshchasi gipospadiyasi
LB53.1	Jinsiy olat gipospadiyasi
LB53.2	Olat-yorg'oq gipospadiyasi
LB53.4	Oraliq gipospadiyasi
LB54	Jinsiy olatning tug'ma qiyshiligi
LB53.Y	Boshqa aniqlangan gipospadiya
LB53.Z	Aniqlanmagan gipospadiya

O'smirlik yoshigacha bo'lgan davrni uzoq muddatli kuzatish maqsadlari uretra – siydik kanali strikturalarini aniqlash, siydik ajralishining buzilishi, jinsiy olatni egriligining qaytalanishi, jinsiy olat boshchasi divertikulalari va jinsiy olat qirralarining o'zgarishini o'z ichiga oladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29264201>]. Takroriy plastik jarrohlikni talab qiladigan asoratlarning yarmigacha operatsiyadan keyin bir yil o'tgach rivojlanadi (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23306089>].

Operatsiyadan keyin ko'pincha obstruktiv qiyshiq siyish aniqlanadi va garchi u ko'pgina hollarda klinik xulosaga ega bo'lmasada, uzoq muddatli kuzatuv talab etiladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630805>] (UD: 2a). Gipospadiya plastikasidan keyin, ayniqsa xordalar - akkord korreksiyasidan keyin bemorlarda siyish tezligi past bo'ladi, biroq bu siyishning buzilishi belgilari bilan bog'liq emas (SNM) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22906660>] (UD: 2a). Shuning uchun gipospadiya bilan kasallangan bolalar reabilitatsiya o'rniga uzoq muddatli kuzatuvga muhtojdirlar.

Uretroplastika natijalarini baholash maqsadida gipospadiyalar uchun obyektiv (HOSE) (UD: 2b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11488741>] va kosmetik ko'rinishdagi shkalalar ishlab chiqilgan (HOPE) (UD: 2a) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23491983>]. Bolalarning jinsiy olatni idrok etish shkalasi (PPPS) o'g'il bolaning o'zi tomonidan gipospadiyalar bo'yicha operatsiya natijalarini baholash uchun ishonchli vosita hisoblanadi, shuningdek, u operatsiyani amalga oshirmagan ota-onalar va urologlar ishining samaradorligini baholash uchun xizmat qiladi. (UD: 2a) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23174225>]. Shuni tan olish kerakki, jarrohlar tasdiqlangan shkalalarni to'ldirgan ota-onalarga qaraganda kosmetik natijalarni yanada ko'proq optimistik ruhda baholaydilar [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26725130>]. Zamonaviy shkalalarda bemorlar tomonidan tavsiflangan natijalar, uzoq muddatli natijalar va seksual - shahvoniy funksiyalar yetarli darajada taqdim etilmagan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28505692>].

Bolalikda gipospadiyani boshdan kechirgan o'smirlar va kattalarda, ayniqsa gipospadiyalarning proksimal shakllari plastik jarrohligidan so'ng, jinsiy olatning o'lchamidan norozilik chastotasi biroz oshgan, biroq ular nazorat guruhlaridagi erkaklardan seksual - shahvoniy

xulq-atvori bilan farq qilmaydi (UD: 2a-b) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16945681>]. Gipospadiya bilan tugʻilgan bemorlarning uzoq muddatli kuzatuviga koʻra, ular barcha PPS parametrlari boʻyicha jinsiy olatning kosmetik shaklidan kamroq qoniqishadi; shuningdek, jinsiy olat uzunligida ham farq aniqlangan (9,7 va 11,6 sm) va maksimal tez-tez siyish tezligi kamaygan; Bu, ayniqsa, gipospadiyaning proksimal shakli boʻlgan bemorlarni va nazorat guruhidagi erkaklarni solishtirganda yaqqol namoyon boʻladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25268894>].

Uzoq muddatli davrda bemorlarning kosmetik natijalardan qoniqishini tizimli koʻrib chiqishda quyidagi ma'lumotlar olingan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27127350>]:

- jinsiy olat hajmini idrok etish nazorat guruhidan unchalik farq qilmaydi;
- balogʻat yoshiga yetganida, bemorlar jarrohlikning kosmetik natijalariga koʻproq tanqidiy munosabatda boʻlishadi va koʻpincha ularni salbiy qabul qilishadi;
- bemorlar deformatsiyani – shakl oʻzgarishini kuchliroq qabul qiladilar va ularda ijtimoiy sharmandalik darajasi yuqori boʻladi.

Adabiyotlarda gipospadiyani jarrohlik yoʻli bilan davolash natijalarini baholash uchun foydalaniladigan turli parametrlar keltirilgan. Yoshga xos natijalarni ishlab chiqish kerak boʻladi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31865321>].

Asboblarning aksariyati kosmetik natijalardan qoniqishni baholashga qaratilgan va faqat bitta shkala siyish funksiyasini aniqlashga imkon beradi. Shkalalarning hech biri seksual - shahvoniy funksiya va psixologik oqibatlarni oʻz ichiga olmaydi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28089292>].