

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил «23» июндаги  
180-сон буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСИТУТИ  
БОЛАЛАР МИЛЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ»  
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ 2025**



## Мундарижа

БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ» НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....

БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ» НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....

БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ» НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАСИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ.....

**БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ» НОЗОЛОГИЯ  
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ 2025**

## 1. Кириш.

### 1) Касалликларнинг халқаро таснифи –ХКТ(МКБ) коди-10:

Q54	Гипоспадия
Q54.0	Жинсий олат бошчаси гипоспадияси
Q54.1	Жинсий олат гипоспадияси
Q54.2	Олат-ёрғоқ гипоспадияси
Q54.3	Оралик гипоспадияси
Q54.4	Жинсий олатнинг туғма қийшиқлиги
Q54.8	Бошқа гипоспадия
Q53.9	Аниқланмаган гипоспадия

### Касалликларнинг халқаро таснифи –ХКТ(МКБ) коди-11:

LB53	Гипоспадия
LB53.0	Жинсий олат бошчаси гипоспадияси
LB53.1	Жинсий олат гипоспадияси
LB53.2	Олат-ёрғоқ гипоспадияси
LB53.4	Оралик гипоспадияси
LB54	Жинсий олатнинг туғма қийшиқлиги
LB53.Y	Бошқа аниқланган гипоспадия
LB53.Z	Аниқланмаган гипоспадия

Болаларда гипоспадия касаллиги долзарблигини ҳисобга олган ҳолда, тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумот ва тавсиялар тақдим этиш, касалликни эрта ташҳислаш, асоратларнинг олдини олиш ва даволашда ягона ёндашувни ташкил этиш ва тиббиётда жорий этиш алоҳида аҳамиятга эгадир. Ушбу баённома Европа урологлар уюшмасининг клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган <https://uroweb.org>

Баённома - баённома ишлаб чиқилган ва қайтадан кўриб чиқилган сана:  
Баённома – баённома 2025 йилда ишлаб чиқилган. Қайтадан кўриб чиқилган сана 2028 йил;

#### **Ушбу миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:**

Болалар миллий тиббиёт маркази, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Республика болалар кам инвазив эндоскопик хирургия илмий-амалий маркази.

#### **Клиник баённома ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:**

Болалар урологияси соҳасида проседурани ташкил этиш бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1.	<b>Азамходжаев С.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлими илмий раҳбари, Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология, болалар урологияси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош болалар урологи.	БМТМ, ТошПМИ
2.	<b>Абдусаматов Б.З.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази (РКИвЭБХИАМ) директори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош болалар жарроҳи.	РКИвЭБХИАМ
3.	<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар хирургияси кафедраси мудир.	ТошПМИ
4.	<b>Теребаев Б.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар хирургияси кафедраси доценти.	ТошПМИ
5.	<b>Абдуллаев З.Б.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлими мудир.	БМТМ

#### Асосий муаллифлар рўйхати:

1. Акилов Х.А. - Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт кадрлари малакасини ошириш маркази жарроҳлик ва болалар хирургияси кафедраси мудир. Ўзбекистон Республикаси Болалар жарроҳлари жамияти раиси.
2. Азамходжаев С.Т. - Тиббиёт фанлари доктори, Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлими илмий раҳбари, Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология, болалар урологияси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош болалар урологи.
3. Рахматуллаев А.А. - Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти факультет болалар хирургияси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги маслаҳатчиси.
4. Абдусаматов Б.З. - Тиббиёт фанлари доктори, Республика кичик инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази (РКИвЭБХИАМ) директори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
5. Эргашев Б.Б. - Тиббиёт фанлари доктори, ТошПТИ шифохонаси болалар хирургияси кафедраси профессори, Республика перинатал маркази неонатал жарроҳлик маркази раҳбари.

6. Абдуллаев З.Б. - Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлими мудири.
7. Теребаев Б.А. - Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти факультет болалар хирургияси кафедраси доценти.

**Тақризчилар:**

Носиров А.А.

Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти факультет болалар хирургияси кафедраси доценти.

Дубров В.И.

Тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар урологияси маркази раҳбари, Беларусь Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар урологи

**Ташқи эксперт:**

Мазкур миллий клиник баённома Тошкент педиатрия тиббиёт институти Илмий кенгашида ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди – 03.2025 йилдаги №1 -баённома.

Ишчи гуруҳ раҳбари тиббиёт фанлари доктори, доцент, Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлими илмий раҳбари, Тошкент педиатрия тиббиёт институти урология, болалар урологияси кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош болалар урологи Азамходжаев С.Т. .Тошкент Педиатрия тиббиёт институти Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди. 2025 йил 30 апрел, 11-сонли баённома.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. К.Т. Эргашев - Болалар миллий тиббиёт маркази
2. А.А. Абдурахманов - Республика кичик инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

### Шартли қисқартмалар

<b>АЛТ</b>	аланинаминотрансфераза
<b>АСТ</b>	аспартатаминотрансфераза
<b>УҚТ</b>	Умумий қон таҳлили
<b>УСТ</b>	Умумий сийдик таҳлили
<b>ХКТ (ХКТ-10)</b>	- халқаро касалликлар классификациясининг 10-қайта кўриги;
<b>МРТ</b>	– магнит резонанс томография;
<b>РКИ</b>	Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
<b>УТТ</b>	- ултратовуш текшириш;

### Протоколдан фойдаланувчилар:

- болалар урологлари, болалар жарроҳлари, педиатрлар, шифокорлар – катталар жарроҳи, умумий амалиёт шифокорлари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, тиббиёт-талабалари, магистрлар, ординаторлар ва аспирантлар

### Беморлар тоифаси:

-гипоспадия ва унинг асоратлари билан касалланган болалар.

### Ташхисот усуллари асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)

ДИД	Таърифи
1	Намуна усулидан фойдаланган ҳолда назорат қилинадиган тадқиқотлар ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Маълумот усули ёки баъзи рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар билан бошқариладиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно.
3	Доимий равишда назорат қилинмайдиган ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган намуна усулидан фойдаланган ҳолда тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Даволаш таъсир механизмининг асоси ёки мутахассис фикри

**Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>ДИД</b>	<b>Таърифи</b>
1	Мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар бўйича тизимли шарҳлар, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар.
5	Даволаш таъсир механизмининг асоси (клиник олди тадқиқотлари) ёки экспертлар фикри

**Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>ТИД</b>	<b>Таърифи</b>
А	Кучли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, қизиқиш натижалари бўйича хулосалар келишилган)
Б	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган баъзи самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим ҳисобланади, баъзи тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича хулосалар келишилмаган)
Ц	Заиф тавсиялар (сифати ҳақида далил-исботлар тақдим этилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас), барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст, қизиқиш натижалари бўйича хулосалар эса бир-бирига мос келмайди)

**2. Асосий қисми.**

**2.1. Кириш:**

EUROCAT рўйхатга олиш тадқиқотларига кўра, Европада гипоспадиянинг умумий учраши ҳар 10 000 туғилишга 18,6 янги ҳолатни ташкил қилади (5,1–36,8). Ушбу кўрсаткичлар 2001 йилдан 2010 йилгача барқарор – ўзгармас бўлиб

колди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25712311>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>].  
Кенг қамровли тизимли текширув шуни кўрсатдики, гипоспадиянинг ўртача тарқалиши бутун дунё бўйлаб фарқ қилади: Европада – 19,9 (диапазон 1–464), Шимолий Америкада – 34,2 (6–129,8), Жанубий Америкада – 5,2 (2,8–110), Осиёда – 0,6–69, Африкада – 5,9 (1,9–110), Австралияда – 17,1–34,8. Гипоспадияларнинг пайдо бўлиш тенденциялари қарама-қаршидир - Европа ва Америка Қўшма Штатларида касалланишнинг кўпайиши турлича кўрсаткичларда ифодаланади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810252>,  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23088992>].

## 2.2. Тарифи:

Гипоспадия – Ўғил боладаги жинсий олат анатомик тузилиши аномалияси, унда сийдик чиқарув каналининг (уретра) тешиги одатдаги жойда бўлиши мумкин («гипоспадиясиз гипоспадиялар»), шунингдек пастга қараб силжиши мумкин, хатто умуман бошқа соҳада, жинсий олат танасида, ёрғоқ ҳамда оралиқда жойлашган бўлади. Гипоспадияни ғовак танани ажратиш майдонидан ташқарида жинсий олатнинг вентрал юзасини ҳосил қилувчи тўқималар гипоплазияси дэб таърифлаш мумкин. Жинсий олатнинг ўзи анатомик жиҳатдан ўсмай қолган, букилган, кичик, ингичка ёки ёрғоғига қараб ўсган бўлиши мумкин.

**Этиологияси.** Гипоспадия ривожланишининг энг катта хавф омиллари генетик, пласентар ва/ёки ташқи муҳит билан боғлиқ омиллардир УД: 26) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25712311>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>].  
Генетик ва атроф-муҳит омилларининг ўзаро таъсири гипоспадиялар бўйича генетик тадқиқотларда репликация етишмаслигини тушунтиришга ёрдам бэради. Битта нуклеотид полиморфизми гипоспадия ривожланиш хавфига фақат атроф-муҳит омиллари таъсири остида таъсир қилади (УД: 26) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18947603>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810252>].

• 7% оилаларда гипоспадияли қариндошлар аниқланади, гарчи дистал ва ўрта шакллари частотаси юқори бўлса ҳам [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19155122>].

• Эндокрин касалликлар фақат камдан-кам ҳолларда аниқланади.

• Кам вазн билан туғилган болаларда гипоспадия ривожланиш хавфи юқорирок бўлади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23305310>].

• Сўнгги 25 йил ичида гипоспадиялар билан касалланиш сезиларли даражада ошди.

• Эндокрин бузилишлар гипоспадиянинг кўп омилли моделининг таркибий қисмларидан бири ҳисобланади.

• Ҳомиладорликдан олдин перорал контрацептивлардан фойдаланиш болаларда гипоспадия ривожланиш хавфининг оширмайди, ҳомиладорлик пайтида эса ўртача ва

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23602841>].

### **2. 3. Клиник таснифлаш:**

Гипоспадиялар одатда сийдик чиқарув канали – уретранинг проксимал жойлашган тешигининг анатомик жойлашишига қараб таснифланади:

- дистал-олд гипоспадия (бошчали, коронал ёки дистал-Ўзакли шакли ва гипоспадияларнинг энг кенг тарқалган тури);
- Ўрта тана шакли (жинсий олатли);
- проксимал-орқа (пеноскротал, ёрғоқ, оралик).

Теридан ажратилгандан сўнг, патологик ўзгаришлар янада аниқроқ ифодаланган бўлиши мумкин. Гипоспадиянинг оғирлиги ва мураккаб хусусиятини тавсифлаш учун меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешигининг анатомик локализасияси ҳар доим ҳам етарли эмас. Шу сабабли, кўпинча гипоспадия оғирлигининг оддий таснифидан фойдаланилади, унда жинсий олат узунлиги, бошчанинг ўлчами ва шакли, уретрал пластинканинг сифати ва жинсий олатда қийшиқликнинг мавжудлиги ҳисобга олинади. Ушбу тасниф бўйича, гипоспадияларнинг икки тури ажратилади: енгил шакли (бир вақтда содир бўлмаган хордалар, микропенис ёки мойқлар аномалияларисиз изоляция қилинган бошчали ёки тана шакли гипоспадиялар); ва оғир шакли (пеноскротал, оралик бир вақтда содир бўладиган хордалар ва мойқ аномалиялари билан бирга).

### **3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностик ва даволаш жараёнлари.**

Одатда, гипоспадиялар туғилиш пайтида ташҳис қилинади (бундан бузилмаган суннат териси билан мегамеатус ҳолатлари мустасно, буни фақат суннат териси олиб ташланганидан кейин кўриш мумкин).

#### *Шикоятлар:*

- жинсий олатнинг эгрилиги;
- уретра ташқи тешигининг жинсий олат, скротум – ёрғоқ ёки перинеумнинг – оралик пастки юзасига силжиши;
- сийдик чиқаришда қийинчилик.

#### *Анамнез:*

- генетик мойиллик;
- экологик омиллар;
- эндокрин тизимнинг бузилиши камдан-кам ҳолларда аниқланиши мумкин;

- онанинг ёши ва туғилишда тана вазни паст бўлган чақалоқда гипоспадия ривожланиш хавфи юқори бўлади;
- ҳомиладорлик пайтида гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш;
- экстракорпорал уруғлантириш.

*Объектив текширув.* Диагностика пайтида қуйидаги ўзгаришлар кўрсатилиши керак:

- меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги ҳолати, шакли ва кенглиги;
- уретрал атрезиянинг мавжудлиги ва ғовак тананинг ажралиши;
- олат териси ва скротум - мойкнинг ташқи қўриниши;
- жинсий олат ўлчами;
- эрекция пайтида жинсий олатнинг қийшайиши.

Бундан ташқари, диагностик текширув пайтида бирга келадиган қуйидаги аномалияларни истисно қилиш керак, жумладан:

- крипторхизм (10% гача ҳолатларда);
- очик қин ўсимтаси ёки чов чурраси (9–15% ҳолатларда).

Жисмоний текширув вақтида жинсий олатнинг барча анатомик қисмларини текшириш ва уларнинг ҳар биридаги ўзгаришлар даражасини баҳолаш керак. Текшириш вақтида меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги локализацияси, проксимал спонгиоз гипоплазияси даражаси, жинсий олат эгрилигининг мавжудлиги ва ифодаланиши, уретрал пластинканинг кенглиги ва чуқурлиги, бошча ўлчами, вентрал юзада тери етишмаслиги даражаси, суннат терисининг мавжудлиги ва мойк халтаси – скротумдаги ўзгаришлар, масалан пеноскротал транспозиция ва бифуркацияланган – иккига бўлинган скротум –ёрғоқни аниқлаш мумкин бўлади. Барча жарроҳлик операциялари нечоғли асоратлар хавфи билан бирга кечиши сабабли, ота-оналар билан батафсил маслаҳатлашиш жуда муҳимдир.

Бир ёки икки томонлама пайпасланмайдиган мойк билан ёки аралаш турдаги жинсий аъзоларга шубҳа қилинган оғир гипоспадиялар жинсий ривожланишнинг бузилиши, айниқса туғма буйрак усти гиперплазиясини истисно қилиш учун туғилгандан сўнг дарҳол тўлиқ генетик ва эндокринологик текширувни талаб қилади. Сийдик томчилаб ажралиб чиққанда ва уретра – сийдик ё‘ллари шишганида, меатостенозни истисно қилиш керак. Тизимли текширувда гипоспадиянинг оғир шакли ва юқори ва қуйи сийдик чиқарув йўлларининг ривожланишидаги аномалиялар ўртасидаги боғлиқлик кўрсатилмаган (УД: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22815315>].

*Текширувнинг асосий усуллари:*

- Клиник қон таҳлили;
- Коагулограмма;
- Қон гуруҳи + резус мансублик;
- ЭКГ

*Қўшимча текширув усуллари:*

- Ёрғоқнинг УТТ - ултратовуш текшируви;
- Уретросистография – проксимал уретрани аниқлаш;
- Кариотипни (кўрсаткичлар бўйича) аниқлаш;

**4. Амбулатор даволаш тактикаси:**

Бирламчи гипоспадияларни жарроҳлик йўли билан даволаш одатда 6-18 (24) ойликда амалга оширилади (УД: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22542204>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16979730>]. Препубэртал даврда тубуляризасияланган кесилган уретропластикани (ТИР) амалга оширишда ёш кўрсаткичи асоратлар учун хавф омили ҳисобланмайди (уд: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22542204>]. истиқболли назорат остида ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, катталарда ТИР - тубуляризасияланган кесилган уретропластикадан кейинги асоратлар болаларга қараганда 2,5 баравар юқорироқ бўлади. (УД: 2а) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778183>].

**4.1. Дори-дармонсиз даволаш: мавжуд эмас.**

**4.2. Дори-дармонлар билан даволаш:** Адабиётларда операциядан олдинги гормонал терапиянинг (андроген стимуляция) жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилашга таъсири бўйича юқори сифатли маълумотлар мавжуд эмас. Уретрал жойни етарли даражада тортиш ва бошчанинг айрилиш хавфини камайтириш учун бошчанинг атрофини ошириш мақсадида операциядан олдинги даврда маҳаллий ёки парентерал тестостерон, дигидротестостерон ёки бета-ХГЧ билан гормонал терапия ўтказиш мақсадга мувофиқдир [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23602841>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24726783>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23597451>].

Терапия фониди жинсий олат бошчаси ва ўзагининг ҳажмини сезиларли даражада ошириш мумкин (УД: 1б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174377>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321554>]. Ўртача сифатли учта РКИ маълумотлари операциядан олдин гормонал терапия ўтказилган беморларда уретро-тери тешик оқмалари ва такрорий операциялар частотасининг пасайганлигини кўрсатади.

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28939350>]. Кўпгина ҳолларда тестостерон терапияси яхши қабул қилинади. Нохуш ҳодисаларга боланинг хулқ-атворидаги вақтинчалик ўзгаришлар, жинсий олат териси пигментацияси, қовда тукларнинг пайдо бўлиши, жинсий олат терисининг қичишиши ва қизариши, эрекция ва периоператив қон кетишларнинг кучайиши киради, бироқ адабиётларда гормонал стимуляция - қўзғалиш билан боғлиқ узоқ муддатли ножўя таъсирлар тасвирланмаган. Бундан ташқари, суяк тўқимаси етилишига таъсир кўрсатиш эҳтимоли бўлган маълумотлар тақдим этилмаган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816790>]. Тестостероннинг жароҳатни даволашга салбий таъсири ва операция вақтида қон йўқотишнинг кучайиши ҳақида хавотирлар мавжуд. Операция ичидаги ёки операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун пластик жарроҳликдан 1-2 ой олдин терапияни тўхтатиш тавсия этилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28111208>].

**Асосий дори воситалари рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан): йўқ**

**Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):**

*1-Жадвал*

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дориларнинг номи ХПН	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
Андрогенлар, антиандрогенлар	Тестестерон. Инексия учун эритма. 1 мл дан – 250 мг ли ампулаларда ; картон кутида 5 та ампула.	2 мг/кг, в/ичига, икки ҳафта / ой оралиғи билан 2 марта.	А
Андрогенлар, антиандрогенлар	Дигидротестестерон. Ташқи томондан қўллаш учуг гел.	Маҳаллий қўллаш, кунига 1 марта, бир ой.	А

**4.3. Жарроҳлик аралашуви:** гипоспадияли болаларни даволаш бўйича етарли тажриба тўпланган шифохонада болалар урологи ёки болалар жарроҳи томонидан амалга оширилади.

**4.4. Кейинги даволаш:**

**Амбулатория кузатуви** – жарроҳ томонидан поликлиникада ўтказилади.

- жисмоний машқлардан 4 ҳафтага озод қилинади
- яралар йиринглашининг олдини олиш.

**4.5. Баённома – баённомада келтирилган диагностика ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ва самарадорлиги кўрсаткичлари:** Амалга оширилган жарроҳлик аралашувининг самарадорлиги жарроҳ ва беморнинг ота-онаси/бемор томонидан баҳоланади. Бошчанинг учида вертикал равишда жойлашган меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги, ёш нормасига мос уретра калибри, нормал урофлоуметрия ва жинсий олатнинг қониқарли косметик кўриниши операциянинг яхши самарадорлигини кўрсатади.

#### ***5. Тиббий ёрдам турига қараб касалхонага ётқизиш бўйича кўрсатмалар:***

**5.1. Бирламчи тиббий ёрдам шифохонасига йўлланма – тавсия этилмайди.**

**5.2. Иккиламчи ва учинчи даражали касалхонага ётқизиш бўйича кўрсатмалар:** гипоспадиянинг барча турлари. Бирок, гипоспадиянинг проксимал шакллари етарли тажриба тўпланган жойда операция қилиниши керак (йилига 59 дан ортиқ операциялар).

#### ***6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:***

**6.1 Беморларни рўйхатга олиш картаси, беморларни йўналтириш (схемалар, алгоритмлар):** Бемор наркоз бериш учун минимал таҳлиллар тўплами билан режалаштирилган тартибда касалхонага ётқизилади.

**6.2 Дори-дармонсиз даволаш:** мавжуд эмас.

**6.3. Дори-дармон билан даволаш:** мавжуд эмас.

**6.4. Жарроҳлик аралашуви:** болаларда крипторхизмни жарроҳлик ё‘ли билан даволаш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

- гипоспадиянинг дистал шакли (MAGPI, Mathieu, Thiersch-Duplay, TIP, Graft TIP операциялари);
- гипоспадиянинг тана шакли (TIP, Graft TIP, Onlay Island Flap – OIF операциялари);
- гипоспадиянинг проксимал шакли (Byars Flap, Bracka, Koyanagi–Hayashi).

#### **6. 5. Операциядан кейинги даволаш:**

- антибактериал даволаш;
- оғриқсизлантириш;
- яра инфекциясининг олдини олиш;
- ярани парвариш қилиш.

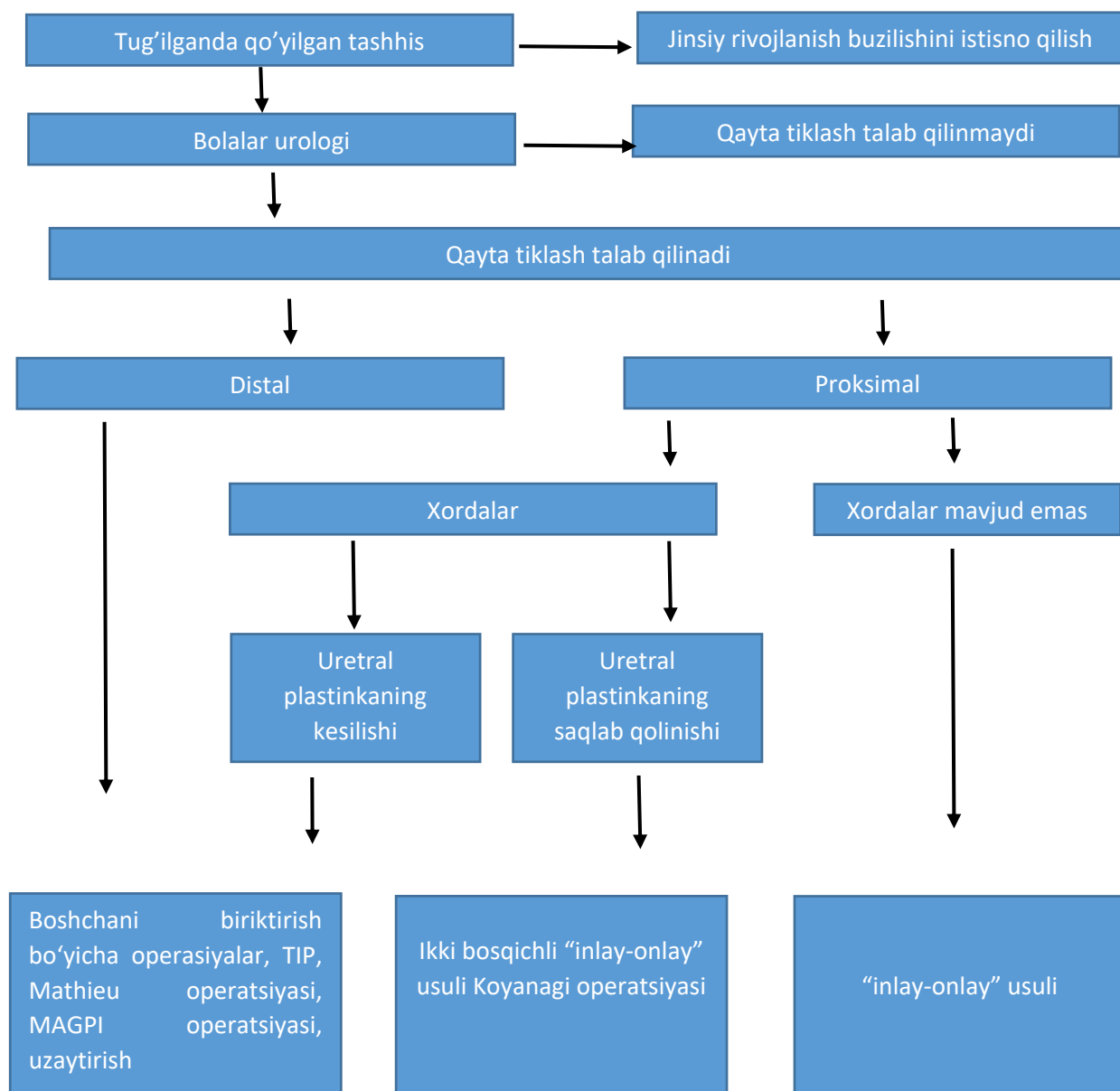
**6. 6. Баённома – баённомада келтирилган диагностика ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ва самарадорлиги кўрсаткичлари:** Амалга оширилган жарроҳлик аралашувининг самарадорлиги жарроҳ ва беморнинг ота-онаси/бемор томонидан баҳоланади. Бошчанинг учида вертикал равишда жойлашган меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги, ёш нормасига мос уретра калибри, нормал урофлоуметрия ва жинсий олатнинг қониқарли косметик кўриниши операциянинг яхши самарадорлигини кўрсатади.

**БОЛАЛАРДА «КРИПТОРХИЗМ»  
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ  
КЛИНИК БАЁННОМАСИ.**

## 1. Asosiy qismi.

### 1.1. Кириш:

Маъкул келадиган функционал ва косметик натижаларга эришиш учун жинсий олатнинг қийшиқлигини тузатиш, адекват – айнан бир хил ўлчамдаги янги уретра - сийдик йўлини шакллантириш, неомеатусни бошча учига олиб келиш ва жинсий олат ўзагини тери билан етарли даражада қопланишини таъминлаш керак (УД: 4) [Clinical Pediatric Urology. A.B. Belman, L.R. King & S.A. Kramer, Editors. 2002, Martin Dunitz: London.] (1-расм).



*TIP – тубуляризацияланган кесилган уретропластика усули; MAGPI – сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигини олиб ташлаш ва гланулопластика*

1-расм. Гипоспадияни даволаш алгоритми

## *2. Болалардаги крипторхизмда даволаш усуллари ва ёки жарроҳлик аралашувини қўллаш услуги.*

### *2.1. Даволаш ёки жарроҳлик аралашувининг мақсади:*

- жинсий олатни тўлиқ тўғрилаш;
- адекват – айнан бир хил ўлчамдаги янги уретрани шакллантириш;
- сийдик чиқариш канали – уретранинг янги тешигини жинсий олат бошчасининг учига чиқариш;
- умумий қабул қилинадиган косметик натижага эришиш (УД 4, тавсиялар даражаси С).

### *2.2. Даволаш ёки жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмалар:*

- 6 ойгача бўлган ёш;
- жинсий олатнинг кичик ўлчами;
- фаол босқичдаги ўткир респиратор касалликлар;
- боланинг беқарор соматик ҳолати.

### *2.3. Даволаш ёки жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар:*

- вентрал оғиш ёки сийдик оқимининг сачрашига олиб келувчи проксимал жойлашган меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги;
- меатостеноз;
- жинсий олатнинг олдинга эгилиши;
- бошчанинг иккига ажралиши;
- тери чокининг патологик жойлашуви билан жинсий олат айланиши;
- суннат териси тури;
- жинсий олат ва ёрғоқ транспозисияси;
- ёрғоқнинг иккига ажралиши.

*2.4. Даволаш ёки жарроҳлик аралашувини амалга оширувчи мутахассисга кўйиладиган талаблар:* давлат томонидан бэрилган намунадаги сертификатга (ёки Ўзбекистон Республикасида тан олинган мутахассиснинг билим ва кўникмаларини тасдиқловчи бошқа ҳужжатга) эга бўлган ва тажрибали мутахассис раҳбарлиги остида камида 50 та операцияни бажариш тажрибасига эга бўлган болалар урологи ёки болалар жарроҳи.

## 2.5. Асосий ва қўшимча диагностик чора-тадбирлар рўйхати:

### Асосий диагностик чора-тадбирлар:

- наркоз – анестезия ўтказиш учун таҳлилларнинг асосий тўплами (қоннинг клиник таҳлили, коагулограмма, жигар ферментлари, ЭКГ ва бошқалар);

**Диагностиканинг қўшимча усуллари:** биргаликда келувчи аномалиялар мавжуд бўлганда (жинсий шаклланишнинг бузилиши, проксимал гипоспадия) қўшимча диагностик чора-тадбирлар талаб қилинади:

- Кичик тос аъзоларининг УТТ - улратовуш текшируви.
- генетик жинсни аниқлаш (кариотиплаш);
- эндокринолог маслаҳати ва жинсий гормонлар даражасини аниқлаш;
- Кичик тос МРТ текшируви.

**2.6. Даволаш ёки жарроҳлик аралашувига қўйилган талаблар:** Катталаштирувчи кўзойнақлар ва махсус ингичка синтетик сўрилиб кетувчи чок материалларидан (6/0–7/0) фойдаланиш керак. Жинсий олатда ўтказиладиган ҳар қандай операциялардаги каби қуйдириш операсиясини ҳам ўта эҳтиёткорлик билан ўтказиш керак бўлади. Қоникарли натижани таъминлаш учун бир қатор жарроҳлик реконструктив усуллари билиш, жароҳатни парвариш қилиш ва операциядан кейинги даврда даволашни таъминлаш муҳимдир.

### 2.7. Беморни тайёрлаш учун қўйиладиган талаблар:

- беморнинг барқарор соматик ҳолати;
- ўРВИ – ўткир респиратор вирусли инфекция фаол белгиларининг мавжуд эмаслиги (клиник ва лаборатория);
- жинсий олатнинг тегишли катталиги ва боланинг ёши;
- асосий таҳлиллар тўплами.

### 2.8. Даволаш ёки жарроҳлик аралашуви методологияси:

**Жинсий олат эгрилиги.** Агар жинсий олатда эгрилик мавжуд бўлса, уни 70% ҳолларда жинсий олатни бўшатиш (тери аккордлари - хордалардан) ва вентрал юзадаги хақиқий хордалар - аккордларнинг бириктирувчи тўқимасини кесиш орқали тузатиш мумкин [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Уретрал майдон кўп сонли томирлардан иборат бириктирувчи тўқима мавжуд бўлиб, у кўп ҳолларда эгриликка олиб келмайди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8254812>,<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2294275>]. Қолдиқ хордалар - аккордлар ғовак жисмларнинг номутаносиблигидан келиб чиқади ва улар аниқланганда жинсий олатни, одатда дорсал медиан пликация ёки ортопластика (Несбит

бўйича пликасия модификасияси, шу жумладан нейроваскулярь тўпламларнинг кўтарилиши) ёрдамида тўғрилаш керак. кўпинча кесишишни талаб қиладиган қисқа уретрал пластинка билан бирлаштирилган аниқ ифодаланган эгриликда ( $>45^\circ$ ) қискартиришнинг олдини олиш учун жинсий олатни вентрал чўзилиши тавсия этилади. усул бир нечта қисқа вентрал корпотомияларни бажариш ҳолатида пластик парчаси ёки қин қобиғи трансплантати ёки пластиксиз оқсим қобиғини 3 дан 9 соатгача вентрал кўндаланг кесишни ўз ичига олади (УД: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19692004>]. Вентрал чўзилишдан сўнг, одатда, кўшимча равишда қисқа медиан дорсал пликация амалга оширилади. Ретроспектив тадқиқот натижаларига кўра, дорсал пликасия, бошқа омиллардан қатъи назар, вентрал қийшиқликнинг қайталаниши билан боғлиқ. Оғир шаклдаги эгриликда каверноз танадаги вентрал пластик жарроҳлик узоқ муддатли яхши натижаларга эга ва эректил функцияга нисбатан хавфсиздир (УД: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18721961>].

**Уретрани реконструкция қилиш – тиклаш.** Гипоспадия пластикасининг асосида кўп томирланган уретрал жойни сақлаб қолиш ва ундан реконструкция қилиш - тиклаш учун фойдаланиш ётибди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2294275>]. Губкага ўхшаш, ғалвирак танани/ уретрал майдон ва уретранинг булбоз бўлимини жалб этиш бир қатор ҳолатларда уретрал соҳани кесиб ўтмасликка имкон беради (уд: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19692004>]. агар уретрал майдонча кенг бўлса, уни Тирша–Дюплей усули бўйича найчага ўраб олиш мумкин. Агар уретрал майдонча жуда тор бўлса, аввал бўшашиш учун уни ўрта чизиғи бўйлаб кесиб ажратиш тавсия этилади, сўнгра эса Снодграсс–Оркисзевски техникаси бўйича реконструкция – тиклашни бажариш керак. Ушбу услуб дистал ва оралиқ гипоспадияларда стандарт бўлиб қолди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295308>]. Бирламчи ва такрорий пластик жарроҳлик пайтида уретрал пластинка чуқур кесилганда, юзани «инлай» тури бўйича суннат терисининг ички қобиғи (ёки лунж шиллиқ қавати) парчаси билан қоплаш тавсия этилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16600785>]. Бу, шунингдек, меатостенознинг олдини олиш учун кесимни пластинка ҳатидан ташқарига чўзиш имконини беради (УД: 2а) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26119452>]. Гипоспадияларнинг дистал шаклларида бошқа турли хил техникалар тавсифланган (Метю, уретранинг силжиши) (УД: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8773227>]. Гипоспадиянинг проксимал шаклларида даволаш учун ТПР техникаси қўлланилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25819601>]. Шу билан бирга, уретранинг кўтарилиши ва уретранинг ТПР операцияси билан жалб этилишини бирлаштириб бўлмайди, чунки бу симптоматик структура ривожланиши билан неуретранинг фокал - ўчоқли дэваскуляризациясига олиб келади (УД: 2б)

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23707201>]. Суннат терисининг ўткир парчасидан фойдаланган ҳолда амалга оширилган «онлай» техникаси стандарт вариант ҳисобланади, агар уретрал пластинка жуда тор ёки ёмон аҳволда бўлса, проксимал шакллар учун афзал ҳисобланади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Бир босқичли пластикда «онлай» типдаги суннат терисининг парчасидан фойдаланиш мумкин (УД: 26) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26780179>]. Агар уретрал майдоннинг яхлитлигини сақлаб қолишнинг иложи бўлмаса, бир ёки икки босқичли пластикдан фойдаланилади. Биринчи ҳолатда, уретра структурасининг олдини олиш учун “онлай найчаси” ёки «инлай-онлай» тури бўйича тубуларизацияланган парча модификацияси (Дакетт бўйича) қўлланилади ёки оқсил қобиғига «онлай» парчаси қўйилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23154207>] (УД: 3). Коянаги–Ҳаяши усули алтернатив – муқобил вариант ҳисобланади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19457720>]. Сўнгги бир неча йил ичида икки босқичли пластик жарроҳлик афзалроқ деб топилди, ушбу пластика асоратлар билан боғлиқ турли кўрсаткичларда ижобий натижалар бэради ва вентрал эгриликнинг қайталаниш хавфи пастлиги билан боғлиқдир, узоқ муддатли боғлиқ [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9284210>].

**Такрорий уретропластика.** Гипоспадиянинг такрорий пластикаси бўйича якуний тавсиялар бэриш мумкин эмас. Индивидуал вазиятга ва беморнинг эҳтиёжларига қараб, юқорида таърифланган барча операсиялар кўпинча модификацияда қўлланилади.

**Неоуретра шакллангандан кейин жинсий олатни тиклаш.** Янги уретра шакллангандан кейин операция пластик бошча ва жинсий олат терисини тиклаш билан яқунланади. Агар бошчани ёпиш учун тери етарли бўлмаса, суннат терисида икки ёқлама юза усулидан (Цэцил–Мичаловски) фойдаланиш ёки чоклар қаторини скротумга – моякка олиб кетиш мумкин. Суннат кенг тарқалмаган мамлакатларда суннат терисини тиклаш мумкин. Гарчи у ўзига хос асоратлар хавфи билан боғлиқ бўлса-да, реконструксия – тиклаш уретропластика самарадорлигини камайтирмайди Бу ўзига хос асоратлар хавфи билан боғлиқ бўлса-да, реконструксия уретропластика самарадорлигини камайтирмайди [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27200322>]. ТПР операциясида суннат терисининг гўштли қобиғининг парчасидан фойдаланиш тешиклар ҳосил бўлиш частотасини пасайтиради (УД: 26) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295308>].

**Сийдик чиқариш ва жароҳатни боғлаш.** Сийдикни тўкиш учун уретра - сийдик йўли орқали катетер ўрнатилиши ёки дренаж найчасини қов усти орқали чиқариш мумкин. Айрим жарроҳлар дистал гипоспадиянинг пластик операциясидан кейин қовукни тўкиб ташламайдилар [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25475503>]. Одатда, операциядан кейин паст босимли думалоқ боғлам қўлланилади ва профилактика мақсадида антибиотиклар буюрилади (УД: 4) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. Операциядан

кейин антибактериал профилактика паст самарадорликка эга ва фақат симптомларсиз бактериурия частотани камайтиради (УД: 26) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23416639>]. Ҳозирги вақтда дренажлашнинг оптимал давомийлиги ва боғлов тури аниқланмаган.

**Натижалар.** Бир қатор тадқиқотлар гипоспадия операциясидан кейинги асоратларнинг прогностик омилларини баҳолади. Истикболли маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, бошчанинг ўлчами 14 мм, меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешигининг маҳаллий локализацияси ва такрорий операция уретрал асоратларнинг мустақил хавф омиллари ҳисобланади. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320396>]. Жарроҳ томонидан амалга ошириладиган оз сонли операциялар мустақил равишда окма оқиши, стриктура ёки дивертикул ривожланиш хавфи билан боғлиқ (УД: 3) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23376710>]. ТИР бўйича мета-таҳлил маълумотларига кўра, гипоспадия дистал шакллариининг бирламчи пластикасида асоратларнинг энг паст даражаси кузатилади (4,5%), кейин проксимал шакллар (12,2%) ва такрорий операциялар (23,3%) аниқланган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. Гипоспадиянинг дистал шаклларида асоратларнинг тез-тез учраши (оқмалар – фистулалар, меатостеноз, вентрал эгриликнинг тарқалиши ва гематоманинг қайталаниши) 10% дан камни ташкил қилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468401>]. Дистал гипоспадияларда Метю ва ТИР пластик жарроҳлигидан кейин оқмалар – фистулалар ривожланишининг частотаси 3,4–3,6% ни ташкил қилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23793987>]. Бирламчи оғир гипоспадияларда ТИР операсияси ва «онлай» пластикасининг асорат даражаси таққосланади ва мос равишда 24 ва 27% ни ташкил қилади. У трансплантат пластикаси ва суннат териси найчага ўралган ҳолдаги ўткир пластикадан юқори бўлади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20727541>]. Адабиётларда «онлай» трансплантат орқали амалга оширилган пластик жарроҳлик ТИР операцияси натижаларини яхшилаш имконига эга эканлиги ҳақида ишончли маълумотлар тақдим этилмаган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061491>]. Қиёсий тадқиқот маълумотларига кўра, Ҳаяши модификациясида Коянаги бўйича бир босқичли пластик жарроҳликдан кейинги асоратлар частотаси 61% га етади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>]. 13% ҳолатларда ёнок шиллиқ қаватининг босқичли пластик операциясидан кейин такрорий операция талаб этилади ва беморларнинг учдан бирдан кўпроғида иккинчи босқичдан кейин, кўпинча трансплантатнинг қисман чандиқлари билан асоратлар ривожланади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21256520>]. Икки босқичли парчаларга бўлиниш пластик операциясидан кейинги асоратлар узок муддатли кузатувда 68% ҳолатларда ривожланади,

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537590>], бошқа бир тадқиқотда эса беморларнинг 28% такрорий операция талаб қилинади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26279102>].

**2.9. Даволаш ёки жарроҳлик аралашуви самарадорлиги кўрсаткичлари:** Амалга оширилган жарроҳлик аралашувининг самарадорлиги жарроҳ ва беморнинг ота-онаси/бемор томонидан баҳоланади. Бошчанинг учида вертикал равишда жойлашган меатус – сийдик чиқариш канали ташқи тешиги, ёш нормасига мос уретра калибри, нормал урофлоуметрия ва жинсий олатнинг қониқарли косметик кўриниши операциянинг яхши самарадорлигини кўрсатади.

**3. Баённома – баённоманинг ташкилий жиҳатлари:**

- 1) Тарафдорлар ҳамкорлигидаги муаммолар: йўқ.
- 2) Экспертлар тўғрисидаги малумотлар (махаллий ва чет эл мутахасислари);

Тақризчилар:

Носиров А.А.- Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти факультет болалар хирургияси кафедраси доценти.

Дубров В.И.- Тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар урологияси маркази раҳбари, Беларусь Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар урологи

- 3) Протоколни қайта ишлаб чиқиш: 3 йилдан сўнг (агара янги ташхис, даволаш, профилактика ва реабилитатсия усуллари киритилса);

**Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

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

**БОЛАЛАРДА «ГИПОСПАДИЯ»  
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАСИЯ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
БАЁННОМА – БАЁННОМА**

**ТОШКЕНТ 2025**

### Касалликларнинг халқаро таснифи –НКК(МКБ) коди -10:

Q54	Гипоспадия
Q54.0	Жинсий олат бошчаси гипоспадияси
Q54.1	Жинсий олат гипоспадияси
Q54.2	Олат-ёрғоқ гипоспадияси
Q54.3	Оралиқ гипоспадияси
Q54.4	Жинсий олатнинг туғма қийшиқлиги
Q54.8	Бошқа гипоспадия
Q53.9	Аниқланмаган гипоспадия

### Касалликларнинг халқаро таснифи –ХКТ(МКБ) коди-11:

LB53	Гипоспадия
LB53.0	Жинсий олат бошчаси гипоспадияси
LB53.1	Жинсий олат гипоспадияси
LB53.2	Олат-ёрғоқ гипоспадияси
LB53.4	Оралиқ гипоспадияси
LB54	Жинсий олатнинг туғма қийшиқлиги
LB53.Y	Бошқа аниқланган гипоспадия
LB53.Z	Аниқланмаган гипоспадия

Ўсмирлик ёшигача бўлган даврни узок муддатли кузатиш мақсадлари уретра – сийдик канали стриктураларини аниқлаш, сийдик ажралишининг бузилиши, жинсий олатни эгрилигининг қайталаниши, жинсий олат бошчаси дивертикулалари ва жинсий олат қирраларининг Ўзгаришини ўз ичига олади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29264201>]. Такрорий пластик жарроҳликни талаб қиладиган асоратларнинг ярмигача операциядан кейин бир йил ўтгач ривожланади (УД: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23306089>].

Операсиядан кейин кўпинча обструктив қийшиқ сийиш аниқланади ва гарчи у кўпгина ҳолларда клиник хулосага эга бўлмасада, узок муддатли кузатув талаб этилади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630805>] (УД: 2а). Гипоспадия пластикасидан кейин, айниқса хордалар - аккорд коррексиясидан кейин беморларда сийиш тезлиги паст бўлади, бироқ бу сийишнинг бузилиши белгилари билан боғлиқ эмас (HOSE) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22906660>] (УД: 2а). Шунинг учун гипоспадия билан касалланган болалар реабилитация ўрнига узок муддатли кузатувга муҳтождирлар.

Уретропластика натижаларини баҳолаш мақсадида гипоспадиялар учун обектив (HOSE) (УД: 2б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11488741>] ва косметик кўринишдаги шкалалар ишлаб чиқилган (HOPE) (УД: 2а) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23491983>]. Болаларнинг жинсий олатни идрок этиш шкаласи (PPPS) Ўғил боланинг ўзи томонидан гипоспадиялар бўйича операция натижаларини баҳолаш учун ишончли восита ҳисобланади, шунингдек, у операцияни амалга оширмаган ота-оналар ва урологлар ишининг самарадорлигини баҳолаш учун хизмат қилади. (УД: 2а) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23174225>]. Шунингдан олиш керакки, жарроҳлар тасдиқланган шкалаларни тўлдирган ота-оналарга қараганда косметик натижаларни янада кўпроқ оптимистик руҳда баҳолайдилар [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26725130>]. Замонавий шкалаларда беморлар томонидан тавсифланган натижалар, узок муддатли натижалар ва сексуал - шахвоний функциялар етарли даражада тақдим этилмаган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28505692>].

Болаликда гипоспадияни бошдан кечирган ўсмирлар ва катталарда, айниқса гипоспадияларнинг проксимал шакллари пластик жарроҳлигидан сўнг, жинсий олатнинг ўлчамидан норозилик частотаси биров ошган, бироқ улар назорат гуруҳларидаги эркаклардан сексуал - шахвоний хулқ-атвори билан фарқ қилмайди (УД: 2а-б) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16945681>]. Гипоспадия билан туғилган беморларнинг узок муддатли кузатувида кўра, улар барча PPS параметрлари бўйича жинсий олатнинг косметик шаклидан камроқ қониқишади; шунингдек, жинсий олат узунлигида ҳам фарқ аниқланган (9,7 ва 11,6 см) ва максимал тез-тез сийиш тезлиги камайган; Бу, айниқса, гипоспадиянинг проксимал шакли бўлган беморларни ва назорат гуруҳидаги эркакларни солиштирганда яққол намоён бўлади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25268894>].

Узок муддатли даврда беморларнинг косметик натижалардан қониқишини тизимли кўриб чиқишда қуйидаги маълумотлар олинган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27127350>]:

- жинсий олат ҳажмини идрок этиш назорат гуруҳидан унчалик фарқ қилмайди;
- балоғат ёшига етганида, беморлар жарроҳликнинг косметик натижаларига кўпроқ танқидий муносабатда бўлишади ва кўпинча уларни салбий қабул қилишади;
- беморлар дэформацияни – шакл ўзгаришини кучлироқ қабул қиладилар ва уларда ижтимоий шармандалик даражаси юқори бўлади.

Адабиётларда гипоспадияни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини баҳолаш учун фойдаланиладиган турли параметрлар келтирилган. Ёшга хос натижаларни ишлаб чиқиш керак бўлади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31865321>].

Асбобларнинг аксарияти косметик натижалардан қониқишни баҳолашга қаратилган ва фақат битта шкала сийиш функциясини аниқлашга имкон беради. Шкалаларнинг ҳеч

бири сексуал - шахвоний функция ва психологик оқибатларни ўз ичига олмайди  
[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28089292>].