

Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ



HOCA AHMET YESEVI ULUSLARARASI
TURK-KAZAK UNIVERSITESI

Медицина факультеті

Тақырыбы: **Несеп – жыныс жүйесінің ауытқулары**

Қабылдаған: Кушкарова А.А.

Орындаған: Марат М.М.

Тобы: ЖМ-408(X)

Түркістан-2018ж.

Жоспары:

- *1)Кіріспе*
- *2)Негізгі бөлім.*
 - 2.1.Қуық аномалиялары
 - 2.2. Үрпі аномалиялары
- *3)Қорытынды*

Зерттеу мақсаты:

- Студенттерге даму ақаулықтарының адам өміріне маңыздылығын түсіндіре отырып, болашақта қателіктер жібермей, адам өміріне зиян келтірмеуге дағдыландыру.

Зерттеу сұрағы:

- Несеп-жыныс жүйесінің адам өмірінде маңыздылығы қандай?
- Ұрықтың даму барысындағы болашақ ананың күтімі қандай болуы қажет?

- *Агенезия* (туа біткен қуықтың болмауы).
Өте сирек кездесетін аномалия, әдетте басқа туа біткен ақаулармен бірге жүреді. Мұндай аномалиясы бар балалар өлі туады немесе ерте жаста қайтыс болады.

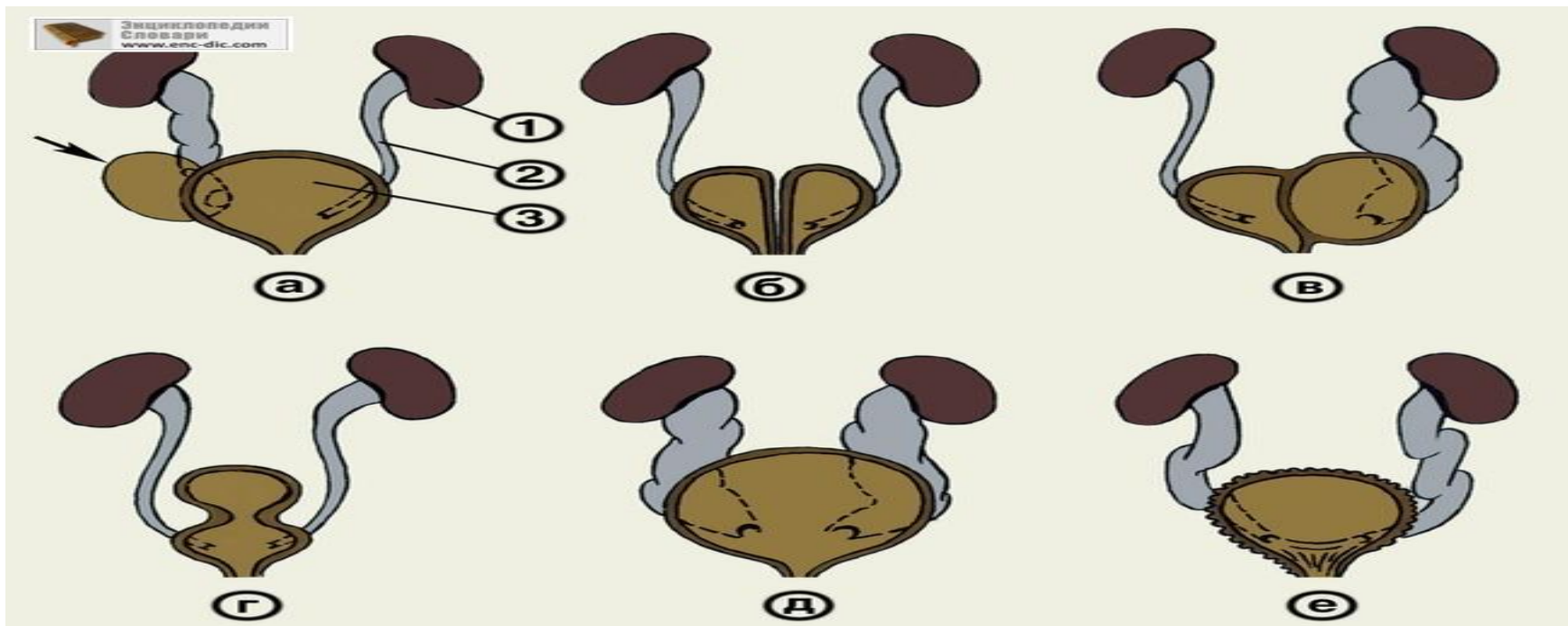
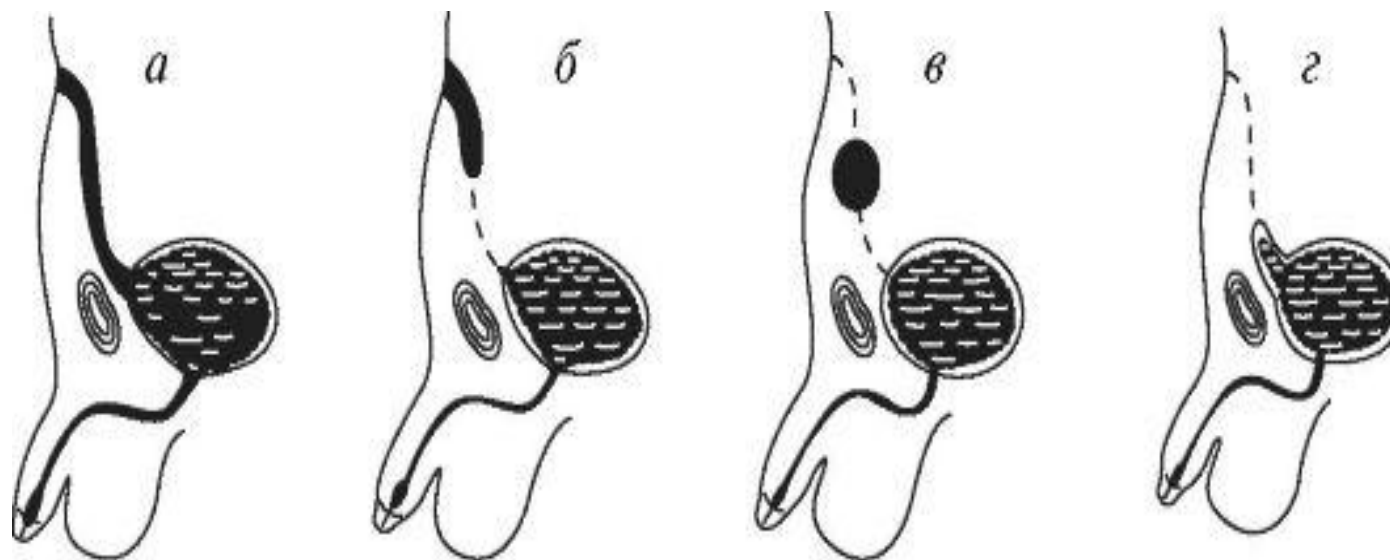


Рис. 3. Схематическое изображение органов мочевой системы при некоторых пороках развития мочевого пузыря: а — дивертикул мочевого пузыря (указан стрелкой); б — полное удвоение мочевого пузыря; в — полная сагиттальная перегородка (указана стрелкой); г — мочевой пузырь в виде песочных часов; д — мочевой пузырь при синдроме мегацистис-мегауретер; е — гипертрофия межмочеточниковой связки (связка указана стрелкой). 1 — почка; 2 — мочеточник; 3 — мочевой пузырь.

- **Қос қуық** өте сирек кездесетін даму аномалиясы болып табылады. Қуықтың толық қосарлануы (*vesica duplex completa*) кезінде әрбір жартысының бөлек жатқан несеппағар сағасы мен уретра болады. Толық емес қосарлануда (*vesica duplex incompleta*) қуықтың екі жартысы бір – бірден несеппағар сағасы болып, өзара қосылады. Бұл жағдайда уретра екі қуыс үшін ортақ болып табылады.
- Кейде қуықтың қуысы екі жартыға фронтальдық және сагитальдық пердемен бөлінген болады. Бұл екі камералы деп аталатын қуық (*vesica duplex bilocularis*). Перде толық және толық емес болуы мүмкін. Аномалияның клиникалық көрінісі мен анатомиялық ерекшеліктеріне қарай тиісінше операциялық араласу амалы қолданылады. Екі камералы қуық кезінде пердені кесіп алып тастайды.



Формы пороков: а — полный пузырно-пупочный свищ; б — неполный пузырно-пупочный свищ; в — киста урахуса; г — дивертикул мочевого пузыря.

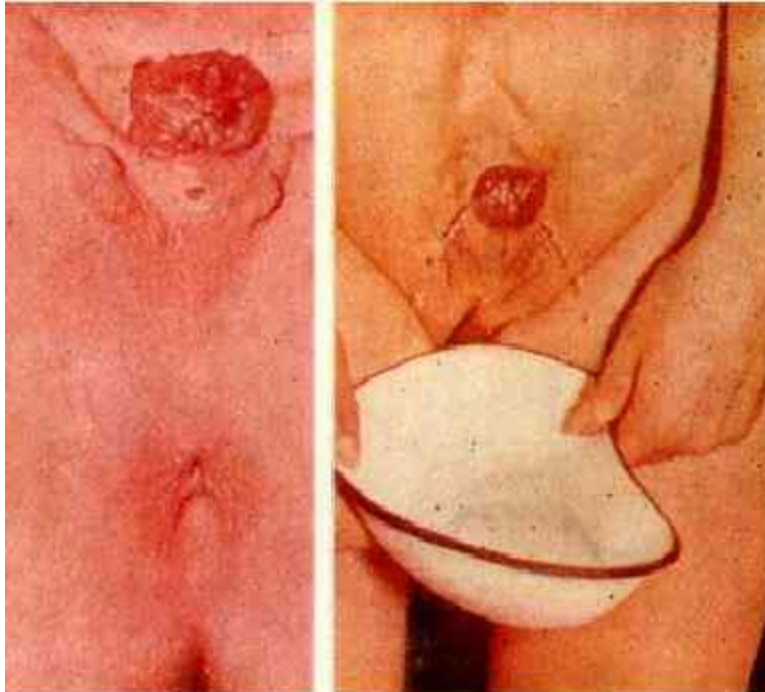
Урахус-туар сәтте бітеліп, орталық кіндік жалғамасына айналатын ұрықтың алғашқы зәр аққышы. Оның сақталуы зәр жылан көзін немесе киста дамуын тудырады.

- **Қуықтың дивертикулдары.** Қуықтың дивертикулдары клиникалық тұрғыда ересектердегіге қарағанда балаларда едәуір сирек кездеседі. Қуықтың дивертикулдары туа біткен және жүре пайда болған, шынайы және жалған деп ажыратылады. Туа біткен дивертикулдар деп қуық қабырғаларының барлық қабаттары сақталған қуықтың дивертикулдары есептеледі, ал жүре біткен дивертикулдың қабырғасы жұқарақ және қуықтың бұлшықет талшықтары арасында бұлтиған кілегей қабығымен көрінеді, бұлшықет қабаты әдетте болмайды. Дивертикулдың туа біткен тән сипатының бір белгісі ол қуықпен тар тесікпен қатынасады, басқасымен оған несеппағар сағасы құяды. Қуықтың дивертикулдарының клиникалық белгісі әртүрлі болуы мүмкін. Балаларда қуықтың дивертикулдары қай тұста шоғырлануына байланысты зәр сындырудың қиындауымен немесе несептің мүлдем жүрмей қалуымен қабаттасады. Дивертикул жағдайында созылмалы пиелонефритке және созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне апарып соғатын инфекцияларға жағдай жасайды. Дивертикулдың барысы ұзақ уақыт бойы симптомсыз болуы мүмкін, ал одан әріде қуықта не жоғарғы несеп жолдарында уросепсиске дейін баратын инфекция қабаттасқанының белгілерімен анықталады.

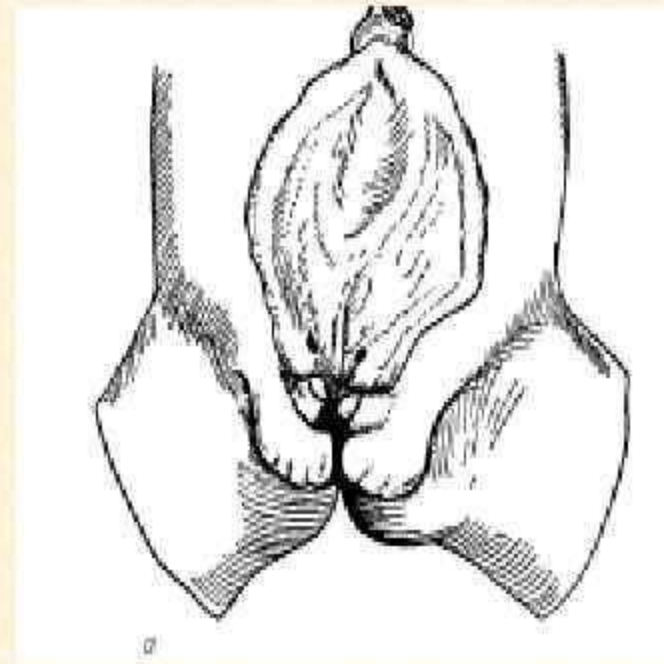
- Балаларда қуықтың дивертикулдарының диагнозы кіші дәрет сындыру актісінің тиісінше бұзылу кінәраттарының негізінде, сондай – ақ эндоскопиялық және рентгенологиялық зерттеулер негізінде қойылады. Цистоскопияда қуық дивертикулдарының шеттерінде радиарлық қатпарлары бар дөңгелек тесік түріндегі кіреберісі анықталады. Эндоскопиялық тексеру арқылы дивертикулдың бар екенін білуге болғанымен, оның үлкендігі мен формасын білуге мүмкіндік болмайды. Балаларда қуықтың дивертикулдарының диагностикасында контраст сұйықтықпен жасалатын цистоскопияның шешуші маңызы бар. Бұл кезде рентгенограммаларда дивертикулды қуықтың жанында орналасқан қосымша қуыс түрінде көруге болады. Контраст сұйықтықпен жасалған цистография дивертикул қабырғасының атониясын да анықтауға жағдай жасайды.
- Қуықтың дивертикулдарын түбегейлі емдеу несепті уақытша қасаға үстіндегі жыланкөз арқылы өткізеді немесе онсыз дивертикулоэктомия жасайды. Дивертикулоэктомияға кірісудің алдында несеппағар сағасының орналасуын тексеріп алу керек.

- **Қуықтың экстрофиясы** - қуықтың алдыңғы қабырғасының туғаннан болмауы. Аномалия жаңа туған 40-50 мың баланың біреуінде болады. Клиникалық ерекшелігі : ішперденің алдыңғы қабырғасының ақауы ақылы тез жарақаттанады, ауырады, ашық қызыл түсті және киімнің қажауынан қанай береді. Бала күшенген, жылаған кезде ішкі перде іші қысымының көтерілуі салдарынан қуықтың артқы ішперде қабырғасы бұлтиып шығады. Бұлтию диаметрі 3 – 7 см- дей болады. Жасы үлкейе келе түсетін құрылымның перифериялық бөлімдері тыртықтанып эпителиймен жабылады. Экстрофия кезінде қасаға байламының сүйектері едуір алшақтайды, осының салдарынан екі сан ішке қарай айналып « үйрек жүрісі» қалыптасады. Барлық жағдайларда экстрофияға тән клиникалық белгілер емделеді. Операция түрлерін 3 топқа бөлуге болады: қабырғаларын тігіп қуықты реконструкциялау; несепарды ішек жүйесіне және ішектің оқшауланған сегментіне орналастыру. Бірінші топтағы операциялар қазіргі кезде кең қолданылады. Реконструкциялық – пластикалық операциялар қуық қуысын, оның жабу аппаратын жасауға, сыртқы жыныс мүшелерінің қалыпты анатомиясы мен физиологиясын қалпына келтіруге бағытталған.

Қуықтың эктопиясы (экстрофиясы)



Қуықтың экстрофиясы.
Несеп шығару кезіндегі
науқастың түрі



Қуық экстрофиясындағы
шат симфизінің айрылуы

- **Қуық мойнының туа біткен контрактурасы (Марион ауруы).** Бұл ауру сирек кездеседі. Ұл балаларда қуық мойнының шырышасты және бұлшықет қабаттарында сақина тәрізді фиброзды тіннің пайда болуымен сипатталады. Клиникалық көрінісі қуық мойнының обструкциясының айқындылығына және аурудың ұзақтығына байланысты. Қуық мойнының контрактурасын өрлемелі уретроцистография мен уретроцистоскопияның мәліметтерімен негіздейді. Уретроцистография кезінде қуық қабырғасының трабекулярлығы мен түбінің жоғары орналасқандығы контрастталады, цистоскопияда – қуық қабырғасының трабекулярлығы, кейде қуық мойнының артқы қабырғасының бұлтиюы және кейбір науқастарда несепағараралық қатпар гипертрофиялануы анықталады.



Үрпінің аномалиялары.

- **Үрпінің туа біткен кеңеюлері** – үрпі өзегі қабырғаларының қап тәрізді бұлтиып шығуы. Уретраның тар өзек арқылы қатынасатын бұлииюы дивертикул деп аталады және уретраның төменгі бетінде жиі кездеседі. Көлемі грек жаңғағынан бастап тауық жұмыртқасындай аралықта болады. Клиникасы кіші дәрет сындырудың қиындауы, дивертикулдың көлемі едәуір үлкен болып және ол созылған болса, несеп жүрмей қалуы мүмкін,. Кейде дивертикулдың қабынып, онда қайталама тастардың түзілуі келіп қосылады. Дивертикул артқы уретрада болған кезде қуықтың екі кезеңдік босатылуы болады. Диагностикалық тұрғыдан дивертикулды контраст затпен толтырып зерттеу әдіс болып табылады. Уретра дивертикулсы операция жасаумен ғана емделеді. Тері мен дивертикулдың қабырғасын тілгеннен кейін оның өне бойында бар клапандарды кеп тастайды, дивертикулдың терісі мен қабырғасын уретраның саңылауы қалыпты мөлшерге келгенше кесіп алып тастайды.

Норма



Отверстие
мочеиспускательного
канала

Гипоспадия



Отверстие
мочеиспускательного
канала

Тяжелая гипоспадия

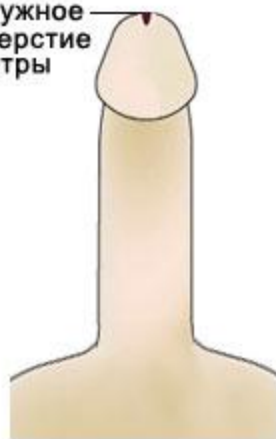


Отверстие
мочеиспускательного
канала

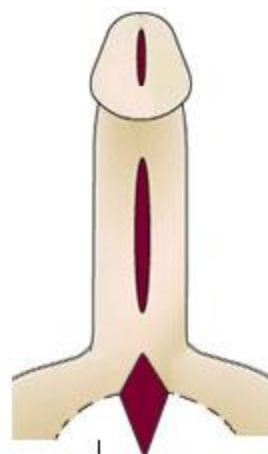
- **Гипоспадия** – даму кемістігі, ол дистальдық бөлімдерде уретраның артқы қабырғасының болмауымен сипатталады. Гипоспадияның пенистің басындағы; ұмадағы; шат аралығындағы формалары кездеседі. Эмбриогенезге ықпал етіп гипоспадияның дамуына әкелетін факторлар – ана организміндегі эндокриндік – гормондық өзгерістер, токсоплазмоз және т.б.
- Гипоспадия тек хирургия әдіспен ғана емделеді. Операциялық коррекцияның ең басты міндеттері жыныс мүшесіне түзету және уретраның жетіспейтін бөлімін жасау болып табылады. Емдеудің бірінші кезеңі-жыныс мүшесін түзету-әдетте баланың 1-2 жастағы кезінде жүзеге асырылады. Операцияның ерте жаста жүргізілуі каверноздық денелердің дамуы мен өсуі үшін қалыпты жағдайлар жасау үшін қажет. Операция жасап араласу негізгі екі компоненттен тұрады:
 - 1) жыныс мүшесінің деформациясына себепші талшық тартпаларды қию;
 - 2) жыныстық мүшенің вентральдық бетінің пластикасы.

Норма

наружное
отверстие
уретры



Эписпадия



мочевой пузырь

головчатая

стволовая

Экстрофия
мочевого
пузыря

- *Эписпадия* – уретра қабырғасының бір бөлігінің немесе түгелдей туа біткен ыдырауы. Ауру нәрестелерде 9 - 10 – шы апталарда дамуы мүмкін. Уретраның ыдырау формасына қарай 3 түрін ажыратады: **ер балаларда**

- 1) жыныс мүшесінің басының эписпадиясы;
- 2) жыныс мүшесінің эписпадиясы;
- 3) толық эписпадия.

- **Қыз балаларда**

- 1) клиторлық;
- 2) субсимфизарлық;
- 3) толық немесе ретросимфизарлық.

- ***Тотальдық эписпадия*** – кемтарлықтың ең ауыр және жиі кездесетін формасы. Мұндай форма болғанда қуық сфинктері толық ыдыраған болады да, несеп үнемі сыртқа, киімге және дененің жақын өңірлеріне ағып жүреді. Жыныс мүшесі жете дамымаған ілмек түрінде жоғары тартылып, терінің қатпарларында көрінбей қалады. Оның дорсальдық беті бойымен , ыдыраған каверноздық денелердің арасында үнемі ылғал болып тұратын кілегей өзек болады.

- *Үрпінің екі еселенуі.* Бұл аномалия сирек кездеседі. Екі еселенген үрпі бір немесе екі еселенген сыртқы жыныс мүшесінде (дифалия) байқалуы мүмкін. Үрпінің толық немесе толық емес екі еселенуі кездеседі. Толық екі еселену кезінде қосымша үрпі қуық мойнынан басталып, сыртқы жыныс мүшесінің басына немесе денесіне ашылады. Толық емес түрінде қосымша үрпі негізгісінен тарайды және сыртқы жыныс мүшесінің басына, вентралды және дорсалды беттеріне ашылады немесе тұйықталып бітеді. Бұдан басқа парауретралды жолдар да кездеседі. Қосымша үрпі мен парауретралды жолдар тек қана қабыну дамығанда және қиындалған зәр ағуында клиникалық көрініс береді. Емі негізінде олардың толық алып тасталуымен жүргізіледі.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1) Н.А. Лопаткина « Урология », Москва « Медицина » - 1995 г.
- 2) М.К. Алшынбаев, Е.С. Мәмбеталин « Урология », Алматы « Білім » - 1999 ж.
- 3) Б.Х. Хабижанов, С.Х. Хамзин «Педиатрия», «Қазығұрт» баспасы, Алматы – 2005 ж.
- www.google.kz
- www.yandex.ru

Қорытынды

- Балалардағы қуық пен үрпінің даму ақаулары медицина саласы үшін, жалпы қоғам үшін маңызды мәселе болып табылады. Оның маңыздылығы бұл арулардың барлығыда геннің мутациясына, қоршаған ортадағы зиянды факторлардың жүкті әйел ағзасына кері әсер етуіне байланысты туындайды. Сондықтан осы дертке алып келетін себептерді жан – жақты, толық зерттеп, болашақ ананы жүктілік кезінде зиянды әсерлерден қорғалуын қамтамасыз ету қажет. Сонымен қатар, ауруды анықтап, диагнозды ерте қою, ауру ағымын жеңілдетеді. Дұрыс ем тағайындау, осы аурумен ауыратын балалар диспансерлік бақылауда болуы қажет. Сонымен қатар, бұл ата – ана мен балаға үлкен қайғы болғандықтан, психологиялық тұрғыда көмекті қажет етеді.