



ننګهار طب پوهنځی

# د کوچنیانو جراحی



پوهاند داکټر فضل الرحمن شگیوال



۱۳۹۸

پلورل منع دی

د کوچنیانو جراحی

Paediatrics Surgery

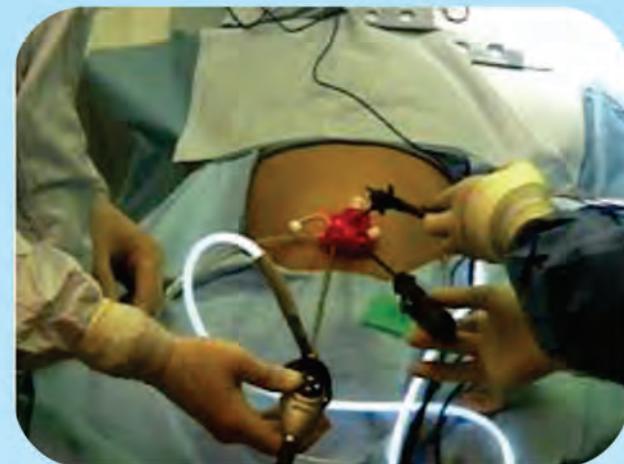
بوټاند داکټر فضل الرحمن شگیوال



Nangarhar Medical Faculty

Prof Dr Fazel Rahim Shagiwal

# Paediatrics Surgery



Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan



ISBN 978-9936-633-16-2



9 789936 633162

Not For Sale

2019

# د کوچنیانو جراحی

پوهاند پاکتر فضل الرحيم شگیوال

افغانیک  
Afghanic



Pashto PDF  
2019



Nangarhar Medical Faculty  
ننګهار طب پوهنځی

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan

## Paediatrics Surgery

Prof Dr Fazel Rahim Shagiwal

Download: [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

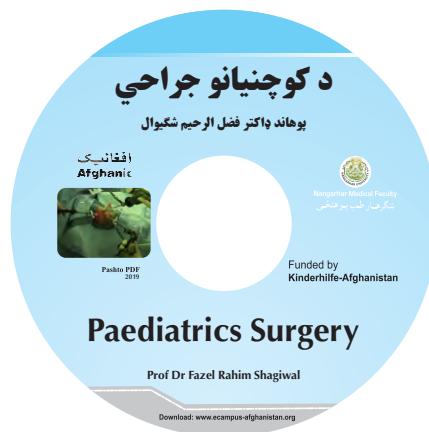
اقرأ باسم ربك الذي خلق

# د کوچنیانو جراحی

لومړۍ چاپ

پوهاند داکټر فضل الرحيم شگیوال

دغه کتاب په پې ډي ایف فارمټ کې په مله سی ډي کې هم لوستلی شي:



د کتاب نوم	د کوچنیانو جراحی
لیکوال	پوهاند ډاکټر فضل الرحیم شگیوال
خپرندوی	ننگهار پوهنتون، طب پوهنځی
ویب پانه	www.nu.edu.af
د چاپ کال	۱۳۹۸، لوړۍ چاپ
چاپ شمېر	۱۰۰۰
مسلسل نمبر	۲۸۱
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ څای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل، افغانستان



دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېتې په جرمни کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمولیل شوي دي.  
اداري او تخنیکي چارې بې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.  
د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤولیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کونکي او تطبیق کونکي ټولنې په دې اړه مسؤولیت نه لري.

د تدریسي ګتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسي:  
ډاکټر یحيی وردک، د لورو زده کړو وزارت، کابل  
تيليفون ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴  
ایمیل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸-۹۹۳۶-۶۳۳-۱۶-۲

## د لوړو زده کړو وزارت پیغام



د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راولو، ساتلو او خپرولو کې دیر مهمه رول لوپولی دی. درسي کتاب د نصاب اساسی برخه جوروی چې د زده کړي د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدي امله د نېټوالو پېژندل شویو معیارونو، د وخت د غونښتنو او د تولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

له بناغلو استادانو او لیکوالانو خخه د زړه له کومي مننه کوم چې دوامداره زیار بې ایستلني او د کلونو په اوردو کې بې په خپلواړوندو خانګو کې درسي کتابونه تأليف او ژپارلي دي، خپل ملي پور بې اداء کړي دي او د پوهې موتور بې په حرکت راوستي دی. له نورو بناغلو استادانو او پوهانو خخه هم په درښت غونښته کوم تر خو په خپلواړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کیفیت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختګ کې بې نېټ ګام اخيستي وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحي د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معیاري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي. په پاي کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمبيټي او زموږ همکار داکتر يحيى وردک خخه مننه کوم چې د دی کتاب د خپرولو لپاره بې زمينه برابره کړبده. هيله منده یم چې نوموري ګټوره پروسه دوام وکړي او پراختیا موموي تر خو په نېړدې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لړ تر لړه یو معیاري درسي کتاب ولرو.

په درښت

پوهنمل دوکتور نجیب الله خواجه عمری

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۸

## د درسي کتابونو چاپول

قدمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لوبيو ستونزو خخه ګنل کېږي. یو زيات شمير استادان او محصلين نويو معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغه کتابونو او چېټرونو خخه ګته اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټېټې کیفیت فوټوکاپی کېږي.

تر اوسه پوری موږ د ننګههار، خوست، کندههار، هرات، بلخ، الپرورني، کابل، کابل طبی پوهنتون او کابل پولی تختنیک پوهنتون لپاره ۲۸۹ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجینيري، اقتصاد، ژرنالیزم او زراعت پوهنځیو ۹۶۱ طبی د آلمان د علمي همکاريو تولني DAAD، ۱۷۰، Kinderhilfe-Afghanistan ۷، کتابونه د طبی او غیر طبی د افغان ماشومانو لپاره د جرمي کمېټي Afghanistan-Schulen ۳، کتابونه د آلماني او افغاني پوهنتونونو تولني DAUG، ۲، کتابونه په مزار شريف کې د آلمان فدرال جمهوري جنزاں ګنسولګري، ۱، د صافې بنسټ لخوا، ۱ د سلواک اېډ او ۸ نور کتابونه د کارداد ادناور بنسټ KAS) په مالي مرسته چاپ کړي دي.

د یادونې وړه، چې نوموري چاپ شوي کتابونه د هېواد تولو او پونده پوهنتونونو او یو زيات شمېر ادارو او مؤسساتو ته په وربا توګه وبشل شوي دي. تول چاپ شوي کتابونه له [www.afghanistan-ecampus.org](http://www.afghanistan-ecampus.org) وېب پانې خخه داونلود کولای شي.

دا کېښې په داسي حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۴-۲۰۱۰) کلونو په ملي ستراتېژیک پلان کې راغلي دي چې:

”د لوړو زده کړو او د نبوونې د نېه کیفیت او زده کوونکوته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په درې او پښتو ژبود درسي کتابونو د لیکلو فرصلت برابر شي د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګریزې ژې خخه درې او پښتو ژبوده د کتابونو او درسي موادو ژبارل اړین دی، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصرې، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي.“

مونږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چېټر او لکچر نوټ دوران ته د پای تکی کېږدو. دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال خه نا خه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ شي.

له ټولو محترمو استادانو خخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولکي، وزیاري او يا هم خپل پخوانۍ ليکل شوي کتابونه، لکچر نوتونه او چېټروننه ايدېت او د چاپ لپاره تبای کړي، زمونږ په واک کې راکړي چې په نسه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوند پوهنځيو، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یاد شوېو ټکو په اړوند خپل وراندېزونه او نظریات له مونږ سره شريک کړي، تر خو په ګډه پدي برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

د مؤلفینو او خپروونکو له خواپوره زيار ایستل شوی دي، ترخود کتابونو محتويات د نړیوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بیا هم کیدای شي د کتاب په محتوى کې خینې تیروتنې او ستونزې ولیدل شي، نو له درنو لوستونکو خخه هيله مند یو تر خو خپل نظریات او نیوکې مؤلف او يا مونږ ته په ليکلې بنه راولیږي، تر خو په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي. له افغان ماشومانو لپاره د جرماني کمبېتي او د هغېي له مشر پاکتر ايروس خخه دېره منه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت ېي ورکړي دي، دوی تر دي مهاله د ننګرهار پوهنتون ۱۷۰ عنوانه طبي او غيرطبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه اخيستي دي.

CIM (Center for International Migration & Development) له دفتر او د جې آي زېت (GIZ) له دفتر او خخه، چې زما لپاره ېي له تر ۲۰۱۶ ۲۰۱۰ نه پوري په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي ۹۹، هم د زړه له کومې منه کوم.

د لوړو زده کړو له وزیر پوهنمل دوکتور نجيب الله خواجه عمری، علمي معین پوهنمل دېلیوم انجنیر عبدالتواب بالاکرزۍ، مالي او اداري معین داکتر احمد سیر مهجور، مالي او اداري رئیس احمد طارق صدیقي، په لوړو زده کړو وزارت کې سلاکار پاکتر ګل رحیم صافې، د پوهنتونونو رئیسانو، د پوهنځيو ریسانو او استادانو خخه منه کوم چې د کتابونو د چاپ لپري ې هڅولې او مرسته ېي ورسره کړي ۵۵. د دغه کتاب له مؤلف خخه دېر منندوی یم او ستاینه ېي کوم، چې خپل د ګلونو-ګلونو زیار ېي په وړیا توګه ګرانو محصلينو ته وړاندې کړ.

همدارنګه د دفتر له همکارانو هر یو حکمت الله عزیز او فہیم حبیبی خخه هم منه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې ېي نه سترې کیدونکي هلې ئڅې کړې دي.

داکتر یحيى وردک، د لوړو زده کړو وزارت سلاکار  
کابل، اپریل، ۲۰۱۹

د دفتر تیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

## د پیل خبری

د طب پوهنخی د درسي کربکولم سره سمه ارتیا وه چې چې د پنهام تولگی لپاره د کوچنیانو جراحی تدریسي کتاب ولیکم، نود خانگی د ارتیا په نظر کې نیولو سره ما ته دنده راکړل شوه ترڅو د تنګرهار پوهنتون د طب پوهنخی دغه تشه د پنهام تولگی لپاره راډکه شي. خرنګه چې نورې نړۍ د کوچنیانو جراحی کې زیات پرمختګ کړی دی، نواړینه ده د دې کاروان ملګرتیا وکړو. د کتاب په لیکلو کې د نړۍ د معېبرو کتابونو او علمي اکادمیکو نشراتو خخه استفاده شوې ده چې د خپلې کاري مسلکي تجربې خخه راټول شوي معلوماتو ته هم ئای ورکړي چې د کتاب په بداینه کې اغېزمن وه.

د لوی او مهربانه خدای په مرسته مې وکړای شو د خپلوا عزتمندو هم مسلکانو او ګرانو محصلینو د خدمت جوګه شم د دې کتاب په لیکنه او ډیزاین کې محترم ډاکتر صاحب سیف الله غریب یار او ډاکتر صاحب عامر فضل زما سره پوره مرسته کړې ده، ورڅخه مننه کوم، او هم د لوی خدای ځخه ورته د لا بریاو دعا غواړم

په درنښت

# لیک لبر

سریزه

۱

## لومگری فصل

### ۵ سرد بدخی و لادی انومالی کانی

۲	۱.۱ دماغی تقتق
۲	۱.۱.۱ تعریف
۲	۱.۱.۲ پیشنبی
۳	۱.۱.۳ ڈلیندی
۶	۱.۱.۴ کلینیک
۶	۱.۱.۵ تشخیص
۶	۱.۱.۶ تقریقی تشخیص
۷	۱.۱.۷ درملنہ
۷	۱.۱.۸ اختلالات
۷	۱.۱.۹ جراحی عملیات نہ وروستہ اختلالات
۷	۱.۲ کرانیو سینوستیوزس
۷	۱.۲.۱ تعریف
۸	۱.۲.۲ ڈلیندی
۹	۱.۲.۳ کلینیکی لوحہ او درملنہ
۱۴	۱.۳ هایدروسیفالوس
۱۴	۱.۳.۱ تعریف
۱۴	۱.۳.۲ ڈلیندی
۱۷	۱.۳.۳ کلینیکی لوحہ
۱۹	۱.۳.۴ معاینہ
۲۰	۱.۳.۵ درملنہ
۲۰	۱.۳.۶ اختلالات
۲۱	۱.۴ سپینا بای فیدا
۲۱	۱.۴.۱ تعریف

۲۱	۱.۴.۲ دلیندی
۲۳	سپینا بای فیدا سیستیکا
۲۷	۱.۴.۴ د سپینا بای فیدا درملنه
۳۲	لنژیز
۳۴	پونستنی
۳۶	ماخذونه

## دویم فصل

### د گپدی د جدار انومالی

۴۰	۱.۲.۱ اوراک انومالی
۴۰	۱.۱.۱ تعریف
۴۱	۱.۲.۱.۱ دلیندی او درملنه یې
۴۱	۱.۲.۱.۲ اوراکل سیست
۴۱	۱.۲.۱.۲ اوراکل سینس
۴۲	۱.۲.۱.۲ د مثانی اوراکل دایورتیکولوم
۴۲	۱.۲.۱.۲ د نامه خخه د زوو یا Pus افزات
۴۲	۱.۲.۱.۵ امبیلیکل سپس
۴۳	۱.۲.۱.۶ امبیلیکل گرانولوما
۴۴	۱.۲.۱.۷ امفالومیزینتریک گرانولوما
۴۵	۱.۲.۲ پرون بیلی سندروم
۴۵	۱.۲.۲ تعریف
۴۶	۱.۲.۲.۱ فزیو پتالوژی
۴۶	۱.۲.۲.۲ اعراض او علایم
۴۸	۱.۲.۲.۴ تشخیص
۴۹	۱.۲.۲.۵ درملنه
۵۰	۱.۲.۲.۶ انزار
۵۰	۱.۲.۳ د نامه د غوتی چوره
۵۰	۱.۲.۳.۱ تعریف
۵۱	۱.۲.۳.۲ کلینیکی لوحه

٥٢	- ٣.٣.٢ درملنه
٥٣	- ٢.٤ ایگزمالو سیل
٥٣	- ١.٤.٢ تعریف
٥٤	- ٢.٤.٢ ڈولونه
٥٥	- ٣.٤.٢ درملنه
٥٨	- لندیز
٦١	- پوبنتنی
٦٣	- ماخذونه

### درېم فصل

په نوو زېریدلو کو چنيانو کې په ولادي چول د هضمی لاري بندېست

٦٩	- ٣.١.٣ میکونیم الیوس
٦٩	- ٣.١.١ تعریف
٧٠	- ٣.١.٢ پتوکونومیک معاینه
٧٠	- ٣.١.٣ پتالوژی
٧٢	- ٣.١.٤ اهتمامات او جراحی درملنه
٧٣	- ٣.١.٥ د عملیات خخه و روسته اهتمامات
٧٣	- ٣.٢.٣ میکل ڈایورتیکولم
٧٣	- ٣.٢.١ تعریف
٧٤	- ٣.٢.٢ ڈولونه
٧٥	- ٣.٢.٣ تشخیص
٧٥	- ٣.٢.٤ اختلاطات
٧٦	- ٣.٢.٥ درملنه
٧٧	- ٣.٣.٣ امپروفوریتیبل انس (ناخیرې شوی مقعد)
٧٧	- ٣.٣.١ تعریف
٧٩	- ٣.٣.٢ ڈلبندی
٨١	- ٣.٣.٣ د high او low انومالي ترمنځ فرق
٨٤	- ٣.٤.٣ تشخیص
٨٦	- ٣.٥.٣ درملنه

٨٨	- Intussusception (ISS)	.٣ .٤ .٤ .٣
٨٨	- ١ تعريف	.٣ .٤ .٤ .٣
٨٨	- ٢ لاملونه	.٣ .٤ .٤ .٣
٨٩	- ٣ پپنبې	.٣ .٤ .٤ .٣
٩٢	- ٤ اعراض او علایم	.٣ .٤ .٤ .٤
٩٥	- ٥ درملنه	.٣ .٤ .٤ .٥
٩٦	- ٦ اختلاطات	.٣ .٤ .٤ .٦
٩٦	- ٥ ولادي هاپرتروفیک پایلوریک ستینوزس	.٣ .٤ .٥ .٥
٩٧	- ١ تعريف	.٣ .٤ .٥ .٥
٩٧	- ٢ پپنبې	.٣ .٤ .٥ .٥
٩٧	- ٣ پتالوژي	.٣ .٤ .٥ .٥
٩٨	- ٤ کلینيكي بنه	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠٠	- ٥ تشخيص	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠١	- ٦ تقريري تشخيص	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠١	- ٧ درملنه	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠١	- ٨ جراحی تخنيك	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠٢	- ٩ عمليات وروسته د ناروغ ماشوم ساته	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠٢	- ١٠ اختلاطات	.٣ .٤ .٥ .٥
١٠٣	- ٦ ولادي ميگا كولون (هرش پرائگ ناروغى)	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٣	- ١ تعريف	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٣	- ٢ لاملونه او پپنبې	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٣	- ٣ کلینيكي انواع	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٤	- ٤ پتالوژي	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٥	- ٥ اعراض او علایم	.٣ .٤ .٥ .٦
١٠٩	- ٧ تشخيص	.٣ .٤ .٥ .٧
١١١	- ٨ درملنه	.٣ .٤ .٥ .٨
١١٢	- ٩ اختلاطات	.٣ .٤ .٥ .٩

۱۱۳-----	۷.۳ کسبي ميگا كولون
۱۱۳-----	۷.۳.۱ تعريف
۱۱۳-----	۷.۳.۲ درملنه
۱۱۳-----	۷.۳.۳ نتيجه
۱۱۴-----	لنديز
۱۱۶-----	پوبنتني
۱۱۸-----	ماخذونه

### خلورم فصل

#### فقونه (چوره)

۱۲۱-----	۴.۴ چوره يا فتق
۱۲۱-----	۴.۱.۱ تعريف
۱۲۱-----	۴.۱.۲ دولونه
۱۲۲-----	۴.۱.۳ آناتوموپتالوژي
۱۲۳-----	۴.۱.۴ د فتق دلبندی
۱۲۷-----	۴.۲ مغبني فتق
۱۲۷-----	۴.۲.۱ جراحي آناتومي د مقبني کانال
۱۲۸-----	۴.۲.۲ د مستقيم او غير مستقيم مغبني فتق ترمينع فرق
۱۲۸-----	۴.۳ مستقيم مغبني فتق
۱۲۸-----	۴.۳.۱ تعريف
۱۲۸-----	۴.۳.۲ دولونه
۱۲۹-----	۴.۳.۳ اعراض او علائم
۱۲۹-----	۴.۳.۴ تفريقي تشخيص
۱۳۰-----	۴.۳.۵ درملنه
۱۳۰-----	۴.۲ غيرمستقيم مغبني فتق
۱۳۰-----	۴.۲.۱ تعريف
۱۳۱-----	۴.۲.۲ سريري دولونه
۱۳۲-----	۴.۲.۳ درملنه
۱۳۵-----	لنديز

۱۳۶

۱۳۸

پنجم فصل  
تیراتوما

۱۴۰	۱.۵ تیراتوما
۱۴۰	۱.۱.۵ تعریف
۱۴۰	۲.۱.۵ دلبندی
۱۴۱	۳.۱.۵ اعراض او علایم
۱۴۱	۴.۱.۵ درمانه
۱۴۲	Post-Anal Dermoid Cyst ۲.۵
۱۴۲	۱.۲.۵ تعریف
۱۴۲	۲.۲.۵ تشخیص
۱۴۲	۳.۲.۵ تقریقی تشخیص
۱۴۳	۴.۲.۵ درمانه
۱۴۳	۵.۳ دپنستورگو پولی سیستیک ناروگی
۱۴۳	۱.۳.۵ تعریف
۱۴۳	۲.۳.۵ پپنی او کلینیکی انواع
۱۴۴	۳.۳.۵ پتالوژی
۱۴۴	۴.۳.۵ کلینیکی بنه
۱۴۴	۵.۳.۵ تشخیص
۱۴۴	۶.۳.۵ تقریقی تشخیص
۱۴۴	۷.۳.۵ ازار
۱۴۵	۸.۳.۵ درمانه
۱۴۷	۴.۵ ویمز تومور یا نفوپلاستوما
۱۴۷	۱.۴.۵ تعریف
۱۴۸	۲.۴.۵ کلینیکی منظره
۱۴۸	۳.۴.۵ تومور پرمختگ مرحلی
۱۴۹	۴.۴.۵ تقریقی تشخیص

۱۵۱	- ۵.۴.۵ درملنه
۱۵۲	- ۵.۵ نیوروپلاستوما
۱۵۲	- ۵.۵.۱ تعریف
۱۵۳	- ۵.۵.۲ کلینیکی بنه
۱۵۴	- ۵.۵.۳ تشخیص
۱۵۴	- ۵.۵.۴ تقریقی تشخیص
۱۵۵	- ۵.۵.۵ دnarوغی مراحل
۱۵۶	- ۵.۵.۶ درملنه
۱۵۷	- لندیز
۱۵۸	- پوبنتنی
۱۶۰	- ماخذونه

### شیرم فصل ۵ مثانی ایکستروفی

۱۶۳	- ۱.۶ د مثانی ایکستروفی
۱۶۳	- ۱.۱.۶ تعریف
۱۶۴	- ۱.۶.۱ پیشنه
۱۶۴	- ۱.۶.۱.۳ اعراض او علایم
۱۶۵	- ۱.۶.۱.۴ اختلالات
۱۶۶	- ۱.۶.۱.۵ درملنه
۱۶۶	- ۱.۶.۱.۶ اوستیوتومی
۱۶۷	- ۱.۶.۱.۷ د مصنوعی مثانی جورول
۱۶۷	- ۱.۶.۲ د مثانی د عنق سکلیروزس
۱۶۷	- ۱.۶.۲.۱ تعریف
۱۶۸	- ۱.۶.۲.۲ دnarوغی مراحل
۱۶۸	- ۱.۶.۲.۳ کلینیکی بنه
۱۶۹	- ۱.۶.۲.۴ تشخیص
۱۶۹	- ۱.۶.۲.۵ درملنه
۱۷۰	- لندیز

۱۷۲

۱۷۳

## اووم فصل

### د زړه ترانسپلنتشن او ولادي ناروځي

۱۷۵	۱.۱ د زړه پیوند
۱۷۵	۱.۱.۱ تعريف
۱۷۶	۱.۱.۲ تاريخچه
۱۷۶	۱.۱.۳ د زړه Donor او Recipient
۱۷۷	۱.۲ د زړه د پیوند مضاد استطبابات
۱۷۷	۱.۲.۱ د زړه د پیوند اخيستونکي او د زړه ورکونکي د تطابق قابلیت
۱۷۸	۱.۲.۲ د پونر دولونه او ځانګړتياوې
۱۷۹	۱.۲.۳ د عمليات تخنيک
۱۷۹	۱.۲.۴ د زړه د پیوند اختلالات
۱۸۰	۱.۲.۵ د عمليات پايلې
۱۸۰	۱.۲.۶ د زړه زخمونه
۱۸۰	۱.۲.۷ د زړه پیش جروحات
۱۸۰	۱.۲.۸ تعريف
۱۸۰	۱.۲.۹ دلبندۍ
۱۸۱	۱.۲.۱۰ کلينيکي بنه
۱۸۱	۱.۲.۱۱ تشخيص
۱۸۱	۱.۲.۱۲ درملنه
۱۸۵	۱.۲.۱۳ د زړه نافذه جروحات
۱۸۵	۱.۲.۱۴ تعريف
۱۸۵	۱.۲.۱۵ اعراض او علایم
۱۸۶	۱.۲.۱۶ درملنه
۱۸۶	۱.۲.۱۷ د زړه ولادي ناروځي
۱۸۸	۱.۲.۱۸ د اذیناتو د جدار تقیصه (ASD Atrial septal Defect) یا
۱۸۸	۱.۲.۱۹ تعريف

١٨٩	٢.٥.٧ كلينيكي بنه
١٩٠	٣.٥.٧ تشخيص
١٩٠	٤.٥.٧ درمنه
١٩٠	٥.٥.٧ انزار
١٩١	٦.٦.٧ دبطيناتود جدار نقیصه (ventricular septal Defect) يا VSD
١٩١	١.٦.٧ تعريف
١٩١	٢.٦.٧ كلينيكي بنه
١٩٢	٣.٦.٧ تشخيص
١٩٢	٤.٦.٧ درمنه
١٩٣	٧.٧.٧ بين الاذيني بطيني نقیصه (Atrio Ventricular Septal Defect)
١٩٣	١.٧.٧ تعريف
١٩٣	٢.٧.٧ اعراض او علائم
١٩٣	٣.٧.٧ دولونه
١٩٣	٤.٧.٧ تشخيص
١٩٤	٥.٧.٧ درمنه
١٩٤	٦.٧.٧ انزار
١٩٥	٧.٧.٧ اختلاطات
١٩٥	٨.٧.٧ فولات تترالوژي
١٩٥	١.٨.٧ تعريف
١٩٥	٢.٨.٧ هيموديناميک تغيرات
١٩٥	٣.٨.٧ كلينيكي بنه
١٩٦	٤.٨.٧ تشخيص
١٩٧	٥.٨.٧ درمنه
١٩٨	لنديز
٢٠٠	پوبستني
٢٠١	ماخذونه

## د انخورونو ليکلر

د انخور شماره

تفصيل	د انخور شماره
د سرسوئ اشكال او کرانيو ساينو ستوزس	۱ - ۱
دوه طرفه لمبوئيد سوچر	۲ - ۲
سجيتل کرانيو ساينو ستوزس	۳ - ۱
سجيتل کرانيو ساينو ستوزس	۴ - ۱
وروسته د عمليات خخه سجيتل کرانيو ساينو ستوزس	۵ - ۱
مخكي له عمليات نه سجيتل کرانيو ساينو ستوزس	۶ - ۱
Cronal craniosynostosis او دوه طرفه Brachiocephaly	۷ - ۱
Cronal craniosynostosis او دوه طرفه Brachiocephaly	۸ - ۱
په کي د د بندنه Coronal craniocynostosis	۹ - ۱
په کي د د بندنه Coronal craniocynostosis	۱۰ - ۱
يو طرفه کروناں کرانيو ساينو ستوزس	۱۱ - ۱
Tower head	۱۲ - ۱
وروسته د عمليات خخه د Metopic suture synostosis	۱۳ - ۱
مخكي د عمليات خخه د Metopic suture synostosis	۱۴ - ۱
په هايروسفالوس اخته ناروغانو غت سر	۱۵ - ۱
په هايروسفالوس اخته ناروغانو غت سر	۱۶ - ۱
په غتيو ماشومانو کي د هايروسفالوس سر	۱۷ - ۱
په غتيو ماشومانو کي د هايروسفالوس سر	۱۸ - ۱
سيينا باي فيدا	۱۹ - ۱
سيينا باي فيدا	۲۰ - ۱
منتن شوي او راكل سيست	۱ - ۲
د مثاني او راكل دايرتيكولم	۲ - ۲
امبليكل گرانولوما	۳ - ۲
سندروم اخته ناروغ Prune belly	۴ - ۲
امبليكل هرنيا	۵ - ۲
پارا امبليكل هرنيا	۶ - ۲
پارا امبليكل هرنيا	۷ - ۲
Exemphalocele	۸ - ۲
ايگزمالوس	۹ - ۲
ايگزمالوس	۱۰ - ۲

(ك)

٥٦	Gastrochiasis	١١ - ٢
٥٦	د پوبن Teflon	١٢ - ٢
٧٠	د میکونیم الیوس راډیو گرافی	١ - ٣
٧٠	میکونیم الیوس	٢ - ٣
٧٥	میکل دایورتیکولم	٣ - ٣
٧٧	Recto vaginal fistula	٤ - ٣
٨٧	په تغلف کې inner tube	٥ - ٣
٨٧	په تغلف کې Outer tube	٦ - ٣
٨٨	د کولمو هغه برخه چې د تغلف غیر رجعي قطع جورووي	٧ - ٣
٨٨	د تغلف د قطع کولو ناحيہ	٨ - ٣
٨٨	د گاز پواسطه د ڈکوالی Susage	٩ - ٣
٨٨	په راډیو گرافی کې د گاز Susage	١٠ - ٣
٩١	باریوم اینیما سره تغلف ناروغ راډیو گرافی	١١ - ٣
٩١	د باریوم د ورکړي وروسته Claw sign	١٢ - ٣
٩٢	شیماتیک بنودنه د تغلف ارجاع د گاز تپرولو الی پواسطه	١٣ - ٣
٩٦	د پایلور تضیق او پایلوریک شدید نزی کېدل او Strain sign	١٤ - ٣
٩٩	پایلورومایوتومی	١٥ - ٣
١٠٤	هرش پرانګ ناروغی	١٦ - ٣
١٠٦	د هرش پرانګ ناروغی ساده ایکسری	١٧ - ٣
١٠٧	د هرش پرانګ ناروغی باریم راډیو گرافی	١٨ - ٣
١٠٧	د هرش پرانګ ناروغی باریم راډیو گرافی	١٩ - ٣
١١٠	کسبي میگاکولون	٢٠ - ٣
١١٨	ولادي مغبني فتق	١ - ٤
١٢٢	د هرنیا مختلف ډولونه	٢ - ٤
١٢٢	د هرنیا مختلف ډولونه	٣ - ٤
١٢٢	د هرنیا مختلف ډولونه	٤ - ٤
١٢٣	د کولمو هغه برخه چې د نښتنې په اساس په ګانګرین اخته شوې وي	٥ - ٤
١٢٣	د ګانګرین ډول Rithcer چوره	٦ - ٤
١٢٨	Inguinal hernia	٧ - ٤
١٣٨	تیراتوما	١ - ٥
١٤٣	Multicystic dysplastic kidney	٢ - ٥
١٤٦	ویلمز تومور د ګراس پتالوژی	٣ - ٥
١٤٦	د پنسټور ګې په بنکتنې لوب کې ویلمز تومور	٤ - ٥

۱۴۶	د پنستورگو تومورنه	۵ - ۵
۱۴۶	د پنستورگو تومورونه	۶ - ۵
۱۵۱	نيورو بلاستوما	۷ - ۵
۱۶۲	د مثاني ايڪستروپي	۱ - ۶
۱۷۷	د مايوکارد کنتيوزن	۱ - ۷
۱۷۸	د مايوکارد رڀچر	۲ - ۷
۱۷۸	د زره تمپوناد	۳ - ۷
۱۸۱	د PDA ولادي افت	۴ - ۷
۱۸۳	د ASD ولادي افت	۵ - ۷
۱۸۶	د VSD ولادي افت	۶ - ۷
۱۹۰	د فولات تترالوجي	۷ - ۷

## د جدولونو ليکلر

شماره	تفصيل	مخ
۱ - ۱	د نیورو لوژیکو نقیصو پرتلیزه بنه او فيصدي	۲۴
۱ - ۳	د میکونیم الیوس د واقع کېدو ناروغیو سلنې بنیي	۶۷
۲ - ۳	په ۱۹۸۰ کال کې wing spread ډلبندی	۷۷
۳ - ۳	د نارینه نوي زېږيدلې ماشوم انوريكتال انومالي	۸۳
۴ - ۳	د بسخينه نوي زېږيدلې ماشومانو کې ریكتال انومالي	۸۴
۵ - ۳	په وارډن برګ سندروم کې کريتيريا وي	۱۰۳

## سريعه

د کوچنيانو جراحی خانگه د جراحی برخې يوه مهمه او په زره پوري خانگه ده چې نوره نړۍ کې په دې خانگه کې زيات پرمختګونه شوي دي چې د دې لپاره هر کال د جراحی د نورو برخو په ډول د کوچنيانو جراحی کې نوي کتابونه ليکل کېږي او هم د ناروغيو د تشخيص او درملنې لپاره نوي لاري چاري د نوو مدرنو اندوسکوبېکو سامانونو سره صورت مومي او هم نوي څېړنې کوي او د نوي زېږيدلو ماشومانو د مورذاتي ناروغيو لپاره وقايوی تدابير نيسی، نو اړينه ده د نړۍ د دې کاروان سره ملګرتیا وکړو د دې لپاره چې د نوي کريکولم سره سم د طب پوهنځي د پنځم ټولکي لپاره د کوچنيانو جراحی تدریسي کتاب موجود نه وونو ما ته د دېپارتمنت لخوا دنده راکړل شو چې د نوي کريکولم سره سم کتاب تاليف کرم د اروندو اکادميکو پراونو د طي کولو وروسته د کتاب د تاليف اجازه راکړل شو، چې د لوی خښتن تعالي په مرسته او مرحمت وتوانېدم دغه کتاب ولیکم.

دغه کتاب اووه فصلونه لري په اول فصل کې د سرد برخې انومالي ګانې، په دويم فصل کې د ګډلهې د جدار انومالي ګانې، په درېم فصل کې په نووزېږيدلو کې د هضمی لاري بندېت، په خلورم فصل کې فتقونه (چوره)، په پنځم فصل کې تيراتوما او د پښتوريکوناروغۍ، په شېږم فصل کې د مثاني ايکستروپي او نور افات، او په اووم فصل کې د زره ترانسپلتېشن او ولادي ناروغۍ توضیح شوي دي.

د هر فصل په پېيل کې سريزه، د اروند ناروغۍ، پېژندنه، ګلينيکي منظره، تشخيص او درملنه په سیستماتیک ډول توضیح شوي دي او بیا د هر فصل په اخر کې لنډيز او پښتنې ځای شوي دي.

د کتاب په ليکلو کې د نړۍ د نوو معتمرو کتابونو او هم د اینترنت د باوري سرچینو څخه استفاده شوي ده، او د خپلې کاري مسلکي تجربو څخه هم پوره استفاده کړې چې زمونبود پتالوژي د نظره مهم وو هم ځای ورکړ شوي دي، د ناروغيو به روبناتیا لپاره انځورونه هم ځای په ځای شوي دي.

د کتاب په ليکلو کې د جراحی خانگې نورو استاذانو و په ځانګړي ډول د کوچنيانو جراحی او انسټيزي استاذانو مرسته کړې ده، او هم محترم مشر استاد پوهاند دکتور عبدالرؤف حسان هم د ناسمو په سمو کې رهنمائي کړه چې د ټولو څخه زیاته مننه کوم.

د دې کتاب په ليکلو کې هڅه شوې ده چې په روانه او اکادميکه بنه توضیح شي، خوشحاله يم چې په پښتو ملي ژبه دغه کتاب خپلو هم مسلکانو ته وړاندې کرم

## لومړۍ فصل

### د سرد برخې ولادي انومالي ګانې

د سرد برخې ولادي انومالي ګانې: خرنګه چې ماغزه د یوې ځانګړې نظم لاندې په کوپړۍ کې ځای شوي وي که چېږي دماغي انساج د کوم فشار له امله د خپل ځایه بې ځایه شي نوله دې کبله د تفتق شوي برخې اوهم د فشار لاندې راغلي برخې دندې خرابېږي او حتى د مرینې لامل ګرځي چې نومورې ناروغرۍ په داخل رحمي ژوند کې هم رامنځته کېږي، کله چې ماشوم تولد شي دماغي دندې ماوېه وي او یو شدید Stress لاندې وي. ولې په نسبتاً غټو ماشومانو او کاهلانو کې د وینې تولپدو او هم د تومورو نوله کبله د قحف داخلې فشار پورته ځې او تفتق رامنځته کوي چې د پتوفزيولوژي له نظره د ابتدائي شکل څخه توپيرلري او هم کلينيکي منظره ئې ځانګړې وي چې د اوستني پرمختګ سره سره درملنه ئې یو چېلنج دی.

#### ۱. دماغي تفتق

##### ۱.۱.۱ تعريف

دا یوه ولادي ناروغرۍ ده چې سحایا او ځینې وخت دماغي انساج او په نادرو پېښو کې دماغي بطینات د قحف د هډوکې د ولادي ډیفیکټ څخه بهر راوځي (تفتق کوي).

##### ۱.۱.۲ پېښې

په ټولوژونديوز پېدلوا ماشومانو کې د ۴۰۰۰ څخه تر ۸۰۰۰ پوري یوه پېښه ليدل کېږي. (۱۱۱۸:۴)

لاملونه د ناروغى د پيدا كېدو اصلي لامل معلوم نه دى ولې ئىينى فكتورونه د ناروغى په منجع ته راتلو كې رول لري لكه وراشت او د حمل په وخت كې اتنانات او داسې نور.

د قحف په خلورو برحى كې تفتق ڈبر واقع كېرى، د قحف قدامي برحى، علوى برحى، او د قحف قاعده كې كە چېرى داخل القحفى فشار په ناخاپى او چتىك ڈول پورته لارشى، ئىينى وخت تومورونه او د وينى تولېدل يا هماتوم د فشار لامل گرئى، نود دماغ محتويات ديوى برحى خخه بلى ته بې خايى كېرى چې دې پېسى ته دماغي تفتق وايى.

په قدامي شكل كې د پزى جذر يارoot او د سترگى د جوف په انسى برحى كې تفتق رامنحته كېرى، په قاعدو شكل كې د قحف په fossa په قدامي او منحنى برحى كې د هدوکو د ڈيفيكٹ د لارې تفتق صورت مومى او فتقىيە كخورە د پزى په جوف كې قرار لرى، په قاعدو او ساجيتل شكلونو نادرأً رامنحته كېرى ولې برخلاف قدامي او خلفي شكل يې ڈبر رامنحته كېرى. خلفي شكل يې د مايكرو سيفالوس سره ملگرى وي. دغه ناروغى په نوو زېرىدلۇ ماشومانو كې په لاندى شكلونو ليدل كېرى:

مينىنگوسيل: په دې شكل كې فتقىيە كخورە د سحاياو خخه جورە شوي وي او كخورە د دماغي شوكى مایع خخە ڈكە وي چې مایع نىمه شفافە او ترانسولوستنت (Translucent) وي.

انسيفالوسيل: په دې شكل كې فتقىيە كخورە د سحاياو خخه جورە شوي وي او محتوي يې دماغي انساج او csf جوروي. (٤: ١١١٨)

انسيفالوسيتوسييل يا هايدروانسيفالوس: چې په دې شكل كې كيسە د سحاياو خخه جورە شوي وي ولې د فتق محتوي دماغي انساج، دماغي بطينات او دماغي شوكى مایع جوروي. چې په دويم او درېم شكل كې مايكروسيفالوس موجود وي.

ولې په نسبتاً غتيو ماشومانو كې نور لاملونه او اسباب په دماغي تفتق كې رول لرى

### ١. ١. ٣ ڈليندي

چې په لاندى ڈولونو كې منحته راتلاي شي:

١: ترانسستينتوريل تفتق

٢: انكل تفتق

۳: سب فلسيپن تفتق

۴: سينگولپت تفتق

۵: سنترل تفتق

۶: ترانسکلويرل تفتق

۷: اپوارد تفتق

۸: تونسيلر تفتق

ترانس تينتوريل چوره کېدل: چې د تينتوريم په غاره کې د صدغي لوپ انکس بې ئايه او تفتق صورت نيسى، چې په دريم عصب او ميزنسيفالون باندي فشار راوري چې دا پېښه په لمريو وختونو کې په همدي خوا کې او بيا د فشار د لوروالى له كبله مقابل خوا ته هم اتقالپري چې د فشار د ھېروالي له كبله په اهرامي لارو په کراس سيربرى باندي د مقابل خوا د هيمى پريسيز لامل گرئي، البته د دماغ د ساقې د بې ئايه کېدو له كبله کېدائى شي چې د مقابل خوا (kern hen's notch) فشار لامل و گرئي، چې د همدي خوا په هيمى پريسيز باندي پاي ته رسپري. د دماغ په خلفي شريان باندي د فشار د لوروالى له كبله په دې شريان کې د جريان د بندبنت له كبله هيمى انوييا رامنحته کوي، ئكه چې د occipital ليدو برخې قشر کې د اسكيميا باعث گرئي. د دماغ په ساقه باندي د فشار د لوروالى له كبله د شعور تشووش، کوما، د ويني د فشار لوروالى، براهي كارهيا او تنفسی گلوبوي منحته رائي. (۱۱۲۰: ۴)

د اصطلاحاتو دا تولگه د کوشنگ تربذپه نوم يادپري، چې تنفس يې چين ستوكس په ډول وي. په خلفي لوپ کې د فشار لوروالى سره په فورامن مګنوم او مېډولاکې د مخيخ د تانسل تفتق منحته رائي. که چبرې دا حالت په ورو ورو ډول مخ په وراندي لارشى نو کېدائى شي چې د سرويكل ناحيې غير طبيعي حالت را پيدا کړي، او ناروغ په هيد تيلت اخته شي لکه په ځينې توموري حالاتو کې. د غاري شخوالى د فورامين مګنوم په شاوخوا عصبي اليافو د تحريك له كبله پيدا کېږي د فشار لوروالى په مېډولاياندي د تنفس د تشووش باعث گرئي چې اپنيا او یا چين ستوكس تنفس منحته راوري. د مخيخ د تانسلونو د تفتق له كبله چې کوم فشار واردپري، د اطرافونې پريسيز او د حسيت د تشووش لامل گرئي. (۱۱۱۸: ۴)

انکل تفتق: د ترانسنتنوریل فتق یو معمول ډول دی چې د تمپورال لوب او د انکس د فشار له کبله په هماگه سمت بې ځایه کېږي او د برین ستیم له پاسه فشار راخي، او د سیربرل کورتیکس له پاسه فشار د ډیکورتیکاتنه لامل ګرخی او امکان لري چې د اوکولوموتیر عصب د پاسه فشار راوري او هماگه خواه حدقه لویه شي او کله هم د اوکولوموتیر عصب د فلچ باعث کېږي. او که چېږي په هماگه خوا په خلفي سیربرل شريان د فشار له کبله د اسکيميا باعث و ګرخی نود مقابله خوا نقیصه هم منحثه راوري. که د کورتیکس له پاسه فشار رامنځته شي په هماگه طرف کې هيمي پريسيز هم رامنځته کوي. (۱۱۱۸:۴)

ستنريل تفتق: که چېږي د ډاينسيفالون او صدغې لوب په یوه برخه کې د سیربرل هيامي پريسيز د فشار له کبله د تینتوريم د دندو د اخلاقل باعث ګرخی او کېداي شي چې د ترانس تینتوريل دماغي انساج بنکته او پورته تینتوريم تپله شي، یا په بل عبارت د صاعده او نازله تفتق باعث ګرخی، لکه د **duret heamorrhage**، چې په دې کې حدقې کوچني، **fixed**، کله کله متوعع او ثابته او د سترګي د پورته کېدو حرکت د فلچ باعث ګرخی (sun set eyes). (۱۱۱۸:۴)

سينګوليټ تفتق: چې د سب فلسین تفتق په نوم هم یادېږي. دا هم یوم معمول ډول دی چې د جبهي لوب فاکس سیربري د فشار لاندې راخي چې معمولاً د یوې ماتې شوي پارچې له امله وي. چې د دوارو دماغي نيمو کرو یا هيامي سفېر په پورتنې برخه کې د سينګوليټ تفتق سبب ګرخی چې د فشار له کبله هيامي سیربري پرسوب کوي او د سينګوليټ ګايرس د بې ځایه کېدو لامل کېږي. او په قدامي سیربرل باندې د فشار لامل کېږي، او د مرکزي تفتق خواه پرمختګ کوي چې په تئيجه کې د یوه خطرناکه تفتق لامل کېږي، او کېداي شي چې **uncale and cingulated** فتقونه سره یوځای منحثه راشي. (۱۱۱۸:۴)

ترانسكلويريل تفتق: د دماغ د قحف د کسر له کبله په ماوفه برخه کې د تفتق سبب ګرخی چې د په نوم یادېږي چې د کرانیکتومي په وخت کې هم منحثه راتلاي شي. (۱۱۱۸:۴) external herniation  
اپواره تفتق: د خلفي لوب د فشار د ډپروالي له کبله سیربريلوم پورته خواه د تینتوريم سمت بې ځایه کېږي، او ميدې برپن د **tentorial notch** خواه تپله کېږي، چې د ترانستینتورييل تفتق په نوم هم یادېږي. (۱۱۱۸:۴)

تانسلر تفتق: د غه فتق د **down ward** دماغي فتق په نوم هم یادېږي. transforaminal herniation او یا هم ويل کېږي، چې د **cerebellar tonsille** بنکته خواه حرکت کوي او په **coning**

کې دننه کېږي او د **cervical spine** د فشار باعث کېږي، چې فشار يې **tower brain magnium** ته انتقالېږي، او د **brain stem** دنده اخلاقېږي، تنفسی کنترول او د زړه دنده خرابېږي، همدارنګه کېداي شي چې د معند سردردي، **head tilt** او د غارې د شخوالي لامل شي. همدارنګه مختلفو سويو د نرم فلچ سبب گرئي، د وينې فشار متحول او بې ثباته کوي. دغه **chiari tonsillar herniation** په نوم هم يادېږي، او د مخه **Arnold chiari malformation** په نوم هم يادېږو، چې د مختلفه ناروغې په ترڅ کې منځته رائحي او بېلاښې ګلينيکي لوحې ورکوي، همدارنګه کېداي شي هیڅ اعراض ونه لري او یا شدید او ژوند تهدیدونکي پرمختګ وکړي، چې تشخيص يې د **MRI** په واسطه صورت مومني چې د دې په واسطه ولادي **Tonsiller ectopia** تشخيصېږي. (۱۱۱۸:۴)

#### ۱.۱.۴ ګلينيک

د دماغ تفتق په مکرر ډول په اطرافو کې د غير نورمال وضعیت سبب کېږي، چې د دماغ د شدیدې صدمې خرګندوونکي دي، د ناروغانو د شعور سویه ډېرې بنکته وي او د **GCS** درجه يې د ۳-۵ پوري وي، چې یوه یا دواړه حدې لوي او تقبض يې د رنما په مقابل کې له مینځه حې، ممکنه ده چې ناروغان کانګې ولري (کله چې په میده ولاو بلنګاتا **medulla oblongata**) فشار راګلې وي. (۱۱۱۸:۴)

#### ۱.۱.۵ تشخيص

تشخيص يې د تاریخچې (چې د والدینو خخه يې اخيستل کېږي)، د ګلينيکي معايناتو، **Skull** راډیوګرافۍ، التراساوند، او **CT- Scan** او **MRI** په واسطه اجرا کېږي.

#### ۱.۱.۶ تفریقی تشخيص

د هغه ناروغې سره يې تفریقی تشخيص وشي په کومو کې چې داخل قحفې فشار لوړېږي، لکه تومورونه، هیموراژ، د تراسکلین د زیات اخيستوله کبله د داخل قحفې فشار لوړوالی، د زړه په اوعيو کې د clot Vit A زیات اخيستوله کبله داخل قحفې فشار لوړوالی، او همدارنګه د **Idiopathic intracranial hypertension** سره باید تفریقی تشخيص شي.

## ۱.۱ درملنه ۷

د فشار د لري کولو لپاره craniectomy اجرا شي، چې تشخيص او انزار يې د CT scan په واسطه تعقيبېږي، خواکثراً د مرینې لامل کېږي. د اوسنۍ تکنالوژۍ سره - سره هم درملنه يې طبابت ته يو ګواښ دی.

## ۱.۱.۸ اختلالات

د دماغي تفتق اختلالات عبارت دي له:

داخل قحفی فشار لوروالي، د دماغي انساجو بي خايمه کېدنه، دماغي وينه بهپدنې، د نخاعي عصبي سیستم د دندو مختل کېدل، د حیاتې اعضاو دندو مختل کېدل.

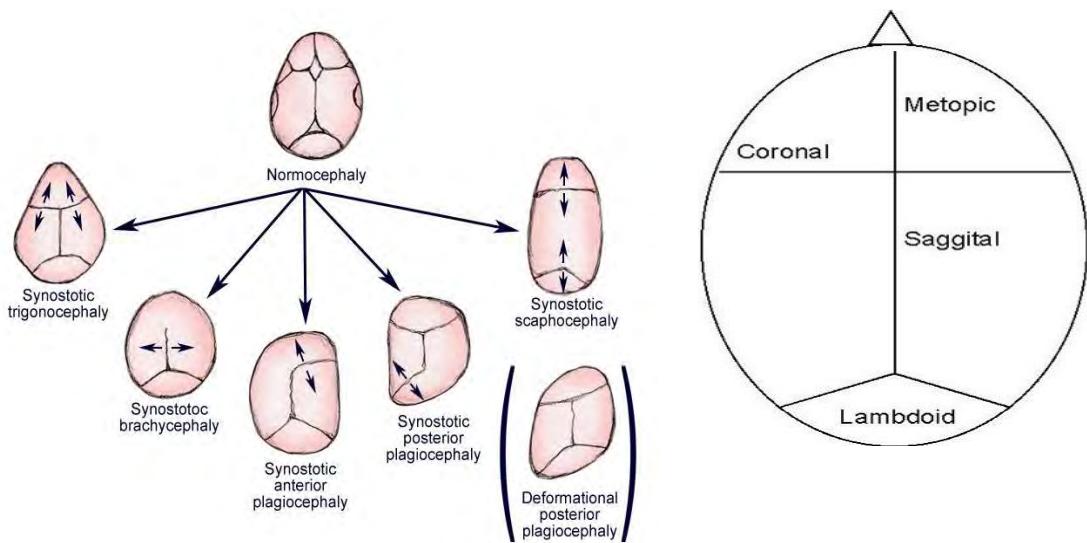
## ۱.۱.۹ د جراحی عملیات نه وروسته اختلالات

دماغي اذیما، د دماغ او عصبي رینبو ماوېدل، د CSF لیکاژ، ستتروک، Seizure، کوما او منتن کېدل.

## ۱.۲ کرانيو سینوسیتوزس

### ۱.۲.۱ تعریف

چې د سرد هلهوکو د وخت خخه د مخه د يو خايمه کېدو خخه عبارت دی يعني د قحفی سوچرونونو د وخت خخه د مخه تړل کېدو ته وايېي، چې ممکنه ده يو یا خو سوچرونونه وتړل شي، چې ډېرى sagital تړل کېږي. کله کله داسې هم کېږي چې يو یا خو یې وټړل شي او پاتې نورو سوچرونونو کې saturation نشوونما صورت نیسي، چې په دې ډول د قحف د سوی اشکالو لامل گرئي (چې په ۱-۱ شکل کې بنودل شوي) او دماغي انساج تر فشار لاندي راوري، چې د قحف نشوونما د دماغ د نشوونما پوري اړه لري.<sup>(۱۱۹۴:۴)</sup>



۱-۱ شکل: د سر سوی اشکال او کرانيو ساينو ستوزس رابني. ([www.thepinsta.com](http://www.thepinsta.com))

پېښي: دا يوه نامعمولي ناروغي ده چې په ۱۰۰۰ ژونديو تولد شوو ماشومانو کې  $4\%$ ، ۰ فيصده  $5\%$ ، واقعات يې ډېرى په sporadic شکل رامنخته کېږي. کورني واقعات يې  $8-2\%$  بنودل شوي دي.  
د sagital satura اشکال يې په دواړو جنسونو کې مساوی وي. ( $1194:4$ )

## ۱. ۲. ۲. ڈلبندی

کرانيوساين او ستوزز په دوہ شکلو يعني سندرومیک او غیر سندرومیک ویشل کېږي چې تراوسه يې  $90\%$  ډوله سندرومونه پېژندل شوي دي. دوہ ډوله يې چې aport او crouzon's سندروم ډېر ليدل کېږي، خو غیر سندرومیک يې بیا په دوہ برخو ویشل شوي دي.

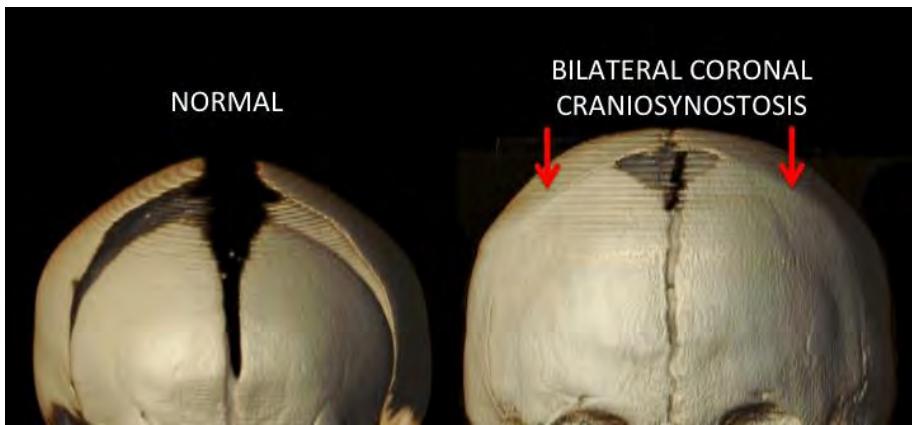
۱: simple یا ساده شکل sagital یو طرفه Metopic، coronal او یو طرفه lumbdoid

۲: compound شکل (دوه یا ډېر سوچرونه، bilateral coronal, bilateral lumbdoid) دی چې په unilateral frontal plagiocephaly ،unilateral coronal sagital کې post plagiocephaly د lumbdoid سوی اشکالو لامل ګرخي.

په مرکب شکل کې دوہ خخه ډېر سوچرونه تپل د مختلفو او bilateral coronal او tribrachycephaly د bilateral coronal او brachycephaly د bilateral lumbdoid او

( $348:15$ ). سوی اشکالو لامل ګرخي.

## چې په ۱ او ۲-۱ او ۷ شکلونو کې بنودل شوي دي

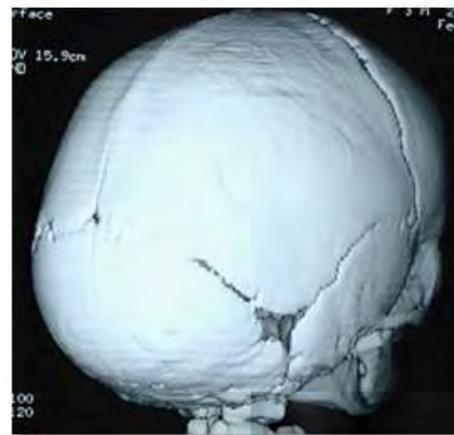
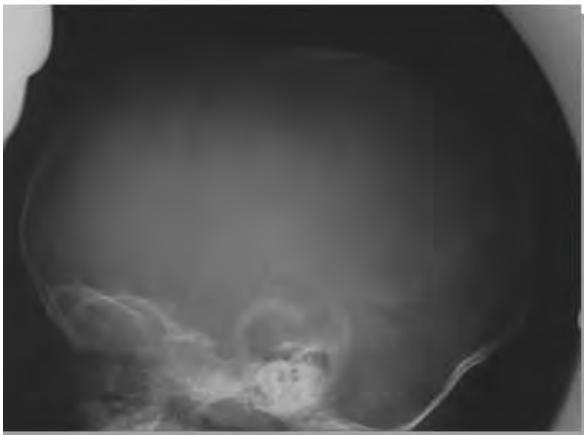


(۱-۲ شکل) دوه طرفه لمبويid سوچر بنودنه کوي. (drderderian.com)

### ۳. ۱. ۲ کلينيكي لوحه او درملنه

لکه خرنګه چې د نوم خخه معلومېږي سجيتل سوچر د وخت خخه د مخه تړل کېږي چې د قحف وده په cronal او lumbdoid برحه کې دواام پیدا کوي چې د ماشوم سرد قدامي خلفي قطري په اوردوالي لوښېږي او په مستعرض ډول کوچني وي چې د قحف سوی اشكال د زېړون خخه وروسته ژر پېژندل کېږي. یوازینې انومالي ده چې د نورو ولادي ناسمو جورېښتونو سره یو ئای نه ليدل کېږي. او د ايکسرى په کلېشه کې د sagital satura په برحه کې interdigitations نه ليدل کېږي. (چې په ۴-۱ شکل کې شوي دي) خو کورونال، لمبويid، او سکواموپاريتال درزونه یا سوچروننه نورمال وي. په وروستې مرحله کې هغه مسافه چې د جداري هلهوکو ترمنځ موجود وي د منځه ئې او کنارونه یې ضخيم کېږي. چې په دې شکل کې د عقلې تآخر شواهد د ناروغۍ لپاره نه ليدل کېږي. دماغي دندې او د ليدل وس نورمال وي، یعنې د قحف داخلي فشار لورېدل موجود نه وي او ماشومان نورماله وده کوي او همدارنګه کمزوري په ماشوم کې نه ليدل کېږي. درملنه د والدینو په خواهش د وجاهت لپاره اجرا کېږي چې د درې مياشتينې خخه د مخه اجرا شي وروسته تتيجه نه ورکوي. (۱۱۹۴:۴)

چې په ۱-۵ شکل کې بنودل شوي دي.



۱-۳ شکل سجیتل کرانیوساینوستوزس رابیبی (۴: ۱۱۹۴)، ۱-۴ شکل د سجیتل کرانیوساینوستوزس ساده ایکسری (۴: ۱۱۹۴)



۶-۱ شکل مخکي د عملیات خخه د

sagittal drderderian.com بنيي craniosynostosis

۱-۵ شکل وروسته د عملیات بسودنه کوي

(drderderian.com)

براخیوسیفالی یا دوه طرفه کرونل کرانیوستوزس: په دې شکل کې دواړه طرفه کورونال درزونه تړل کېږي (چې په ۱-۸ شکل کې بسودل شوي دي)، چې د ماشوم د قحف قدامی خلفي قطره ډېرنډه وي او قطر یې پراخ او ډېر وي، د حجاج جوفونه یې ډېر سطحي او **proptosis** لري، چې د **biparital** قحف په نوم هم یادېږي چې ورسه د مخ هایپولازيا، **crouzon's syndrome** موجود وي، د قحف قاعده پراخه وي ولې په سوچرونو کې وده محدوده وي چې د ماغزو نورمالې ودې ته اجازه نه ورکوي، او همدارنګه د فشار له کبله په مختلفو درجو عقلی تاخر په لوره فيصدي په کې موجود وي د **proptosis** له کبله **conjunctivitis** او د قرنۍ ماووالې په کې رامنځته کېږي. د ماشوم د لیدلو قدرت د **optic** عصب د فشار له کبله خرابېږي او امکان لري چې **papilodema** هم منځته راشي، او کېدای شي چې د دې ناروغرۍ سره نوري انومالي موجود وي لکه: **choanal atresia**، د **maxilla** دهه وکي د ودې عدم کفایه، د **nasolacrimal duct stnosis**، او د **frontonasal dysplasia**، او د **hypertelorism**، او **syndactyly**...



۱-۸ شکل دوه طرفه کرونل کرانیوستوزس  
رابنيسي (www.medscape.com)



۷-۱ شکل Brachiocephaly رابنيسي  
(www.medscape.com)

**Unilateral coronal craniosynostosis**: چې په یوه خوا کې سوچر د وخت خخه د مخه تړل کېږي، چې په یوه طرف وده محدود ډېږي او د قحف د سوي شکل لامل ګرئي چې د دې له کبله د ماشوم تندی یا وچولي په یوه طرف کې هوار وي او **supra orbital** یې بنه وده نه کوي (په ۱-۱۱ شکل کې بسودل شوي دي)، او د ماشوم سترګه د باندې تېله کېږي، کومه انومالي ورسه موجوده نه

وی، سترگه د کوم خطر سره نه مخ کېږي، ماشومان کومه ناتوانی نه لري، که د درملنې لپاره اقدام ونه شي يوازې عدم تناظر پاتې کېږي. <sup>(۱۱۹۴:۴)</sup>

چې په ۱۰-۱ او ۹-۱ شکلونو کې بنودل شوي دي.



۱۱-۱ شکل یو طرفه کرونل کرانيو سينوستوزس نسيي  
.[clinicalgate.com](http://clinicalgate.com)

۱۱-۱ او ۹-۱ شکلونه په سی تی سکین کې د Coronal craniosynostosis  
بنودنه کوي، [clinicalgate.com](http://clinicalgate.com)

په دي حالت کې Combine coronal and sagital craniosynostosis or tricephaly کورونال او سجيتل سوچرونه د وخت خخه د مخه تړل کېږي، چې د ماشوم سر په عمومي شکل غټېږي چې د قحف قبه ډېرہ پورته وي چې د tower skull په نوم يادېږي (چې په ۱۲-۱ شکل کې بنودل شوي دي) آو په دي شکل کې د ماغزو وده خرابېږي، که د هډوکو وده په داخل رحمي آخر وخت او neonate کې ورو ورو ولې قدامي Fontanel ډېر پراخ خلاص پاتې کېږي. <sup>(۱۱۹۴:۴)</sup>



۱۲-۱ شکل تاور سر نسيي  
[facecorrection.com](http://facecorrection.com)

چې د سرتول سوچرونه د وخت خخه د مخه تړل کېږي، د قحف قبه نورمال حالت کې وي ولې د قحف قاعده کوچنۍ پاتې کېږي، بسايې چې ماغزه تر فشار لاندې اوسي، ولې اعراض لړ او حتی پتې پاتې کېږي، لکه کانګه او سردردي کم لیدل کېږي، د ايسکرسی په کليشه کې د قحف لور فشار نښې د digital marking په شکل لیدل کېږي، چې بايد د سره microcephaly توپير وشي، د لور داخل قحفې فشار لپاره جراحې درملنې ته اړتیا پیدا کوي.<sup>(۱۲:۳۴۰)</sup>

په دې شکل کې د فرتيل په غشائي ډول د خومرکزونو خخه وده کوي او د زېبون په وخت Metopic suture<sup>Metopic sutura</sup> په وسیله د پوزې د قاعدي خخه تر قدامي فاتتنیل پوري دوام مومني چې دغه په بنې او چې برخو تقسيمېږي چې تر یوه کلنۍ پوري فيژن یا د هدوکو یو ئای کېدل بشپړېږي، چې وخت خخه د مخه د مخه تر نوموري سوچرو تړل کېدل هدوکي پېروالي اخلي چې دباندي خخه د یوه پُل يا bridge په ډول بسکاري چې همواروي او د پورته خخه د اسي معلومېږي چې قحف قدام ته متوجه او بارزو وي چې د یوه مثلث شکله انومالي يا trigone cephaly چوړښت غوره کوي چې ورسه د ماغزو وده ماوفوي چې په لمريو وختونو کې د کرانيكټومي سره درملنه اجرا کېږي.<sup>(۱۲:۳۴۰)</sup>

چې په ۱۳-۱ او ۱۴-۱ شکلونو کې بنودل شوي دي.



۱۴-۱ شکل مخکې د عملیات خخه د Metopic suture synostosis  
(Medscape.com نسيبي)



۱۳-۱ شکل وروسته د عملیات خخه د Metopic suture synostosis  
(Medscape.com نسيبي)

## ۱. ۳ هایدروسفالوس

### ۱.۳.۱ تعریف

د بطیني سیستم غیر نورماله پراخه کېدل چي د CSF ډېر جمع کېدلواو د لور فشار سره يو ئای وي د هایدروسفالوس خخه عبارت دی.

په نورمال حالاتو کې CSF د کروئید پلیکزوس په وسیله چې په بطیناتو کې موجود وي منحثه رائی. نومورې مایع د هر جنبي بطین خخه د Monro ډ فوھې په وسیله دريم بطین ته او دريم خخه خلورم ته د Aqua duct of Cylvius له لارې تیرپوري، او له خلورم بطین خخه Cisterna Magna ته د Magendie له لارې د لوشكا د وحشی فوحو له لارې تیرپوري او ئان Sub arachnoids' space ته رسوي<sup>(۱۴): ۳۴۰</sup>. Spinal cord

په CSF کې د نورمال مقدار په يو اينفانت کې ۵۰ cc او په کاھل کې ۱۵۰ سی سی ته رسپزی.

د CSF ډېر والي لاملونه په هغه ماشومانو کې چې غت سرونې لري عبارت دی له:

۱. د CSF اضافي توليد.
۲. د CSF د جريان په مسیر کې بندبنت.
۳. په داخل وریدي سیستم (arachnoid villus) کې ناقص جذب.

### ۱.۳.۲ ډلبندی

ابتدائي هایدروسفالوس چې له سپينا باي فيدا سره يو ئای نه وي ۱/۲۵۰۰ ژوندي ماشومانو کې واقع کېږي.

په ټولیز ډول ۳-۴ پېښې په هر ۱۰۰۰ پېښې کې رامنحثه کېږي او د سپينا باي فيدا سره يو ئای د ۱-۳ پېښې په هر ۱۰۰۰ تولد شوو ماشومانو کې ليدل کېږي.<sup>(۱۱۲۰: ۴)</sup>

د CSF اضافي توليد چې د هایدروسفالوس سبب گرخي په لږي اندازې سره ليدل کېږي او د لاندې ناروغيو سره يو ئای وي:

۱. د کروئيد ذفيري پاپيلوما
۲. Ateriovenous ناسم جورې بستونه چې د Galen څوی ورید په بر کې نيسني.

۳. د CSF د جریان په لاره کې بندبنت د هایدروسفالوس معمول لامل جوروی چې په دوه برخو ویشل شوي:  
ا. internal هایدروسفالوس یا Non communicating

چې په دې شکل کې د بطیناتو او Sub arachnoid space (SAS) ترمینخ اړیکه موجوده نه وي، په دې حالت کې بطیني سیستم پراخ او په Basal cisterna یا Cerebral sulci کې کوم تغیرات نه لیدل کېږي.

ب. کمیونیکېټېپ هایدروسفالوس  
په دې شکل کې بطینات د Basal cisterna سره په ارتباط کې وي خود نوموره جوربنتونو او sub arachnoid space (SAS) په برخه کې بندبنت وجود لري.

د بندبنت عمده لامل د ابتدائي نشووناميي انوماليو او یا هغه بندبنت دی چې په ثانوي ډول د ويني بهيدنې او یا اتنان نه وروسته منحتحه رائي، په نوي زېږيدلې مخکې له وخته ماشومانو کې Intra cerebral خونریزې ډېر عام وي بنائي تومورونه په نوي زېږيدلې ماشومانو کې د بطیني سیستم د بندبنت سبب وګرئي خو په ۵% پېښو کې هایدروسفالوس د Infancy په دوره کې د نیوپلازم له وجې رامنحتحه کېږي.

امکان لري د CSF نه جذبېدل په موقتي ډول رامنحتحه شې چې Arachnoid villi په شاوخوا کې د التهابي اگزودات د راتبولېدو له امله د Sagital sinus او یا Lateral sinus د ترمبوز له امله منحتحه رائي چې په تسيجه کې د ماشوم سر په ناخاپي ډول غتېږي، همدارنګه د CSF ناقص جذب د داخل قحفې فشار د لوروالي له کبله هم رامنحتحه کېږي لکه Ateriovenous ناسم جوربنتونه چې وريدي ساينسونه هم مصابوي خونوموري حالت په ډېر ډول لیدل کېږي.

د هایدروسفالوس لاملونه

۱) ولادي ناسم جوربنتونه: دغه شکل په ډېرہ پیمانه د هایدروسفالوس لامل ګرئي (۷۰ سلنې)  
A. Aqueductal stenosis: د نوموري قنات تضيق یا بندبنت د درېم او وحشي بطیناتو د پراخېدو لامل ګرئي، د دغه قنات تضيق په لاندې ډول دي:  
For king a. په دې شکل کې aqua duct of cylvius چې چينلونه لیدل کېږي  
چې یو یا خو چينلونه د یو چينل سره عوض کېږي.

a. دا شکل د **Granular ependimitis** په تیجه کې منځته راخي او د مسافي د تنګوالي سبب گرخي او زياته نشو نما **Sub ependymal** په نیورو ګلیا کې منځته راخي.  
 b. **Septum** يا حجاب چې حقیقی باریکوالی په دې حجاب کې په لبې اندازې سره لیدل کېږي.  
 c. اټریزیا: په لبې اندازې سره لیدل کېږي  
 d. په ۲٪ پېښو کې **duct of cylvius** تضیيق په فامیلی ډول لیدل کېږي.

B. د خلورم بطین د مخرج تضیيق او بندبست

**Arnold chiari Malformation** .C  
**Platy Basia** .D  
**Congenital Cysts** .E

۲) اتنات: هغه اتنات چې د **ependimitis** سبب گرخي د خلورم بطین د مخرج او یا د **aqua duct** د بندېدو سبب کېږي مهم اتنات په لاندې ډول دي:  
 a) **Cytomegaly** یا **Toxoplasmosis** ویروسی اتنات.  
 b) **Tuberculosic Meningitis** یا **Pyogenic**

۳) نیوپلازم: په لاندې ډول د **CSF** د جريان د لارې د بندېدو لامل گرخي:  
 a) نیوپلازم د **CSF** د جريان په مسیر د فشار سبب کېږي.  
 b) دا چې نیوپلازم پروتین افرازوی او یا دخونریزی لامل گرخي د **CSF** د جريان لاره دته خخه بند وي د بیلګۍ په ډول د خلفي حفری تومورونه لکه (**Ependymoma**) او یا **Cerebral astrocytoma** او یا **Medulloblastoma** د خلورم بطین د مخرج یا د **aqua duct of cylvius** د بندېدو سبب گرخي.  
 ۴) تروما: د **Sub arachnoid** خونریزی او داخل بطینی خونریزی سبب کېږي او هایدروسفالوس منځته راوري.

فزیوپتولوژی: A: د دماغي شوکي مایع جوړ بدلت

۱: **Chroid** کې **CSF** په زياته پیمانه **plexuses chroid** کې جوړېږي چې دغه **plexuses** د جنبي بطیناتو په انسی جدار کې موقعیت لري <sup>(۱۳: ۳۴)</sup>

۲: **Extra chroid**: د دماغ پرانشیم د **ependymal** حجراتو په واسطه جوړېږي، په ډېره کمه پیمانه د دماغ په نورو برخو کې هم جوړېږي چې د تولید مېکانیزم یې تراوشه درست معلوم نه دی.

په يوه دقیقه کې ۳۵، ۰ ملی لپتر CSF جوربېري او په ۲۴ ساعتو کې ۵۰ ملی لپتر ته رسېږي په نورمال حالت کې بطینات ۳۵ ملی لپتر ظرفیت لري چې د دماغي شوکي مایع جورېدل، جريان او جذبيدل په دوامداره ډول په موازنه کې صورت مومي او داخل قحفې فشار په نورمال حالت کې ساتي.  
(۱۴: ۳۴۰)

### B: د دماغي شوکي مایع جذب

نورمال سير سره دماغي شوکي مایع په Archonoid Villus کې جذبېري چې دغه جذب د Arachonoid mesothelial حجراتو په واسطه تر سره کېري چې د علوی Sagital Sinus په جنبي Lacunae کې موقعیت لري.  
(۱۴: ۳۴۰)

پتولوژي: ۱: د دماغي شوکي مایع بندبنت ۲: د جذب خرابوالی

۳: په کموپېښو کې د دماغي شوکي مایع د تولید ډپروالی رامنځته کېري لکه  
حالت کې.

### ۱. ۳. ۳. کلينيکي لوحه

د زېرون خخه مخکې Prenatal دوره کې سرغت وي او په طبی ډول زېرون لپاره ستونزې رامنځته کوي ولې څينې وخت د زېرون خخه وروسته سر په بېړه غتېږي.

کلينيکي منظره يې په دوه برخو ويشنل شوي:

#### ۱. لومړني کلينيکي لوحه

A. کلينيکي نښې: ماشوم مخرش وي، خوراک ته زړه نه بنه کوي او ژاري، خه وخت وروسته ورته کانګکې پیدا کېري او ماشوم بنه وده نه کوي.

#### B. کلينيکي نښاني (عاليم)

- ❖ سرغتېدل د تولد په وخت د سر محیط اندازه په نورمال حالت کې ۳۳-۳۵ ساتي متراه وي او په هره میاشت کې ۲ cm تر درې میاشتو پوري ډپروالی مومي او ترشپر میاشتینې پوري

د سرغتیوالې ۱. ۵ ساتي مترا پورې رسېږي ولې د ناروغۍ په حالت کې ډېر غتېږي

- ❖ د سرد درزونو جدا کېدل

- ❖ د Fontenella لوی او برجسته وي

## ۲. وروستنی کلینیکي لوحه

### ❖ د سرغیرنورمال شکل او جسامت:

د ماشوم د سر محیط هپرزیات غتیپری او مخ کوچنی پاتې کېږي، د قحف هدوکي نازکه وي، د سر درزونه خلاص وي (چې په ۱۵-۱، ۱۶-۱، ۱۷-۱ او ۱۸-۱ شکلونو کې بنودل شوي دي)، او په قرع سره High pitch percussion اورېدل کېږي چې د MC Ewan علامې په نامه يادېږي، د سر پوستکي نازک او د Scalp وریدونه ډک او نازکه وي، د ستړګو ګاتې بسکته خواته منحرف کېږي چې د Sun sit sign په نوم يادېږي. نومورې نښه په Occulomotor عصب باندي ډ دريم پراخ بطين د فشار له امله منځته رائحي. د ماشوم د سر شکل غيرنورمال حالت غوره کوي او د انسداد موقعیت پورې اړه لري، یعنې که چېږي duct of cylvius بند وي درېم او جنبي بطینات پراخ وي قدامي حفره او خلفي حفره کوچنی وي.

که چېږي بندبنت د خلورم بطین په مخرج کې وي خلفي حفره هېڅه لویه وي، ځکه چې خلورم بطین هېڅه پراخ وي او قدامي حفره کوچنی پاتې کېږي. که چېږي د ماشوم سر په یوه ډډه وکتل شي د ماشوم د سر نا سم جورښت په نښه ډول لیدل کېږي.



۱۶-۱ شکل په هایدروسفالوس اخته ناروغ



۱۸-۱ شکلونه نسبتاً غټو ماشومانو کې د هایدروسفالوس بنودنه کوي  
Ispn.guide.com



۱۵-۱ شکل په هایدروسفالوس اخته ناروغ د غت



۱۷-۱ شکل نسبتاً غټو ماشومانو کې د هایدروسفالوس  
بنودنه کوي Ispn.guide.com

عصبي عالي غير نورمال اي عصبي نبني يوازي په هايدروسفالوس کې غير معمول وي، شپږم زوج د خپل او بد سير له امله ماوفه کېږي چې د وحشی Rectus عضلي د فلح سبب گرئي او د Internal strabismus لامل گرئي. د Brain stem نبني کېداي شي موجود وي کله چې هايدروسفالوس په آني ډول رامنځته شي په نتيجه کې د سفلی اطرافو Extensor tone د ډبروالۍ لامل گرئي، او سفلي اطراف د بسط حالت کې قرار لري او Rigidity موجود وي ماشوم د خپل لاس ګوتې موتي کري وي، د ماشوم سرد بسط په حالت کې وي او امكان لري Opisthotonus وضعیت ماشوم کې موجود وي. همدارنګه د ماشوم Cerebral cortex اتروفیک وي چې د حرکي دندو او خبرو کولو د ځنډ سبب کېږي. د ماشوم د سر Transillumination په تياره خونه کې ديوه روښانه لاسي خراغ په وسیله ځینې ځانګړي حالات په ګوته کوي.

که چېږي Transillumination عمودي وي د ټولو بطیناتو په پراخوالې دلالت کوي، او که چېږي Sub dural Transillumination یو طرفه وي په مسافه کې د مایع په ټولېدو دلالت کوي که د تست په جريان کې موضعی روښانه ساحې ولیدل شي د خلورم بطین توسع او لویو سیستونو په شته والي باندې دلالت کوي.

تفريقی تشخيص: نوموري ناروغۍ باید له هايدروسيفالۍ، سبدورال هايگروم، ليپتو مينينګل سیست، ډوارفیزم، میوکو پولي سکرایدوزس، لیکوډستروفی، او په سليم شکل کې د فاميلي سر غتوالۍ او سکافوسیفالوس سره چې د ماشوم د سر د غتېدو لامل کېږي تفريقي تشخيص وشي.  
(٢٠٦ : ٢٠)

#### ۱.۳.۴ معاينې

- A. د قحف ایکسری: د ماشوم د سر جسامت، د سر درزونو جلا والي، د سرد قېي نازک کېدل، د سر شکل او د کلسيفيکيشن شتون را بنېي.
- B. ترانسیلومینیشن.
- C. التراساوند اسانه معاينه ده هغه وخت اجرا کېږي چې قدامي فوتانیل خلاص وي.
- D. CT SCAN: د بطیناتو او پارانشیم په اړه معلومات راکوي د csf د جريان د مسیر د بندېدو په هکله هم معلومات راکوي.

او انجیوگرافی نورمعاینات دی چې په انتخابی پېښو کې ترسره کېږي Dynamic Scan: CSF . E . F . R . I . M : ډېر لې، ترسره کېږي خود لامل په تشخیص کې رول لري. ( ۲۰۶ : ۷۰۶ )

### ۱. ۳. ۵ درملنه

تول هغه ماشومان چې غټه سرونه لري درملنې ته اړتیا نه لري که چېړې د ماشوم د سر محیط تر نورمال منحنۍ د انحراف په حال کې وي يا د قحف دنته فشار د پورته کېدو نبښې موجود وي، باید ماشوم تر خپړنې لاندې ونيول شي د غتیدونکي سرد کنترول لپاره مختلف میتودونه شته دی او په دې میتودونو کې لاندې اساسات په نظر کې نیول کېږي.

۱) CSF تولید کمول.

۲) د قحف په دنته کې CSF د جريان بیا تامینوول.

۳) د قحف خخه بهر ته CSF د جريان مسیر ته تغیر ورکول.

مايع د تولید کمول د یوشمپر درملو په مرسته چې په کروئید پلیکزووس عمل کوي او د CSF تولید کموي ترسره کېږي، نومورې درملنې د کاربونیک انهايدریز د اتزایم نهې کوونکي او د اسموتیک موادو خخه عبارت دی د هغه درملنې د هایدروسفالوس د بشپړې شفا سبب نه ګرئي او د یوې لنه مودې لپاره پکار وړل کېږي. ( ۲۰۶ : ۷۰۶ )

۴) V-P Shunt او Ventriculo atrial shunt د هایدروسفالوس میتودونه دی.

### ۱. ۳. ۶ اختلالات

۱) د شنت بندېدل

۲) د شنت اتنانات

۳) Sub dural Hygroma

۴) نور اختلالات د هایدروسیل د پیدا کېدو، پریتونیت، د کولمو تثقب، او په بطん کې د سیست د جورې دو خخه عبارت دی، په ډېر لې شمپر پېښو کې CSF Ascitis هم لیدل کېږي. د ناروځی اتزار: د ناروځی اتزار د عمليات خخه وروسته د هایدروسفالوس په سبب او د ناروځی په دوا مپورې اړه لري، هر خومره چې نومورې ناروځی ډېر ژر تر درملنې لاندې ونيول شي ( ۸-۲ ) اوئي له زېږيدنې خخه وروسته د ناروځی اتزار ډېربنې دی.

نوموري ماشومان باید د ذهني ودي او د شنت د اختلالاتو له پلوه باید تر خارني لاندي ونيول شي، او نوموري ماشومان باید خپل نورمال ژوند تپرولوته وهخول شي. (۲۰: ۷۰۶)

#### ۱. ۴ سپينا باي فيدا

(د شوكى نخاع قنات په ولادي ډول خلاص پاتي کېدنه)

#### ۱. ۴. ۱ تعريف

د ملا د تير د فقراتو يوه ولادي نقىصه ده چې د فقراتو قوسونود يو ئاي کېدو عدم کفائيي له کبله رامنځ ته کېږي چې امكان لري د نخاع حبل د ډسپلازيا او تفتق سره يو ئاي وي موجود وي او يا ورسره موجود نه وي.

لاملونه: د دي افت اصلی لامل تراوسه معلوم نه دی ولې ھينې فكتورونه د دي آفت په منئته راتګ کې گرم گنيل کېږي چې په لاندي ډول ورڅخه يادونه کېږي:

۱: محيطي فكتورونه

۲: ارثت

۳: پخوانى کورنى تاريچه

۴: تغذيوی فكتورونه لکه د حمل په وخت کې د فوليک اسيد کموالى:

۵: د حمل په وخت د تيراتوجينيك دواګانو استعمال. (۴: ۱۱۷۰)

#### ۱. ۴. ۲ ډلبندۍ

د غه ناروغې په دوه عمدہ گروپونو ويшел کېږي:

۱: **Spina bifida occulta**

۲: Spina bifida cystica: چې د غه ډول يې بيا په خپل وار په دوه نورو گروپونو ويшел کېږي:

B: Myelomeningocele

A: Meningocele

اوسيې هر ډول جلا جلا تشيرح کوو:

سپیننا بای فیدا **occulta**: په دې ډول سپیننا بای فیدا کې د سحایاو تفق موجود نه وي ولې امکان لري چې ډسپلازیا په کې موجود وي. دغه افت په ډېره اندازه په پنځمه قطنی او لوړۍ عجزی فقراتو کې منځته رائې چې د فقراتو قوسونه په کې په ناتام ډول سره یو ئای شوي وي امکان لري دغه حالت بنايی ھينې وخت ستونتزي رامنځته نه کړي خو په ھينو حالاتو کې د زياتو عصبی نيمګړتیاوه سره ملګري وي. (۳۵۱: ۱۵)

کلينيکي ځانګړتیاوي: اول - فرات: د فقراتو د یو ئای کېدو ناتامه يا ناپشپرېتیا موجود وي چې په نورمال حالت کې د اهمیت ورنه وي چې ۱۰٪ خلکو کې دغه ناتامه یو ئای کېدنه موجوده وي. (۳۵۱: ۱۵)  
دویم - پوستکی: اکثره وخت د پوستکی تغيرات د توجه وړ وي لکه د پوستکی په دې برخه کې د ویبستانو غونچه (*tuft of hair*)، **naevus** (صباخي يا خدايی خال)، **Hemangioma**، **Lipoma** يا د پوستکی په سطحه **Sinus** شتوالي او نور تغيرات.

درېم - عصبی اعراض: دغه عصبی اعراض په نوموري حالت کې د شمزی دنته افت موجود وي د مثال په ډول داخل مخي **Lipoma**، سیست ډوله تشکلات او **Diastometamyelia** چې په ولادي ډول نخاع دوه برخې کېدل او داسې نور چې د عصبی نقیصې لامل ګرئي، امکان لري چې د ماشوم د نشوونما سره وروسته عصبی نقیصه هم پرمختګ وکړي او ولادي تظاهراتو لامل و ګرئي چې په ډېره پیمانه دغه کلينيکي نښې د ۸-۶ کلنۍ وروسته بنکاره کېږي:

- ۱: د پښو پر مختلونکي سوي اشکال.
- ۲: د تشو متیازو په عمل کې بدلون
- ۳: په لاره قدم و هللو کې تغيرات.
- ۴: په پښو او ګوتو کې تروفیک قرحات
- ۵- پاراپریزس او پاراپلیژی. (۳۵۱: ۱۵)

تشخيص: نیورو لوژیک معاینه: نیورو لوژیک معاینات د عصبی نقیصې د موقعیت او وسعت تعین کولو لپاره اجرا کېږي او د تشخيص لپاره لاندې معاینات اجرأ کېږي:

۱ - د فراتورادیوگرافی: چې د **Spinabifida** او د **Interpedencular** مسافې په کلیشه کې پراخې شوې وي.

- ۲: **Myelography**: په اوسمني وخت کې د ماشومانو لپاره نه استعمالېږي.

۳: **CT scan**: په ډېرو کمو پېښو کې توصیه کېږي.

۴: MRI: زیاته توصیه کېږي او ناروغي په مورد پوره معلومات راکوي. (۷۱۲:۲۰)

درملنه: هغه وخت د ناروغ د درملنې لپاره اقدام کېږي کله چې ناروغي تشخيص شي.

د درملنې هدف: د یوروغ او متحرك ماشوم چې د بولو او تغوط عدم اقتدار ونه لري د ذکاوت او فزیکي قوت لپاره تربیه او وروسته په تولنه کې د ده د تواناني سره سم دنده ورته برابره شي ولې حینې وخت د موجوده امکاناتو سره دغه لاسته راوونه ممکن نه وي او حتی د مرگ خطر سره ملګري وي.

د عصبی نقیصې د بنکاره کېدو سره ماشوم ته MRI توصیه او وروسته د فشاري سبب لري کولو لپاره Lamenectomy اجرا کېږي او د عصبی فشار فزیکي عامل لیرې کېږي، کله هم مخکې لدې چې اعراض او علایم ورکړي جراحی تداوی مؤثره وي حینې وخت ماشومان هایدروسيفالوس سره یو ځای وي او حینې وخت د ناتام paraplegia سره ملګري وي چې درملنه کې ستونتې رامنځته کوي. (۳۵۱:۱۵)

### سپینا باي فيدا سیستیکا

مینینګوسیل: په دې ناروغ کې د فقراتود قوس ډیفیکټ خخه یوازې Menange (arachnoid matter)، dura matter بېر ته تفق کوي (چې په ۱۹-۱ او ۲۰-۱ شکلونو کې بنودل شوي دي)، سحايا د یوې کڅورې په ډول چې د CSF خخه ډک وي بېر راوئې او د عصبی ریښو او نخاع ډسپلازیا په کې موجود نه وي او کله د پوستکي تول ضخمات سره پوبن شوي وي نیورولوژیک افات نه لري د جراحی عملیات په واسطه یې کيسه ویستل کېږي چې جراحی عملیه هر وخت اجرا کېدای شي ولې که د پوستکي په سر تقرح موجود وي باید ژر عملیات شي.

میالو مینینګوسیل: د سپینا باي فيدا یو عام او معمول شکل دی (۹۰-۹۵٪)، چې د نقیصې خخه سحايا او نخاعی حبل تفق کړي وي او د نخاع ډسپلازیا هم موجوده وي کيسه د CSF، عصبی ریشو او د نخاع د Dysplastic انساجو خخه ډکه وي، د افت د سویې خخه بنکته عصبی defecit موجود وي او په دوه ګروپو وېشل کېږي:

۱: خلاص میالو سیل شکل: په دې شکل کې شوکې نخاع په خلاص شکل د چاودیدلې برخې په سر کې قرار لري که چېرې د دوه سگمنټونو خخه زیاته برخه ماوفه وي د Rachischisis (myeloschisis) په نوم یادېږي چې یو وخیم شکل د افت دی، په دې حالت کې نیورال ټیوب خلاص پاتې وي او په متوسط خط کې یو فرورفتگي Grove لیدل کېږي چې CSF ورخخه لیکاژ لري او د دې عصبی

پلگ په شاوخوا یوه نری پرده موجوده وي چې د ارکنوئید او پیامتر سره وصل وي او د هغې په امتداد دور امتر موجود وي وروسته د پوستکي سره اتصال لري.

۲: د میالو مننگوسیل بند شکل: دا هم معمول ترین شکل دی چې د CSF خخه ډکه کیسه موجوده وي او د هغې په منځ کې عصبی انساج، دیسپلازیک انساج او نیوروفایبرس قرار لري کیسه غیر منظمه وي قاعده یې پراخه او د پوستکي سره ارتباط لري که د همدي برخې نخاع دیسپلازیک وي نودیستال خوا ته یې عصبی نقیصه موجوده وي په حئینې حالاتو کې کیسه د شحمي انساجو په واسطه احاطه شوي وي او هم کله شحمد کیسي داخل خواته اتشار کوي چې د لیپومیالو مننگوسیل په نامه یادېږي. (۳۵۱: ۱۵)

پېښې: د هرو ۱۰۰۰ ژوندیو ولادتونو خخه ۳-۵ پېښې د سپینا باي فیدا تشکيلوي ولې نوي تشخيصي وسايلو سره اتنې تتل تشخيص او د حمل خاتمه د واقعاتو کچه راکمه کړي ده او د بلې خوا په پرمختللو ملکونو کې د حامله مور مراقبت او درسته ساته او د حمل په دوران او مخکې له حمله د فولیک اسیدو ورکړي د دې ناروغۍ پېښې را لږي کړي دي.

کلینيکي ځانګړتیاوي

A: د کیسي ځانګړتیاوي

۱: د کیسي موقعیت: د فقراتو له پاسه د شا په متوسط خط په هره برخه کې منځته راتلای شي اما ډېړی په قطني او عجزي ناهیو کې ډېر تصادف کوي په حئینو واقعاتو کې کیسه یو خواته بر جسته وي کله هم دوه کیسي جلا جلا موجودې وي.

۲: د کیسي جسامت: امکان لري کیسه کوچنۍ او همواره وي يا دا چې ډېره غته حتی ټوله شا بې پونبلې وي.

۳: د کیسي سطحه: امکان لري د کیسي سطحه د یو نری پوستکي په واسطه پونبل شوي وي او د کیسي په محیط کې پوستکي روغ وي او د کیسي په زروه کې پوستکي ډېر نازک او خلیدونکې ارکنوئید په واسطه پونبل شوي وي امکان لري چې کیسه منته او يا وروسته وچه شي.

۴: فقرات: په ماوې برخه کې کايفوزس او سکوليوسیس موجودوي. (۱۱۷۴: ۶)

نيورولوزيکي نقیصې: ۱: حرکي تغيرات: په ډېړی پېښو کې حرکي تغيرات په مختلط شکل رامنځته کېږي کلینيکي نيو روژيک تغيرات د کیسي موقعیت او د شوکي نخاع دیسپلازیا پوري اړه لري چې په لاندې ډولونو بنکاره کېږي:

Type ۱: په دې حالت کې یو واضح او خرگنده پاراپلیجیا لیدل کېږي چې حسیت هم ورسه له منځه تللی وي او فلح یې سپاستیک وي د ماشوم مقعد خلاص (ptulus) او د تشو متیازو بې ثباتی هم لري چې زیاتره په قطني او عجزي برخو کې رامنځته کېږي. (۱۱۷۴:۴)

Type ۲: په دې ډول کې علوی او سفلی نیورون په مختلط شکل ماوشه شوې وي چې flaccid paraplegia لیدل کېږي او سپاستیک پاراپلیجیا د علوی حرکي نیورون له وجوه رامنځته کېږي چې نومورې حالت د منځایتس او هایدروسیفالوس په تعقیب رامنځته کېږي، په دې حالت کې مقعد پورته کش شوی وي په مثانه کې Detrosor معصرې عدم توازن موجود وي چې تشې متیازې په کې احتباس کوي چې ډېر په قطني ناحیه کې رامنځته کېږي چې په L۴ او L۵ کې فلح فلکسید او په S۱ او S۲ کې فلح سپاستیک وي. (۱۱۷۴:۴)

Type ۳: په دې کې د اوردو نخاعي قنات نامکمل تخریب موجود وي او پاراپلیجي ورسه سپاستیک وي.

Type ۴: په دې شکل کې نخاع یو طرف ماوشه وي نو فلح هم په یو طرف پښه کې په ناتام ډول موجود وي او یا په پرتلیز ډول یو طرف پښه ډېره او بله لړه فلح وي او د کولمو او بولی لارې ناتام تشوش موجود وي د فلح سویه د افت موقعیت پوري اړه لري او په لاندې جدول کې توضیح شوي دي:

۱- جدول: په سپینا باي فيدا کې د نیورولوژیکي نقیصو پرتلیزه بنه او فيصدی بنيي: (۳۵۶:۱۵)

د آفت پښې	د فلح شکل	د آفت موقعیت
%۲-۱	پاراپلیجیا په تنه او سفلی طرف کې وي	علوی صدری
%۳۰-۲۷	د کولمو او مثانې بې ثباتی Complete paraplegia	سفلی صدری
%۲۵-۲۲	چې د Hip Paraplegia تقبض او تبعد او د کولمو او مثانې بې ثباتی	صدری قطني
%۵۰-۴۵	په Coxae کې حرکت موجود وي زنگون بسط او قدم کې Dorsal flexion موجود وي	Lumbosacral
%۴-۲	فلج موجود نه وي	Sacral

۲: د حسیت د لاسه ورکول: د حسیت تعینول په ماشومانو کې مشکل وي ولې د حرکي نقیصې له رویه تعین کېږي.

۳: د مثانې د وظيفې مختل کېدل: د مثانې وظيفوي اختلال پېر ڈولونه لري چې معمول يې په لاندې ڈول دي:

په نوموري حالت کې د سفلې حرکي نیورون د نامکمل افت يا مختلط افت له وجوهه وي چې په دې حالت کې د تشو متیازو رکودت موجود وي چې ورسه **VUR** هم موجود وي

په دې حالت کې د مثانې حسیت موجود نه وي او **Detrusor** هم فعالیت نه کوي او د تبول په مقابل کې مقاومت موجود نه وي، په دې ڈول کې په دوامدار ڈول ماشوم **dribbling** لري او کولاني شود لاس د فشار په واسطه مثانه تخلیه کړو او **VUR** هم موجود نه وي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

۴: **Bowel dysfunction**: په دې حالت کې مقعدی معصرې کمزوري وي او استرخا کوي چې مقعدی معصرو کې **reflex** موجود نه وي مقعد خلاص او آن **Rectum** مخاطي غشا بهره ته پرولپس کړي وي.

#### مشترکه انومالي ګانې

۱: هایدروسفالوس ۷۵-۸۰٪ په سپینا باي فيدا (میالومیننگوسل) سره ملګرۍ وي چې ۷۰٪ درمنې او جراحی مداخلې ته ارتیا پیدا کوي چې د سپینا باي فيدا عملیات خخه تر مخه باید (p-v) شنت کېښودل شي.

۲: د اسکلیت سوی اشکال **Scoliosis** او **kyphosis** موجود وي.

۳: بولي تناسلي: په ۲۰٪ واقعاتو کې **Polycystic kidney** يا **duplication of kidney** او هم **maldescending testis** موجود وي، ۹۰٪ واقعاتو کې ماشوم د میالومنجوسل سره نیوروپتیک مثانه لري.

۴- التراساوند، **KUB** او د پنستور ګو **CT scan** چې د مثانې او پنستور ګو د دندو په باره کې معلومات ورکوي.

## ۱.۴.۳ د سپینا باي فيدا تشخيص

تشخيص يې د کلينيکي معاينې او متممه معايناتو سره صورت موسي د وينې او ادرار معاينات په روئن ډول اجرا کېږي ولې د پوره تشخيص لپاره لاندې خانګړې معاينات اجرا کېږي:

۱- د فقراتو پلان ايڪسرى چې د فقراتو نقیصې په مورد معلومات ورکوي.

۲- MRI د دې معاينې سره inter spin انوماليو په مورد معلومات راپه گوته کوي لکه د نخاع شوکي ډسپلازيا او د نخاع شوکي اتصال د دې معاينې په واسطه او داسي نور...

د دې په کارولو سره Myelo CT myelography او معاينات نه اجرا کېږي حکه نوموري معاينات په ماشومانو کې د اختلاط لامل ګرئي.

۳- د قحف CT: چې د spinabifida سره د هايدروسفالوس شته والي ثابتوي.

۴- د عضلاتو charting چې په سفلې نهايت کې د عضلاتو deficit معلوموي. (۱۱۷۴:۴)

اختلاطات:

meningitis : ۱

mental retardation : ۲

pressure sore : ۳

UTI : ۴

fecal incontinence : ۵

urine passing problems : ۶

social psychologic problems : ۷

## ۱.۴.۴ د سپینا باي فيدا درملنه

د درملني هدف د یوه متحرک ماشوم چې عصبی نقیصې کمې او د نورو پرته د ژوند چاري د پوره ذکاوت سره د توان سره سم ټولنې ته وړاندې شي چې د تبول او تغوط ستونزې کمې وي (۱۱۷۴:۴)

A: د نيونت ماشوم ارزیابی

- ۱: د زېرون په وخت د ماشوم وزن او gestational age معلوم شي.
- ۲: د سپينا باي فيدا موقعیت، وسعت، د پوستکي خرنگوالی او د کيسې خرنگوالی معلوم شي.
- ۳: د هايدروسفالوس موجودیت و کتل شي.
- ۴: نیورولوزیکي نقیصې معلومې شي.
- ۵: د مثانې او کولمو دندې ارزیابی شي.
- ۶: اورتوبیدیک نقیصې په فقراتو کې و کتل شي.
- ۷: مشترکه سوی اشکال ولټول شي.
- ۸: د ناروغ اجتماعي او اقتصادي حالت وارزول شي.
- B: وروسته ماشوم په دقیق ډول د یو متخصص تیم لخوا وارزول شي او د ناروغ د حالت مطابق د تداوي پلان یې ترتیب او جوړ شي په دغه پلان کې لاندې تکي باید په نظر کې و نیول شي: (۱۱۷۴:۴)
- ۱: مشترکه افات چې خطرناک وي په ګوته شي، لکه هايدروسيفالوس، معده معايي او بولي تناسلي انومالي ګانې.
- ۲: د سپينا باي فيدا ډول معلوم شي.
- ۳: د کيسې جسامت او سویه معلومه شي.
- ۴: د هايدروسفالوس په مورد معلومات ترلاسه شي.
- ۵: د میننجایتس د شتوالي لپاره پلتهنه وشي.
- ۶: د فقراتو، عضلاتو او بندونو ماوفوالي او د ماوفوالي درجه تعین شي لکه کيفوزس، سکوليوزس، Equinvarus او Talepes
- ۷: د بولي او کولمو د برخو ابناړملتي ګانې ولټول شي.
- اتزار: ۱- تامه پاراپليژي. ۲- په تامه ډول د تغوط او تبول عدم اقدار. ۳- غټه هايدروسيفالوس
- ۴- شدید Scoleosis، kyphosis
- ۵- لوی د ژوند تهدیدونکي مشترک افات لکه زره complex abnormality او نور...

چې د مرینو اندازه په دې ماشومانو کې پورته وي او د ژوندي پاتې کېدو کچه ډېره تېتېه وي چې د ناروغۍ په مورد د ماشوم والدینو ته وویل شي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

## جراحی عملیات

### A. عاجل عملیات

- ۱- هغه وخت چې د کیسې په سر پوستکی ډېرنازک وي او د رېچر خطر ولري
- ۲- هغه وخت چې د کیسې په سر عصبی پلک لوح وي
- ۳- هغه وخت چې د کیسې د لیکاژ خخه ۶-۶ ساعته تېر شوي وي
- ۴- ماشوم چې میالوسیل ولري او د زېرون خخه ۶-۶ ساعته تېر شوي وي

ځنډاني عملیات: هغه وخت چې کیسې رېچر کړي وي او یا کيسه منته شوي وي چې په دې حالت کې تر ۴۸-۲۴ ساعتو عملیات ځنډول کېږي ناروغ ماشوم ته لازم اتنی بیوتیک ورکول کېږي او وروسته عملیات کېږي.

### B- په پلان ډول عملیات

هغه وخت چې د کیسې د ډبل پوستکی سره پونسل شوي وي او یا په ناروغ ماشوم کې لایپو منینګوسیل موجود وي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

## د جراحی درمنې پلان

- ۱: د کیسې په قاعده کې پوستکی په بیضوی شکل قطع شي.
- ۲: دورال سک (Dural sac) د پوستکی خخه جلاشي.
- ۳: کيسه په پورتنې برخه کې خلاصه شي او محتوي یې وکتل شي.
- ۴: عصبی انساج باید معلوم او بدون له دې چې متضرره شي په خپل حالت پربنسودل شي کيسه له پوستکی جلا او قطع شي.
- ۵: دورا د عصبی انساجو سره نېدې راول شي او non absorble تار په واسطه و ګندل شي او د هغې له پاسه پوستکی ترمیم شي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

وروسته مرحله کې نیوروجینیک Bladder او د بولی قنات اتنات او په خپل وخت سره د اسکلت سوی اشکال سره تداوی شي، که د عملیات وروسته ماشوم ته هایدروسفالوس پیدا شي د شنت په تېرولو مراقبت کېږي، ماشوم ته فزیوتراپي او د ګرځدو لپاره تمرينات ورکړل شي او بلاخه د ماشوم د ذکاوت د قوي په نظر کې نیولو سره تربیه ورکړل شي ترڅو د یو بادرکه شخص په توګه ټولنې ته وړاندې شي.

## کرانیوم باي فيدوم

تعريف: اکسي پیتالو انسفالوسیل د اوکسي پیتال برخه کې عظمي ډیفيكت نور و برخو ته ډېر لیدل کېږي چې د occipital encephalocele په نوم یادېږي، ولې کله ناکله frontal برخه کې هم ډیفيكت رامنځته کېږي او هم په کمو پېښو کې په جداري يا parital کې هم تصادف کوي او کيسه د CSF او دماغي انساجو ډکه وي.

کلينيکي منظره: د زېبون وروسته په اوکسي پیتال برخه کې کتله موجوده وي، امکان لري کتله کوچنۍ وي (۱-۲ ساتي متر) او کله هم دومره غتنه وي چې د ناروغ ماشوم د سرڅخه غتنه وي، په ډېر وحالاتو کې کيسه د پنډ پوستکي سره پونسل شوي وي، ولې په ډېر و کمو حالاتو کې ډېر نازک وي چې د رېچر چانس په کې ډېر وي، کېډاишې مخکې يې رېچر کړي وي او CSF ورڅه ليکاژ ولري او منتن شوي وي، او د کيسې منځ کې CSF او دماغي Dysplastic انساج موجود وي، او کله هم امکان لري چې دماغي بطیناتو هم بهره ته تفتق کړي وي، چې occipital encephalocele کې واضح معلومېږي چې ورسه microcephaly او ډسپلازيا موجود دي

مشترکه انومالي: اکثره وخت د اوکسي پیتال انسفالوسل سره هایدروسفالوس او مايكرو اينسيفالوس ملګري وي همدارنګه د نور و برخو سوی اشکال لکه د هضمی جهاز اتریزیا هم ورسه موجود وي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

معاينات: لوړۍ باید د سر محیط اندازه شي د ډیفکت سره هایدروسفالوسیل یا مايكروسفالوس موجود دي چې وروسته Transillumination اجرا شي او د skull ایکسری واخیستل شي او د التراساوند او CT په واسطه پوره معلومات تر لاسه شي.<sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>

درملنه: جراحې عملیات د مشترکه انوماليو په نظر کې نیولو سره پلان شي که هایدروسفالوس موجود وي د shunt په اېښودولو صورت ونیسي، وروسته Eleptic شق د کيسې د زروي دپاسه

اجراکېرىي، كىسە خلاصە او محتوي يې كتل كېرىي، وروسته CSF دريناز او عصبىي Dysplastic انساج لرې شي، ولې هېخكىله فشار پە دماغىي انساجو وارد نەشي چې د مړينې سبب گرخىي، كىسە قطع او دورا ترميم كېرىي او پوستكى پە سر گندل كېرىي. <sup>(۱۱۷۴:۴)</sup>



۲۰-۱ شكل سپينا باي فيدا رابنېي

(www.gottiyimages.com)



۱۹-۱ شكل د سپينا باي فيدا ۳D

(www.gottiyimages.com)

د دې فصل لوړۍ برخه دماغي چوره جوړوي چې سحايا او یا دماغي انساج او کله هم دماغي بطینات د خپل ځای خخه بې ځایه او د قحف د ولادي نقیصې لپاره تفتق کوي چې مختلف انواع لري لکه مینینګوسیل، انسیفالوپتی او انسیفالوسل چې په دې ډول سحايا، دماغي انساج او دماغي بطیناتو کې تفتق رامینځ ته کېږي، ولې په غتهو ماشومانو او کاهلانو کې نور لاملونه په کسبي ډول د تفتق لامل ګرځي لکه د ترضیض، هیماتوم، کسرونه او نور...

ناروغ ماشوم د دماغ د ماوېدو کلینيکي لوحه لري او GCS پکيښکته وي چې د تشخيص لپاره بې بنه وسیله سی تې سکین ده چې د دې معاينې په بنیاد ناروغ ته کرانیوتومي اجرا کېږي چې يو ستونترمن عملیات دی.

کرونيوساینوزایتیس یوه بله ولادي ناروغی ده چې د قحف هلهوکي درزونه يا Sutures په کې د وخت خخه مخکې تړل کېږي. د قحف هغه برخه چې satures په کې مخکې تړل شوې وي مقابل نوري خواوي د دماغي انساجو د فشار له کبله سوی شکل اختیاروی.

په زیاتو واقعاتو کې سجیتل سچور د وخت خخه مخکې تړل کېږي چې ورسه قدامي خلفي قطر زیاتېږي امکان لري ډې ډولونه بې په ماشومانو کې ولیدل شي چې په عمده ډول سنډرومیک او غیر سنډرومیک ډولونو باندي و بشل کېږي چې غیر سنډرومیک نوعه بې درملنې ته اړتیا نه پیدا کوي، ولې په هغه صورت کې چې داخل قحفی فشار ورسه پورته لارې شي کرانیوتومي ته ضرورت پیدا کېږي.

هايدروسیفالوس یوه بله ولادي ناروغی ده چې د ناروغ ماشوم سر غتېږي، ورسه په بطیناتو کې دماغي شوکي مایع زیاتېږي بطینات متوع او ورسه د قحف داخلی فشار پورته ئې، ولې په سپینا باي فيدا سیستیک شکل د عصبی رینبو او نخاع ډسپلازیا موجود نه وي، کوم اعراض او علایم نه ورکوي یوازي یوه د سحاياو کڅوره د ملاتير په برخه کې کمېږي درملنه بې هر وخت د کيسې په قطع کولو صورت مومي.

میالو میننګوسیل یو عام او معمول شکل چې ۹۰-۹۵ سلنډ رامینټه کېږي چې د نخاع ډسپلازیا او تفتق سره ملګری وي چې افت ځایي او د نخاع ډسپلازیا خخهښکته حرکي او حسي تشوشت موجود وي، ورسه د تغوط او تبول نورماله پروسه هم خرابېږي. دغه ناروغی امکان لري د نورو

سيستمونو مشترکي ناروغى، ولري چې په زياتر واقعاتو کې د هايدروسيفالوس سره يو ملګرى وي، په تشخيص کې يې کلينيکي معاينه، ايکسراي، سې تې سكين او ايمار ايي مرسته کوي.

د درملنې هدف د يومتحرک، هونبيار، او بې د کوم تغوط او تبول ستونزو خخه جامعي ته د يو شخص وړاندې کول دي، چې د دې هدف ترلاسه کولولپاره ماشوم په درست ډول ارزیابي، ناروغى وخامت او موقعیت تعین شي د هايدروسيفالوس موجودوالی معلوم او درملنې ورته اجرا شي.

نيورولوزيکي نقisci معلومې شي، مشترکي انومالي بنکاره او معلومې شي، اجتماعي او اقتصادي حالت وارزول شي، خراب اتزارو ماشوم معلوم او جراحی درملنې او لاسته راورنې وارزول شي.

جراحی عملیات: د کيسې خلاصول او بېرته د سحایا پواسطه پونبل کېږي (هېڅکله داخل خوا ته په فشار تېله نه شي، د مثاني او تغوط لپاره په خپل وخت درملنې او ترينينيگ اجرا شي.

کرانيوبيايو فيهوم چې زياتره په اوکسي پيتميل برخه کې د هدوکو نقisci لپاره دماغي انساج او سحایا تفتق کوي امکان لري د انساجو تفتق سره ډسپلازيا او مايكروسيفالى سره یوځاي وي.

د دې ناروغيو سره نوري مشترکه انومالي او هم ورسره هايدروسيفالوس موجود وي چې په درملنې کې لمړۍ شنت اينبودل وروروسته متفتقه برخه عملیات کېږي.

## پونستنې

۱. د ولادت خخه وروسته د نوي زېږيدلې ماشوم د سر قطر خومره وي؟
۲. په کومې انومالۍ کې د سر شکل خلی ته ورته وي؟
۳. په ماشومانو یا نوي زېږيدلې ماشومانو کې د دماغي تفتق محتوي د خه شي خخه عبارت ده؟
۴. د تانسلر فتق Tonsilar herniation نور نومونه ولیکي؟
۵. په Sagittal craniosynostosis د کبله د سر کوم قطر اوږدېږي؟
۶. په total craniosynostosis کې درملنه عبارت ده له:
  - a. تول digital suture لري کېږي
  - b. جنبي سوچورونو کې linear craniotomy اجرا کېږي
  - c. په تولو سوچورونو کې linear craniotomy اجرا کېږي
  - d. تولي ذکر شوي جراحې مداخلې اجرا کېږي
۷. که هايدروسفالوس په اني ډول رامنځته شي سفلې طرف لاندې وضعیت اختياروی.
  - a. د قبض حالت.
  - b. د بسط حالت.
  - c. علوی د بسط او سفلې د قبض حالت.
  - d. علوی د قبض او سفلې د بسط حالت.
۸. د هايدروسفالوس په طبی درملنه کې لاندې کوم ډول دايوريتك استعمالېږي.
  - a. اوسموتیک لکه مانیتول
  - b. Laxis
  - c. دیاموکس یا اسيتازولاید
  - d. درې واړه صحیح دي.
۹. د سپینا باي فيدا په رامنځته کېدو کې د تغذیې يا food کوم جز د حامله مور لپاره مهم دی:
  - a. ویتامين
  - b. کاربوهايدريت
  - c. فوليک اسيد
  - d. منرالونه

۱۰. د سپینا باي فيدا oculat درملنه خه وخت ستونز منه وي

a. چي هايروسفالوس سره يو ئاي وي

b. چي د منينگوسيل د هايروسفالوس سره يو ئاي وي

c. چي د فقراتو Sclerosis سره يو ئاي وي

d. چي د Kyphosis سره يو ئاي وي

۱۱. که سپینا باي فيدا په کوم تاپ کې علوی اوسفلی نیورون په مختلط ډول ماوف شي فلچ يې عبارت دی له

Spastic .a

Flaccid .b

c. دواړه موجود وي

d. یوهمنه وي

## مأخذونه

١. Arnold G. Coran. (٢٠٠٧) **Pediatric Surgery**, ELSEVIER Saunder, P: ١٢٧٣
٢. Avery RA, Shah SS, Licht DJ, Etal ReF ٢٠١٠, N-Enyl-J-med P: ٣٦٣
٣. Coll man H etal. (١٩٩٩) **Craniosynostosis, Pediatric Neurosurgery**, Churchill Livingston Long, Pp: ٢٩١, ٣٢٢
٤. Devendra K Gupta. (٢٠١٠) **Pediatric Surgery diagnosis and management**, Jaypee Brothers, Pp. ١١١٧, ١١٩٣, ١١٢٨,
٥. Dias MS: Myelomeningocele. (١٩٩٠) **Pediatric Surgery Eds Choux M. Rocco** CD, Walker ML, Churchill. Livingstone, London, Pp: ٣٣-٤٠.
٦. Fachs HE (١٩٩٨) Ped. Neurosurgery: **Hydrocephal and maningomyelocele** Eds Stringor MD, Old ham KT, WB Saunder Comp. Philadelphia, Pp: ٧٨٧-٧٩٢
٧. Feacock WJ (١٩٩٨) **Management of Hydrocephalos Ped. Surgery**, Mosby St Louis, P. ١٨٥
٨. Gold man L, SchaFer AL eds. Cecil median (٢٠١٢) Saunders Elsevir P. ٤٠٧
٩. Hemmy D (١٩٩٥) **Craniosynostosis**. J. Cranio Fac Surgery, Charhill Livingston P: ٤٨
١٠. HoFF man HJ, Kestie JRW (١٩٩٤) **CranioFacial Surgery**, Saunder Company, Philadelphia, Pp: ١٢٤, ١٣٨
١١. Jankins LW, Kochanek PM (٢٠١٥) **Pediatric Intensive Care**, Lippin cott Williams & wilkins. Phila. P: ٨٢١
١٢. KEITH W. ASHCRAFT, MD (٢٠٠٨) **PEDIATRIC SURGERY**, EISEVIER SAUNDER P. ٢٢٧
١٣. Knsti Hudson (٢٠٠٧), **Brain Herniation Syndrom**, Saunder Elsevir P: ٢٣١

١٤. Mcclone DG (١٩٤٩) **Neonate maningomyelocele management.** Eds O" neil JA Jr etal, Mosby. St-Louis Pp: ١٨٤٩-١٨٥٧
١٥. R. KulShrestha (٢٠٠٢) **Common Problems in Pediatric Surgery**, CBS New delhi india. Pp: ٤٧, ٣٤٠, ٣٥١, ٣٥٢,
١٦. Reigel DH. Rotein D. (١٩٩٤) Spina bifida. **Pediatric Neurosurgery**, Eds Check WR. WB. Saunder comp. Phil. Pp: ٥١-٧٢
١٧. Settis. (٢٠٠٥) **principle of neurogen**,Richachragesp Richards Elleubgen P.V., ٢٠٠٥
١٨. Shurtleff DB, Lamire RJ. (١٩٩٥) Epidemiology, Eteology Factors and prenatal diagnosis of Spinal of dysraphism, Clin N. Am P: ١٨٣
١٩. Smith, Julian, Joe, TJandran: Gorden JA Clunie; Kaye, Andrew H. (٢٠٠٢), Wiley-black Well P. ٤٤٢
٢٠. Sriram Bhat M SRB's. (٢٠٠٧) **MANUAL OF SURGERY**, Jaypee Brothers medical publishers; Pp: ٤٧, ٧٠٢, ٧١١, ٧١٢
٢١. Tasker RC. **Inter Crancal Pressure-** Ped. Crit. Care med. P: ١١٢
٢٢. Thompson DMP Huy ward RD. (١٩٩٩) **Craniosynostos**, Churchill Livingston London Pp: ٢٧٥-٢٩.
٢٣. Volpejj. (١٩٩٥) **Neurology of the New born**, WB Saunder Comp. Philadelphia Pp. ١٧٣: ٣٩ .

## دوييم فصل

### د گېلپى د جدار انومالى

د گېلپى د جدار انومالى: د گېلپى د جدار انومالى او د نامه سوء اشکال: د امبليكس په اړوند دقيق معلومات په ابتدائي ډول په ۱۹۱۶ کلونوکي دکولين په واسطه ورکړل شول.

امبليكس په داخل رحمي ژوند کې د جنین لپاره حياتي ارزښت لري اما په خارج رحمي ژوند کې فزيولوژيک ارزښت ډېرکم او يا هېڅ نه ليدل کېږي یوازې د بنايست په منظور موجوديت ئې لازم ګنل کېږي دغه ساختمان يا د نامه غوتې ماشومانو جراحانوته زيات ارزښت لرونکى ساختمان ګنل کېږي دا ځکه چې د ماشومانو زياتره ولادي ناروغۍ د همدي ساختمان پوري اړوند وي چې موجوديت، عدم موجوديت او غيرنورمال والې ئې د ناروغيو په تشخيص کې د ارزښت وړدي.

هغه امبليولوژيکي ارزښتمندې نقطې چې د ماشومانو په جراحې کې ارزښت لري عبارت دي له:

۱ - Yolk sac : په برخو ويшел کېږي Intra coelomic او Extra coelomic برخې چې له دې څخه ئې کله جنین کې Body wall جورېږي نو Intra coelomic برخه د زېړ جسم ابتدائي Elementary Canal باندي بدلهېږي چې د Extra coelomic برخې سره د Vineline يا امپولو ميزينتريک قنات په واسطه ارتباط لري، دغه ارتباطي برخه د داخل رحمي ژوند د پنځمي اونۍ څخه تر اوومې او نيو پوري له منځه ئې، که چېږي دغه ارتباط له منځه لړنه شي او په خپل حال پاتې شي نود ځينو ابنار ملتي ګانود منع ته راتلو لامل ګرخي لکه ميکل دايورتىکل، امبليکل ساينس، امبليکل سيسټ او امبليکل پوليپ.

۲- د امبليکل په واسطه د جورپدونکي مثاني سره ارتباط لري چې د وخت په تيرپدو سره دغه ارتباطي برخه د اوراکس په Median Umbilical Ligament بدلېږي که چېږي دغه ارتباطي برخه په خپل حال پاتې شي نودا هم يو ابنيار ملتني د منځته راتلو لامل ګرخي لکه د Folly ، امبليکل او راکس ساینس او او راکل سیست Patent Urachus

۳- وروسته له دې چې Medgut ګډېي ته دوباره راشي نو فايبرو مسکولر امبليکل رينګ ئې . Contract ګېږي

نوکله چې د ولادت خخه وروسته دغه برخه په سمه توګه بنده نه شي او دوامداره د صفاق خلاص پاتې کېدنه د امبليکل هرنیا د منځته راتلو لامل ګرخي.

د نامه غوتې کېداي شي لاندې پتولوزيک بنه ولري:

۱- التهابي يا inflammatory تغيرات

۲- د جنین د لمپنيو جورپښتونو دوامداره پاتې کېدل لکه Vitelollo intestinal duct او او راکل ريماناته

۳- د امبليکل رينګ د تړل کېدو عدم کفایه لکه امبليکل چوره. (۵۲۳: ۶)

### د ګډېي د جدار انومالي

د نامه غوتې او د اوراکس انومالي چې د نامه په برخه کې ابتدائي ساختمانونه په ابتدائي حالت پاتې کېږي يا د نامه حلقي تړل کېدو عدم کفایي رامنځته شي او یا په دې برخه کې اتنان مداخله ولري.

د دې عنوان لاندې اړوند لاندې ناروغۍ ليدل کېږي:

۱- د ګډېي جدار د عضلاتو انومالي

۲- د امفلوميزتریک قنات انومالي

۳- د او راکوس انومالي

۴- وعائي انومالي

۵- سوماتيك انومالي. (۵۲۳: ۶)

## ۲. ۱ د اوراک انومالی

### ۲. ۱. ۱ تعریف

د زېریدو خخه وروسته جبل الشروی بیلېری او umbilical ring ترول کېری، خو كله چې دا حلقة ونه ترول شي په دې حالت کې يو شمېر غیر نورمال حالات منحتجه رائخي چې د هغې جملې خخه کېدای شي چې په داخل الرحمي ژوند کې احشاد نامه سره اړیکې ولري او یا هم د الیوم سره خلاصه اړیکه ولري چې د umphalomesentric duct يا vitilointestinal duct په ډول خلاص پاتې شي او یا دغه رشیمي ارتیباط بند شي، ولې د نامه حلقة خلاصه پاتې کېری چې د ګېډۍ د فشار د ډپروالی له کبله د ګېډۍ داخلي احشاد باندي تفتق وکړي او د نامه د چوري لامل کېری. (۵۲۳: ۶)

د نامه خخه درې ډوله افرازات رائخي: قیحی يا Pus، تشې متیازې او غایطه مواد که چېرې د یوراکس لومن ونه ترول شي نو یوه اړیکه د مثاني او یوراکس ترمینځ پاتې کېری، چې د نامه خخه تشې متیازې جريان پیدا کوي، کله کله د بولی لارې د بنسکته برخې د بندبنت له کبله هم رامنحتجه کېرې لکه post urethral valve چې ۵٪ په کې رول لري، کله کله په یوراکس کې کوچني کوچني خاليګاوې شته وي چې د lacunae of lushka په نوم یادېری او که دغه خاليګاوې يا تش ځایونه ډک شي نو د یوراکس سیست په نوم یادېری.

په ټولو حالتو کې د ناروغۍ تشخیص د کلینیک او متممه معايناتو په واسطه کېرې، په مایع کې د کریاتینین وکتل شي یا فیستولوگرافی او یا رنګه موادو په واسطه فیستول پیدا شي یا ناروغ ته voiding liptogramme اجرا شي.

که د مثاني او نامه فیستول موجود وي باید فیستول د جراحی عملې په واسطه وویستل شي او معند یوراکس د بولی لارې د سفلې برخود بندبنت له کبله موجود وي، لمړی باید سفلې بولی لاره خلاصه شي او وروسته فیستول لري کړل شي، او که سیست وي نو سیستیکتومي ورته اجرا شي، که د تړلو خخه وروسته بیا هم تشې متیازې جريان پیدا کړي نور حالات په نظر کې ونیول شي لکه د یوراکس تومورو نه او کېدای شي چې وروسته د نامه چوره ورته پیدا شي، که په وخت درملنه ورته ونه شي نو د بولی لارې مکررو انتناناتو له کبله د سپتیسیمیا چانس ډېر وي او هم د بولی لارو تېرو د پیدا کېدو لامل کېرې. (۶۵۹: ۱۱)

## ۲.۱.۲ ډلپندی او درملنه يې

د اوراک انومالۍ په لاندې ډولونو ويشل شوی:

### ۲.۱.۲.۱ اوراکل سیست

که چېرې د یوراکس لومن بشپړه ډول بند شوی وي نود یوراکس په  $\frac{1}{3}$  یمه برخه کې سیست جوړېږي، چې سطحه يې د اپیتیل په واسطه پوبنل شوې وي. اکثرًا سیست کوچنۍ وي او کوم پتالوزیک تغیرات په کې نه لیدل کېږي، کله هم د ګېډې سفلې منځنۍ برخه د کتلې په ډول جس کېږي، که سیست منتن شي اعراض ورکوي (چې په ۱-۲ شکل کې بنودل شوې دي)، چې اکثرًا په کاهلو خلکو کې لیدل کېږي، خو کله کله په شيدو خورونکو کې ھم لیدل کېږي چې د انتان په وخت کې د درد لامل گرئي او عمومي سیستمیک اعراض ورکوي، که تداوی نه شي ممکنه ده چې لري د نامه خواته د ابسي په ډول دریناژ شي، او یا مثاني ته د فیستول په ډول لاره پیدا کري. باید منتن سیست د مثاني diverticule، او حاد اپنديسايتس سره تفريقي تشخيص شي چې د U/S او CT scan د umbilical hernia تشخيص لپاره بنه معاینه ده. درملنه يې لمړي دریناژ او وروسته سیستیکتومي ترسه کېږي. (۱۱)

(۶۶۰)



۱- شکل: منتن شوی اوراکل سیست را بنیې. (nejm.org)

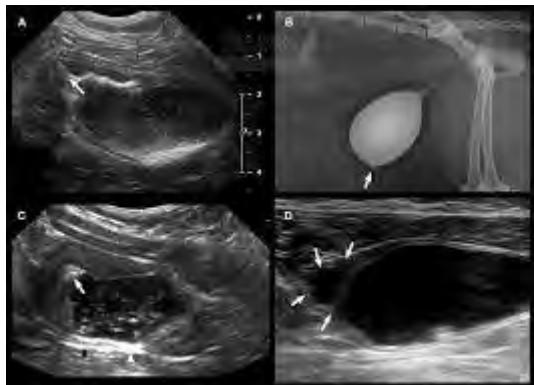
### ۲.۱.۲.۲ اوراکل سینس

امکان لري د کوچنۍ یوراکل سیست د منتن کېدو پسې رامنځته شي یا د عملیات خخه وروسته کومه کوچنۍ اړیکه د مثاني سره پاتې وي چې د umbilical granuloma سره ddx کېږي چې لې مشکل کار دی، چې باید فیستولوگرام اجرا شي او درملنه يې د یوراکل سیست په ډول اجرا کېږي.

## ۲.۱.۳ د مثانی او را کل دایورتیکولوم

په نوموري حالت کې يوراکس د نامه په برخه کې بند شوي وي، ولې د مثانې په برخه کې خلاص پاتې شوي وي چې د Vesicourachal دایورتیکولوم د جور پدو لامل گرخي. (چې په ۲-۲ شکل کې بنودل شوي دي)

امكان لري د بولي لارو په سفلې برخو کې بندبنت موجود وي چې په تصادفي ھول د بولي لارو په رنگه راديyo گرافي کې تشخيص وضع کېږي، چې د تېرو او اتنان لپاره معاینات اجرا کېږي چې د دایورتیکل سره اکثره وخت تېري موجود وي او درملنه یې جراحې عمليات دی، یعنې ناروغ ته دایورتیکولیکتومي ترسره کېږي. (۵۲۳:۶)



۲-۲ شکل: د مثانی او را کل دایورتیکولوم بنېي. (smallanimalultrasonography.com)

## ۲.۱.۴ د نامه خخه د زوو يا Pus افرازات

امكان لري زوي يا pus د موضعی اتنان او يا په کمه سلنې د urachoomphalomesentric duct بقاياو له کبله وي.

## ۲.۱.۵ امبليکل سپس

دا یو خطرناکه حالت دی چې د ثروي حبل د پاتې برخې يا بقاياو د منتن کېدو خخه منحثه رائحي او د omphalitis په نوم یادېږي، او مېکروبي عامل یې د staphylococ, streptococ او E.coli خخه عبارت دی.

امكان لري چې اتنان خفيف وي چې التهابي علایم د نامه په شاوخوا کې موجود وي او pus يا مصلی افرازات ورڅه جاري وي چې په موضعی او عمومي درملنې سره ھواب وايي، او که چېري اتنان

انتشار وکړي او necrotizing abscess جوړه کړي نوبیا جراحی دریناژ ته اړتیا لیدل کېږي، کله کله هم منځته راوري infection.

ممکنه ده چې اتنان د وينې د دوران له لاري يا په موضعی ډول پريتوان يا دوران ته دته شي او septicemia منځته راوري، او همدارنګه کله هم اتنان د اوعيو (شريان) له لاري internal iliac شريان ته دته کېږي او د ابسې د جورې ډول امل ګرځي او يا د پريتوان جوف ته دته کېږي.

او همدارنګه د ورید له لاري portal vien او ductus venosis ته لاره پيدا کړي او ترمبوفلايتس او سڀټيک ترمبوزس سبب شي، چې ډېر خطرناکه سير لري چې د portal hypertrnsion او collateral د جورې ډول امل شي.

درملنه یې په infant کې ډېر سخته ده چې ۵% د بېړنې مرپينې سبب کېږي او د مخنيوي لپاره یې بايد د نامه د برخې وقايوی تدابير ونيول شي. (۱۱: ۶۶۰)

## ۲.۱.۶ امبيليكال ګرانولوما

يو ډېر معمول حالت دی چې د سور granulation په شکل په نامه کې یوه کتله لیدل کېږي (چې په ۳-۲ شکل کې بنودل شوي دي)، چې serosanguineus يا قيحي مصلی افرازات لري چې د منتن کېدو په پايله کې منځته راخي، کله کله هم د یوې کوچنۍ کتلې په ډول یونزی ثویق يا pedicle لري او کېداي شي چې یوه پراخه قاعده ولري چې په لمري صورت کې انستيزې څخه پرته قطع کېږي، په دويم صورت کې د silver nitrite سره سوئول کېږي، امکان لري دغه ګرانوليشن انساج د کولمو د انساجو سره مغالطه شي بيا هم په موضعی ډول د ګرانولوما په شکل تداوي شي. (۱۵: ۴۵۶)



۳-۲ شکل: امبيليكال ګرانولوما رابسيي. (babycenter.com)

## ۲.۱.۷ امفالومیزینتریک گرانولوما

چې د persistent vitelointestinal duct په نوم هم یادېږي چې ډېر کم لیدل کېږي، په دې حالت کې د کولمو او نامه ترمنځ یوه اړیکه موجوده وي چې د نامه خخه د غایطی افرازاتو په راتلو تشخيص کېږي. په نارینه ماشوم کې نسبت بنسختینه ته ډېر لیدل کېږي چې داخل الرحمي رشیمي دوران کې امفالو میزینتریک قنات د mid gut yolk sac او ترمنځ اړیکه لري، په نورمال حالت کې د داخل الرحمي رشیمي ژوند په شپږمه اوونې کې منځته راخي.

ممکنه ده دغه قنات خلاص پاتې شي او infant په بدن کې د الیوم محتوي د نامه خخه جريان پیدا کري، او که نومورې قنات لنډ او پراخه وي نو کېداي شي چې الیوم د دې قنات خخه تغلټ وکړي، امکان لري نومورې قنات ټول بند وي او دیوه بانډ په ډول پاتې شي چې د vitillointestestinal band په نوم یادېږي چې د نامه خخه تر الیوم پوري ارتباټ لري، امکان لري د کوم پرابلم سبب ونه ګرځي خو ټینې وخت کېداي شي چې د کولمو د انسداد سبب شي.

ټینې وخت هغه برخه چې د نامه سره اړیکه لري بنده شي او د الیوم خوا ته خلاصه وي چې د میکل دایورتیکولم د راپیدا کېدو لامل کېږي. (۶۶۰: ۱۱)

کله کله د نامه برخه دیوه بانډ په ډول د دایورتیکولم سره په ارتباټ کې پاتې کېږي چې د انسداد سبب کېږي، ټینې وخت قنات په دواړو خوکو کې بند او منځ یې خلاصه وي چې د vetilin cyst جورووي، ټینې وخت هم د الیوم خوا ته خوکه یې بنده او د نامه خوا ته خلاصه پاتې کېږي چې د sinus ورته وايي، چې باید په ټیر سره یوراکس د نورو انوماليو سره تفکیک شي.

د omphalomesentric duct تول ذکر شوي ناروغۍ جراحی ته اړتیا لري چې کله هم لپراتومي ته اړتیا پیدا کوي او د قنات ټولې پاتې شوې برخې باید وټول شي. (۱۴۱: ۱۳)

## د ګېډاې جدار د عضلاتو انومالي

هغه انوماليګانې دې چې د ګېډاې د جدار عضلات چې په قسمي او یا تام ډول جور شوي نه دې لکه د ګېډاې د جدار مستعرضه، لویه او کوچنۍ منحرف عضله، دغه انومالي کېداي شي د بولې لارو او هضمی لارو د انوماليو سره ملګري وي چې په دې حالت کې د مرینې کچه پورته وي، د دې ناروغۍ مهمه بېلګه د prune belly سندروم دې چې په لاندې ډول ورڅه بحث کېږي: (۱۴۹۷: ۲)

## ۲.۲ پرون بیلی سندروم

### ۱.۲.۲ تعریف

دا یوه نادره ولادی ناروگی ده چې د ګېډي د جدار عضلات په کې په مکمل او یا نیمه ډول موجود نه وي چې دغه افت په نارینه ماشومانو کې نسبت جینکو ته په ډپره اندازه لیدل کېږي (۹۰-۹۵٪ په هلکانو کې وي) دغه سندروم په ځینو نورو نومونو هم یادېږي لکه obrinsky، Eagle barrett، triad syndrome frohlich او undescended testicles cryptoorchdisim یا سره یوځای په دغه افت کې د بولی لارو نیمگړ تیاوې سره یوځای (۱۴۹۷:۲) هم موجود وي.

پېښې: د (۳۰۰۰-۴۰۰۰) ولادتونو کې یوه پېښې دغه افت تشکيلوي چې له دې جملې یې ۹۵-۹۷٪ نارینه ماشومان ماوفه کوي او باقي ۴-۳٪ بنخینه ماشومانې په دې افت اخته کېږي او په غبرګونو حملونو کې یې ۴٪ واقعات لیدل کېږي Mortality rate یې ۲۰٪ دی.  
لاملونه: ۱: اصلًا یې سبب ناخر ګند دی.

۲: هغه ماشومان چې د ډپرو ټوانو میندو څخه زېږيدلې وي دې افت پېښې په کې ډپرې لیدل کېږي، نو په همدي اساس د مور کم عمر هم دې ناروگی یو ايتولوژیک سبب ګنل کېږي.

۳: جینیتک فکتورونه: دا په autosomal recessive ډول منځته رائۍ چې homozygous mutation په کې موجود وي او په Trisomy ۲۱، ۱۸، ۱۰ هم لیدل کېږي.

۴: هغه ماشومان چې TOF او VSD ولري د دې افت موجوديت هم په کې ډپر امکان پذير دی.  
۵: هم د دې باعث ګرځي Urethrobladder obstruction ہم سبب کېږي (۱۴۹۷:۲).

۶: Prostate hyperplasia ہم سبب کېږي.

۷: High pressure voiding and reflux

۸: د پتوjen انتاناتو تاثيرات په داخل رحمي ژوند کې البته خاصتاً په ۱۰-۶ هفتۍ د داخل رحمي ژوند کې

۹: ميزودرم theory of al arrests

## ۲.۲.۲ فزیو پتالوزی

۱- حالبی مثانی بندبنت **Ureterobllader obstruction**

۲- لور فشار وايدنگ رفلکس **High pressur voiding and reflux**

۳- د حالب بی ئایه کېدنه او خېک چوله انومالي **Dislocated of ureter and water ,hammer**

۴- د پښتوري گو انساجو ماو فېدل **effect on renal tissue**

۵- د مثانی زياته توسع او پراخېدل **over distended blladere**

۶- د گېدېي جدار عضلاتو جدار ابنارمل جورېدنه او كريپتورشيديزم. (۶۹۰ : ۱۱)

## ۲.۲.۳ اعراض او علايم

(داخل رحمي ژوند يا انتي تسل دوره کې) **Antenatally**

د التراسوند په واسطه يې لاندې شيان په ډاګه کېدای شي:

۱: پراخه شوي مثانه او پراخه حالب.

۲: غټ شوي پښتوري گي.

۳: د نهاياتو ابنارملتېي گانې

**Undescending testis :** ۴

**Oligohydramenos :** ۵

وروسته له ولادته اعراض:

۱. **Potter facies**

۲. **mandibulpomicrognathia**

۳. **wide set eyes**

۴. **flattened palpeberal fissures**

۵. **promenant epicanthus**

۶. **Flatted nasal bridge**

۷. **large lowest ears (leaking) cartilage**

۸. **Skeletal abnormalities**

## سينه: Chest

- bell shape . ۱
- tachypnea . ۲
- intercostals muscle retraction . ۳
- grunting . ۴
- oxygen desaturation . ۵
- Nasal flaring . ۶

بطن:

- Prune like abdomen . ۱
- Leaking of abdominal musculature . ۲
- Visible bowel loops . ۳
- Visible margin of spleen and liver . ۴

## فزيکي معاينه

اصغا: په زړه کې مرمر او رېدل کېږي په بطن کې د کولمو او ازاونه نورمال وي.

قرع: د مثاني د ساحي پراخوالی موجود وي.

جس: د ګپلهې عضلات نرم وي، د عضلات توون کم او ورسه سره غتی پښتوري گئي او غتهه مثانه جس کېږي. (۲)  
(۱۴۹۷)

## مشترکي انومالي ګانې

د هضمي قنات:

### Mallrotation: ۱

۲: اټريزيا

۳: stenosis

۴: Volvulus

د اسکلیت برخې:

۱: club foot

**congenital hip:** ۱ سپلازیا

**scoliosis:** ۲

**metatarsal adductus:** ۳

**vertical talus:** ۴

**congenital torticollis:** ۵

**contractures:** ۶

د بولی تناسلی سیستم اروند:

۱: په نارینه و کی **crypto orchidism:** ۷

په بنخینه نارو غانو کی **pseudohemophortidism:** ۸

**hypo plastic scrotal sacs:** ۹

## ۱.۲.۴ تشخیص

د لاندی تشخیصیه لارو چارو خخه استفاده کېرى:

**U/S:** ۱

**Radiography:** ۲

**Renal u/s:** ۳

**Voiding cystourethrogram:** ۴

**Dimethyl succinic acid renal scan:** ۵

**CT scan:** ۶

**intravenous pyelogram:** ۷

**Blood test:** ۸

**KUB:** ۹

## **Renal hippuran or di ethylnetr amine penta acetic acid study: ۱۰**

**۲. ۵ درملنه**

د ناروغ درملنه په لاندې فكتورونو پوري اره لري:

۱: د ماشوم عمر، د ماشوم عمومي صحي حالت او طبي تاريχچي پوري.

۲: د ناروغى پراخوالى پوري.

۳: د خاصي درملني، د جراحى عمل او دوا په مقابل کي د ناروغ تحمل پوري. (۱۴۹۷: ۲)

د دي افت درملنه په دوه ډوله ده:

طبي تداوي او جراحى درملنه

لومړۍ طبي درملنه په طبي درملنه کي یوازې د انتي بيوتيك خخه يادونه کېږي.

دويمه: جراحى درملنه: د هر ناروغ د صحي حالت د ناروغى ډول او اقتصادي وضعیت په نظر کي  
نيولو سره د لاندې جراحى پروسې جرونو خخه د یو خخه استفاده کېږي:

۱: Orchidopexy: د یو کلنۍ نه مخکي باید اجرأ شي.

۲: د بطني جدار Reconstruction

۳: د بولي سیستم Reconstruction او د بندشونو درملنه د لاندې پروسې جرونو په واسطه اجرأ کېږي

**A: Percutaneous nephrostomy**

**B: Pyeloplasty**

**C: Vesicostomy**

**D: Tran's urethral resection**

**E: Sphinctetotomy**

**F: urtero reimplantion**

**G: Tran uretero urestostomy**

(۱۴۹۷: ۲) **H: Reduction cystoplasty**

۲.۲.۶ انتار

انتار يې د لاندي اختلاطاتو سبب گرخي

۱: د خصيو اتروبي

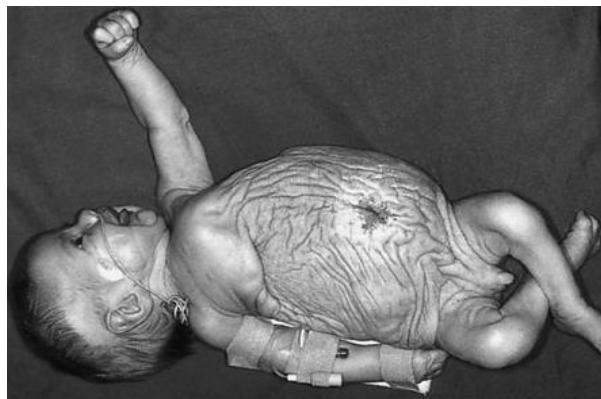
۲: په دوامداره ډول د بطنی عضلي جدار سستوالى

۳: د بولي لارو متكرر اتنانات

۴: د حالبونو تنگوالى

۵: د پښتوري ګو عدم کفایه

۶: د داخل بطنی اعضاو لويوالى (۱۴۹۷: ۲)



۴-۲ شکل کي د Prune belly سندروم اخته ماشوم يو وصفي شکل رابسي

چې په بطنی جدار کې يې Uranchus په خلاص شکل موجود دی (۴۳۸: ۷)

### ۲.۳ د نامه د غوتې چوره

#### ۲.۳.۱ تعریف

د زېړون په وخت کې نوم يا امبليکس د لينا البا په خط سير کې د یوه متراکم fascial ring په واسطه احاطه شوي وي، که دغه fascia ضعيفه يا موجوده نه وي د امبليکل هرنیا د منحته راتلو لامل کېږي. (۱۱: ۶۷۰)

د زېړيدو په وخت کې ثروي حبل جلا کېږي او ثروي حلقه يا رينګ تړل کېږي، اما کله چې حلقه په بشپړ ډول ونه تړل شي، او یا قسمي خلاصه پاتې شي چوره يا فتق منحته رائي، چې د دي خلاصې برخې

خخه د کولمو یولوپ یا ثرب تفتق کوي چې په شل فيصده نوي ماشومانو کي ليدل کېږي. امکان لري حئينې نور حالات لکه د ثروي حبل پاتې برخې منتن کيدل يا د داخل الرحمي حشوی اړیکو پاتې کېدل یعنې یوراکس د مثاني خخه تر umphalomesentric duct یا vetalointestinal duct قنات په الیوم کې خلاص پاتې شي. (۱۱: ۶۷۰)

د امبریولوژي د نظره د ګېډي جدار د خلورو جلا جلا د Embryonic fold په وسیله منځته رائحي (cephalic، caudal)، بنسی او وحشی او چپ او وحشی fold که د بنسی او چپ فولډ وده په بې کفايتی مبتلا شي نود Omphalocele، Gastroschisis او د نامه د برخې د ولادي افاتولامل گرخې. (۵۲۷: ۶) پېښې: په نارینه او بنخینه جنس کې یې پېښې په مساوی اندازه منځته رائحي. د نامه چوري واقعات نظر د زېړون وخت، وزن، عمر او تزاده ته توپیر کوي. ځکه هغه نوي زېږيدلې ماشومان چې وزن یې نظر نارمال اندازې نه کم وي، د نامه چوره په کې ډېره منځته رائحي، په premature ماشومانو او هغو ماشومانو کې چې د ګېډي داخلي فشار یې لوړ وي لکه (جن) هم ډېر ليدل کېږي. په تور پوستکو کې نظر سپین پوستکو ته ډېر ليدل کېږي. د نامه چوري دوامداره پاتې کېدل د ګېډي د جدار د صفاق د ډيفيكت يا نقیصې پوري اړه لري، یعنې که نوموری ډيفيكت کوچنۍ وي نوژر تړل کېږي او چوره له منځه ځې، خو ځینې ناروغۍ دی چې د نامه چوري ته زمينه برابروي او نظر نورو congenital، Down's syndrome، Trisomi ۱۸-۱۳، mucopolysachridoses، Beck with wiedmann's syndrome، hypothyroidism.

کوچنۍ د نامه چوره اکثرًا تر یوه کلنی پوري له مینځه ځې او کله هم تر درې کلنی پوري پاتې کېږي او بیا نوموری ring په بنفسه ډول تړل کېږي. (۹۶۱: ۲)

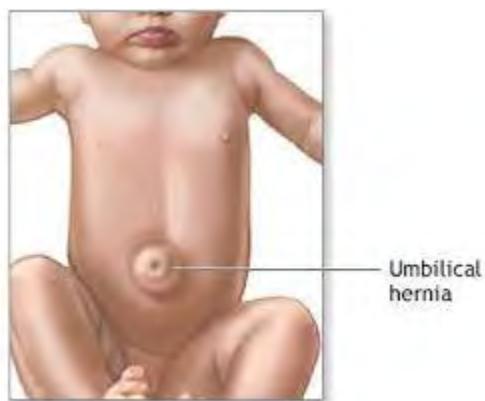
## ۲.۳.۲ کلينيکي لوحه

د ناروغۍ پېژندل اسانه دی چې د نامه په برخه کې پرسوب ليدل کېږي په ځانګړي ډول کله چې ماشوم وژاري او زور ووهي (چې په ۵-۲ شکل کې پسodel شوي دي)، او کله چې ماشوم ارام شي نو پرسوب بېرتنه له منځه ځې او په دې وخت کې د نامه پوستکي یوه اندازه ډېر بنسکاري او کله هم ګونځې په کې ليدل کېږي. که په دې وخت کې جس شي نود نامه رینګ یا حلقة په بنه شکل د جس وړ وي. او همدارنګه د توهخي په وخت د پريتوان نبضان یا ايډپلس هم بنه جس کېږي. او که ماشوم سر پورته کړي د نامه برخه نسبتاً راوتلي بنسکاري. که د پرسوب په وخت ماشوم ارام کړل شي نو د ګوټې په واسطه د کيسې محتوي ګېډي ته په اسانې ارجاع کېږي. او د کولمو د ارجاع په وخت کې

د کولمو اوواز او رېدل کېرىي. په ئىينو پېبنو كې چې د گېلهې فشار په دوامداره ڈول لور پاتې شي چوره لوئه او ring غت وي لكه دوامداره تۇخى، د تشو متىازو بىندىت، قبضىت او حبن يا اسايتىس او نورى ناروغى چې د دى حالاتو سره ناروغى نوره هم شىدىد بېرىي. خوپە هغە صورت كې چې كومە بلە ناروغى نه وي نو كېدايى شي چې پە خپلە بىنه شي. (خوامكان لرىي پە اولودرييو يا خلورو مياشتوكى د چورى جسامت غت اما وروسته ورۇكى كېرىي. د چورى د سرپوستكى د يوپى مياشتىپە پە مودە كې پېرۋالىي پىدا كوي. د نامە چوره پە ھېر د نامە چوره پە ھېر كەم پېبنو كې پە incarceration او strangulation اختە كېرىي. امکان لرىي ۱۰۰۵ پېبنىي يې پە اختناق اختە شي.) (۶۷۰: ۱۱)

## ۲. ۳. ۳ درملنە

د چوره بىند استعمال كومە گىته نه لرىي او حتى د ئىينو احتلاطاتو باعث گرخى. خرنگە چې مخكىپ يادونە وشوه د نامە چوره پە ھېر د نامە چوره پە ھېر پېبنو كې درملنې تە ارتىا نە لرىي او پە بىنفسەي ڈول بىنه كېرىي، او كە چېرىپە كومە بلە ناروغى ورسەرە وي او د گېلهې فشار بىپورتە كېرى وي نو كە هغە ناروغى تداوی شي كېدايى شي چې د نامە چوره هم ورسەرە بىنه شي. او كە بىا هم د نامە چوره بىنه نە شوه نوبىيا جراحى مداخلىپە تە ارتىا پىدا كېرىي. كە چېرىپە د نامە حلقە پە يوكلنىپە كې د يو سانتىي متىپە اندازە وي اكثراً خپلە بىنه كېرىي. د جراحى عملىيە بايد تر درې كىلىپە يورى و خنەدە ڈول شى، حتى كە پە يوه كىلىپە كې د حلقىپە قطر تر ۲-۳ سانتىي متىوپورى هم ورسېرىي. كە بىا تر درې كىلىپە يورى چورە پاتې وە بىا جراحى عملىيپە تە ارتىا لىدل كېرىي. چې د نامە خىخە لاندى يو نىيمە ھلالىي شق اجرا، كىسىه تسلیخ او كە محتوى ولرىي بطن تە رەنمايى او وروستە بىا صفاق او پوستكى ترمىم او پانسمان ورتە اجرا كېرىي.) (۶۷۰: ۱۱)



۵-۲ شكل: امبيليكىل ھرنىيا رابنىيي. (۱۳۸: ۱۳)

پارا امبيليكىل ھرنىيا: دا ڈول چورە د نامە د غوتىپە خىنگ كې د لينا البا د نىيمىگەرتىيا له كېلە منخته راخىي، امکان لرىي دغە خلاصە پاتې كېدىنە د نامە خىخە پورتە برخە كې وي چې پە زياتە سلنە پېبنىپېرىي.

ولې دا هم امكان لري چې په دواړو خواوو کې بسکته موقعیت اختیار کړي، دغه خلاصه پاتې کېدنه مستعرض ډول وي او خندي یې تپري وي. چوره ګرده يا مدوره وي چې دغه نيمګرتيا جراحی عملیې ته ارتیا لري چې دیوه کلنۍ خخه وروسته ترسره کېږي. (۱۱ : ۶۷۰)

## ۲.۴.۱ ایگزمالوسیل

### ۲.۴.۲ تعريف

ایگزمالوسیل د خلاصې امبليکل حلقي له لاري د داخل بطني احشاو د تفتق خخه عبارت دی (چې په ۸-۲ شکل کې بنودل شوي دي) چې له بهر خخه دنته خوا ته د Wharton's jelly او پریتوان په واسطه پونبل شوي دي او امكان لري چې د زېرون په وخت کې او ياله زېرون خخه وروسته وچوي، کله کله نوموري غشا له زېرپدو خخه مخکې چوي، او بهر ته وتلي کولمي اذيمائي او له یو بل سره التصاقی وي، او کولمي له خپل نورمال حالت نه لاندې بنکاري، د کولمو التهابي حالت په امنيوتيک مایع کې د موجوده متیازو د کیمیاوي تخریش له امله منځته رائی، د غشا چاودېدل امکان لري چې د زېرون په وخت کې صورت ونیسي، په دې صورت کې کولمي سالمي وي او کوم التهابي تغير په کې نه ليدل کېږي، د ګډې جدار روغوي، خلیدونکي او شفافه وي، دا چې اروا نه لري د زېرون په وخت کې د کيسې حالت مخ په خرابپدو وي د ۱۲ ساعتو په موده کې کيسه زېرنګ خپلوي، پرله پسې رطوبت او بد بویي پیدا کوي چې وروسته تور رنګ ئان ته غوره کوي، خپل الاستيکيت له لاسه ورکوي او غورخېږي، تشخيص خرګند وي خو چاودلى ایگزمالوس د Gastroschisis سره په شکل کې تفریقی تشخيص کېږي، خو په شونې وجود نه لري او نقیصه کوچنۍ وي او د ثروي حبل نه جلا وي. (۵۲۷ : ۶)

د ایگزمالوس سره نوري ولادي انومالي په زياته فيصدي وجود لري لکه د زره او پښتوري کي ناسم جورښتونه Malrotation په ۲۰ - ۱۲ % پښنو کې وجود لري. خو په ډېر لې شمېر پښنو کې د Volvulus لامل ګرخي ټکه چې د کولمود عرواتو ترمینځ التصاقات موجود وي، او له نورو احشاو سره تثبیت وي Beck with Weidman syndrome بايد په مقدم صورت سره و پېژندل شي ټکه چې د شدیدي هايپوګلايسيميا شته والي فوري درملني ته ارتیا لري، دغه زېرېدلې ماشوم د حمل په وخت کې اضافي مقدار انسولين توليدوي چې د Organomegaly، ایگزمالوس او د بدن د زيارات وزن سبب ګرخي، ایگزمالوس په ثانوي ډول د غتیو احشاو په نتيجه کې منځته رائی چې د ګډې په جوف کې د ئاي کېدو قابلیت نه لري، هغه هايپوګلايسيميا چې د زېرون نه وروسته منځته رائی

که خه هم د لنډي مودي لپاره وي خو کپدای شي چې ډېر خطرناک وي ټکه چې ماشوم کې د دماغي  
صدمي لامل ګرخي. (۱۳: ۱۲۴)

## ۲.۴.۲ ډولونه

د کيسې د قطر د نظره په ۵ ډوله دي:

۱. کوچنۍ ډول: چې په دې کې د ډيفيكت قطر ۱-۲ ساتي متروپوري وي، چې کله کله دې شکل ته د نامه چوره هم ويل کېږي. (چې په ۱۰-۲ شکل کې بنودل شوي دي)
۲. د ډيفيكت قطر د ۲-۵ ساتي متروپوري وي.
۳. د ډيفيكت قطر د ۱۰-۵ ساتي متروپوري وي.
۴. د ډيفيكت قطر د ۱۰-۲۰ ساتي متروپوري وي.
۵. د ډيفيكت قطر د ۲۰ ساتي مترو خخه زيات وي، چې په دغه شکل کې زيات بطني احشا (چې څيگر هم په بر کې نيسې) د کيسې محتوي تشکيلوي، او بنه اتزار نه لري. (چې په ۹-۲ شکل کې بنودل شوي دي)



ي (۱۵: ۴۵۵)

۷-۶ او ۷-۲ ش



#ADAM

۸-۲ شکل exomphalos نبیی (۱۵: ۴۵۵)



۱۰-۲ شکل کوچنی ایگزمالوس نبیی (۱۵: ۴۶۱)



۹-۲ شکل یوغتے ایگزمالوس نبیی (۱۵: ۴۶۱)

معاینات: د سینې راډیوگرافی او ایکوکاردیوگرام باید ترسره شي تر خود قلبی او تنفسی سیستم افات تشخیص شي، د بیلگې په توګه اتیلکتاژس او میکونیم اسپایریشن پنستورگی د التراسوند د معاینې په واسطه کتل کېږي، دقیقه فزیکی معاینه باید اجرا شي چې نور موجوده ولادي افات تشخیص شي. (۱۵: ۴۶۰)

#### ۲.۳ درملنه

لومړنۍ مرستې او د ماشوم د لېردونې میتود یو درېم مرکز ته د ماشوم د درملنې په خاطر ډېر د ارزښت وړ دی، د درملنې خخه موخه دا ده چې موجوده ډیفیکټ د پوستکي په واسطه وپونبل شي او عضلي نقیصه ترمیم کړای شي.

د ماشوم درملنه په لاندې حالتونوپورې اړه لري:

۱. د نوی زېریدلې ماشوم عمومي وضع، وزن، Maturity، د انستیزی لپاره د مناسبی زمينې برابرول.
۲. د نورو ولادي انوماليو شتون.
۳. ايا کيسه سالمه ده که رېچرې په دنته کې تفتق کړي؟
۴. ايا د لړمون یا توري یوه برخه د کيسې په دنته کې تفتق کړي دی؟

لومړنۍ عملیات او د ډیفیکټ ترمیم د درملنې سمه لاره ده کله چې ډیفیکټ د ۵ cm ساتې متړ خخه لېروي او ماشوم د جراحی عملیې لپاره مساعد وي باید عملیات شي.

که چېرې د ډیفیکټ قطر لوی وي کيسه غوڅېري او یو استوانه ئې تیوب د ډیفیکټ د ترمیم لپاره جورېږي د Silastin او Teflon پوښ د ډیفیکټ له خندو سره ګندپل کېږي چې د Silo closure په نوم

يادپري. د دغه پوبن حجم په تدریجي ډول د ۷-۱۰ ورخو په اوړدو کې کمپري خکه کولمي تدریجاً جوف ته نتوخي، له دغه مودې وروسته نوموري پروستيز لري کېږي او ډيفيكت ترميم کېږي، له نوموري ميتود خخه هغه وخت کار اخستل کېږي چې کيسه چاودلي وي او کولمي بهر ته وتلي وي خونوموري ميتود له ستونزو خخه خالي نه وي، او د ټکونو په شاوخوا کې د انتان لامل ګرئي.

محافظوي تداوي هغه وخت توصيه کېږي چې د نوي زېږيدلې ماشوم وضع د انستيزي لپاره مساعده نه وي، Prematurity، د زړه ولادي افات، ميکونيم اسپاير بشن او يا دا چې د ډيفيكت قطر له ۵ ساتي متر خخه ډېروي او د لمون یوه برخه په کې موجوده وي، په دې صورت کې له یوه محلول خخه چې د انساجو د تفلسي وچېدو او د وچ سکاره Astringment محلول د تشکل سبب ګرئي کار اخستل کېږي له ۱۲-۱۸ او نيو تيرې د نوي پوستکي د سکار لاندې وده کوي او ډيفيكت پونسو.

## Gastroschisis

هغه Antenatal التراساونډ معاينې چې په او سنې وخت کې اجرا شوي دي بنايي چې Gastroschisis په ثروي حبل کې د فزيالوزيک چوري د ۱۰-۲ او نيو ترمينځ او يا د ماينز ايگزمالوس د رېچر په نتيجه کې منحثه رائي، هغه ډيفيكت چې د ګډله په جدار کې وجود لري کوچنۍ او د (۳-۱) ساتي متر په شاوخوا کې قطر لري او د نامه غوتې خخه لې بشكته او بني خواته موقعیت لري. (۱۵: ۴۶۱) چې په ۱۱-۲ شکل کې بنودل شوي دي.

بنايي بهر ته وتلي کولمي تولي وړي او غتې کولمي په بر کې ونيسي، چې شدیداً يو له بل سره التصاقی او اذيمایي وي، چې د Chemical peritonitis په نتيجه کې منحثه رائي، نوموري Chemical peritonitis په ثانوي ډول په تېره بيا په درېم ترايمستر کې په امنيوتك مایع کې د متیازو د موجودیت له امله منحثه رائي. (۹۷۹: ۲)

ايگزمالوس خخه په لاندې ډول توپير کېږي: Ruptured Gastroschisis

۱. ماشوم هاپو ترميا ته ډېر مساعد وي.
۲. ډيفيكت کوچنۍ وي او کيسه نه لري.
۳. د مترافقه ولادي انوماليو پېښې ډېر کې مې وي.
۴. د وړو کولمو د اړيزيا پېښې د Gastroschisis سره ډېر ليدل کېږي.
۵. د Prematurity په دې ولادي ناروغۍ کې ډېر عموميت لري (۱۳: ۲۰%). (۱۲۷)

درملنه: دنوموري ولادي افت د درملني لپاره دوه ميتودونه موجود دي:

١. د Silastin يا Teflon له پوبن خخه د يواستوانه يي تيوب جورول چې مخکي يادونه وشهو چې ٧-٠ ورخو په موده کې احشاد گېډي جوف ته نتوخي او له نوموري مودي خخه وروسته موجوده ډيفيكت په بشپړ ډول ترميمېږي. (چې په ١٤-٢ شکل کې بسodel شوي دي)
٢. سمدستي د جراحی عملیې په مرسته د گېډي جوف ته احشاونتوبستل او د ډيفيكت ترميمول. درملني دغه ميتوود يواستخابي ميتوود دی خوماشوم ډېري شدیدي خارني او نرسنګ ته اړتیا لري. د نوموري ميتوود لپاره لازم دي چې:

١. د وظيفوي ستونزو اصلاح کول (حرارت، هايدريشن)
  ٢. د انستيزې لاندي د ګوتې په واسطه د مقعدې توسع اجرا کول د کولون تشولو په منظور.
  ٣. NG TUBE تطبيقول د کولمو توسع د کموالي لپاره.
  ٤. د ډيفيكت پراخول او د کولمو داخل پريتواني Milking چې ميكونيم د مقعد له لاري تشي.
  ٥. د Scaphoid بطن د جدار کشول د گېډي د ظرفيت د لوپولو په خاطر.
  ٦. کله چې کولمي دوباره د گېډي جوف ته نتوخي د گېډي د جوف د فشار د لوپدو او د حجاب حاجز د Splitting سبب ګرخي، له عمليات خخه وروسته ماشوم ته مصنوعي تنفس ورکړل شي.
  ٧. ماشوم بايد د ورید له لاري تر هغه تغذيه شي چې استداري حرکتونه شروع شي
  ٨. د ليپراتومي په وخت کې بايد کولمي په دقيق ډول تفتيش شي (١٣: ٦٧٠)
- که چېري پورتنې اساسات په نظر کې ونیول شي، بطن په بریالیتوب سره تړل کېږي او د ماشوم د ژوندي پاتې ګډو چانس فوق العاده زیاتېږي. (١١: ٦٧٠)



١١-٢ شکل د Gastrochiasis بسونه کوي (٤٦٥: ١٥) Pinterest.com پوبن بشکاري

## لندېز

د ګېډي جدار انومالي امکان لري لاندي انومالي ولري:

- د عضلاتو انومالي
- د امفالوميزينتریک انومالي
- د اوراکوس انومالي
- وعائي انومالي
- سوماتيك انومالي

د نامه غوتۍ امکان لري د جنیني ابتدائي ساختمانونه دوامداره پاتې شي لکه **Urochus** او **Omphalomesentric** يا التهابي حالت او کله هم د نامه غوتۍ د تړل کېدو عدم کفایه پیدا کړي لکه **Ramienkhete** **Umblical hernia**

خرنګه چې د زېبون خخه وروسته حبل الشروي بیلېږي او **Umblical ring** تړل کېږي ولې خینو حالاتو کې داخل رحمي ژوند لوړنې ابتدائي رشيمې ا ربط او تړاو په مقاوم حالت پاتې شي لکه **Omphalomesentric duct** چې الیوم د نامه غوتۍ سره فستیول جوړوي يا دا چې رشيمې ارتباط بند شي ولې **Umblical ring** ونه تړل شي نو **Umblical hernia** رامينخته شي.

د نامه خخه امکان لري درې ډوله افرازات راشي:

۱. قیح (زوی) **Pus**
۲. غایطه مواد
۳. د تشو متیازو بوي

که داخل رحمي ژوند کې **Urachus** ونه تړل شي د نامه او مثاني تر مینځ ارتباط پاتې کېږي چې کله هم داخل رحمي ژوند په وخت **Post U valve** موجود وي دغه ارتباط پاتې کېږي او يا دغه ارتباط د مثاني خوا ته او هم د نامه خواته بند شي او مینځني برخه خلاصه پاتې شي او **Urachal cyst** جوړوي.

ولې که د مثاني خواته ارتباط بند شي او د نامه خواته خلاصه پاتې شي او يا کوچنۍ **Urachal cyst** منتن شي او يا د عمليات وروروسته کوچنۍ او عيءه پاتې شي **Urachal sinus** جوړوي.

ولې که چېږي د نامه خواته بنده شي او مثاني سره اړیکه موجود وي د مثاني او راکل ډاډورتېکل رامينخته کېږي. د نامه خخه هغه وخت زوې يا **Pus** جريان مومي چې موضوعي اتنان رامينخته شي او يا د **Urachal omphalo mesenteric** بقایا پاتې شي.

امبليکل سیپسیس یو خطرناک حالت دی د ثروی حبل پاتې برخه منتن شي چې د **Omphalitis** لامل گرځی چې د موضوعي التهابي تغیراتو سره د نامه خخه **Pus** جريان وکړي يا ابسې جوره کړي او يا د وینې د لارې خپور شي، پريتوان ته داخل شي او يا وينه کې پاتې شي د **Septecimia** لامل شي چې یو خطرناک اختلاط دی چې په نامه کې **Granulation** انساج بنکاره کېږي او **Serosangainous** مايع جريان کوي چې د سلور نايتريت سره سوڅول کېږي او يا ليري کېږي.

په **Persisting vitelo intestinal duct** کې ابتدائي لوړنۍ ارتباط د **Handgut** او **yolk sac** ترمینځ اړیکه پاتې کېږي چې د فستیول په ډول ورسره چلنډ کېږي.

د ګیدې چدار عضلاتو انومالي امکان لري په قسمي او تام ډول عضلات جوړ نه شي لکه د **Prune belly** سندروم چې عضلات په قسمي او تام ډول موجود نه وي.

په نارينه ماشومانو کې دغه ناروغۍ زياته رامينځته کېږي، دا ناروغۍ امکان لري د بولي لارو نيمګړتیاو او **Undesended testes** هم موجود وي د ناروغۍ اصلی لامل معلوم نه دی، د دې ناروغۍ سره د بولي لارو اختلاطي عمده افات ملګري وي ناروغۍ په **Antenatal** دوره کې د التراسوند سره تشخيص شي. دا ناروغۍ امکان لري د ځینې نورو سیستمونو سره ترمینځ مشترکي ناروغۍ ولري لکه د هضمی جهاز، بولي جهاز او اسکلیت برخې سره.

درملنه یې تشخيص خخه وروسته صورت مومني چې درملني په طبي او جراحی ډول اجرا کېږي.

درملنه په طبي ډول د اتي بيوتیک سره صورت مومني ولې جراحی درملنه یې د **Orchidopexy**، د عضلاتو **Reconstruction** او د بولي سیستم **Reconstruction** سره اجرا کېږي. درملنه یې د اختلاطاتو سره ملګري او اوس هم یو چېلنځ دی.

د نامه چوره چې په داخل رحمي ژوند کوم د **Lina alba** په سير د یوه متراكمي صفاقۍ **Ring** سره احاطه کېږي که دغه صفاق ضعيف وي یا هیڅ موجود نه وي د ولادت وروسته **Umblical hernia** رامينځته کېږي. چې د کلينيك له نظره کله چې ماشوم وزړاري د نامه په برخه کې پرسوب پيدا کېږي ولې کله چې ماشوم ارامه شي یا ویده شي پرسوب د مينځه خي او پوستکي په دې برخه کې زيات وي او ګونځې لرونکي وي او په جس سره **Umblical ring** جس کېږي.

که چېري د ګېډې پرسوب د وامداره پورته پاتې شي او ماشوم زور ووهی نو **Umblical ring** لوی پاتې کېږي لکه د اسايتيس، مزمن قبضيت او د تشو بولو بندوالۍ حالت کې کيسه لویه وي ناروغ ماشوم په کمو واقعاتو کې **Incarceration** او **Strangulation** ورکوي.

د نامه چوره اکثره وخت په بنفسهی ډول د مينځه خي ولې په هغه صورت کې چې تر درې کلنۍ پوري د مينځه لاره نه شي د جراحی پواسطه درملنه کېږي.

پارا امبليکل چوره چې د نامه غوتي، خخه پورته د **Linea alba** د نيمگريتياو له کبله رامينخته کېږي کله هم امكان لري د نامه په دواړو خواوو کې پيدا شي او بنكته موقعیت ولري چې مستعرض شکل اختياروي ولې چوره اکثره وخت مدوره وي زيات واقعات چې جراحی درملنې ته اړتیا پیدا کوي چې د یو کلنۍ وروسته عملیات کېږي.

**Omphalocele** يا ايګرمهفالوس چې د خلاص امبليکل رينګ د لاري د ګډې احشا په **Umblical cord** کې تفتق کوي چې د بهر خخه داخل خواته د **Amnion whartons jelly** غشا او پريتوانو پواسطه پونسل کېږي امكان لري چې کيسه نورماله او يا دا چې امنيون مایع تخريش د کبله خبرې شي او کولمي التهابي او التصائي کېږي چې لومړي دغه غشا شفافه، څلپدونکې او **Translucent** وي، ولې چې او عييه نه لري، وروسته غشا زېړ رنګ اختياروي مکدره او **Opaque** کېږي امكان لري دغه ناروغۍ د هضمی دنورو ولادي انوماليو سره یو ئاي رامينخته شي.

**Umblical ring** کېدای شي چې د ۲,۵ cm څخه کوچني وي چې د نامه چوري په نامه یادېږي او يا ډېرغت وي چې قطر يې تر ۲۰ cm پوري رسېږي که غټ **Omphalocel** موجود وي او په **Antenatal** دوره کې تشخيص شي باید حمل ته **Cesserian section** پواسطه خاتمه ورکړل شي.

که ناروغ ماشوم نوري ناروغۍ ولري باید د عملیات خخه مخکې تشخيص او درملنه وشي.

د کوچني **Omphalocele** درملنې د جراحی عملیات سره په یوه مرحله کې اجرا کېږي، په لوی امفالوسیل حالت کې ګرافت او مصنوعي **Siloproletim** سره صورت موسي وي څئینې وخت **Astringement** مواد استعمال سره پوستکۍ اړچق یا کرست جوروی بیا وروسته د **ventral hernia** په ډول عملیاتي درملنې يې کېږي.

**Gastrochiasis** ولادي ناروغۍ کې ډيفيكت او نامه بنې خواته موجود وي او کيسه موجوده نه وي او نقیصه کوچني وي چې درملنې د **Omphalocele** په ډول کېږي.

## پونستنې

۱. که اوراکس لومن بند نه شي په نوي زېږيدلې ماشوم کي د نامه خخه:

- a. وينه رাখي
- b. چرک رাখي
- c. غایطه مواد رাখي
- d. ادرار رাখي

۲. که Urachal cyst متنن شي باید د لاندي ناروغيو سره فرق شي:

- Umbilical hernia** .a
- Appendicitis** .b
- Diverticulitis** .c
- .d. د تولو سره

۳. که omphalo mesenteric قنات نامه خواته بند او الیوم خواته خلاص پاتې شي لاندي پتولوزيک حالت

- رامنځ ته کېږي:
- Umbilical granuloma** .a
  - Umbilical sinus** .b
  - Persistent** ویتلوا اتیال قنات .c
  - .d. میکل دایورتیکل

۴. امکان لري په لاندي نومونه هم ياد شي:

- Eagle barrate** .a
- Obrinsky** .b
- Triad syndrome** .c
- .d. تول نومونه سم دي

۵. Prone belly syndrome زیاتره په هغه ماشومانو کي زیات رامنځ ته کېږي چې مور یې:

- a. پوخ سن کې تولد کړي وي
- b. په متوسط عمر کې تولد کړي وي
- c. په څوان عمر کې تولد کړي وي
- d. درې واره سم دي

۶. Prone belly syndrome کې مرپىنە کوم وخت رامنځ ته کېږي؟ که په بنفسهې ډول د منځه لاره نه شي وروسته به کوم وخت کې عملیات کېږي؟
۷. Umbilical hernia کومې برخې نیمګړتیا د کبله رامنځ ته کېږي؟
۸. Paraumbilical hernia د کومې برخې نیمګړتیا او omphalocele کې عمدہ فرقونه کوم دي؟
۹. Gastrachesis او Gastroschisis کې د ټیکت د گیډې جدار کومې خوا ته وي؟

## مأخذونه

١. Amoury RA, Snyder Cl. (١٩٩٨) Meckel Diverticulum, O' Neill Jr. JA et al Pub. Pp. ١١٧٣-١١٨٥
٢. Arnold G. Coran. (٢٠١٢) Pediatric Surgery, EISEVIER Saunder Pp. ٩٢١-٩٧٣, ١٤٩٧
٣. Cilly RE, Krummel TM. O' neil JA, Rowe MI, Gros Feld JI. (١٩٩٨) Ped. Surgery, etal mosby St. Louis P. ١٠٢٩
٤. Cooney Dr. (١٩٩٨) Defect of the Abdominal Wall in Pediatrics Surgery, Mosby year Book inc , St Louis Pp. ١٠٤٥-١٠٢٨
٥. Coplen DE, Snyder HM III. (٢٠٠٠) Ureteral Obstruction and Anastomosis in Pediatrics Surgrey, KW. WB Saunder Comp, Philad. Pp. ٢٩٠-٧٠٥
٦. Devendra K Gupta. (٢٠١٢) Pediatrics Surgery diagnosis and Management, Jaypee Brothers Pp. ٥٢٣, ٥٥٢
٧. Gaines BA, Halocomb MGW, Neblett WW. (٢٠٠٠) Gastroschesis and omphalocele, WB Saunder Comp. Philad P. ٢٣٩
٨. Garcia VF. (٢٠٠٠) Umblical and other Abdominal Wall hernia, Aschcraft Publications, W.B Saunder Company Philad. P. ٧٥١
٩. Gunzales R, Schmike CM. (٢٠٠١) uret. Pelvic. Junction in infant and children, Clin. N. Am P. ١٥٠٥
١٠. Ir Wing IM. (١٩٩٠) Umblical abnormalities in newnatal Surgery, Butter worths, London P. ٣٧٢
١١. KEITH W. Ashcraft, GEORGE W.HOLCOMB, J. PATRICK MURPHY (٢٠٠٥) EISEVIER Saunder Pp. ٢٢٠-٢٧٠.
١٢. Macneily AE etal urachal Abscess. (١٩٩٠) Prolean manifestations, their recognition and management Urology, P. ١٧٤

१३. R. Kulshrestha. (२००७) Common Problems in Ped. Surgery. CBS New delhi India Pp. १३२-१३८
१४. Skandalakis JE etal. (१९९६) Small intestine Embryology for surgeons, Skandalakis JE, Gray SW, Publishors. Williams and Wilkins, Baltimore Pp. १८५-२४१
१५. Sriram Bhat M. (२००७) SRB's manual of Surgery, Jaypee Brothers P. ५८७
१६. Steinhardt GF. (१९९९) U. pel. Junction-stenosis Ped. Urol Eds Gonzales ET. Bauer, SB. Lippincot. Williams and wilkins, Phila. Pp. १८१-२०४
१७. Vichtem JB, Baxter R, Hinch EJ-Goinl. (१९९८) omphalocele Management, Butter Worths. London P. ७७१

## درېم فصل

په نوو زېړيدلو کوچنيانو کې په ولادي ډول د هضمی لارې بندښت

د کولمو بندښت: د کولمو بندش د کولمو د محتوي په نورمال ترازیت کې تشووش ګنډل کېږي چې یوه عامه بېړنۍ پېښه په ماشومانو او نویو زېړيدلو کې ده، په مختلفو ډولونو وېشل کېږي چې د وېشني معیارات مختلف دي لکه:

- ۱ - د معدی معائي محتوي د حرکت په اساس کوم چې په هضمی کانال کې کېږي د کولمو بندش په دوه ډوله وېشل کېږي لکه د کولمو مکمل بندش او بلئې قسمې د کولمو بندش.
- ۲ - د دې وېشني ارزښت په دې کې دی چې د همدي وېشني په اساس د ناروغ انزار او درملنې ډول تاکل کېږي.

بې له پورته ډول وېشني د کولمو بندش په ساده او مختنق او Strangulated Intestinal Obstruction په حاد او مزمن کلموبندش وېشل کېږي.

د یادونې وړ ده که د کولمو بندش هر ډول اوسي اما په تشخيص او درملنه کې ئې د وخت ضیاع د ژوند تهدې دونکې حالت سره ناروغ مخامخ کوي.

تاریخي پس منظر: د لمړۍ حل د Praxagoras په واسطه د کولمو بندش جراحی درملنه ترسره شوه چې عبارت ووله Enterocutaneous Fistula خخه، غیرجراحی درملنه ئې تر <sup>۱۹</sup> پېړۍ پوري د کولمو په بندش کې یوه عامه قاعده ګنډل کېده. د کولمو بندش جراحی درملنه د <sup>۲۰</sup> پېړۍ په اوایلو کې ډېره پرمختللي شوه چې د رادیوگرافیک تشخيص، د تیوب په واسطه د معدی معائي فشار کمولی او په <sup>۱۹۴۰</sup> او <sup>۱۹۵۰</sup> کلونو کې د اتي بيوتیکو استعمال د کولمو بندش درملنه کې یو انقلاب رامنځته کړ.

د کولمو بندبنت په ماشومانو کې زیات دی لکه: پرون بیلی سندروم، د نامه چوره، د کولمو تغلف، د پیلور بندبنت، انوریکتل انومالی، میکونیم ایلیوس، میکل دایورتیکل او هرش پرانگ ناروغی. ذکر شوی ناروغی د ځانګړي پتالوزیک تغیراتو له کبله د کولمو د بندبنت لامل ګرئي لکه د بېلګې په توګه په هرش پرانگ ناروغی کې:

**Intrinsic Nerve** هرش پرانگ ناروغی: د غه آفت د ودې د تشوشا تو له ډلي خخه دی چې په کې د کولمو د **Compen Nerve** (عصبي ذفيري) عدم تشکل موجود وي.

په داسې پېښو کې د کولمو د **Distal Part** Ganglionic Cell کې موجود نه وي چې په نتیجه کې د کولمو **Proximal Part** لومن پراخېږي.

څرنګه چې Ganglionic Cell د کولمو نورمال استداري حرکاتو مسئولیت لري نو د دې حجراتو فقدان د کولمو د فزيولوزیک بندش لامل ګرئي.

په زیاتو پېښو کې د غه **Aganglionic** ساحه ریکتوم او ریکتوسیگموئید برخې احتوا کوي د ۱۵-۲۰٪ پېښو کې تول **Colonic** او کله کله د ورو کولمو یوه برخه هم په برکې نیسي.

په ژونديو ولادتونو کې وقوعات ئې ۵۰۰/۱ دی.

**Tarixchه**: **Congenital Mega Colon** په اړه ډېر بحثونه د سلو کلونو راهیسې روان دي.

په لمري حل په ۱۷مه پېړۍ کې (Frederick Ruysch) د غه ناروغی په یوینځه کلن مر شوي ماشوم کې تshireح کړه.

۱۸۸۷ کال کې د هرش پرانگ په نامه د یو پتالوجست د غه ناروغی تshireح کړه او په خپل نوم ئې ونومول د شلمې پېړۍ تر پیل پوري د **Aganglionic** میګاکولون اخته ناروغان د **Malnutrition** او **Enterocolitis** له وجې مره کېدل ځکه چې د ناروغى پتوجینیزس په پوره ډول معلوم نه وو نو جراحانو به **Proximal Part** چې پراخه شوې وه قطع کوله او ابتدائي انستموزس به ئې کوله او یا نه کوله، په ۱۹۰۱ کال کې د لمري حل لپاره Tittel په نامه عالم په **Distal Part** د کولمو کې **Aganglionic** برخه واضح کړه. په لمري حل په ۱۹۴۶ کال کې د Ehrenpreis په نامه جراح په واسطه **Distal Part Aganglionic** قطع کول ترسره شول.

## د کولمو انسداد

تعريف: د کولمو انسداد چې په نووزېږيدلو ماشومانو کې د میکونیم تغوط بندبنت او ماشومانو کې د غایطه موادو بندبنت خخه عبارت دی، یو عام شکل د حادې ګډې جوروي او د ګډې جراحی خلاصولو (لپراتومي) لامل گرئي او درملنه یې په ځینو حالاتو کې ستونزمنه او د خطراتو خخه ډکه وي. تقسيم بندی او لاملونه: انسداد کېدای شي تام یا ناتام اوسي او کېدای شي ساده اوسي او یا اختناقی وي. انسداد کېدای شي میخانیکي او یا فلجي اوسي

I. په لومن د خارجي فشار له کبله (Extrinsic compression)

a) تغلف

b) تدور یا Volvulus (لکه مل روټيشن او ایدیوپاتیک انسداد)

c) بانډونه یا Bands (لکه وعایي بانډونه د التهابي حالت وروسته او ولادي بانډونه چې د میکل دایورتیکل سره یوځای وي)

d) بنده شوې چوره

e) التصاقات (لکه د عملیات وروسته یا اتناني حالت له کبله

II. داخل د لومن افت

a. تضيق یا اتیريزيا او stenosis

۱- ولادي

۲- التهاباتو وروسته

• نکروتايزینګ اتیريزیونګ

• توبرکلوز

• ابتدائي پریتوناپتس

b. د معدي معايي ډولپليکيشن

c. توموروونه

• سليم توموروونه لکه میزاتریک سیست

• خبيث

d. متفرقه

• د کولمو پرازیت

• اجنبی اجسامولکه Bezoars (۶۳۳: ۶)

کلینیکی منظره: د کولمو انسدادی لوحه ورکوی:

- a- د گپدې حاد درد: درد کولیکی وصف لري چې intermittent یا وقفوي وي چې د درد ترمنځ بې درده صفحه لري چې د بې اشتھایي او زره بدوالې سره یو ئای وي
- b- صفراوي کانګې: ناروغ ماشوم صفراوي کانګې لري که ماشوم ته معدوى تیوب تثبتت شي او محتوي سکشن صفراوي اوسي
- c- د گپدې توسع: د گپدې توسع د انسداد موقعیت پوري اړه لري یعنې که انسداد د هضمی جهاز په پورتنۍ برخه proximal کې توسع يا distension کم وي ولې که انسداد په لاندې يا distal برخه کې وي توسع ډېر او واضح وي . (۸۷: ۲۶)
- d- قبضیت

کلینیکی معاینه

- ۱. تکی کارديا
- ۲. دیهايدریشن
- ۳. د گپدې تندرنس او حساسیت
- ۴. د عضلاتو شخوالی او rigidity د گپدې په جس سره اضح وي
- ۵. د کولمو استداري حرکات په لمړي وخت کې شدید ولې وروسته نه اورېدل کېږي
- ۶. مقعدی معاینې سره ریکتیوم خالی وي

معاینات: د گپدې ایکسری د ولارې په حالت کې اخستل کېږي او لاندې نقاط په نظر کې نیول کېږي:  
(چې په ۱-۳ شکل کې بنودل شوي دي)

Multiple fluid level -a

- b- د کولمو لوپونه په تکراری ایکسری کې تغیر بنايی
- c- د soft یا نرم انساج سیوری په ایکسری کې لیدل کېږي
- d- د کولمو جدار په ایکسری کې اذیمايی معلومېږي.
- e- د پریتوان په جوف کې او free air fluid level لیدل کېږي لکه د intussusception په حالت کې

g- التراساوند هم په تشخيص کې مرسته کوي. (٢٦: ٢٠٣)

درملنه: ناروغ به NPO وي NGT تطبيق او سکشن شي او IV مایع تطبیق شي چې ضایع شوي مایعات او maintence مایع ورکړي او الکترولایت هم معاوضه شي، وينه cross mach شي او روتین معاینات ورته اجرا شي. (٢٦: ٢٠٣)

جراحي درملنه: د احیا مجدد وروسته لپراتومي اجرا شي د انسداد سبب لري شي که د کولمو ګانګرین رامنځته شوي وي ماوفه برخه قطع او end to end دوباره انستموز س ورکړل شي، که انسداد لاملونه معلوم شي جراحی پروسیجر سره اصلاح شي. (٢٦: ٢٠٣)

د فلجي یا فزیولوژیک انسداد درملنه: په زیاته پیمانه د طبی درملنه سره انسدادی حالت د منځه ئې یعنې د NGT تطبيق او سکشن سره علوی برخه Decompression شي او IV مایعات او الکترولایتونو ورکول په ھانګړي ډول په هایپوکلیمیا حالت کې مؤثر او مفید تمامېږي ئینې وخت د سیپسیس حالت کې جراحی درملنه توصیه کېږي.

### ٣. ١ میکونیم الیوس

#### ١. ١. ٣ تعريف

د ترمینل الیوم بندښت د غلیظ او سربښنا که میکونیم په واسطه چې د کولمو جدار د مخاط افرازاتو د کبله رامنځته کېږي چې د الیوم پروکسیمیل برخه زیاته پراخه کېږي. (٤٤٨: ١٨)  
چې په ٢-٣ شکل کې بنودل شوي دي.

دغه ناروغي په سیستیک فایبروزس کې ډپره لیدل کېږي :

١-٣ جدول: د میکونیم الیوس د واقع کېدو ناروغيو سلنې بنېي. (٣: ١٠٧٣)

شماره	ناروغي	سلنه
١	پانکراس	٩٠
٢	Mecunium ileus	٢٠ - ١٢
٣	Diabet Mellitus	٢٠
٤	Jaundice	٢٠ - ١٥

میکونیم الیوس د پانکراس د فایبروستیک ناروغیو یو کلینیکی بنکارندوی دی، په دې حالت کې د ناروغ د کولمو په اخري برخه کې **Viscid Mucus** راتولپری، کله چې ماشوم وزېرپری انسدادي حالت ورته پیدا کېږي، د اميدواری په وروستی میاشت کې میکونیم د کولمو په اخري برخه کې دې تولبلپری او لې کلکبپری. کله چې ماشوم پیدا شی انسدادي حالت لري او میکونیم کتلې د رابري قواه سره جس کېږي او په کلیشه کې الیوم لوی او پراخ معلومپری. اما دا پراخوالی د الیوم د اتریزیا خخه توپیر کوي ځکه چې د اتریزیا په حالت کې الیوم متوع او د ګازاتواو موادو خیال د انسداد ناحيې خخه پورته په واضح شکل لیدل کېږي. په داسې حال کې چې د ګازاتو خیال په میکونیم الیوس کې نه وي. (٤٤٨: ١٨)

پېښې: یوه پېښې په ۱۵۰۰ څخه تر ۲۰۰۰ ژونديو تولد شوو ماشومانو کې لیدل کېږي

### ٣.١.٣ پتوګونومیک معاینه

هغه ماشومان چې په میکونیم الیوس اخته وي که چېږي د دوى د کانګو په محتوي کې د اکسری شوی فلم کېړدو او نیم ساعت ورته انتظار وباسو وروسته د نیم ساعت خخه د ایکسری پانه نری او باريک کېږي. په داسې حال کې که همدا د ایکسری پانه د نورمال ماشوم د کانګو په محتوي کې د نیم ساعت لپاره کېږدو نو حل کېږي، لامل یې دا دې چې د نورمال ماشوم د کانګومحتوي کې د پانقراص اتزایمونه موجود وي، د ترپسین اتزایم موجودیت په محتوي کې د فلم د پانې د حلېدو سبب ګرځی، ځکه چې د فلم پانه د جلاتین مادې خخه جوره شوې ده او ترپسین د دې مادې د حل کېدو سبب ګرځی، خو هغه ماشومان چې په میکونیم الیوس اخته دي په دوى کې د پانقراص اتزایمونه بیخی موجود نه دي او یا د نارمل ماشومانو په نسبت لې دي. ځکه په دې حالت کې د پانقراص ناروغ په فبروزس اخته وي، په دې اساس د پانقراص اتزایمونه لې او یا هیڅ نه وي، نو ځکه د ایکسری پانه نری او باريکه کېږي خوله مینځه نه ځی. د همدي لپاره دا معاینه په تشخيص کې دېره مهمه ۵۵. (٤٤٨: ١٨)

### ٣.١.٤ پتالوژي

میکونیم د ناروغ په الیوم کې تجمع کوي او انسدادي حالت رامنځته کوي، که چېږي دا حالت تداوي نه شي نو و خیم اختلاط رامنځته کوي. په هغه ئای کې چې میکونیم تجمع و کړي الیوم متوع او د

هغه خخه لاندې برخه نری وي. میکونیم کتله له يوی خوا د الیوم په جدار فشار واردوي او د جدار د ارواد مختل کېدو سبب گرخي، او د بلې خوا د الیوم متوع کېدل موجود وي چې دا دواره حالته د تشقب سبب گرخي. انسدادي حالت کېداي شي چې د **Volvulus** او میکونیم پریتونیت سبب شي. د **Volvulus** په حالت کې الیوم د انسدادي نقطې په شاوخوا کې تاوېري او د **Volvulus** سبب کېري، او په میکونیم پریتونایتس حالت کې لکه چې مخکې يادونه وشه د الیوم جدار تشقب کوي او د الیوم محتويات او میکونیم د پریتونایتس په اعراض او علايمو په کليشه کې د میکونیم پریتونایتس لامل کېري. په دې حالت کې سریره د پریتونایتس په اعراض او علايمو په کليشه کې د میکونیم الیوس خیال هم لیدل کېري. ۴۰ فیصده ماشومان چې په دې ناروغۍ باندي اخته دي مخکې له تولد خخه په دې دوه اختلالاتو **Volvulus** او میکونیم پریتونایتس) باندي اخته کېري. (۳: ۱۰۷۳)

کلينيکي منظره: په ډپرو پېښو کې نوي زېږيدلی ماشوم د سیستیک فایبروزس سره شريکه کلينيکي منظره لري ولې په ځینې نورو حالتو کې د سیستیک فایبروزس خخه په غير هم دغه ناروغې منحثه رائي، په دوه شکلو کلينيکي منظره ورکوي يعني اختلاطي او غير اختلاطي شکل. په غير اختلاطي شکل کې یوه ټېټه درجه انسدادي لوحة د زېړون خخه ۲۴ ساعته وروسته رامنحثه کېري چې نوي زېږيدلی ماشوم کې د ګډله توسع، صفراوي کانګې او د میکونیم بندبنت موجود وي او **Clay** ډوله کتله د ګډله په سفلې بنې خوا کې جس کېري. (۳: ۱۰۷۳)

په اختلاطي شکل کې امكان لري په **Anti natal** دوره کې تشقب، پریتونایتس، اټريزيا، **Valvulus** غت میکونیم سیست ډوله پریتونایتس رامنحثه کېداي شي، انسدادي لوحة د زېړون خخه وروسته واضح او دوام پیدا کوي او پرمختګ کوي. (۳: ۱۰۷۳)

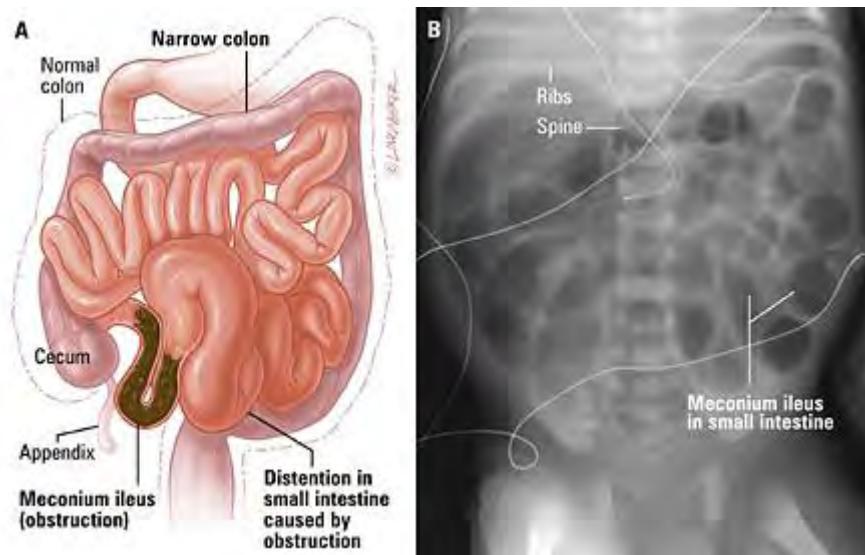
معاینات: ۱- ساده ایکسری: په ساده ایکسری کې چې د ولاړې په حالت اخیستل کېري، په کليشه کې یو متوع د کولمو لوپ چې **Air fluid level** ورسره موجود نه وي لیدل کېري چې **Viscid** میکونیم سره متوع حالت موجود وي، د دغه خیال موقعیت تغير کوي. او همدارنګه د ایکسری په کليشه کې دانه خیالونه د صابون او او بو پوکانو په ډول معلومېري (**Soap bubble**) (۳: ۱۰۷۳)

او که په کليشه کې منتشر کلسیفیکیشن خیالونه ولیدل شي د **Anti Natal** دورې میکونیم پریتونایتس ته فکر کېري

۲- د کشیفه موادو سره ایکسرا مونږ ته د **Microcolon** په باره کې معلومات راکوي چې کشیفه مواد د اینیما په ډول صورت مومي.

۳- د **Pilocarpine Sweat Test** په زرق سره په عرقیه غدواتو کې د سودیم کلوراید لور غلظت تولپري او تثبیت کېږي چې دغه ټست په اولو خو هفتو کې مثبت وي او د عملیات خخه مخکې بايد اجرا شي

۴- Serum immune reactive ترپسین ټست چې د وينې په وچه علقة اجرا کېږي په سیستیک فایبروزس کې مثبت وي.



۱-۳ شکل د میکونیم الیوس رادیوگرافی رابنی (۳: ۱۰۷۶، ۱۰۷۷)

### ۳.۱.۴ اهتمامات او جراحی درملنه

که چېړي په ماشوم کې یوازې یوساده انسدادي حالت موجود وي او د حاد بطن حالت موجود نه وي په دې صورت کې ماشوم ته اماله توسيه کېږي. دا اماله د ګستہرو ګرافین مادې په واسطه صورت نیسي، چې دا ماده دوه ګتې لري: اول تشخیصیه، دویم تداوی. په تشخیصیه برخه کې کله چې ناروغ ته اماله ورکړل شي او د کولون د چوکات خخه تېر شي په رادیوگرافی کلیشه کې د کولون حالت او خرنګوالی نبیې چې تشخیصیه ارزښت لري. له بله پلوه دا ماده د سیکوم له لازې الیوم ته داخلپري او د میکونیم د حل کېدو او نرمېدو سبب ګرځي، کله چې میکونیم نرم شي د اطراح لپاره اماده کېږي چې دا د امالې تداوی ارزښت دی. که چېړي د دې سره انسدادي حالت رفع نه شو او یا

په ماشوم کې حاد بطن موجود وي په دې حالت کې د جراحی تداوي خخه استفاده کوو او ماشوم د **Bishopkoop Iliostomy** (په طریقه عملیات کوو).

د عملیات تخنیک: د الیوم په هغه برخه کې چې میکونیم قرار لري قطع کېږي او د الیوم پراکسیمل برخه د کولپس کولون سره انستموز ورکول کېږي، او دستال برخه الیوستومی په توګه د ګېډې جدار خخه دباندي ویستل کېږي. په حقیقت کې دا الیوستومی د موکس فیستول په شان رول لوبيوي او د میکونیم پاتې برخه د لواز په واسطه اطراف کېږي. او د الیوستومی فوحة د جدا عملیات په واسطه تداوی کېږي. (وروسته د ۴۸ ساعتو خخه) (۱۰۷۳: ۳)

### ۱.۳ د عملیات خخه وروسته اهتمامات

د عملیات خخه وروسته باید لازم اهتمامات ونیول شي ئکه چې د عملیات خخه وروسته په ماشومانو کې ڈېر اختلالات رامنځته کېږي. د دې لپاره چې د پانقراص فایبروسیستک ناروغی یوازې نه وي بلکې د سبرود فایبروسیستک ناروغی سره یو ئای وي، نو د تنفسی سیستم مراقبت ضرور دی، که چېړی تنفسی ستونزی موجودې وي نو ناروغته باید اکسیجن تطبیق شي، او د انتان د مخنيوی لپاره اتنې بیوتیک تطبیق شي. (۱۰۸۱: ۳)

### ۲.۳ میکل دایورتیکولم

#### ۱ تعريف

دا یو ولادي حقيقي دایورتیکول دی چې په الیوم کې رامنځته کېږي او د الیو سیکل دسام خخه دوه فته (۲ ft) فاصله کې موقعیت لري، او دوه ګلنې خخه مخکې یې کلینیکي لوحه بنکاري چې د هضمی جهاز د نورو انومالیو سره یو ئای لیدل کېږي، د کولمو اتریزیا یا د کولمو سوی اشکال او ایگزوفالوس او نور...

تاریخچه او پېښې: د لومری ئحل لپاره په ۱۸۰۹ ميلادي کال کې د John friedrich Vitelline duct (omphalo mesenteric duct) د ناتام بندېدو له کبله رامنځته کېږي. دا یو حقيقي دایورتیکول دی چې د کولمو ټول طبقات احتوا

کوي. قطري يې ۱ سانتي متر او اوردوالي يې ۱۲.۱۰ سانتي مترو پوري وي. په اوتوپسي کې چې ۳، ۰ فيصده پېبنې لري ولې په جراحى کې ۲ فيصده ميکل ډايووريکول پېبنې لري. (۶: ۵۸۷)

د امبريلوزي له نظره د ميکل ډايووريکول سرچينه او موقعیت د Midgut د ودي له نظره تshireح کېږي، د جنیني ژوند په لمريو هفتوا (خلورمه هفته) کې Primary yolk sac په دوه برخو ويشل کېږي لویه برخه چې په Primitive gut کې وده کوي او کوچنى برخه يې د پلاستا خنګ کې Yolk sac په شکل دوام کوي چې نوموري دوه برخې د یو تیوب په واسطه یو د بل سره وصلېږي. دغه ارتباطي ۹.۷ Vitello intestinal duct يا Omphalo mesenteric duct هفتوا کې له منځه ئېي. که نوموري قنات د منځه لارنه شي لاندې جورېستونه رامنځ ته کېږي

۱: که د نوموري قنات هغه برخه چې د الیوم سره ارتباط لري بند نه شي ولې هغه برخه چې د دي خخه موقعیت لري بنده شي او د منځه لاره شي د ميکل ډايووريکولم جورې دو لامل گرخي Distal.

۲: که نوموري قنات په خپل تول او بدوالي کې خلاص پاتې شي د نامه غوتۍ او الیوم ترمنځ فيستول منځته راوري چې د persistent omphalomesentric duct په نوم يادېږي.

۳: که هغه نهایت چې د نامه غوتۍ خوا ته موقعیت لري بند نه شي ولې د الیوم طرف بند شي د امبليکل ساينس په نوم يادېږي.

۴: په هغه صورت کې چې قنات په خپل تول طول بند او د یوه فبروتیک کوره په شکل پاتې شي د Fibroul cord په نوم يادېږي.

۵: که دواړه خواوې (د الیوم او نامه غوتۍ خوا وي) بندې شي ولې په منځ کې تیوب په ډول پاتې وي او په منځ کې افرازات موجود وي د اوراکس سیست په نوم يادېږي. (۶: ۵۹۰)

### ۳. ۲. ۲. ڈولونه

په اختلاطي او غير اختلاطي ڈولونو تقسيمېږي:

اختلاطي ڈولونه يې عبارت دي له:

۱- هيموراژيك ڈول

۲- د کولمو انسدادي ڈول

۳- تشقيبي ڈول

### ٣. ٢. ٣ تشخيص

کلینیکی لوحه: امکان لري ناروغ ماشوم کوم اعراض او علايم ونه لري ۰.۵٪ په هفه صورت کې چې اختلاطی شي نو کلینیکی لوحه يې واضح کېږي او د دوه قانون د ناروغۍ لپاره شک پیدا کوي

۱- د ماشومانو عمر: د دوه کلنۍ نه کم اعراض او علايم ورکوي

۲- دوه فيصده پېښې جوړوي

۳- د اليوسيكل دسام خخه دوه فوته Proximal موقعیت لري.

۴- اوږد والي يې ۲ انچه دی

۵- د نارينه او بنخینه نسبت يې يو پر دوه دی (۱: ۲)

امکان لري په میکل ډایورتیکول کې د معدي مخاطي غشا او د پانکراس حجرات په Ectopic ډول وي چې داسید د افراز له کبله د میکل ډایورتیکول په مخاطي غشا کې د قرحي د جور بد و باعث

گرخي او امکان لري د وينې بهپدنې لامل و گرخي

### ٤. ٢. ٤ اختلاطات

امکان لري میکل ډایورتیکول بې عرضه او یا په اختلاطی ډول په لاندې کلینیکی اشکالو بنکاره شي

۱: کېداي شي Painless gastro intestinal hemorrhage ولري چې د پنځه کلنۍ نه کم عمره ماشومانو کې منځ ته رائي، ممکن میلانا (توربخنه، قیرماتنده، او یا hematochezia تازه سوربخنه وينه) موجود وي. کېداي شي خونریزی کمه او دوامداره وي چې د انيميا لامل گرخي او په حاد کتلوي ډول د شاک لامل گرخي، په دې صورت کې که د ناروغ د نزف پخوانی تاریخچه موجوده وي CT-scan او التراسوند ارا کېږي، که تشخيص مشکوك وي، Technetium-۹۹m-pertechnate scan یا (دایورتیکولم scan) اجرا کېږي، ټینې وخت انجیوگرافی ته هم اړتیا پیښېږي.

۲: امکان لري نسبتاً غټه ماشومانو او کاهلانو Intussusception Lead point لپاره وې یا د کولمو د انسداد سبب شي چې په Fibrous cord شکل کې د کولمو Valvulus لامل و گرخي چې په دې شکل کې فزيکي معانيه، التراسوند، ریکتيل exam او ایکسری په تشخيص کې مرسته کوي،

امکان لري کله هم فبروزي کورد د مستقیم فشار په واسطه د ساده انسداد لامل شي او يا کورد لاندي  
سبب و گرخي Internal herniation

۳- امکان لري چې د دایورتیکول په منځ کې التهابي حالت منځ ته راشي (۲۰٪) او يا د Perforation لامل شي، چې د perforated appendicitis يا acut appendicitis لوحه ورکړي، په هغه صورت کې چې د اپنديكتومي لپاره لپراتومي اجرا شي باید وړي کولمي د اليوسيکل دسام خخه تر ۱۰۰ سانتي متره پوري د دایورتیکول دپاره ولټول شي.

۴- امکان لري د ميکل دایورتیکول انساج په خباتت يا Malignancy تحول ولري لکه کارسينوبي د تومور چې په کاهلانو کې ليدل کېږي او په ماشومانو کې ليوما يوسار کوما او ادينوسار کوما، لمفوما ادينوما امکان لري ولیدل شي.

### ۲.۳ درملنه

جرافي درملنه کې يا دایورتیکولیکتومي خخه عبارت دی چې کېداي شي د لپراتومي يا لپراسکوبي په واسطه اجرا شي په هغه صورت کې چې ميکل دایورتیکول بې عرضه وي په خپل حالت پربنبدل کېږي، ولې په لاندي حالاتو کې جرافي تداوي اجرا کېږي:

۱: په هغه صورت کې چې Ectopic gastric mucosal علايم او شواهد موجود وي باید دایورتیکولیکتومي ورته اجراء شي، (چې د مخاطي غشا د تقرح له کبله خونریزی رامنځ ته کېږي) دغه شکل ۵۰٪ واقع کېږي. ځینې وخت د قرحي موقعیت مشکوک وي باید الیوم په سگمنتل ډول ریزیکشن او انستوموزس ورکړل شي.

۲: که د کولمود انسداد سبب و گرخي يعني Intussusception volvulus (۲۵٪) او يا ساده انسداد او Internal herniation موجود وي کله هم امکان لري Rechter hernia په ډول د انسداد لامل و گرخې يا د لپراتومي خخه وروسته د انسداد عامل د منځه یوړل شي او دایورتیکولیکتومي اجرا شي. (۳۰: ۵۴۳)

په هغه صورت کې چې د لپراتومي يا لپراسکوبي په وخت کې دایورتیکول تشخيص شي په لاندي حالاتو کې په خپل حال پربنبدل کېږي:

۱. که قاعده يې پراخه وي.

۲- اعراض او نښې موجود نه وي يعني په موضوعي ډول پنډ او ectopic epigastric mucosa که د ضخامت يې ډېرنه وي. ولې په هغه صورت کې چې د دوامداره درد لامل گرچېدلی وي او قاعده يې کوچنۍ او التهابي وي دا یورتیکولیکتومي ورته اجرا شي.

۳- په اختلاطې شکل کې د مرینې کچه د ۵.۰۰ افيصده پوري رسپږي. (۱۰۸۷: ۳)



۳-۳ شکل: میکل دا یورتیکولم را نښي. (۶: ۵۸۸)

## انوریکتال انومالي

۳.۳ امپروفوريتېيدا انس (ناخیرې شوي مقعد)

### ۱. تعريف

د Perinium په ناحیه کې د مقعدي فوهې نشتوالی د ناخيرې شوي مقعد په نامه يادېږي، ولې انوریکتال انومالي يوه داسي اصطلاح ده چې د دې برخې ډېرمېرولادي ناسم جورېښتونه په بر کې نيسې.

د انوریکتال ناسم جورېښتونه د بولي يا تناسلي سیستم سره د يوه فيستول په واسطه لاره پیدا کوي يا دا چې مقعدي کانال د عجان يا پرینیم په پوستکې کې خلاصېږي. (۱۰۹: ۲۶)

امبریولوژي

• کله چې رشيم ۴ ملي متر ته ورسپږي Hindgut او Alantois په يوه جوف کې قرار نيسې چې د Cloacal membran په نوم يادېږي چې بهر خوا ته د Cloac

- کله چې جنین ۵ ملي متر ته ورسپري انوريكتيل سڀتيم د ميزودرم بسكته خوا ته د ودي په واسطه منح ته رائي چې د غه سڀتيم د Cloaca جوف په دوه ااسي برخو ويسي (تقسيموي). يوه برخه ئې د Ventral part په نوم يادپري چې احليل او مثانه جوروبي او بله برخه ئې دورال د چې د هغې خخه ريكتم منح ته رائي.
- کله چې جنبي او بدواالي ۱۶ ملي متر ته رسپري د ريكتم او بولي سيسن جلاوالى بشپر كېري نومورى حجاب Cloac sling Pubo-rectlis جوف د چخه بسكته په دوه برخو ويسي چې د ميزودرم جيني وده منخني خط خوا ته صورت مومي. (۲۶: ۱۰۹)

### د ريكتم او بولي سيسن فيستولونه

تعريف: په نارينه جنس کې د پوبو ريكتم سلينگز په سويه د ميزودرم جيني ودي نه کولو له امله منح ته رائي چې Cloaca په دوه برخو ويسل كېري په بسخو کې ميلورين ڈكت چې د نفیر رحم او د مهبل د پورتنى برخې د جورپدو لامل گرخي. د ريكتم او يورو جيني تيل ساينس ترمنخ ئاي نيسى د همدي له کبله په بسخينه جنس کې د ريكتم او بولي لاري فيستولونه د Persistant له کبله رامنځ ته کېري. د ميلورين ڈكت او ريكتم ترمنخ هیڅ Cloaca ارتباط موجود نه وي. (۴۹۷: ۱۸)

- د Recto vaginal bulbs فيستولونه د Sino vaginal bulbs د نشوونما پوري اره لري چې منشأ د Urogenital sinus د خلفي جدار اپيتيليوم چخه اخلي چې ۳/۱ سفلې برخې يا د تول مهبل د جوربنت سبب گرخي. د ريكتم د فوهې نورمال مهاجرت د توقف په اساس په هره سويه کې رامنځته کېداي شي، د غتوکولمو Hind gut ختمېدل د Anal canal علوې برخه جوروبي. ولې په خپله Anus د هغه انساجو خخه منح ته رائي چې سطحي قرار لري. (چې په ۴-۳ شکل کې بنودل شوي دي)

- Urogenital sinus او Hindgut د يورو ربكتل Septum په واسطه په Ginal Fossa کې خلاصېري.
- د مقعد خارجي معصرې عضلات د Meso derm چخه منشأ اخلي. د مقعد قنات د Anal tubercula په قدام او خلف د Hindgut proctodeum په نوم جوربنت رامنځته کوي چې د مقعد خارجي يا د Hindgut Outlet د تشكيل لامل گرخي چې د دې جوربنتونو نيمگړي نشوونما يا کمه نشوونما د مقعد فوهې د سوي اشکالو لامل گرخي.

پېښې: په ۵۰۰۰ ژونديوزې بيدلو ماشومانو کې يوه پېښې رامنځ ته کېري.



۳-۴. شکل Recto vaginal فستول را نبیی. (cedars.sinai.edu)

### ۳. ۳. ۲. ڈلبندی

ڈلبندی د **Contonance** اساسی عضلی Pubo Levator ani د ریکتیل عضلی سره د غتو کولمو Hindgut) د بسکتنی نهایت له مخی صورت نیسی، که چېرې د نشونماً توقف د عضلی په سویه او یا د هغې پورته صورت ونیسی چې د Supra levator انومالی په نوم یادېږي او که د نومورې عضلی خخه بسکته توقف په نشونماً کې رامنځته شي د Trans levator سوی شکل په نوم یادېږي. اما لري د غتو کولمو اخري برخه بې له دې چې د کوم مجاور عضوي یا پوستکې سره فیستول جوړ کړي په پورته برخه کې Blind یا ترلې پاتې کېږي.

ولې خینې وخت د مجاورو اعضاو یا د پوستکې سره فیستول جوړوي چې په دوه ډولونو تقسیمېږي چې یوئې (Trans levator (low) او بل یې Supra levator (intermediate and high) دی. (۴۹۶: ۱۸)

۲-۳ جدول: په ۱۹۸۰ کال Wing spread په لاندې ډول ڈلبندی کړي ده چې یوه جامع ډله بندی ده: (۱۱۱: ۲۶)

Supra levator ani	
% ۷۰ A-High a: anorectal agenesis	% ۳۰ A-High a: anorectal agenesis
With Festual- ۱	with festul- ۱

Recto vesical festula - Recto prostatic uthra festul	Recto vaginal fistula -
without festul - ۲  -ریکتیل اتریزیا	without festula - ۲  -ریکتیل اتریزیا
B-Intermediate Anal agensis with festula - ۱	B- Intermediate Anal agenesis with festula - ۱
Recto bulbar Urethral festul - without festula - ۲	Recto vaginal fistula - without fistula - ۲
Trans levator ani a-Anocutaneus festula b-Anal stenosis c-Ant perineal Anus	Trans laveto ani a-Anocutan festula b-Anal stenosis c-Ant. Perinal anus d-Ano vestibular festul
Cloacal Atreaia Rare anomaly	

په ۲۰۰۵ کال کي يوبله دله بندی د Kricken beck په نوم جرمني کي د يوه کنفرانس په جريان کي رامنځ ته شوه چې يو ته Major clinical group او بل ته Rare/regional variant په نوم ونومول شو چې په لمړي شکل کي فيستول د مختلفو برخو ترمنځ موجود Rectourethral، Anocutaneus، a-Anocutan festula، b-Anal stenosis، c-Ant. Perinal anus، d-Ano vestibular festul فيستول او داسي په نور او په دويم شکل ریکتیل ستینوزس د کولون پاوج او ریکتیو وجینل فيستول. (۱۸: ۴۹۶)

اناتومو فزيولوژي: دا چې کولمې خپل محتوي په نورمال شکل د هضم او جذب پروسه پرمخ ورپي، بقایا یې بهره ته او باسي او هضمی جهاز په اخري برخه کي د ضرورت په وخت د يو نظم لاندې تغوط کوي، ولپه د انومالي په صورت کي د غه نظم خراببېري او د Contenance پروسه هم نيمګړي کېږي. په لوړ انومالي کي تقریباً ۸۰% پیښوکي د احلیل-مثاني او پرینیپم سره اړیکې يا فيستول لري چې يو غير نورماله ولادي نقیصه ده چې د کولمو اخري برخه په ئاي د دې چې په نورمال موقعیت

کې د پوره قطر سره بهر ته خلاص شي د همدي فیستول ارتباټ له رویه نهايی کېږي، چې د کولمو د نورمال امبریولوژیک تمډو (stop) له کبله رامنځ ته کېږي.

د هستولوژی له نظره **Transition Epithelium** د فوهې او عضلاتو مخ پوبنوی چې د نورمال انوس اپیتیلیم سره ورته والی لري. چې د ایکتیوپیک مقعد يا **Ectopic rectal opening** په نوم یادېږي. (۷۷۶: ۶)

### ۳.۳.۳ د **high** او **low** انومالي ترمنځ فرق

کلینيکي منظره: په هغه صورت کې چې **high** انومالي په نارينه کې موجود وي د ناروغ ماشوم مور د تشو متيازو سره د میکونیم راتلو حکایه کوي، په بسحینه ماشومانو کې مورگانې حکایه چې غایطه مواد د ماشوم د مهبل خخه راخي. (۲۴۵: ۲۶)

فریکي معاینه او کلینيکي نښې: د پرینپیم او خارجي تناسلي ناحيې دقیقه معاینه د تشخيص سره پوره مرسته کوي. امکان لري د پرینپیم په برخه کې کومه فوهه (مقعد) وجود ونه لري او یا امکان لري د مقعد فوهه په مهبل يا احلیل کې قرار ولري. (۲۴۵: ۲۶)

په نارينه ماشومانو کې امکان لري د احلیل له لاري هوا يا میکونیم خارج شي. یا په مايكروسكوپیک ډول ادرار کې مکونیم يا ابتدائي غایطه مواد ثبیت شي. ولې امکان لري د فیستول په لومن کې کلک غایطه مواد موجود وي او فیستول بند وي، په دې حالت کې تشي متیازې خالی وي یعنې میکونیم به نه لري.

د کولمو بندش په ناروغ ماشوم کې زر ثبیت کېږي چې فوهه بالکل بنده يا تنګه وي لیدل کېږي که فیستول فوهه کافي وي یعنې د بندش علايم او نښې نه وي امکان لري کوم جدي ستونزه رامنځ ته نه شي.

په هغه صورت کې چې ماشوم **High** يا **Low** انومالي ولري د ګېډې په بسكتنى برخه فشار راول شي امکان لري د فیستول د لاري میکونیم خارج شي چې تشخيص سره مرسته کوي ولې کله هم دغه نښه منفي وي چې فیستول نه شي ردولی. په دقیق ډول د عجان او خارجي تناسلي اعضا معاینه شي.

په **Low** انومالي کې چې انوريکتل کانال خلاص وي. او کولمي د **Pub** ریکتل **sling** خخه تېږي شوي وي مقعد خپل نورمال موقعیت لري، ولې تنګ وي چې یوازې د **Dilatation** سره نښه کېږي (۳ میاشتی) ولې ځینې وخت چې ستینوزس سخت او کوچنۍ فوهه ولري او **Dilatation** سره څواب ور نه کړي چې جراحی درملنې ته اړتیا پیدا کوي (انوپلاستی)، چې د غایطه موادو قطر کم وي او د فیتې په ډول خارجېږي چې ځینې وخت د **Fecal impaction** لامل ګرځي چې د **Chronic constipation** په

نتیجه کې د ثانوي میگاکولون لامل ګرئي. ځینې وخت اتل میمبران له منځه نه ئې چې د انس میمبران په ډول د مقعد خوله د پردې په واسطه بنده وي ولې د کولمو نهايی برخه Pubo-sling ریکتيل څخه تیرپږي، په دي صورت کې د مقعد بهر برخه د پردې په واسطه بنده وي او میکونيم د هغې شاته په تیره رنګ معلومه شي، که د ګندې پښکتنۍ برخې ته فشار ورکړو بېرته بهر تیله کېږي. ۴۸ ساعتو پوري ماشومانو د کولمو انسداد لوحه منځ ته رائي. (۲۶ : ۲۴۵)

باید په دي حالت کې د ano-rectal agenesis سره تفريقي تشخيص وشي. چې په دي حالت کې یوه فروفتگي د پنه یا ډبل پوستکي (Anal dimple) ليدل کېږي. چې نومورې فروفتگي د یو شمېر پوستکي التواتو او کربنو سره مشخص کېږي، امکان لري فيستول موجود وي اويا ونه ليدل شي. په ځینې پېښو کې د Anus يوازې Agenesis موجود وي چې د انوس نیمکړې نشوونما له کبله رامنځ ته کېږي، ولې کولمي د Pubo ریکتيل sling څخه تېږي وي.

په بسحينه کې د عجان په ناحيه کې فيستول موجود وي امکان لري دغه فوحة د Anal dimple او Ectopic anus ترمنځ د Fourchette په بنه ولري يا د Anovestibular فيستول یې جوړ کړي وي، ولې Ant Anus پرينېښم انوس Ectopic کافي فوحة لري او د بندش لامل نه ګرئي، خو په شکل کې تنګوالی موجود وي او د تغوط مشکلات او ستونزې به موجودې وي. (۲۶ : ۲۴۵)

په مذکر جنس کې Anocutaneus (Ant. Anus) Ectopic perineal Festol کافي فوحة لري ولې په Covered Anus شکل Festul کې د غایطه موادو قسمی بندش د تنګې فوحة څخه موجود وي.

په ریکتيل agenesis کې High انومالي وي چې د کولمو بند نهايت د Levator Ani عضلي څخه پورته موقعیت لري، په دي حالت کې کولمي د Pubo ریکتيل sling څخه نه تیرپږي او که وکتل شي امکان لري د دوه Gluleal فرخوترمنځ واضح نه وي او Flat یا همواره به معلومېږي.

Low انومالي په بسحينه ماشومانو کې اکثرًا فيستول د Hymen او Fourchetta ترمنځ موجود وي چې د Recto Vestbular فيستول په نوم یادېږي، امکان لري فيستول په Uro Genital Sinus کې پیدا شي چې د Recto cloacal فيستول په نوم یادېږي.

Rectovesibalor فيستول او Low recto vaginal sling ریکتيل Pubo فيستول د څخه تیرپږي ولې د اناتوميك څانګړتیا له کبله په High انومالي کې حسابېږي. (۲۶ : ۲۴۵)

په بنهئينه کې د بولي سيسنتم فيستول تراوسنه دی ليدل شوي، په بنهئينه ماشومانوکې امكان لري په Perinium کې درې واره سيسنمنه په يوه فوحه کې بهر ته خلاص شوي وي. چې د coacal malformation په نوم يادېږي. کله هم درحم انومالي لکه Double Bicornate يا رحم ورسه موجود وي. چې احليل جلافوحه او نورمال حالت لري ولې ريكتوم او Vagina یو ئاي وي يعني Tow opening دريكتوم فيستول په Vagina کې موجود وي.

Ant Ano vestibular چې امكان لري (Low anomali) Three opening High Anus Cutanus چې امكان لري Stenosis ولي. په ناريئنه ماشومانوکې کله چې انومالي ولري اکثراً وخت فيستول موجود وي، په کمه فيصدۍ Blind يا ترلي وي او فيستول کې اکثراً په prostatic احليل کې موجود وي (Recto Urethral festul).

په ډېرو کمو پېښو کې د Recto Vesical فيستول موجود وي. کله هم په ريكتيل اټريزيا کې Lower ano ريكتيل pouch وجود لري چې pouch څخه پورته موقعیت لري او جدا اوسي چې د عضلي څخه پورته متضيقه وي، ولې مقعدی فوحه په خپل نورمال ئاي کې قرار لري. مترافقه انومالي گاني: High انومالي ۵۰-۲۰٪ د نورو سيسنمنو د سوی اشكالو سره ملګري وي حتی ھينې د ژوند تهدیدونکي وي لکه د قلبي وعائي سيسنتم ډيفيكټه لکه patent ASD او ductus arteriosus ډېر معمولي انومالي ئې په بولي لار کې ۳۰٪، د ملا د تير انومالي ۳۰٪، هضمی جهاز ۱۰٪، او د زړه ۱۰٪ جورو وي. ولې امكان لري نوري عضوي هم ورسه مشترکي انومالي ولري. (۲۶: ۲۴۵)

## د بولي لاري مشترک آفات

۱. Urin incontinace چې د ملا د تير په انوماليو کې sacral agenesis او يا د عمليات په جريان کې د Para sympathetic عصبي رينبود ماوېډوله کبله رامنځ ته کېږي.
۲. د بولي لاري اتنان چې د علوی بولي لاري د ستاڙس له کبله د فيستول د لاري اتنان بولي لاري ته داخلېږي چې mega ureter يا Duplex system موجود وي.
۳. کله هم د پښتوري ګوها یپولازيا، Agenesis يا ډسپلازيا موجود وي او نور د پښتوري ګو، Double Horse shoe، Ectopic X-Ray چې په تشخيص کې (۱۸: ۵۰۰)

د ملا د تير سره مشترک انومالي: د High انومالي خخه تر Low پوري د ملا د تير د سوي اشکالو سره ملگري وي. په High انومالي کې په بسخينه او نارينه دواړو کې  $\frac{3}{2}$  برخې ناروغان امکان لري د سپاين ناسم جورېښتونه ولري. چې زياتره Sacral agenesis او Hemi agenesis د سکروم ورسه موجود وي Low انومالي  $\frac{3}{1}$  برخې ناروغان د ملا د تير انومالي لري چې د دي ناروغيو لمرنی تشخيص اهميت لري چې د مثاني او ريكټوم وظيفې د هغې سره مستقيم ارتباط لري.

لكه د Levator ani او Sacral Agenesis عضلي د نشوونما او پرمختګ سره ارتباط لري، که چېږي د سکروم هلهوکي خلورم او پنځم سگمنت موجود نه وي د Levator ani عضله ضعيفه او ناز که وي او که درې سگمنته Agenesis ولري دغه عضله په عدم کفایه مبتلا کېږي. (۶: ۸۲۵)

### ٤. ٣. ٤ تشخيص

په Antinatal دوره کې التراساونډ د تشخيص لپاره مرسته کوي ولي تشخيص د زېړون خخه وروسته صورت نيسې. د اهميت وړ تشخيص د Low او High انومالي بايد صورت ومومي او لاندي پرنسپيونه بايد اجرا شي.

۱- ماشوم په ليتوتومي وضعیت کې اچول کېږي او یوه غتهه ګېج لرونکې ستن چې درجي ولري د Anus په طبیعي موقعیت کې چې پرسوب ولري داخلېږي او ورو - ورو پورته وړل کېږي تر هغه چې ګاز يا میکونیم خارج شي. که د ستني درجه چې داخل شوي ده  $1.5-2$  cm پوري وي Low او که درې خخه ډپرو وي High انومالي خواته فکر کېږي.

### ۲- اينورتوبرام

چې ماشوم خخه سرچېه ايکسرى اخستل کېږي او بيا چېه لوستل کېږي.

شرایط:

۱. زېړون خخه (۱۲-۱۴) ساعته تېر شوي وي.

۲. ماشوم عموداً سرچېه د  $2-3$  دقیقو زورند نیول کېږي.

۳. د حوصلې خخه د جنب طرف شعاع تېره شي.

۴. د Hip joint مستقيم شکل قرار ونيسي.

۵. شعاع د Trochanter په استقامت داخل شي.

په کلیشه کې لاندې نقاط مشخص کېږي:

يو فرضي خط د pubis هدوکي متوسط برخې خخه تراخره برخې د Coegeal هدوکي پوري ارتباط ورکول کېږي چې لاندې حالات موښته رابنایي.

۱- که ریكتوم بند نهايیت p.c.line خخه پورته قرار ولري Low anomaly به وي.

۲- که ریكتوم بند نهايیت د pc line خخه بسته قرار ولري High انومالي به وي.

يوه بله ایکسری د حوصلې خخه قدامی خلفي واحستل شي د ISchum هدوکي دواړو طرفود بر جسته نقطو په نظر کې نیولو سره ارتباط ورکول شي د I-point (inter tuber ischiadic line) يا (I-point) یا يو فرعی خط ورکوي، نو په دې صورت کې که Blind برخه د p.c line او I point ترمنځ قرار ولري د inter medium انومالي به وي.

د مثاني راديوجرافی د High په صورت چې Recto visical فيستول موجود وي د مثاني خخه جنبي ایکسری واحستل شي په کلیشه کې د ګاز موجودیت تشخيص وضع کېږي.

د ادرار معاینه د مثاني یا بولي لارو د فيستول لپاره اجرا کېږي چې د انتان او میکونیم شتون په کې تثبت کېږي. په هغه صورت کې چې مشترکي انومالي تشخيص شي S MRI, C. T scan, U/S د زړه ایکو کاره یو ګرافی او نورو معایناتو ته اړتیا پیښېږي.

د ناروغۍ کلینيکي سیر او ارزونه: که ماشوم د لید وور عجان ناهي په پوره اندازه پراخه فيستول ولري امکان لري د کولمو دنده نورمال وي او کومې عاجلي درملني ته اړتیا نه لري ولې که د فيستول فوچه غير نورمال وي چې زور و هللو سره غایطه مواد خارجوي چې Fecal impaction او Chronic Constipation لامل گرخي چې د mega Ano ریکتل لامل گرخي ولې که فيستول ونه لري د کولمو انسداد لوحه موجوده وي او عاجلي درملني ته اړتیا پیښوی. (۳: ۱۲۸۹)

هغه ماشومان چې د بولي لاري انومالي ورسره موجود وي د بولي انتاناتو او د انسدادي یوروپتي نښې به په کې موجود وي او کلینيکي لوحه ئې نور هم خرابوي.

### ۳.۳.۵ درملنه

د دې ناروغى درملنه د جراحى عملىپا پواسطه ترسره كېرى چې زيات شمېر تخنيكونه د درملنى لپاره موجود او اجراكېرى چې بىه مىتود چې ورخخە ڈېر کار اخستل كېرى د post sagital Approach دى چې لپراتومى او لپراسكوبى تەارتىا نەلرى. (۱۲۸۹:۳)

۳-۳ جدول: د نارينه نوي زېبىدىلى ماشوم انورىكتال انومالىي بەلنە ڈول جدول كېنسودل شوي دى: (۱۱۲:۲۶)

Low Anomaly	High Anomaly
Prinial Fistula	كولوسستومى لمپى مرحله عاجل
Ant anus(Covered type)	دويمه مرحله Anoplasty + festulectomy
Anal stenosis	درىيمه مرحله Repair Colostomy
Membranus type	
درملنه يې Ano plasty	

۴-۳ جدول: د بىئىنە نوي زېبىدىلى ماشومانو كې رىكتل انومالىي بىي: (۱۱۲:۲۶)

Low Anomaly	High Anomaly - ۲
درملنه يې Anoplasty	لمپى مرحلىي عاجل Colostomy
Ant ansus	دويمه مرحله Anoplasty + festolectomy
Anocutaneus fistula	درىيمه مرحله Repair Colostomy
Stenosis	
Anovestibular fistula - ۳	
لمپى مرحله عاجل Colostomy	
دويمه مرحله Anoplasty + festulectomy	
درىيمه مرحله Repair colostomy	

## Post sagital anoplasty

۱. ماشوم په prone وضعیت اچول کېږي چې حوصله پورته وي.
۲. د عملیات په جريان کې د عضلي د تشخیص کولو لپاره د برقي Nerve Stimulator خخه استفاده کېږي.
۳. د شق اندازه د ډیفیکٹ پوري اړه لري د ۲ cm خخه تر لوی شق پوري.
۴. شق د جلد - تحت الجلد - para sagital-fiber د عضلاتو Complex پوري رسېږي ولې Levator عضله نه شق کېږي.
۵. د سفینکټر د شق په صورت کې د بولی تناسلي لارو جدا کول ډېر اهمیت لري چې د ریکټوم خخه جدا شي.
۶. غتهه بنودنه او ظریف تسلیخ ته اړتیا وي چې د عملیات په وخت کې د اختلالاتو مخنیوی وشي.
۷. په نارینه ماشومانو کې %۹۰ د post.sagetal approach خخه استفاده کېږي.
۸. د فیستولا پیدا کول او تړل خاص اهمیت لري.
۹. ځینې وخت Pull Through عملیات اجرا کېږي. (۱۲۸۹:۳)

## د عملیات خخه وروسته اختلالات

۱. د مخاطي غشا prolaps
۲. د خیاطولیکاژ او د ترمیم شوې برخې پورته تلل.
۳. Anal stenosis
۴. د احلیل ماوېدل او د احلیل stricture
۵. incontinence او Urine retention
۶. د غایطه موادو incontinence
۷. Recurrent fistula
۸. او مزمن قبضیت Fecal impaction

د ناروغۍ انتزار: د مرینې کچه ۵٪ او سنیو وختونو کې بنودل شوې ده چې په High انومالي کې ډېر رامنځ ته کېږي. ولې که متفرقه یا مشترکه بل مهلكه انومالي موجود وي کچه پورته وي Fecal incontinence زیاتره په Low انومالي کې رامنځ ته کېږي چې درملنې ئې مشکله ده. (۱۲۸۹:۳)

## ٤.٣ تغلق (Intussusception (ISS)

### ٤.٣.١ تعريف

په دې ناروغری کې د کولمې یوه برخه د کولمې د بلې برخې په لومن کې دتنه کېږي. چې معمولاً د کولمې proximal برحه په distal کې ورنتوئي. (چې په ۳-۵ او ۶ شکل کې بشودل شوي دي) تغلق د ګډله په یو حاد حالت دی چې معمولاً په شیدي خورونکو او ماشومانو کې منحثه راخي، چې یو بشکلی ماشوم په دې ناروغری اخته کېږي. (۱۸: ۵۳۳)

### ٤.٣.٢ لاملونه

نړدي ۸۰% پېښو کې د دې ناروغری سبب معلوم نه دی، خوايی چې لاندې ناروغری په کې تورن ګنل کېږي:

١. Acute enteritis.
٢. میکل دایورتیکولم
٣. Intestinal polyp.
٤. Intestinal lymphoma.
٥. Intestinal tumor.
٦. Intestinal allergic condition.
٧. Diet.
٨. Ascariasis.

چې د عملیات خخه وروسته هم کله کله تغلق منحثه راخي (post operative conditions : ۹)

۱۰: (inflammatory change in appendix د اپنډکس التهابي تغيرات) (۶: ۵۸۱)

پرته له دې د دې ناروغری په منحثه راتګ کې دوه نظرونه موجود دي:

۱: غذايي تيوري: کله چې ماشوم د مور د شيدو خخه بيل شي، نوماشوم ته نوري غذا گانې پيلېږي، که چېري نوموري خوراکونه کلک او جامد ډول وي نو د ماشوم کولمې د دې غذاو سره یو عکس العمل بشکاره کوي چې دغه عکس العمل په کولمو کې د لمفاوي عقداتو د هايپرتروفي لامل ګرځي، يعني د (peyer's patches) د هايپرتروفي لامل کېږي چې په پايله کې تغلق ته زمينه برابرېږي.

نو په دې صورت کې ويلاي شو چې تول هغه عوامل چې د کولمو د حرکاتو د ډېرواالي لامل کېږي کولاي شي چې تغلق منحثه راوري. (۱۸: ۵۳۳)

۲: همدارنگه موسمی یا د فصل نظریه ده چې په پسلای او منی کې چې د تنفسی لارو الرژیکی ناروغۍ زیاتې وي، نو کبدای شي چې په کولمو باندې اغېزې وکړي او په پایله کې د کولمو د تغلف سبب شي.

### ٣.٤.٣ پېښې

د دې ناروغۍ پېښې د عمر په لمريو کلونو په تېره په لمريو شپږو میاشتو کې ډېرې منځته رائې دا ځکه چې په دې وخت کې ماشوم په اسهالاتو ډېر اخته کېږي، او د کولمو حرکات زیاتېږي او په دې ډول ناروغ په تغلف اخته کوي. همدارنگه نومورې ناروغۍ په دوه کلنۍ کې هم ډېرې پېښېږي، د دې لپاره چې ماشوم په دوه کلنۍ کې د مور د شیدو خخه جلا کېږي او جامده غذا ورته پېښېږي نو په دې اساس جامده غذا کبدای شي چې د کولمو حساسیت منځته راوري، او دغه حساسیت د تغلف لامل کېږي. د ناروغۍ د وقوع د منځته راتلو نسبت په نارینه او بنخینه ماشوم کې نارینه femal = ۳۲/۲۸ واقع کېږي. (۱۸: ۵۵۳)

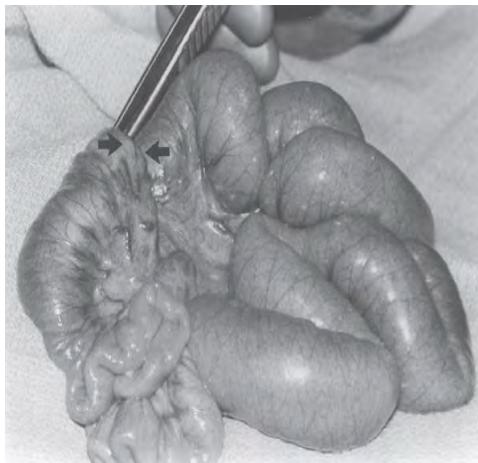
تغلف د درې بروخو لرونکی دی:

۱: باندېنۍ برخه یا outer tub یا Intussuscepiens نومېږي. (چې په ۳-۶ شکل کې بسodel شوي دي)

۲: دنتۍ برخه یا inner tub یا Intussusceptum نومېږي.

۳: منځنۍ برخه یا middle tub خخه عبارت دی چې په شکل کې واضح کېږي.

په دې معنى چې په اکشرو پېښو کې د کولمو proximal برخه په distal برخه کې ورنوؤخي چې  
antegrade هم ورته وايي او په ډپرو نادرو پېښو کې بیا د دې برعکس وي چې دې ته بیا  
ڈول وايي.



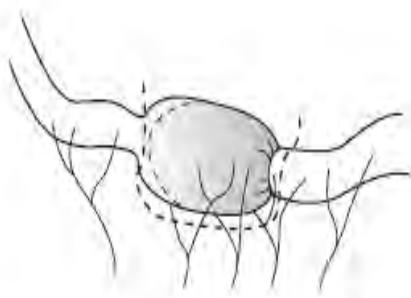
۶-۳ شکل: په تغلف کې outer tube رابسيي (۱۸: ۵۴۱)



۵-۳ شکل: په تغلف کې inner tube رابسيي (۱۸: ۵۴۰)



٨-٣ شکل د کولمو هغه برخه چې د تغلف غیر رجعي قطعه جورووي په دې شکل کې د قطع کولو ناحيه نبیي (٢٦: ٢٠٤)



٧-٣ شکل د کولمو هغه برخه چې د تغلف غیر رجعي قطعه جورووي (٢٦: ٢٠٤)



١٠-٣ شکل د Sausage راديوگرافی رابنیي (٣: ١٠٩٦)



٩-٣ شکل د گاز پواسطه د کوالی خخه چې کوم شکل لاسته راخي رابنیي (٣: ١٠٩٦)

نوموري ناروغۍ د وقوع د نظره د کولمو په مختلفو برخو کې منځته راخي چې سلنې يې په لاندې ډول دي:

١: اليوسيكل برخه٪ ٧٥.

٢: اليو اليو كوليک٪ ١٥.

٣: اليو اليل٪ ٥.

٤: کولوکولیک ۳٪ یعنی بی له دی چې په وروکولمو کې دنه شی کولون په کولون کې دنه کېږي.

٥: *retrograde and multiple sites*. (١٨: ٥٣٣)

### ٤.٣ اعراض او علایم

اعراض: په ډپروپینبو کې ماشوم عادي حالت لري او د ناروغۍ په لمرپيو شپړو ساعتونو کې عمومي وضع یې بنه وي او روغ ماشوم وي او د دولسو ساعتونو خخه وروسته ماشوم ناراحتی او خفه حالت پیدا کوي، خو که چېږي وخت پرې ډپرتې شی نو کېداي شی چې د ماشوم د بدن او به کمي یا ډیهايدريشن او وروسته بیا د ماشوم مخ خائف شی.

١: د ګېډې درد: په دی ناروغانو کې د ګېډې درد دوره يي او کولیک په ډول وي چې ماشوم د دوه دردنا که حملو ترمنځ بالکل ارامه وي او خپلې لوبي کوي، اما کله چې د کولمو حرکات پیل شی چې د دی سره درد را پارېږي نو په دی وخت کې ماشوم یوه چیغه کوي او ژاري یعنې د دوو حملو ترمنځ کوم اعراض نه لري او ماشوم ناراحته نه وي.

٢: کانګې: چې د ګېډې د درد خخه وروسته منځته راخي.

٣: قبضيت: په ډپروپینبو کې ماشوم قبض وي، خو کله کله په کمه اندازه ډکې متیازې کوي چې د وینې سره مخلوط وي یا دا چې ورسه مخاط یو ئای وي چې دی ته *red currant jelly stool* وايې.

٤: شاك او دیهادریشن: دا ناروغان چې ډپرې کانګې کوي نو په دی اساس خپل د بدن او به او الکترولایتونه دلاسه ورکوي چې په دیهادریشن اخته کېږي او که دیهادریشن مخ په وړاندې لارې شی نو ماشوم شاك ته حئي.

علایم: ماشوم د ناروغۍ په لمرپيو ساعتونو کې بنه وي خو وروسته د دولسو ساعتونو خخه یو خفه او *depressed* حالت غوره کوي، چې ورو ورو ماشوم خائف او سره خوله پیدا کوي. چې لاندې علایم

په ماشوم کې لیدل کېږي. (١٨: ٥٣٣)

الف: که د ماشوم ګیله جس کړل شی نو په ۸۰٪ پینبو کې د ناروغۍ په اولو شپړو ساعتونو کې یوه کتله یا غوته د جس وړوي، خو وروسته د شپړو ساعتونو خخه ګیله پېسوب پیدا کوي او په دی وخت کې بیا کتله د جس وړ نه وي، او همدارنګه که نومورې کتله د اضلاعو لاندې وي بیا هم د جس وړ نه وي.

که چېري تغلفي کتله right iliac fossa په جس سره تشه معلومېږي چې دې نښې ته sign of dance وايي او د نامه چې خوا ته يوه توسع کوي د یو غت لوبیا په ډول شکل اختياروي چې معتبريت يې نامه خوا ته وي چې دې ته sausage shape mass وايي. (چې په ۱۸: ۵۳۳) ۹-۳ شکل کې بنودل شوي دی

ب: مقعدی معاینه يا ریکتیل examination: دغه معاینه دې ناروغاتو ته ډپره ارزښتناکه ده چې د دې معاینې سره نېدې په ۷۰٪ پېښو کې نومورې کتله د ګوتې په خوکه جس کېداي شي او د دوګلاس جوف هم ډک جس کېږي. خوکه د ناروغ ګیډه دوه لاسي يا bimanual جس شي په اسانه جس کېداي شي. کله چې د داکتر ګوته مقعد ته دننه شي نو د ګوتې په خوکه کتله په کلک ډول لګېږي، که د داکتر ګوته په دې وخت کې وکتل شي نو کېداي شي چې د ګوتې په خوکه کې د وینې او مخاطښې وي. چې د دې نښې يعني د وینې او مخاط شتون د تغلف په تشخيص کې ډپر ارزښت لري. په ځینو پېښو کې د تغلف کتله کېداي شي چې د ریکتیوم دلاري دباندي راووخي، چې په دې وخت کې ناروغې باید دریکتیل prolaps سره تفریقی تشخيص شي، چې په دې وخت کې یوه اندازه مشکلات شته، يعني که داکتر ورته ځیر نه شي نو تشخيص تري غلطېږي، خود تغلف په صورت کې مقعد خخه د راوتلي کتلې او د مقعد د ژي ترمنځ یو درز موجود وي اما د پرولپس په صورت کې د کتلې او د مقعد د ژي يا کنارونو ترمنځ کوم درز نه وي او د مقعد د مخاطې غشا سره نښتې وي. (۱۸: ۵۳۳)

ج: باریوم میل exam: معاینات:

که د کثیفه موادو سره رادیوگرافی اجرا شي نو مختلف خیالونه بنودلاني شي لکه:

۱: په ایکسری کې یوه میله ډوله يا سلنډریک خیال ورکوي (چې په ۱۱-۳ شکل کې بنودل شوي دی) خودغه خیال هغه وخت د ناروغ په کلیشه کې لیدل کېږي چې د دیستل قطعې نېدې برخې لړ او لړې برخې بې ډپر تر فشار لاتدي وي نوبنې خیال ورکوي. (چې په ۱۰-۳ شکل کې بنودل شوي دی)

۲: د چنګال نښه يا sing claw: که چېري ناروغ په الیوسیکل تغلف اخته وي نو د رادیوگرافی په کلیشه کې د مرغه د چنګال په ډول خیال ورکوي. (چې په ۱۲-۳ شکل کې بنودل شوي) که د کولمو لومن په بشپړه ډول سره نه وي بند شوی نو کثیفه ماده د دیستال برخې خوا ته تیرېږي او نومورې خیال د رادیوگرافی په کلیشه کې ورکوي. (۱۰۹۳: ۳)



۱۱-۳ شکل: د باریوم انیما سره تغلف ناروغ بشودنه کوی چه Cylinderic خیال بنیی (medicinformedicose.com)

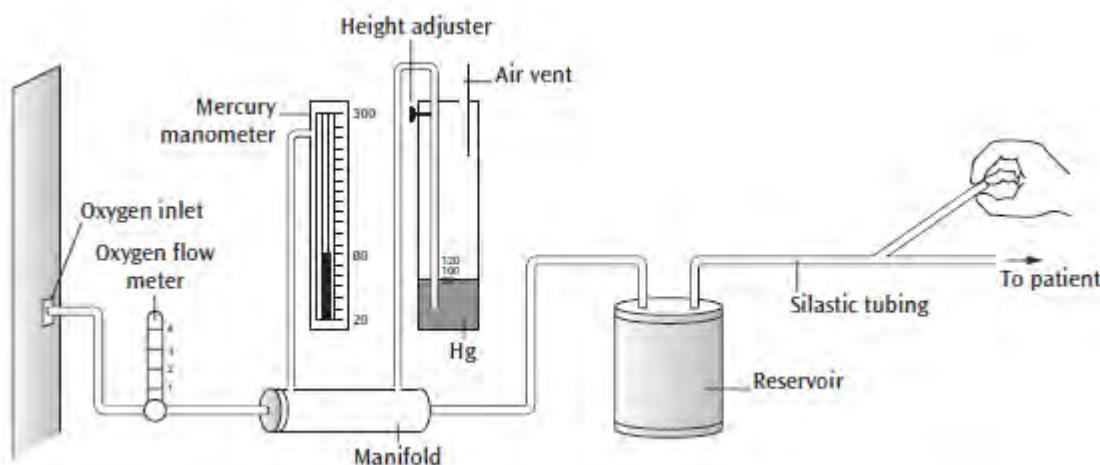


۱۲-۳ شکل: د باریوم د ورکپی وروسته claw sign بشودونه کوی (۵۵۸ : ۲۵)

### ۴.۵ درملنه

دوه ډوله درملنه لري چې یوه یې طبی او بله یې جراحی ده:

طبی درملنه: په دی ډول درملنه کې لمړی هغه وخت استفاده کېږي چې داکتر فکر کوي چې کېداي شي د طبی یا غیر عملیاتي درملنې سره مثبته تتيجه ورکړي. په دی ډول درملنه کې د هوا او مایع خخه به تپره د کثيفه مادي خخه زياته ګته اخيستل کېږي، چې د هوا او مایع د هايدروستاتيک فشار خخه ګتهه اخلو او تغلف ارجاع کېږي (چې په ۱۳-۳ شکل کې بسodel شوی دی)



۱۳-۳ شکل: شيماتيك بسodelه د تغلف ارجاع د گاز تپرولوالي په واسطه (۵۵۸: ۲۵)

جراحی درملنه: د نومورې ناروغۍ لپاره د لمړي خل لپاره په ۱۸۷۶ عيسوی کال کې منځته راغله، چې ناروغ ته لپراتومي اجرا کېږي یا په بل عبارت د ناروغ ګيده خلاصېږي. جراحی درملنه د دې ناروغۍ لپاره بنه او مطمئنه درملنه ده. (۱۸: ۵۳۳)

په دې صورت کې لومړي باید کتله پیدا شي او تشبیته شي که په ناروغۍ ډېر وخت نه وي تپر شوی او کتلې التصالق نه وي کړي نود تا دو کمپرسونو په واسطه پونسل کېږي او خو دقيقې ورته انتظار ويستل کېږي، وروسته له دې چې د ناحيې پرسوب یوه اندازه کم شي نو په ډېرې اسانې سره تغلف ارجاع کېږي. که په دې طریقې سره ارجاع نه شو نو یواندازه معقم پارافین په نومورې ناحيې باندې تطبيقو او وروسته یې ارجاع کولو ته کوبنښ کوو. که چېرې دیستال او پروکسیمال برخو سره یې التصالق کړي وي او په پورته مانورو سره ارجاع نه شي نو بیا دیستال برخې ته پراکسیمال خوا ته squeezing یا مخصوص ډول په احتیاط سره فشار ورکول کېږي او کتله ارجاع کېږي. که ارجاع شي

نو يوه بله طريقه چې لمړی د پروکسيمال او ديسٽال کولمو ترمنځ التصاقات ازاد او بیا ديسٽال  
برخې ته فشار ورکوو او کتله ارجاع کوو.

او که چېږي په ماوفه ناحیه کې ګانګرین جور شوي وي نو بیا resection and end to end  
anesthomoses ته اړتیا لیدل کېږي. یعنې ناحیه قطع او بېرته خوله په خوله ګندل کېږي. (۱۸: ۵۳۳)

### ۴.۳.۶ اختلاطات

د هغوناروغانو اختلاطات چې عمليات شوي نه دي:

۱: د کولمو انسداد.

۲: ګانګرین.

۳: تثقب او پريتونايتس.

۴: مزمن تغلف: په صورت کې د کولمو لومن په بشپړه ډول بند شوي نه وي، نو ډکې متيازې يا غایطه مواد په قسمی ډول اطراح کېږي او ماشوم ته یو قسمی یا نيمه انسدادي حالت پيدا کوي، چې دي حالت ته مزمن تغلف وايي. چې سبب یې ولټول شي او درملنه وشي د طبي درملنې سره جراحی درملنې کېږي

### د عمليات خخه وروسته اختلاطات

۱- د مقعد تنگوالى

۲- د ريكټوم مخاطي غشا بسوپدنه يا لغش

۳- د ريكټوم پرولپس

۴- د فيستول دوباره جور پدل (۱۸: ۵۳۳)

### ۳.۵ ولادي هايپرتروفيك پايلوريک ستينوزس

د پايلور تضيق په ماشومانو کې د کانګو عمده لامل جوروی، دغه ناروغۍ په ۱/۴۵ ژونديو ماشومانو او زياتره په ناريئنه جنس کې ليدل کېږي. د پايلور ولادي تضيق د شيدو خورلو په دوره کې يوه مهمه جراحی ناروغۍ ده، چې د ماشوم ژوند د ګواښ سره مخ کوي او د یوې ساده جراحی عمليې

په وسیله اصلاح کېږي د نومورې ناروغۍ لامل معلوم نه دی او قسمماً جنیتیکي اړخ لري، نېډې په ۲۰٪ پېښو کې کورنۍ مشتبه تاریخچه لري.

### ۳.۵.۱ تعريف

نومورې ناروغۍ د پايلور د عضلاتو هایپرتروفي له کبله رامنځته کېږي، چې د پايلور کانال اوږد وي او ټول پايلور د زیتون د داني شکل ځاته نیسي، او سخت قواوم پیدا کوي چې په کانګو، د ګېډې د پاسه د استداري حرکاتو موجوديت او په **Epigastric** ناحیه کې د کتلې جس سره متصف دي. (۲۶: ۸۳)

### ۳.۵.۲ پېښې

په ۱۰۰۰ ژونديو زيرېدلو ماشومانو کې ۱ يا دوه پېښې ليدل کېږي، په سپین پوستو کې دغه پېښې ۳ ته رسپېري او په هندوستان کې ۰۰۱ ته رابنځته شوې ده، زیاتره په نارینه ماشومانو کې ليدل کېږي چې نظر بنهینه ماشومانو ته ۱۰٪ دی. (۵۶۴: ۶)

کلينيکي ډولونه

۱- **Premature infant** چې ۱۰٪ واقع کېږي

۲- **Mature** چې ډېر ليدل کېږي

۳- **Late** چې د زېرون خخه درې میاشتې وروسته پیدا کېږي چې ۴٪ جورووي

### ۳.۵.۳ پتالوزي

په CHPS کې عضلات هایپرتروفي کېږي ولې **Hyperplasia** نه کوي، د پايلور عضلات پندوالۍ پیدا کوي او **Distal** خواته مخاطي غشا ته مخکې څي، چې د عمليات په وخت د قطع کېدو چانس ېې ډېرووي، د ناروغۍ په منځته راتلو کې فرضي دلائل موجود دي ولې اصلې سبب یې معلوم نه دی، د پتالوزي له نظره په ماوشه برخه کې **Ganglion** حجرات کم وي ولې خام **Ganglion** په کې ډېر موجود وي. د پايلور مخاطي غشا د قرحي له کبله **antropyloric** سېزم او د عضلاتو **hypertrophy** لامل ګرئي چې ورسه په دې برخه کې تقويه کوونکي عصبي الیاف موجود نه وي همدا ډول د **Substance P** موادو کموالي له کبله سېزم او عضلي **hypertrophy** رامنځته کېږي او په دې ډول **Nitric oxid Synthesis** د نه موجوديت له کبله د پايلور تضيق رامنځته کېږي (۸۳: ۲۶)

### ۳.۵.۴ کلینیکی بنه

اعراض: د پایلور د ولادی تضیق عمدہ عرض د کانگو خخه عبارت دی چې معمولاً ماشوم د ژوند دربمې او شپرمې اوونی ترمنځ پیلېږي. د پایلور تضیق په هغوماشومانو کې چې د لس ورخو خخه کم او د یوولس اوونیو خخه ډېر عمر ولري ډېر لېدل کېږي. (۲۶: ۸۳)

کانگو کې معمولاً ماشوم د تغذیې خخه وروسته پیدا کېږي. د کانگو مقدار ډېر او محتوي یې شیدې او د معدي مخاط جوروی هیڅ کله په کانگو کې صفراوی مواد نه لیدل کېږي، کله کله په کانگو کې د هضم شوي وينې رګونه لیدل کېږي، چې د پایلور د بندش له امله په gastritis باندې دلالت کوي، معمولاً کانگو کې فوراني وصف لري، ولبه احساسوی او د شيدو خورلو مېل لري. کله چې ماشوم د کانگو له امله ډېرې زیاتې او به او الکترولاتیتونه د خپل وجود خخه له لاسه ورکړي نو ماشوم ضعيفه کېږي، خوب وړي او نا ارامه وي او خپل وزن دلاسه ورکړي. که چېږي ماشومان قبضیت لري او malnutrition حالت کې وي تداوی نه شي نو ماشوم د میتابولیک الکلوزس او دیهايدریشن له امله خپل ژوند دلاسه ورکړي. (۲۶: ۸۵)

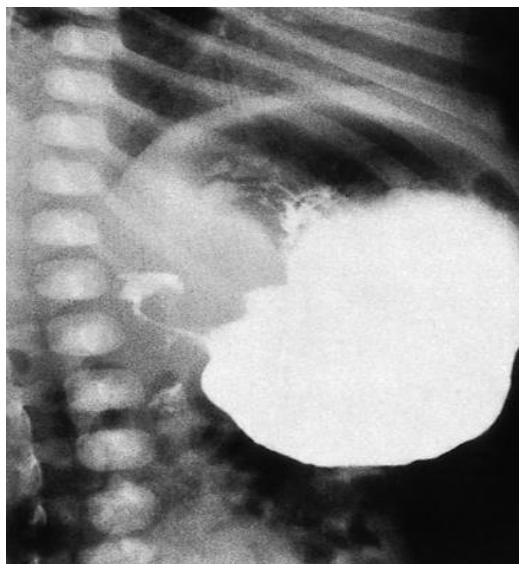
علایم: که چېږي شرصوفیه ناحیې ته د خه وخت لپاره وکتل شي استداري حرکات چې د معدي د تقلص له امله منځته رائحي او له کین اړخ خخه بنې اړخ ته حرکت کوي، لیدل کېږي.

نوموري استداري موجودنه د معدي د عضلاتو د ثانوي هایپرتروفی له امله منځته رائحي، شرصوفیه ناحیه کې د پنډ پایلور جس کول د نوموري ناروغۍ په تشخيص دلالت کوي. هایپرتروفیک او پنډ پایلور په رواجي ډول د پایلوريک تومور په نوم یادېږي. نوموري تومور د زیتون داني شکل او ۳-۲ ساتې متره جسامت لري چې متحرک وي. نوموري تومور د لرمون او د بنې مستقيمه بطني عضلي د وحشی خنډې ترمنځ په زاویه کې او یا دا چې په هغه مسافه کې چې د دوه بطيني مستقيمو عضلاتو ترمنځ وجود لري، د نامه غوتۍ او شرصوفیه ترمنځ د جس وړوي. او په هغه وخت کې بنې جس کېږي چې ماشوم ارام او معده یې تشه وي. که چېږي د نوموري تومور جس ستونزمن وي باید انفي معدوى تیوب دته او د ماشوم معده تخلیه کړای شي. (۲۶: ۸۶)

که چېږي ډاکترونه شي کړای چې نوموري تومور جس کړي نو ماشوم تر کتنې لاندې نیول کېږي. خو ساعته وروسته بیا ماشوم ته فزیکي معاینه اجرا کېږي، او یو لې مانوره چې د هغې په وسیله کولای شو پایلور جس کړو ترسره کوو:

- ماشوم ارام شي: يعني ماشوم زرا ونه لري او د خوب په حالت کي وي يا د شيدو رو دلو په وخت حئير شي او جس باید تکراری ډول اجرا شي
- معده باید خالي وي: په دې خاطر د ماشوم معده د نازو ګاستريک تیوب سره تخلیه شي
- که چېري تشخیص غلط اوسي باید نورو ناروغیو ته فکروشي لکه سیپسیس
- که د پایلوریک تضییق مشکوک وي: باید ماشوم ته التراساوند او باریوم میل په واسطه ثبیت شي

که چېري تو مر هیچ جس نه شي او د کانګو سیپتیک لاملونه هم رد شوي وي، رادیولوزیک معاینات توصیه کېږي.  $S/U$  هم د نوموری تو مر په تشخیص کي ډېر رول لري، يعني د ۴ ملي متر خخه ډېر د عضلاتو پندوالی په نوموری ناروغی دلالت کوي، خود پایلور د کانال طول یو بنه لارښود دی، په نورمال حالت کي د پایلور کانال طول ۱۶ ملي متر ته رسپېري، خود پایلور په ولادي تضییق کېږي کېداي شي چې د پایلور تنگوالی په خرگند ډول وبنایي، (چې په ۱۴-۳ شکل کې بنو دل شوي) چې نوموری معاینات لویه معده (سقوطی معده String Sign او بد پایلوریک کانال را په ګوته کوي او د معدي د تخلیې وخت ډېر او بد ډېري. (۲۶: ۸۳)



۱۴-۳ شکل: د پایلور تضییق او پایلوریک شدید نري کېدل او Strain sign په دریمي اوئي ماشوم چې فوراني کانګې کوي  
([www.wjgnet.com](http://www.wjgnet.com))

که چېري د ماشوم کانګې Gastro esophageal reflux او يا د تغذیې ستونزې ته نسبت ورکړل شي امکان لري چې د ناروغۍ تشخیص شاته وغورخول شي اکثراً د ناروغۍ په تاریخچه کي دا خرگند ډېري

چې د ماشوم په تغذیې کې خوحله تغیر راغلی خود پايلوريک تومور جس کول د نوموري ناروغۍ د تشخيص لپاره ډېر وصفي دي او نور ټول سببونه ردولاني شي. نور اعراض او علايم لکه Visible peristalsis او فوراني کانګې د نوموري ناروغۍ، مرسته کوونکي شواهد تشکيلوي. (۲۶: ۸۳)

که چېري د پايلوريک تومور جس کول ستونزې رامنخته کړي نولاندې تکي په نظر کې ونيسي: ۱: ايا ماشوم ارام دي؟ که چېري د ګېډې د جدار عضلات متقلص وي د تومور جس کول مشکل دي.

- حوصله مند اوسي.

- فزيکي معاينه په پرلپسي ډول اجرا کړئ.

- دواره حرقفي فخذې مفصلونو ته د قبض حالت ورکړئ.

- ترهجه وخته انتظار وباسې چې د ماشوم ژړا ودرېږي او يا ویده شي.

- ماشوم پرېږدې چې تى په خوله کې واخلي.

- د شيدې ورکولو سمدستي وروسته په جس پيل وکړي. (۲۶: ۸۶)

۲: ايا د ماشوم معده خالي ده؟

- انفي معدوی تیوب تطبيق کړئ چې د معدي د تشورلو سبب گرځي.

۳: ايا تشخيص ناسم دي؟

- ټولي هغه فوخي چې د هغې لاري چوره واقع کېږي ولتوي.

۴: که اوس هم پايلوريک تضيق مشکوك وي. (حکه visible peristalsis موجود دي)

- باريوم ميل اجرا کړئ.

- التراسونډ معاينه اجرا کړئ.

د ناروغۍ معاينه او کلينيکي لاسته راوريښې د ډيهاي دريشن درجه موښ ته رابنائي. د الکترولايتونو او د اسيد-قلوي عدم موازنې بايد معلومه او د عمليات خخه د مخه هغه اصلاح کړا شي، په ناروغ کې Hypokalemic Hypochloremic Alkalosis تل په ماشوم کې موجود وي او بايد اصلاح شي.

### ۳. ۵. ۵ تشخيص

تشخيص د کلينيکي لوحې، فزيکي معاينې، التراساوند او د کثيفه مواد و سره د ايکسرۍ په واسطه صورت مومي چې مخکې ورڅخه يادونه وشوه (۲۶: ۸۶)

### ٣. ٥. ٦ تفریقی تشخیص

Gastroesophageal reflux-١

Gastric Atony-٢

Pylor spasm-٣

٤- د داخل القحفی فشار ډپروالی له کبله د pylor سپزم

٥- د میتابولیک ناروگی له کبله د پایلور سپزم

Gastroantal web-٦

٧- د پایلور اتریزیا

٨- د پایلور Duplication cyst

٩- Ectopic Pyloric Pancreas (٢٦: ٨٦)

### ٣. ٥. ٧ درملنه

طبی درملنه: له عملیات نه مخکی لازمه ده چې بايد د ماشوم د اوبو او الکترو لايتونو عدم موازنه حل شي. يعني ماشوم ته د سودیم کلوراید محلول، معاوضه کونکی پوتاشیم کلوراید او پنځه فيصده دیکستروز محلول تطبيق ٤٥٪ په وسیله تداوي کېږي. د درملنې اغېزمنتوب د سیروم د الکترو لايتونو د معلومولو، د ماشوم د وزن او په ماشوم کې د موجود دیهایدریشن د فيصدی د تاکلو په وسیله معلومېدای شي. ماشوم ته انفي معدوی تیوب تطبيق او د ماشوم معده د فریالوژیک سیروم محلول په واسطه لواز کېږي. بايد وویل شي چې عملیاتو ته د ماشوم چمتو کول ۱۲-۲۴ ساعتو پوري وخت په بر کې نیسي.

د ماشوم د درملنې لپاره اغيزمن محافظوی درملنه وجود نه لري، بايد ناروغ د جراحی عملیې لاندې ونیول شي.

### ٣. ٥. ٨ د جراحی تخنیک

جراحی تخنیک Ramsted operation یا pyloromyotomy د نومورې ناروگی د جراحی درملنې یو انتخابی میتود دی، چې په دې میتود کې هایپرتروفیک پایلوریک عضلات یو له بل خخه تر هغو جلا کېږي چې نورماله مخاطی غشا تفتق وکړي، په دې وسیله د اثنا عشر په لور یو پراخ چینل منحثه راخي. (چې په ۱۵-۳ شکل کې بسودل شوی دی)

### ۳. ۹. ۵ د عملیات وروسته د ناروغ ماشوم ساتنه

له عملیات خخه دولس ساعته وروسته د خولې له لاري تغذیه پیلپري. که چېري نوموري تغذیه ماشوم ته د زغم وړ وګرځي، د شيدو په وسیله د ماشوم تغذیه پیل او ماشوم د عملیاتو په درېمه يا خلورمه ورڅ د روغتون خخه رخصتپري. (۲۶: ۸۶)

### ۳. ۱۰. ۵ اختلاطات

د عملیاتو په ترڅ کې کېداي شي دوه اختلاطه منځته راشي:

- ۱: د اثنا عشر تثقب: دا اختلاط هغه وخت منځته رائحي چې مايوتومي دېر د اثنا عشر خوا ته اجراسي.
- ۲: نابشپره مايوتومي: د دي لپاره چې د نوموري اختلاط خخه مخنيوي وشي يайд د تومور د معدوي اړخ عضلات د تومور خخه دیوه ساتتي متر په اندازه proximal خوا ته جلا شي.



۱۵-۳ شکل: پایلورو مايوتومي راښي (scincedirect.com)

د عملیات وروسته مراقبت: ماشوم ته د خولې له لاري تغذیه د عملیات خخه ۱۲ ساعته وروسته شروع کېږي او ناروغ د عملیات په خلورمه ورڅ د بستر خخه خارجېږي. (چې په ۱۶-۳ شکل کې بنودل شوی)

### ٣.٦ ولادي ميگا کولون (هرش پرانگ ناروغری)

#### ١.٦.٣ تعريف

په ولادي ډول د عضلي طبقي د Meissner's plexus او تحت المخاط طبقه Auerbach's plexus ګنګلیون حجراتو نه موجودیت چې د عصبی رشتود هایپرتروفیک تغیراتو د کولمو دستل برخه کې سبب ګرئي عبارت دی چې د دستل خخه پروکسیمیل ته وسعت کوي او پروکسیمیل برخه زیاته متواسع ګېږي. (٦: ٦٨١)

#### ٢.٦.٣ لاملونه او پېښې

دا یو جنیتیک ناروغری ده د ٤٠٠ خخه تر ٧٠٠٠ ژوندیو تولد شوو ماشومانو کې یوه پېښه او په اوسيط ډول ١/٥٠٠ پېښې تشکيلوي. په غرب کې د هرش پرانگ ناروغری ٧٠-٨٠٪ واقعات په Neonatal period کې پېژندل ګېږي، په وروسته پاتې هيوا دو کې په نوموري ناروغری په اکثره پېښو کې ناپېژندل شوي پاتې او اکثره ماشومان د نه تشخيص شوي کولمو انسداد، پریتونیت او Enterocolitis له امله له منځه ځي چې نظر مونث ته ١:٤ جوروړي. (٦: ٦٨١)

زیاتره په مذکر جنس کې لیدل ګېږي ولې نوموري واقعیت د ناروغری په long segment کې ډېر لې صدق کوي، په فامیلی واقعاتو کې په short segment کې مذکر او مونث نسبت ٩:١ خخه عبارت دی ولې د ناروغری long segment په مذکراو مونث جنس کې په مساوی ډول لیدل ګېږي. (٦: ٦٨١)

په هغه کورنیو کې چې د هرش پرانگ ناروغری ولیدل شي په راتلونکی نسل کې چې د نوموري ناروغری خطر ډېر دی په ځینې کورنیو کې د یوه خخه ډېر ماشومان په ناروغری مبتلا ګېږي (٣-٨٪) چې د خطر اندازه یې ٢,٢-٢,٧٪ پوري رسپری، مور نسبت پلار ته ډېر د نوموري ناروغری د لېږد سبب ګرئي. (٦: ٦٨١)

#### ٣.٦.٣ ګلینیکي انواع

هرش پرانگ ناروغری د Aganglionic سگمنت د اوړدواли له مخي په لاندي ډول مطالعه ګېږي.

۱. Short - segment یا د ناروغری کلاسيک ډول: نوموري شکل Rectum یا

junction اخته کوي او په ٢٠ - ٧٠٪ پېښو کې لیدل ګېږي.

۲. Long segment چې په مختلفو فالصلونازکه کولون په برکې نيسسي او په ١٥ - ٢٠٪ پېښو کې لیدل ګېږي.

۳. Sub Total H. D په دې شکل کې aganglionosis د مستعرض کولون تر نیمايی پوري رسپری.  
۴. Total aganglionosis په دې شکل aganglionosis د غټو کولمو په ټولو برخو کې وجود لري او  
يا په دې حالت کې میگاکولون وجود نه لري چې د Zuelzer Wilson سندروم په نوم هم يادېږي  
او ۲-۱۴% پېښو کې ليدل کېږي.

۵. Total intestinal aganglionosis په دې شکل کې aganglionosis الیوم او جیجینوم ته وسعت  
پیدا کوي.

۶. Ultra short H. D په دې شکل کې Aganglionosis د ریكتیوم د ډستال ۲-۳ ساتي متړه په بر  
کې نیسي skip lesion یا zonal aganglionosis هم تشریح شوي دي ولې اکثراً د نوموري شکل  
موجودیت نه قبلوي. (۱۸: ۴۷۷)

#### ۴. ۳ پتالوژي

په هرش پرانګ ناروځي کې اساسی پتالوژي په ولادي ډول د Intramural gonglion د نشتوالي  
څخه عبارت دی چې د ریكتیوم Distal برخه اخته کوي او د کولمو قریبه برخې ته په مختلفو فاصلو  
وسعت پیدا کوي.

هغه سگمنت چې Aganglionic دی د استداري حرکاتو او Relaxition قابلیت نه لري او په تیجه  
کې وظيفوي انسداد منځته رائحي.

د Ganglionic سگمنت قریبه برخه Transitional zone تشكيلوي چې ډبر لپ شمبر  
حجرات لري (Hypoganglionosis) د Transitional zone قریبه برخې کولمي په نورمال ډول  
Ganglionic حجرات لري او اکثراً متوع وي.

د نورمال ودي په جريان کې نیورو بلاست چې د Cranio cervical neural crest څخه منشاء اخلي  
د حمل د دوران په پنځمه اوښي کې د پېژندنې وړوي کله چې وروسته د نومورو حجراتو Cranio  
mesentric مهاجرت صورت نیسي لکه ganglionic حجرات په ریكتیوم کې بسکاره شي Caudal  
عصبي سیستم د دولسمې اوښي په پای کې بشپړېږي. نیورو بلاست حجرات د Inter muscular  
plexus څخه مهاجرت کوي او په تیجه کې عميقه او سطحي sub mucus plexus منځته را اوږي په  
ganglionic حجراتو باندې د نیورو بلاست پخېدل د infancy په دوره کې دوا م کوي.

په ۱۹۶۱ ميلادي کال کې okamoto وينودله چې د Cranio Caudal مهاجرت توقف دی ناروغۍ سبب گرئي او په هغه برخه کې چې په جنیني مرحله کې توقف صورت نيسني Hirschprung سگمنت او بدوا لى تعينوي. (۱۸: ۴۷۷)

### ۳.۶ اعراض او علايم

په Neonatal دوره کې: په نوموري دوره کې د ناروغۍ کلينيکي لوحه په لاندي ډول ده.

A. په مؤخر ډول د ميكونيم اطراح کوي: په دي شکل کې ماشومان د زبرون خخه ۲۴ ساعته وروسته ميكونيم اطراح کوي نوموري لوحه ۹۴-۸۵٪ واقعاتو کې ليدل کېري.

B. د ګډا پرسوب: د ګډا پرسوب په تدریجي ډول ۳-۲ ورخو په موده کې منخته رائي او کيداي شي چې اتروکوليت او د کولمو د تشقب سبب شي.

C. کانګي: کانګي زياتره په هغوماشومانو کې ليدل کېري چې د ګډا پرسوب په موجوديت کې د ماشوم درملنه په تاخ غورځدلي اوسي.

D. قبضيت: Swenson وينودله چې د ۳-۴٪ ماشومان د ژوندانه په لومري مياشت کې قبضيت لري او د ريكټيل wash او د ريكټيل کتيتر د اينودله په واسطه رفع کېري.

E. اسهال: اسهال په ۳/۱ ماشومانو کې چې په نوموري ناروغۍ اخته وي ليدل کېري چې د اتروکوليت د پیدا کړو یو علامه ګنل کېري چې په هرش پرانګ ناروغۍ کې د ماشومانو د مرګ یو عمده لامل تشکيلوي په اتروکوليت اخته ماشوم په حاد ډول ناروغ کېري د ګډا پرسوب او کانګي چې د غایطيه موادو بوی ورکوي شدید اسهالات لري او کېداي شي د سڀپس، pneumatosis محيطي دوراني عدم کفایه او د کولمو د تشقب سبب گرئي. (۲۶: ۲۳۶)

فزيکي معاینات: عمومي معاینات: په نوموري ناروغۍ اخته ماشومان معمولاً Full term وي او د زبرون د وخت متوسط وزن لري prematurity او د کم وزن درلودونکي ماشومان په ۱۰-۳٪ واقعاتو کې د Hirschprung د ناروغې سره ليدل کېري.

د بطن معاینې: په هرش پرانګ ناروغۍ کې ريكټوم اکثراً خالي وي او Anus تنګ اوسي کله چې ګوته د ريكټوم خخه بهر ويستل کېري غایطيه مواد او ګاز په فوراني شکل د ريكټوم خخه خارجېري د ګوتې په وسیله د ريكټوم معاینې بايد د تشخيص contrast enema خخه سره اجرا نه شي ځکه کېداي شي

چې په **aganglionic** سگمنت د توسع سبب شي او د ناروغی تشخيص د خپل سیوری لاندې ونیسي. (۱۲۶۵: ۳)

مترافقه انومالي: په **Hirschprung** ناروغی کې د مترافقه انوماليو پېښې د ۱۲-۵% پوري توپير کوي او په لاندې دول د ډېر معمولو مترافقه انوماليو څخه یادونه کېږي.

هغه ناروغی چې په سندرومیک دول لیدل کېږي:

**Down** سندروم (Trisomy ۲۱) نوموري سندروم په ۱۵-۳% واقعاتو کې د هرش پرانګ ناروغی سره لیدل کېږي د اتروکولیت پېښې په نوموري ماشومانو کې چې **Down** سندروم ولري ۴۰% ته پورته کېږي ولې په هغه ماشومانو کې چې **Down** سندروم نه لري د اتروکولیت پېښې ۱۹% ته رسپري.

په **Wardenburg** سندروم د دې لپاره چې نوموري سندروم تشخيص شي لزمه ده چې لړ تر لبه دوه او یا يو **minor criteria** او دوه **Major criteria** بايد وجود ولري. (۱۲۶۵: ۳)

۵-۳ جدول: په واردن برګ سندروم کې کريتيرياوې: (۱۲۶۵: ۳)

Major criteria	Minor criteria
Congenital hypo pigmentation Broad high nasal root	Congenital sensori neural deafness انومالي Iris pigmentary
د هایپوپلازیا alar nasis	Lateral displacement of inner canesani ((Dystopian cantnorum))
Confluent eye brows	

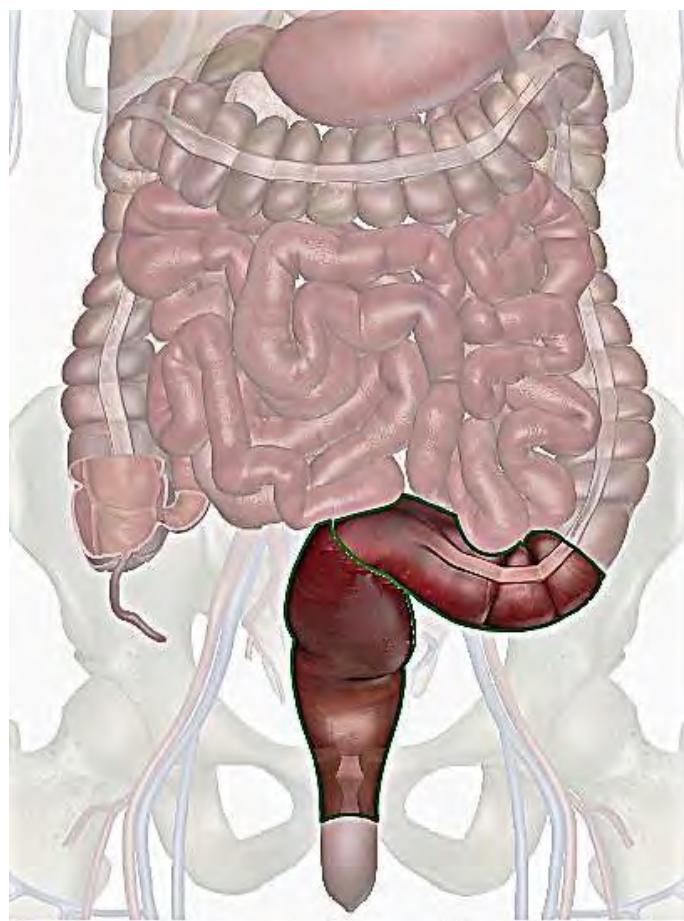
د هرش پرانګ ناروغی سره د نوموري سندروم د موجوديت پېښې ډېر تیت دی او تر او سه یې ۴۰% واقعات راپور ورکړل شوی دی او اکثرآ **Hirschprung** د ناروغی په long segment کې لېدل کېږي.

هغه انومالي چې په غیر سندرومیک دول وجود لري:

A. د هضمی سیستم انومالي: **mal rotation**, **nonrotation**, **Imperforate anus**, **Meckle's diverticule**, **protein losing enteropathy** د کولون اتریزی، **Achalesia anular, hiatus meconium plug syndroms** میکونیم الیوس **hernia** د پايلور هایپرتروفیک تضیق، **anular** پانکراس، د اثنا عشر او د ورو کولمو اتریزی. (۱۲۶۵: ۳)

B. د بولی سیستم انومالی په ۳۰% پېښو کې وجود لري V.U.R هایدروفروز هایدرو یوریتر،  
حالب تضاعف د پنټور گو سیستیک ناروغی او  
هایپوسادیاز.

C. اسکلیتی انومالی: Sacral agenesis, CDH, Talipes equinovarus  
D. همدارنگه کېدای شي چې قلبی وعایی انومالی، cysticfibrosis، نیوروبلاستوما، فیوکرومتوسیتوما، myelomeningocele او نوری ناروغی د هرش پرانگ د ناروغی سره یوځای وجود ولري.



۱۶-۳ شکل د هرش پرانگ ناروغی منظره رابنیي. [talkabouthealth.com](http://talkabouthealth.com)

Nitric oxide synthase (E.D.N.R.B endothelin and Receptogren) د فعال کېدو سبب ګرئي چې په تسيجه کې د Nitric oxide synthase د تولید سبب چې د هضمی سیستم د ملسا عضلاتو استرخاء ورکونکی دی د EDNRB میوتیشن د هرش پرانگ ناروغی په Aganglionic سگمنت کې د ناقص تعامل سبب ګرئي. (۲۶ : ۲۳۸)

هغه بله تيوري چې د Hirschprung ناروغي په پتوجنيزس کې ايمونولوزيك مېکانيزم تشریح کوي دا ده چې په هرش پرانګ ناروغي اخته ماشومانو کې په mucosa او sub mucoa کې Class II Antigens زيات ظاهر وجود لري د نوموري Class II Antigens غير نورمال ظاهر امکان لري چې په جنین کې د نیورو بلاست حجراتو په وړاندې ايمونولوزيك عکس العمل منحثه راوري.

پتوفزيولوزي: د کولمو نورمال حرکات د Interensic neurons چې په تحت المخاطي طبقه کې (meissner's) يا Auerbach's plexus په وسیله چې بین العضلي موقعیت لري او همدارنګه د Extrensic نیورو نونو په وسیله کنترول پېږي، د کولمو د حرکاتو د کنترول په برخه کې فکر کېږي چې دواړه preganglionic cholinergic او postganglionic adrenergic فایبرونه د کولمو د حرکاتو په کنترول کې رول لوبيو cholinergic فایبرونه تنبه کونکي دي او نیورو ترانسمیتر اسیتايل کولین له لاري د ملسا عضلاتو د تقلص سبب گرئي، ادرینرجیک فایبرونه نهی کونکي دي او د نیورو ترانسمیتر نور ادرینالین له لاري د ملسا عضلاتو د استرخا سبب گرئي.

د Interensic عصبی سیستم نیورو ترانسمیتر نهی کونکي تاثیر لري او د ملسا عضلاتو د استرخاء سبب گرئي، نوموري عصبی سیستم non cholinergic او Non adrenergic عصبی سیستم کې enkephalin ((V. I. P)) Vaso active interstinal substance. p بنودل شوي دي چې د سیروتونین hitric oxide cholecystokinin ، calcitonin ، related peptide، galanin، peptide څخه سیستم کې د سیروتونین دی.

په هرش پرانګ ناروغي کې بنودل شوي چې د نوموره تو لو Neuro peptide سويه د Neuro peptide سیستم کې aganglionic سگمنټ کې بنکته اوسي. (۲۶ : ۲۳۸)

هستولوزيك معاینات په هرش پرانګ ناروغي کې: په intrinsic عصبی سیستم کې ganglionic حجرات وجود نه لري ولې د Extrinsic عصبی سیستم په تعقیب کې د توجه و رژیاتو والی او هایپرتروفیک عصبی بنډلونه چې ډېر شدید Acetyl cholinesterase فعالیت لري لیدل کېږي.

په Immuno histochemistry کې په هایپرتروفیک عصبی بنډلونه کې د Neuron specific enolase فعالیت ډېر وي نوموري دوه Immuno histochemistry ټستونه تشخیصیه ارزښت لري.

نوویلای شو چې د **Inttrinsic** نهی کوونکی عصبی سیستم چې د **hitric oxide** په وسیله عمل کوي  
فعالیت کموالی او د تنبه کوونکی کولینرجیک فایرونوزیاتوالی د ملساء عضلاتو په تقلص کي د  
عدم تعادل سبب گرئي. (۲۶: ۲۳۸)

### ۷.۶.۳ تشخیص

د هرش پرانګ ناروغي تشخیص په لاندې ډول صورت نیسي.

۱. راديو گرافی ((د گېډي ساده راديو گرافی (چې په ۱۷-۳ شکل کې بسودل شوي دی) او

(**contrast enema**)

**Anorectal manometry** . ۲

(**Monoclonal antibodies** . ۳

د راديو گرافی په وسیله تشخیص

په راديو گرافیک معایناتو کې چې قدامی خلفی د گېډي ساده راديو گرافی او **Decubitus** فلم  
اخیستل کېږي د کولمو متوع لوبونه د هوا متعددی سطحی مونږ ته رابنایي او په حوصله کې هوا  
نه ليدل کېږي.



۱۷-۳ شکل د هرش پرانګ ناروغي ساده ایکسری رابنی. ([radiopedia.org](http://radiopedia.org))

د آزادی هوا شته والی (**Pneumo peritoneum**) د قریبه امعاؤ په تشتبه چې معمولاً اپندکس او چکم  
کې صورت نیسي دلالت کوي.

باریوم اینیما کېدای شي چې د تشخیص سره مرسته وکړي د یادوونې وړ د چې د نومورې معاينې خخه د مخه باید د ریکتیوم لواز او یا د ریکتیل معاينه اجراء شي یو کتیتر د فلوروسکوپیک کنترول لاندې Anus ته داخل او په کم مقدار باریوم په احتیاط سره چې په د چېرې طبیق کېږي چې په دې ډول لوړۍ د کولون متضيق قسمت بیا مخروطی شکل ساھې ته او بلاخه د کولون متوضع برخې ته د باریوم داخلیدل امکان لري چې ولیدل شي که چېرې Transition zone ونه لیدل شي په دې صورت کې د ۲۴ ساعتو وروسته د ګډه اړadioغرافی اخیستل کېږي تر خود باریوم احتباس ولیدل شي. (۲۶: ۲۳۸، ۱۹-۳ او ۱۸-۳ شکلونو کې بنودل شوی دی).



۱۹-۳ شکل د هرش پرانګ ناروځی باریم  
رادیوگرافی رابنیسي. (۵۲۰: ۲۵)



۱۸-۳ شکل د هرش پرانګ ناروځی باریم  
رادیوگرافی رابنیسي. (۵۲۰: ۲۵)

**تشخیص:** دا چې د پلیکزوس د نه موجودیت له امله د داخلی معصرې عکسوی inhibition د ریکتیوم تنبه کې وجود نه لري نومورې واقعیت په هرش پرانګ ناروځی کې د مونومتریک تېست اساس تشکیلوی.

نومورې تېست په نووزېریدلو ماشومانو کې معمولانه اجراء کېږي حکه چې انوریکتیل refluxarc په هغو کې په مکمل ډول انکشاف نه وي کړي. (۱۲۷۱: ۳)

د ریکتوم بیوپسی د ریکتوم بیوپسی د هرش پرانگ ناروغری د تشخیص لپاره آساس تشکیلوی د ریکتوم Full thickness بیوپسی د هستولوژیک تشخیص په منظور او د انساجو د نمونی د لاس ته راولو لپاره یو معیاري میتود وو، ولې د زیاتې خونریزی او تندبی نسج د منحثه راتنگ په سبب sub macosal بیوپسی ضرورت احساس پیدا شو او بلاخره په ۱۹۶۰ کال کې چې په وروستیو کې سکشن ریکتیل بايوپسی انکشاف وکړ ریکتیل بیوپسی باید cm<sup>2</sup> د pectinate line څخه د cm<sup>2</sup> او cm<sup>5</sup> په فاصله واخیستل شي د انساجو دواړه نمونی د ganglion حجراتو د نه موجودیت او د هایپرتروفیک عصبی بنډلونو د موجودیت په خاطر چې د پر لور Acetal cholinesterase فعالیت لري معاینه کېږي. (۳: ۱۲۷۱)

په وروستیو کلونو کې immune histo chemistry بسودلې چې د هرش پرانگ ناروغری په ریکتیل بیوپسی کې د neuron specific enolase لوره سویه وجود لري.

### تفريقی تشخیص

۱- تام عصبی دیسپلازیا

۲- کسبی میگاکولون

۳- انوریکتیل ملفورمېشن

۴. ۶. ۸ درملنه

طبی خارنه: د هرش پرانگ ناروغری د تشخیص نه وروسته د نومورو ناروغانو د درملنې لپاره متعددې لارې وجود لري. په ابتدایی خارنه کې ماشوم ته انفي معدوي تیوب تطبیق او دخول له لارې څه شی نه ورکول کېږي، داخل وریدي مایعات او اتی بیوتیک چې ګرام مثبت، ګرام منفي او ان ایروبیک اور ګانیزمونه په بر کې ونیسي تطبیق کېږي د کولون دیستال برخه او ریکتوم Wash outs اجرا شي چې د نارمل سلاين په واسطه باید اجرا شي ولې هیڅکله باید د ساده او بو په واسطه اجرا نه شي ئکه چې د او بو د intoxication سبب کېږي. (۳: ۱۲۷۱)

جراحی درملنه: د کولمود انسداد او پریتونیت په صورت کې لپراتومی په عاجله توګه اجرا او د کولمو او یا colostomy decompression او iliostomy په وسیله چې د aganglionosis په سویې پوري اړه لري صورت نیسي که چېږي د recto sigmoid junction aganglionosis کې وجود لري په دې صورت کې right transverse colostomy اجرا کېږي، که چېږي د aganglionosis سویې د

خخه پورته موقعیت ولری په دې صورت کې يو شمېر جراحان په دې نظر دی چې sigmoid junction کولوستومي باید په Ganglionic bowls کې اجرا شي په دې شرط چې d Frozen section په وسیله تثبیت شوي وي په هغه مرکزونو کې چې d Frozen section بیوپسی امکانات نه وي د هرش پرانگ ناروغي د long segment په صورت کې proximal ilostomy په متوجه کوچنيو کولمو کې اجرا کېږي. (۱۲۷۱:۳)

د هرش پرانگ ناروغي مکمل مراقبت د aganglionic کولمو د قطع کولو، مقعد ته د نورمالو کولمو د هرش عبارت دی.

د pull through عملیه باید هغه وخت اجرا شي چې ماشوم ۱۰ kg وزن ولری که خخه هم په دې وروستیو کلونو کې د نوموري ناروغي د عملیات راپور په یوه مرحله کې په neonatal دوره کې ورکړل شوي. د نوموري ناروغي د عملیاتو لپاره مختلف تخنیکونه وجود لري چې په لنډه ډول په لاندې توګه د هغو خخه یادونه کېږي.

### ۹.۶.۳ اختلالات

- ۱- انتیروکولایتس: چې دا ابګینه اسهال د ګېډا ټوسع صفراوي کانګو تبې سره ملګري وي چې د عاجلې درملنې او مجددې احیا ته اړتیا پیدا کوي.
- ۲- د کولمو سوری کيدل چې د پتالوزیکی برخې خخه پورته پروکزیم خوا ته د کولمو تشقب رامنځ ته کېږي چې په زیاته فیصدی په سیکم کې رامنځ ته کېږي او د پریتونایتس لامل ګرځي. (۱۲۷۱:۳)
- ۳- سوي تغذی: د دوامدار قبضیت له کبله رامنځته کېږي او د ماشوم اشتھا خرابېږي.

د عملیات وروسته اختلالات

- ۱- د انستموزس لیکاژ
- ۲- ابسی Cuff
- ۳- اسکیمیک نکروز
- ۴- د انستموز برخې تنگوالی
- ۵- Intercolitis (۱۲۷۱:۳)

## ٣.٧.٣ کسبی میگا کولون

### ١.٧.٣ تعریف

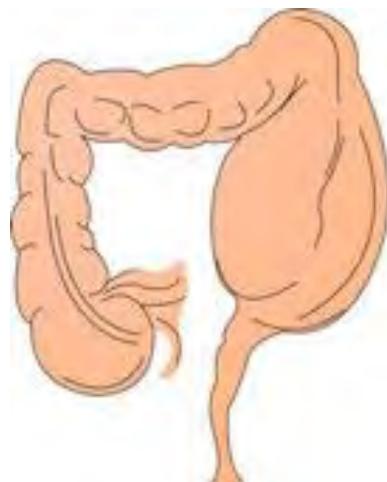
چې په کسبی ډول د ریکتوم تقلصات له منئه ئې او زیاتره په هغه ماشومانو کې لیدل کېږي چې ناسمه **toilet** ترییه ولري ولې د ریکتوم نورمال گانګلیون حجرات موجود وي بیا هم د تغوط نورماله پروسه ماووه کېږي او کولون متواضع کېږي. (١٢٧١: ٣) (چې په ٢٠-٣ شکل کې بسodel شوي دی)

### ٢.٧.٣ درملنه

مکرره اماله او یا د مانور سره د کولون تخلیه اجرا شي او **toilet training** د والدینو په تریننگ سره پرمخ یوړل شي. (١٢٧١: ٣)

### ٣.٧.٣ نتیجه

که چېړی درملنه په لمپنیو مرحلو کې اجرا نه شي د مزمن قبضیت او سوی تغذیي لامل ګرئي او د دې امکانات پیدا کېږي چې د کولمو انسداد او یا تشقب سبب شي. (١٢٧١: ٣)



٢٠-٣ شکل: کسبی میگا کولون رابنیسي. (٢٣٤: ٢٦)

## لندېز

د کولمو انسداد چې په نوو زبرېدلو ماشومانو کې د میکونیم تغوط بندبنت او ماشومانو کې د غایطه موادو بندبنت خخه عبارت دی، یو عام شکل د حادې ګډې جوروي او د ګډې جراحی خلاصولو لامل گرئي، او درملنه يې په ھینو حالاتو کې ستونزمنه وي. انسداد کبدای شي تام، ناتام، ساده، اختناقی، میخانیکي او یا فالجي اوسي. افت به یا په لومن باندي د خارجي فشار له کبله وي لکه تغلف، تدور، بانهونه، بنده شوي چوره او التصاقات، او یا به په داخل د لومن کې افت وي، لکه تضيق، د معدي معايي **Duplication**، تومورونه، د کولمو پرازيت او یا اجنبي اجسام په کلينيکي منظره کې د کولمو انسدادي لوحه ورکوي چې د ګډې حاد درد، صفراوي کانګي، د ګډې توسع او قبضيت پکې شامل دي.

میکونیم الیوس چې د Terminal الیوم بندبنت د غلیظ او سربینناکه میکونیم په واسطه چې د کولمو جدار د مخاط افرازاتو د کبله رامنځته کېږي چې د الیوم پروکسیمل برخه زیاته پراخه کېږي. دغه ناروغي په سیستیک فایبروزس کې ډېره لیدل کېږي.

میکل دایورتیکولم چې دا یو ولادي حقيقی دایورتیکل دی چې په الیوم کې رامنځته کېږي او د الیو سیکل دسام خخه ۲ فته فاصله کې موقعیت لري، او دوه کلنۍ خخه مخکې يې کلينيکي لوحه بنکاري چې د هضمی جهاز د نورو انوماليو سره یوځای لیدل کېږي، د کولمو اتریزیا يا د کولمو سوی اشکال او ایکزمفالوس او نور...، دایورتیکولم په اختلاطي او غیر اختلاطي ډولونو تقسيمېږي. چې اختلاطي ډولونه يې عبارت دي له هیموراژیک ډول، د کولمو انسدادي ډول، تشقي ډول او التهابي ډول.

په انوريكتال انومالي کې Imperforated anus شامل دی چې د Perinium په ناحیه کې د مقعدی فوھې نشتولى د Imperforate Anus په نامه یادېږي، ولې Anorectal انومالي یوه داسي اصطلاح ده چې د دې برخې ډېرمېر ولادي ناسم جورښتونه په بر کې نيسې. د انوريكتال ناسم جورښتونه د بولي يا تناسلي سیستم سره د یوه فیستول په واسطه لاره پیدا کوي يا دا چې مقعدی کانال د عجان يا Perinium په پوستکې کې خلاصېږي.

دریکتوم او بولي سیستم فیستولونه: په نارینه جنس کې د Pubo ریکتيل slings په سویه د میزودرم جنیني ودې نه کولو له امله منځ ته راخي چې Cloaca په دوه برخو ويшел کېږي په بسخينه کې Mullarian duct چې د نفیر رحم او د مهبل د پورتنې برخې د جورېدو لامل گرئي. د ریکتوم او Urogenital sinus ترمنځ خای نيسې د همدي له کبله په Femal جنس کې د ریکتوم او بولي لارې

فیستولونه د Persistant Cloaca له کبله رامنځ ته کېږي. د میلورین ډکټ او ریکتوم ترمنځ هیڅ ارتباط موجود نه وي.

مترافقه انومالي ګانې ۵-۲۰٪ د نورو سیستمونو د سوي اشکالو سره ملګري وي حتی ځینې د ژوند تهدې دونکې وي، لکه د قلبی وعائی سیستم دیفيکټs لکه Ductus Arteriosus او Patent دېر معمولي انومالي یې په بولی لار کې ۳۰٪، د مlad تیر انومالي: ۳۰٪، هضمی جهاز: ۱۰٪، او د زړه انومالي ۱۰٪ جورو وي، ولې امکان لري نوري عضوي هم ورسه مشترکې انومالي لري.

تغلف د ګېډې یو حاد حالت دي چې معمولاً په شیدي خورونکو او ماشومانو کې منځته راخي، چې یو بنکلی ماشوم په دې ناروغرۍ اخته کېږي. په دې ناروغرۍ کې د کولمې یوه برخه د کولمې د بلې برخې په لومن کې دته کېږي. چې معمولاً د کولمې proximal برخه په distal کې ورتوځي. نړدي ۸۰٪ پېښو کې د دې ناروغرۍ سبب معلوم نه دی، خوايې چې ځینې ناروغرۍ په کې تورن ګنيل کېږي، لکه Acute enteritis، میکل دایورتیکل، Intestinal polyp، Intestinal lymphoma، د کولمو تومورونه، د کولمو الرژیک حالت، اسکاریازس، او غذائي رژیم.

ولادي هایپرتروفیک پایلوریک ستینوزس: د پایلور تضیق په ماشومانو کې د کانګو عمده لامل جورو وي، دغه ناروغرۍ په ۱/۴۵ ژونديو ماشومانو او زیاتره په نارینه جنس کې لیدل کېږي. د پایلور ولادي تضیق د شیدو خورلو په دوره کې یوه مهمه جراحی ناروغرۍ ده، چې د ماشوم ژوند د ګوابن سره مخ کوي او د یوې ساده جراحی عملیې په وسیله اصلاح کېږي. د نومورې ناروغرۍ لامل معلوم نه دی او قسمماً جنیتیکي اړخ لري، نړدي په ۲۰٪ پېښو کې کورنۍ مثبته تاریخچه لري. نومورې ناروغرۍ د پایلور د عضلاتو هایپرتروفي له کبله رامنځته کېږي، چې د پایلور کانال اوږد وي او تول پایلور د زیتون د دانې شکل حاټته نیسي، او سخت قوام پیدا کوي چې په کانګو، د ګېډې د پاسه د استداري حرکاتو موجوديت او په Epigastric ناحیه کې د کتلې جس سره متصف دی.

د غتیو کولمو انسداد: په نوي زېږيدلي ماشومانو کې د هضمی تیوب د بندبنت خخه عبارت دی چې ګاز او غایطه مواد بندبنت لري ولې امکان لري یو یا دوه ځلې په کم مقدار میکونيم تغوط وکړي امکان لري بندبنت به تام او یا قسمی یا ناتام وي.

ولادي میگاکولون: په ولادي ډول د عضلی طبقي د Auerbach's Plexus او تحت المخاط طبقة ګنګلیون حجراتو نه موجوديت چې د عصبی رشتود هایپرتروفیک تغیراتو د

کولمو دستل برخه کې سبب گرئي عبارت دی چې د دستل خخه پروکسیمل ته وسعت کوي او پروکسیمل برخه زياته متوجه کېږي.

### پونتنې

۱. میکونیم الیوس د کولمو اتریزیا خخه د ایکسری په کلیشه کې لاندې فرق لري:

- a. په میکونیم الیوس کې د ګاز خیال نه وي
- b. په میکونیم الیوس کې د ګاز خیال موجود وي
- c. په اتریزیا کې د ګاز خیال موجود نه وي
- d. درې واړه غلط دي

۲. د میکل دایورتیکل مهم ځانګړتیاوې عبارت دی له:

- a. Antimesentric موقعیت لري
- b. یو خفیفی دایورتیکل دی
- c. جز سم دی A او B
- d. جز سم دی a

۳. د هضمی جهاز بې درده خونریزی چې د melena باعث گرئي عبارت دی له:

- a. په ماشومانو کې Stress ulcer په معده کې
- b. Intussessption
- c. Necrotizing enterocolitis
- d. د میکل دایورتیکل ectopic غشا قرحي په صورت کې

۴. انورکتل انومالي په high شکل کې په مذکر ماشوم کې فیستول په

- a. Rectovesical fistule
- b. Prostatic Urethral fistule کې
- c. Rectobulbar urethra فیستول دی
- d. جز سم دی A او B

۵. که د انورکتل انومالي سره د سکروم agenesis موجود وي عمدہ عرض په کې:

- a. انسدادي لوحه
- b. د ادرارو عدم اقتدار
- c. Paraplegia
- d. Paresthesia

۲. خومره موده وروسته د ولادت خخه د انوركتال انومالي د تشخيص لپاره مهم ګنل کېږي؟
۷. د تغلف يا intussusceptions کې د تغلف حرکاتو کوم حالت رول لري؟
۸. د intussusception کوم شکل زيات تصادف کوي؟
۹. د پايلور قنات ولادي تنگوالی CHPS کوم عمده عرض د توجه وړ ګرځي؟
۱۰. د hirschsprung disease مهمن تشخيصه فزيکي نښي وليکي؟

## مأخذونه

١. Aklan AO, Gulluoglu BM. (١٩٩٧) congenital short note incidence of meckal diverticulum in turkey, British Journal of Surgery Pp. ٨٤ (٥), ٨٢
٢. Aliyeh B, Hummann D, Baum M. (١٩٩٢) Multi cystic dysplastic J Pediatric kidney disease, P. ١٢١
٣. Arnold G. Coran. (٢٠١٢) Pediatrics Surgery, EISEVIER Saunders Pp: ٣٥٤, ١٢٢٥-١٢٨١, ١٠٩٣, ١١١٤, ١٠٧٣-١٠٨٣
٤. Amoury RA, Snyder CL. (١٩٩٨) meckel's diverticulum. O" neill Jr JA etal, Mosby St. Louis ٥<sup>th</sup> Ed. P. ١١٧٣-١١٨٥
٥. Churchill BM, Browk WA, Stephene CA. (١٩٧٨) urological Aspect of Anus, uro.din.N-AM P. ١٤١
٦. Devenda K Gupla. (٢٠٠٢) Ped. Surgery diagnosis and management, Jaypee brothers P: ٥٨٧, ٢٨١
٧. Doi O, Aoyam K, Hutson JM. (٢٠٠٤) Small bowel Intussusception. Pediatrics Surgrey, Int P. ١٤.
٨. Engum SA, Cros Feld JI. (١٩٩٨) Hirschsprung's disease. Duhamel pull through in Ped. Surgery and urology. WB sounders London P. ٣٢٩
٩. Fallot M. (٢٠٠٤) Intussusception in Ped. Surgery, Eds Ashcraft WB, WB Saunder. Com. Philadelphia P. ٥١٨
١٠. Filston HC. (١٩٩٨) Other Causes of Intestinal Obst. Ped. Surg. Ed O" neil Jr JA etal, Mosby Inc. St Louis Pp. ١٢١٥-١٢٢٢
١١. Gabow PA, Kemberling WJ, Strain JD. (١٩٩٧) Ultrasonography in the diagnosis of autosomal polycystic kidney. Jam Soc Nephrol P. ١٠٤
١٢. Garcia VF. (٢٠٠٠) Hernia and Umblicus Ped. Surgery Ed; Ashcraft KW, W.B Saunders company, Philadelphia, P. ٢٥١
١٣. Gray SW, Skandala Kis JE. Kidney and ureter Philadelphia, WB Saunders Pp. ٤٤٣-٥١٧
١٤. Gopal S Shooramani. (٢٠٠٠) Singlstage PSRAP Neanate, Ed. By Gupta modern Publ, P. ٢٤٩

١٥. HolSchneider AM, Muri D. (٢٠٠٠) Hirschsprung's disease and allied disorder, Harwood Academic Pub. Singapore Pp: ١٤٧-١٥٤
١٦. HolSchneider A, Ibanez CF. (٢٠٠٢) Functional charac of mutation ind. th gen with Hirschsprung's dise. Hum. Mol. Genet P: ٣٢٨
١٧. Hulka F. Harrison MW etal. (١٩٩٧) Complication of Pyloromyotomy. AMJ. Surg Pp. ١٧٣-٤٥.
١٨. KEITH W. Ashcraft, GEORGE W.HOLCOMB, J. PATRICK MURPHY (٢٠٠٥), EISEVIER Saunder P. ٤٤٧-٤٥٥
١٩. Lichtenstein M. (١٩٤١) meckel's diverticulum. Quaterly Bulletin of Worth weslern university medical School, P. ٢٩٧
٢٠. Lorenzo CD. (٢٠٠١) pediatric Ano-rectal disorders, Gastroenterol dia. N. Am. Pp: ٢٢٩-٢٨٧
٢١. Miller AJW, Sywes S Int. (٢٠٠٠) atresia and stenosis In Pediatrics Surgery, WB Saunder Comp. Philadilphia Pp. ٤٠٧-٤٢٤
٢٢. Nixon HH: Operative manage, (١٩٨٨) Low anomaly in Girls in Stephens FD, Smith ED, Alan R. liss P. ٣٠٩
٢٣. Pena A. (٢٠٠٠) imperforate Anus and Cloacal malformation, Eds Aschcraft KW, WB Saunder Comp. philadilphia Pp. ٤٧٣-٤٩٢
٢٤. Potts WJ the Surgeon and the child ١٩٥٩, WB Saunders P. ٢٠٣
٢٥. Puri P, Lakshandas G. (١٩٩٢) Hypertrophic Pyloric stenosis in New born Surgery, Oxford London Pp. ٢٢٢-٢٧١
٢٦. R. Kulshreslha. (٢٠٠٢) Common Problems in Pediatrics Surgery, CBS New delhi India Pp: ١٠٠, ١٢٤, ٢٠٥, ٢٣٧
٢٧. Rescorla FJ. (١٩٨٠) Hernia and Umblicus in Surg. Infant and children, Lippincot-Raven, Philad Pp. ١٠٧٩-١٠٨١

## خلورم فصل

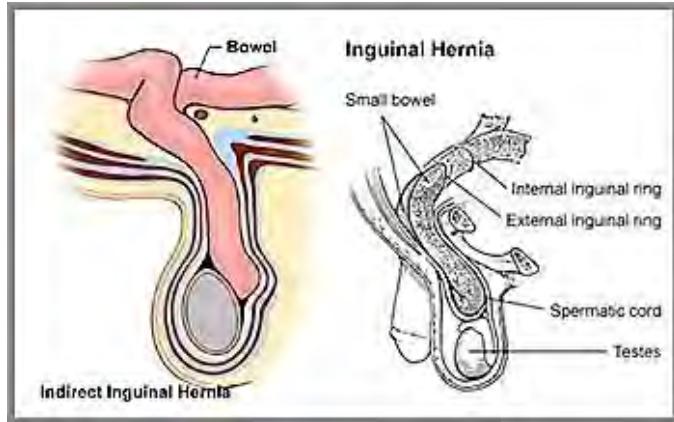
### فتقونه (چوره)

فتقونه: د مغبني صفن پرسوب په ماشومانو کې عام افت دی عاجلي پاملرنې ته اړتیا لري چې  
تشخيص اسانه او په کلينيکي فزيکي معاینه کې واضح کېږي. (۳۶۲:۶)

ولادي مغبني فتق په داخل رحمي ژوند کې د خصيې بنسکته کېدنې په وخت د پريتواني رتج څخه  
خصيې صفن ته بنسکته کېږي چې په دې برخه پريتوان په Processus vaginal برخه کې بند نه شي يو  
ارتباط د پريتوان او Tunical vaginal ترمنځ پاتې کېږي چې د ولادي مغبني فتق لامل ګرخي. (چې  
په ۴-۱ شکل کې بنودل شوي دي)

پېښې: د مغبني ناحيې او صفن پرسوب ۷۴% د مغبني ناحيې پرسوب جوروی په ماشومانو کې  
زياتره غير مستقيم يا indirect شکل موجود وي په preterm نوي زېږيدلې ماشومانو کې ۱۶-۹ سلنې  
او په fullterm نوي زېږيدلې ماشومانو ۳-۵ سلنې واقعات تشکيلوي په ۵ سلنې واقعاتو کې د ژوند  
په لمري کال کې بنسکاره کېږي او هغه هم زياتره په اولو ۶ میاشتو کې رامنځته کېږي مذکر ماشومان ۶-  
۸ چنده ډېر مبتلا کېږي. ۰ سلنې واقعاتو کې په بنې طرف کې وي ۸-۶ چنده ډېر مبتلا کېږي.

۶ سلنې واقعاتو کې په بنې طرف کې وي چې لامل يې د processus vaginal وروسته تړل کېږي دې  
په ۰ سلنې واقعاتو کې دوه طرفه وي دوه طرفه په preterm کې عام وي. (۳۶۴:۶)



٤-١ شکل: ولادي مغبني فتق رابنيي. (٥٢٧ : ٦)

#### ٤. ١ چوره يا فتق

##### ٤. ١. ١ تعريف

د بدن د ولادي يا کسبېي فوھي د لاري د بدن د احشاو يوه برخه يا توله احشا وتلو ته چوره يا فتق وايي، خو چوره زياتره د بطني احشاو وتلو ته وايي.

د بطني فتق زياته برخه خارج بطني فتقونه جوروسي د داخل بطني پېښې ډېر کم دي. (٣٦٤ : ٦)

##### ٤. ١. ٢ ډولونه

بطني باندينې يا خارجي فتقونه عبارت دي له:

١. مغبني چوره **Inguinal hernia**

٢. فخذي چوره **Femoral hernia**

٣. د نامه چوره **Umbilical hernia**

٤. د پخوانې شق شوي برخې فتق **Incisional hernia**

د بطني فتقونو له جملې خخه حینې ډېر، حینې لړ او حینې نادرأً واقع کېږي. (٣٦٤ : ٦)

هغه بطني فتقونه چې ډېر واقع کېږي:

١. **Inguinal hernia**

٢. **Umbilical hernia**

٣. **Para umbilical hernia**

هغه بطني فتقونه چې لړ واقع کېږي:

**Divarication of recti muscle hernia.** ١

۱. Femoral hernia .۲
Diaphragmatic hernia .۳
Epigastric hernia .۴
هغه بطني فتقونه چې نادراً پيښېري: (۳۶۴:۶)
۱. Spigelian hernia
Supra lumber hernia .۲
Infra lumber hernia .۳
Gluteal hernia .۴
Sciatic hernia .۵
Obturator hernia .۶

لاملونه: په داخل رحمي زوند ۷-۶ میاشتې کې خصې د میزوپریتونل برخې خخه صفن ته بنکته د زېبون وروسته د پریتوان رتج په دې برخه کې processus vaginalis په نوم یادېږي تول کېږي که چېږي په تام يا قسمی ډول ونه تول شی نود ولادي مغبني چورې لامل گرئي که چېږي processus vaginal چوره رامنځته کېږي او که چېږي کوچنۍ او باريکه خلاصه پاتې شي دغه د inguinal congenital Hydrocele پیدا کړدو لامل گرئي چې محتوي یې د پریتوان مايع تشکيلوي که پروکسیمل او دیستل برخه یې بنده او منځنۍ برخه یې خاليګاه جوړېږي او د مايع خخه ډکه د کيسې په ډول وي د Encysted هایدروسيل یا د کوردون سیست په نوم یادېږي، او که چېږي پروکسیمل برخه یې بند شي او دستل خلاصه پاتې شي په Tonica Vaginalis برخه کې مايع جمع کېږي چې د سکروتل هایدروسيل په نوم یادېږي چې زياتره ۸-۶ میاشتو پوري مايع جذېږي او هایدروسيل د منځه حېي. (۳۶۴:۶)

کورنۍ تاریخچه په غیر مستقيم مغبني فتق کې رول لري ولي د جنتیک او کروموزم رول تر او سه معلومنه دی، ولادي نقیصه د فتق په رامنځته کړدو کې رول لري عضلي ضعيفوالی (Denervation) د چورې لپاره زمينه برابروي، د ګډې د فشار ډپروالی لکه په توره توخله او سفلې بولي لاري بندش هم د افت په منځته راتلو کې رول لري.

#### ۴. ۱. ۳ اнатوموپتالوژي

فتق درې برخې لري:

(۱) کھوره یا Sac: عبارت دی د پریتواني رتج خخه چې لرونکی د Mouth, Neck, Body او Fundus خخه.

(۲) د کیسې محتوي يا Content اکثره د کیسې محتوي يو يا خولاندې جورپښونه تشکيلوی:

a) omentum يا د omentocele، Epiplocele

b) Enterocelه يا اکثره وړي کولمې او ئینې وخت غتې کولمې او اپنده کس هم د کیسې محتوي جوروی.

c) A portion of Circumference of intestine (Richter's hernia) او کولمو لومن يوه برخه محتوي جوروں

d) دایورتیکولم A portion of bladder or د مثانې يوه برخه يا دایورتیکولوم د فتق محتوي اوسي

e) دایورتیکولم Meckle s د میکل دایورتیکولوم د چوري محتوي اوسي

f) Ovary: ئینې وخت فالوپین تیوب هم ورسه يو ئای وي.<sup>(۳۶۴:۶)</sup>

g) Fluid: د پریتوان د جوف مايغ يا د حبن مايغ که فتق اختناقی وي نووننه لرونکي مايغ موجود وي.

(۳) د کیسې پوبن يا Covering: د کیسې پوبن د ګډې د جدار د طبقاتو خخه تشکيل شوي چې فتقیه کیسه د دې طبقاتو لاندې واقع کېږي.<sup>(۶۷۰:۷)</sup>

#### ۱.۴ د فتق ډلبندی

۱. ارجاع وړ Reducible

۲. اختلاطی شکل د ارجاع وړ نه وي Irreducible

۳. اختلاطی بند شوي چوره Obstructed

۴. التهابي شوي چوره Inflamed

۵. اختیناقی شوي چوره Strangulation

انسدادي فتق هغه وخت رامنځته کېږي چې د کیسې محتوي له کیسې او کیسې له پوبن سره التصاقی شوي وي اويا د کیسې محتوي د غټو کلمویوه برخه وي او غایطي تېږي يې په مینځ کې وي چې د ارجاع مانع گرځي، دې ډول ته Incarcerated hernia ویل کېږي.

د ارجاع وړ فتق: عبارت د هغه فتق خخه ده چې کله ناروغ ماشوم د خوب يا د ملاستې وضعیت ونیسي په خپله ارجاع شي او هم کله چې د ګوتې په واسطه په کیسه فشار وارد شي هم ارجاع کېږي،

ولې که ماشوم وزاري او يا د ګډله‌ي فشار پورته لور شی دوباره پیدا کېږي (چې په ۴-۳، ۴ او ۴-۴ شکلونو کې بسودل شوي د)

کله چې د کيسې محتوي کولمې وي د لومړۍ برخې ارجاع کيدل یې مشکل وي او کله چې د کيسې محتوي ثرب يا او مينټوم وي د اخري برخې ارجاع یې مشکل وي.<sup>(۶۷۰: ۷)</sup>

د ارجاع کېدونکي فتق عمه وصف دا د چې د توخي سره يو **Expansile Impulse** په کې پیدا کېږي. غير قابل ارجاع فتق: عبارت د هغه فتق خخه د چې محتوي یې ګډله‌ي ته دوباره د ارجاع ورنه وي. هغه وخت فتق غير قابل ارجاع بلل کېږي چې د کيسې محتوي له کيسې او د کيسې پونس سره التصاقې شي. اکثره فخذې او ثروي فتق په دې اختلاط اخته کېږي.<sup>(۶۷۰: ۷)</sup>

هرکله چې غيرقابل ارجاع فتق د او مينټوسيل نوعي خخه نه وي د انسداد او اختناقې کېدو چانس یې ډېر وي.

بند شوي فتق: عبارت له هغه فتق خخه د چې محتوي یې کولمې او د کولمو لومن په انسداد معروض شوي وي ليکن د وينې جريان یې نارمل وي. اعراض یې د **Strangulation** د وحامت په تناسب او لړ وروسته تاسیس کوي.

مختنق شوي فتق: د هغه فتق خخه عبارت د چې د محتوي د وينې جريان یې شدیداً متاثره شوي وي او د گانګرين کېدو خطر موجود وي. گانګرين معمولاً ۵-۶ ساعته وروسته د اختناقې فتق خخه تاسیس کوي فخذې فتقونه ډېر زيات اختناق ته میلان لري. د یو کلنۍ خخه کم ماشومانو کې ۳۰% دغه اختلاط رامنځ ته کېږي حال دا چې دغه فيصدي په ۱۸ میاشتیني ماشوم کې ۱۵% ته بنکته کېږي.<sup>(۶۷۰: ۷)</sup>

پتالوژي: د کيسې محتوي لمړي په انسداد معروض کېږي، وروسته یې اروا مختل کېږي، په شروع کې وريدي اروا مختل کېږي، د کولمې جدار اختناقې او احمراري کېږي، او مصلې مایع د کيسې په جوف کې ټولېږي، وروسته شرياني جريان هم بند ډېر او کولمې ارغوانې رنګ اختياروي، اختناقې لوپ د نارمل په تناسب دوه چنده توسع کوي، شرياني جريان مخکې له مخکې متاثره کېږي، د سيروزا طبقي لاندي اکيموزس رامنځته کېږي او د کولمو لومن په منځ کې وينه ټولېږي او د اينفيوزن سبب ګرئي. همدارنګه وينه سيروزا طبقي خخه د کيسې جوف ته تيرېږي - خپرېږي او د کيسې مایع **Blood stained** بنه غوره کوي او سيروزا طبقة خپل څلاله لاسه ورکوي، او د مصلې طبقي مخ

Fibrinous exudates نیسي. په دې وخت کې د کولمو لومن خپل مقویت له لاسه ورکوي او یا شکننده کېږي، باکتریاګانی د کولمو لومن خخه کيسې ته توخي چې د کيسې د رنگ خاکي کېدو او گانګريں سبب گرئي. گانګريں د اختناقې کيسې په Ring کې واقع کېږي، که چېږي ارجاع نه شي د کيسې د خيري کېدو او پريتونايتيس د رامنځته کېدو سبب گرئي.<sup>۵-۶</sup> (چې په ۷۰:۷)

شکل کې بنودل شوي دي

په پايله کې ميكروبونه او بكتيرياګانې د کيسې د پوبن، د فتقیه محتوي د جدار او یا هم د پريتوان د جوف له لاري وينه ته داخلېږي او د Endotoxic shock لامل گرئي.



۴-۲-شکل: د Hernia یو ډول نبیي (۴۷۳:۹) ۴-۳-شکل: د Hernia یو ډول نبیي (۴۷۳:۹) ۴-۴-شکل: د Hernia یو ډول نبیي (۴۷۳:۹)

سريري تظاهرات: د ګېډي درد: د ګېډي درد لمري د فتق په ناحيه کې وي وروسته ټولې ګېډي ته خپرېږي، د ګېډي منتشر درد کېداي شي د سُري په ناحيه کې موضعی شي. که چېږي پريتونايتيس Paralytic توسع او موجود وي.

کانګه: ډېر شدید فوراني او دفعات يې ډېر وي.<sup>۷۸۰:۹</sup>

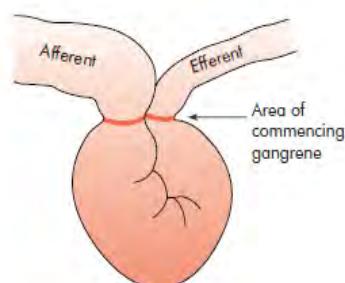
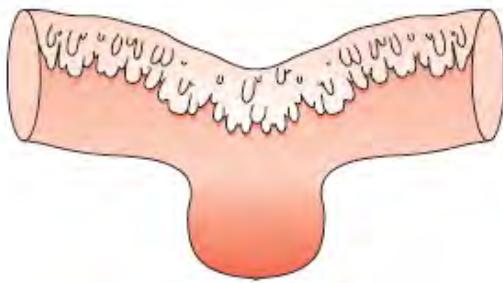
موضعی کتنه: تفتيش: په تفتيش سره ليدل کېږي چې د توخي سره Expansile impulse موجود نه وي په لمري مرحله کې پوستکي نورمال رنګ لري وروسته سور رنګ ته ورته رنګ لري د گانګريں په صورت کې تور بخن رنګ لري.

Visible peristalsis: په شروع کې موجود وي کله چې پريتونايتيس پيشرفت وکړي له منځه حې

جس: په جس سره فتقیه پرسوب یو سخت او دردناک حالت لري **Tendernes** او غیر قابل ارجاع (780:۹) irriduceble وي.

په دې ډول فتق کې د لومن (Circumference) کولمو یوه اتي Strangulated Richter's Hernia میزتریک (Antmesentric) برخه اختناقی کېږي. (چې په ۶-۴ شکل کې بندول شوی دی) دا حالت اکثره په Femoral او نادرأً په Obstructed Hernia کې واقع کېږي دا ډېرخطرناک فتق دی ئکه چې ژرنه تشخيص کېږي، د لاندې دلایلو په اساس:

- نښې او نښاني د Gastroenteritis په شان وي او د اختناق موضوعي علايم نه ليدل کېږي.
  - ناروغ کانګړي نه لري، که یې ولري یویادوه واري نه ډېرنه وي.
  - په ناروغ کې Intestinal colic موجود وي اما د انسداد علايم نه وي موجود ئکه چې د ناروغ Transit نارمل وي.
  - قبضت هغه وخت رامنځته کېږي چې Paralytic ileus د پریتوناتیس له کبله واقع شي. (780:۹)
- د پورته دلایلو په اساس مخکې له دېنه چې مریض تشخيص او عملیات شي تثقب او پریتوناتیس رامنځته کېږي.



۶-۵ شکل: د کولمو هغه برخه چې د نښتني په اساس په گانګرین چوره رابسيي  
اخته شوې وي. (herryyudha.blogspot.com)

مختنق او مینتوسل: په عمومي ډول ابتدائي اعراض او قبضت ممکن موجود نه وي، گانګرین ژرتاسنس نه کوي، کله چې کانګرین تاسس وکړي لمړي د ثرب شحمي کتلات ماوفه کوي وروسته انتان د فتق کيسې ته داخلېږي، تر خو ورخو پوري انتان په کيسه کې پاتې کېږي، د هغې نه وروسته انتان اتشار کوي ډېرزيات اتشار يې صفن ته وي او د Scrotal abscess سبب کېږي او لې خپریدل يې پریتوان جوف ته وي چې د عمومي پریتوناتیس لامل گرئي. (780:۹)

التهابی فتق عبارت له هغه فقط خخه دی چې کیسه او محتوی بې منت شوې وي، دا اتنان کېدای شي د باندې نه کیسې ته داخل شوی وي لکه د چوره بند د استعمال له وجوې نه او يا هم کېدای شي چې اتنان په خپله کیسه کې او يا د بل خای نه د وینې په واسطه انتشار کړي وي لکه اپنډسایتس، Salpingitis حالاتو کې د فتق د پاسه جلد سور او اذیمايی وي او په جس سره فتق حساس او دردناک وي.

په هر حال که د اتنان منبع دنته وي که د باندې، باید ناروغ ته هرنیوتومی ترسره شي تر خود فتقیه کیسې د خیرې کېدو او اختناق خخه مخنيوي وشي. وروسته سببی يا د اتنان منبع تداوی ترسره شي.<sup>(٧٨٠:٩)</sup>

#### ٤.٢.٣. مغبني فتق

د بطنی احشاو راوتل د Inguinal hernia ناحیې خخه عبارت د خخه دی، چې په ماشومانو کې Process vaginalis د نه تړل کېدو له کبله رامنځ ته کېږي. په Pre term ماشومانو کې د ۱۰-۳۰٪ او په Full term ماشومانو کې ۱-۵٪ پورې په Inguinal ناحیه کې فتق رامنځ ته کېږي، چې زیاتره په نارینه ماشومانو کې رامنځ ته کېږي او کله کله په بنخینه ماشومانو کې هم پیدا کېږي.

#### ٤.٢.١. جراحی اناتومی د مقبني کانال

دا یوه مثلثي فوحه ده چې د خارجي منحرفه عضلي د اپونیوروسنس Superficial Inguinal Ring خخه جور شوی دی او د Pubis tuberosity چخه ۱,۲۵ cm پورته قرار لري، چې په نورمال حالت د ګوټې داخلولو ته جازه نه ورکوي<sup>(٥٢٧:٢)</sup>

Deep Inguinal ring: چې د مستعرض عضلي صفاق چې U شکل په ډول جور شوی دی چې د Ingual ligament یگامنت خخه ۱,۲۵ cm پورته قرار لري

Inguinal Ligament چې د منحرفه عضلي د بنكتنې يا سفلې کنار په واسطه جورېږي چې د Spina Pubis چخه تر پوري ادامه پیدا کوي iliaca Sup ant

Inguinal canal: دا یو منحرفه قنات ډوله ساختمان دی چې د ګېډې په بنكتنې برخه کې قرار لري ۴ ساتېي متره او بدوالۍ لري چې د inguinal ligament په علوی انسې کې قرار لري چې د سطحي او عميق Ring ترمنځ قرار لري.<sup>(٥٢٧:٢)</sup>

## ۴.۲.۲ د مستقیم او غیر مستقیم مغبنی فتق ترمینخ فرق

۱. په غیر مستقیم فتق کې اکثراً کيسه په صفن کې وي.
۲. په مستقیم مغبنی فتق کې کيسه د مغبنی کانال نه تیربې او په هسل باخ مثلث کې پاتې کېږي او په صفن کې ځای نه نیسي په داسې حال کې چې غیرمستقیم مغبنی فتق کې کيسه په صفن کې موجود وي.
۳. په غیرمستقیم مغبنی فتق کې فتقیه کيسه د سپرماتیک کورد په قدامی وحشی برخه کې او په مستقیم فتق کې فتقیه کيسه د سپرماتیک کورد انسی کې قرار لري.
۴. په غیرمستقیم مغبنی فتق کې فتقیه کيسه د Inferior epigastric artery په وحشی برخه کې او په مستقیم فتق کې فتقیه کيسه د Inferior epigastric artery په انسی برخه کې قرار لري. (۵۲۷:۲)

## ۴.۳ مستقیم مغبنی فتق

### ۴.۳.۱ تعریف

نوموري چوره په ماشومانو کې ۲،۵ - ۰،۲ سلنې لیدل کېږي حال دا چې په زړو اشخاصو کې ۱۰ - ۱۵٪ پورې مستقیم مغبنی فتق تشکيلوي او د ۵۰٪ نه د پر مستقیم مغبنی فتق دوه طرفه وي. د افق همبشه په کسبې دول واقع کېږي چې کيسه د مغبنی کانال د خلفي برخې د ضعيفه نقطې څخه او یا د صفاق ډيفيكت څخه تیربې. کېداي شي چې نقیصه کوچنۍ اویا لوی وي او د Generalized Bulging سبب شي د ګډو په جدار کې. دا فتق په بسخو کې نه واقع کېږي. (۵۲۷:۲)

### ۴.۳.۲ ډولونه

په دوه ډوله دی چې د Hasselbach's مثلث په کومه برخه کې قرار لري

#### ۱- وحشی مستقیم فتق

#### ۲- انسی مستقیم فتق

مساعد وونکي فکتورونه: په ماشومانو کې د مور د ناكافي تعذبي او د مور ناروغۍ د دي لامل ګرخي چې د ماشوم نشوونما په داخل رحمي ژوند کې خرابه شي او د یو تعداد ولادي ناروغيو د چوري په ګډون را پيدا شي ولي په نسبتاً غتيو ماشومانو کې لاتدي عوامل د چوري لپاره زمينه برابروي. (۵۲۷:۲)

• مزمن ټوځي

- مزمن قبضیت
- ډسپنیا او د ادرار بندش
- دروند کارونه او د دروند وزن پورته کول

دا فتق په ماشومانو کې نادرأً واضح کېږي. کله کله د افتق غتیپرې او تر صفن پورې رسپېري د مستقيم مغبني فتق برخلاف دا فتق د کوره په خلفي برخه کې واقع کېږي. د دې فتقونو عنق لوی وي خکه نه مختنق کېږي.

### ۴.۳.۳ اعراض او علايم

په **Inguinal** ناحیه کې پرسوب ليدل کېږي، او د غه پرسوب چې ماشوم کله نا ارامه شي او ژاري نو دا پرسوب متبارز کېږي، او کله چې ماشوم ارام شي دوباره پرسوب له منځه خي، او په فزيکي معاینه کې **Inguinal canal** هم پکې منفي وي.

د غه پرسوب د کورد خخه په انسی برخه کې رامنځته کېږي د **Inferior epigastric** او عيو په انسی کې موقعیت لري، او د **Inguinal** قنات خخه نه تیرېږي. په فزيکي معاینه کې د غه پرسوب د **inferior epigastric** شريان په انسی برخه کې موقعیت لري. که چېړي فشار ور کړل شي محتوي یې په اسانۍ ګډه ټه ارجاع کېږي، ولې اکثره وخت د غير مستقيم مغبني فتق سره یو ډول اعراض ور کوي. دا ډول **Hernia** د **Inguinal hernia** هم پیدا کېږي، خواصلي تشخيص یې د عملیات په وخت صورت نیسي.

### ۴.۳.۴ تفریقی تشخيص

اول: په نرانو کې:

۱. Varicocele

۲. Vaginal Hydrocele

۳. Encysted Hydrocele of cord

۴. Spermatocele

۵. Femoral Hernia

۶. Incomplete Descent Tests (خصیه په مغبني کانال کې پاتې او نه بنکته کېږي)

۷. دا ډول د عملیات خخه وروسته تشخيص کېږي Lipoma of the cord

۸. Saphena Varix

۹. Inguinal lymph Adenopathy

دویم په بنخو کي:

۱. د نوك قنات هايدروسيل Hydrocele of the canal of Nuck

۲. Femoral Hernia (فخذدي فتق)

۳. غير مستقيم مغبني چوره (۵۲۷: ۲)

سيدل بېگ پاتھالون هرنينا: عبارت له هغه فتق خخه دی چې مستقيم او غيرمستقيم فتق يو خاي  
واقع شوي وي. په دې وخت کې دوه کيسې موجودې وي يو يې د Inferior epigastric artery په  
انسي کې او بل يې په وحشى کې وي چې لمري يې مستقيم او دويم يې غيرمستقيم مغبني فتق  
پوري مربوط وي. يعني Inferior epigastric artery يې په مينځ کې قرار لري.

۴. ۳. ۵ درملنه

درملنه يې لکه د غيرمستقيم مغبني فتق په شان ده په دې توبير چې په مستقيم شکل کې کيسه د  
هغه مجاورو انساجو خخه نه قطع کېږي بلکې د ګډاړي داخل ته سرچه کېږي او عرضاني صفاق يې  
په قدام کې ترميم کېږي. (۵۲۷: ۲)

۴. ۲. غيرمستقيم مغبني فتق

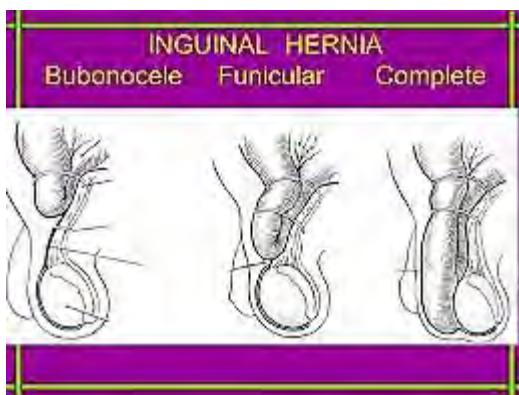
۴. ۲. ۱ تعريف

نوموري فتق نورو فتقونو ته ډېر معمول دي. دا فتق په تام يا ناتام ډول د Processes vaginalis  
د خلاص پاتې کېدو په وجه رامنځته کېږي. په نورمال حالت کې Processes vaginalis د تولد  
خخه مخکي لمري د Deep Inguinal ring په برخه کې او وروسته د Epididymus خخه پورته  
ترول کېږي. (۵۲۷: ۲)

پريتواني tunnel د دې دوه برخو ترمنځ د يو Fibrous cord شکل غوره کوي. دا ډول فتق شل چنده  
ډېر په نارينه و کې نسبت بنخو ته واقع کېږي. همدارنګه ډېر زيات په بني طرف کې واقع کېږي. په  
۱۵ فيصده حالاتو کې دوه طرفه وي.

## ۴.۲.۴ سریری ډولونه

۱. **Bubonocele**: په دې شکل کې فتق په مغبني کانال کې موقعیت لري Processus vaginalis د خارجی فوچه په ساحه کې تړل کېږي. دا ډول فتق زیاتره په څوانانو کې وي.
۲. **Funicular**: په دې ډول فتق کې Processus vaginalis د بربخ د پاسه موقعیت کې تړل کېږي او په دې شکل کې د کيسې محتوي او خصيې دواړه بېل بېل جس کېږي. دا فتق زیاتره کا هلانو کې واقع کېږي. (چې په ۷-۴ شکل کې بنودل شوی دی)
۳. **Complete (scrotal)**: دا ډول فتق د تولد د وخت خخه موجود وي د تولد په وخت کې نادرأ ماشومان فتق لري په دې شکل کې Processus vaginalis خلاص وي، دا ډول زیاتره په Infancy کې بنکاري کډای شي تر څوانۍ او کهولت پوري پاتې شي. (۵۲۷: ۲)



۷-۴ شکل: د inguinal hernia سریری شکلونه را بنېي. (۴۷۳: ۹)

سریري تظاهرات: کله چې کيسه په مغبني ناحيې کې وي او صفن ته نه وي بنکته شوې تشخيص بې مشکل وي. په دې حالت کې ناروغ په Groin ناحيې کې یو درد حس کوي، کله هم پرسوب موجود نه وي خود درد احساس کوي او کله هم د ژړا په وخت پرسوب پیدا کېږي او درد حس کوي او ناروغ خصيې ته د درد د بنکته کېدو خخه شکایت کوي. (۵۲۷: ۲)

هر کله چې ناروغ وټو خېږي یوه Expansile Impulse په ناحيې کې منځته رائي. Bulging او Impulse هغه وخت بنه ليدل کېږي چې معاینه کوونکی د ناروغ د اوږي تر خنګ ودرېږي او له پورته خخه ناحيې وګوري.

غیر مستقيم مغبني فتق د توحې سره غټېږي او د ملاستي او خوب په وخت له مینځه ئې. کله چې د فتق محتوي کولمې وي د ارجاع په وخت کې لې کشش او دروندواли رامنځته کېږي چې د میزاتري د کش

کېدو لامل کېبىي او ناروغ د شرسوفىي ناھىيە كې درد احساس كوي. كە پرسوب موجود نه وي لاندى  
حالت موجود وي:

الف: كە spermatic كورد د غتىپى گوتىپى او index ترمنج جس او تاو راتاو شي د وريبنسمو خشن خشن  
پە چول جس كېبىي (silk glove sign) او Spermatic كورد چول جس كېبىي چې د كىسىپى موجودىت پە  
گوتە كوي.

ب: ماشوم مجبور كېبىي چې وژاري يا نسبتاً غتىپى ماشوم وەخول شي زور ووهى ياخوخى وکړي كە  
كتله پيدا كېبىي او دوباره پە اسانى ارجاع كېبىي. (٥٢٧: ٢)

### ٤.٢.٣ درملنه

طبي درملنه: محافظظوي درملنه نه لري ولې پە هغه صورت چې اختناق يې ورکېي وي لمپى د  
سره مانور پە واسطه ارجاع او وروسته ٤٨ ساعته ورتە herniotomy اجرا كېبىي sedation

خرنگە چې چوره پە ماشومانو كې پە بنفسه يى چول د منخه نه ئىي او د Strangulated او  
incarcerated چانس پە كې ڈېر وي او هم د وخت پە تيرپىدو سره د كخورپى حجم د محتوى د كبلە  
زياتېبىي او د دې چانس موجود وي چې پە ھنډا عمليات كې اناتوميك تغيرات ڈېر شي او د  
Spermatic كورد اجرا قطع گېدو چانس زياتېبىي نو خومره چې ژر تشخيص شي هومره ژر عمليات  
شي د كىسىپى بل كوم لامل د جراحى مداخلى مضاد استطباب شواهد موجود نه وي

يوازى يو كوچنى مستعرض شق پە مغبني ناھىيە كې اجرا شي كورد Expos شي او كىسىپى د كورد  
خخه جلا شي او د processus vaginalis برخه كې يې ارتباط د پريتوان او T vaginalis قطع شي  
(Herniotomy) پە ماشومانو كې Hernioplasty نه كېبىي، Laproscopic چول هم د چورى د  
عملياتو لپاره پە ماشومانو كې ڈېر مروج نه دى، چوره بند هم د زياتو التصاقاتو لامل گرئىي بايد پە  
ماشومانو كې ورڅه استفاده ونه شي، يو لازمي هغه وخت چې كوم بل تکليف ولري او عمليات  
وھنډوں شي استعمالېبىي.

مغبني مختنق فتق: هغه چول فتق خخه عبارت دى چې د فتق محتوى د وينې جريان شدید متاثره  
شي او يا بالكل بند شي، چې د مختنقه برخې د ischemia او گانگريين لامل گرئىي چې گانگريين د  
اختناق شروع خخه ٥-٦ ساعته وروسته تاسىس كوي زياتره فخذىي فتق مختنق كېبىي او پە مغبني  
فتق كې هغه ماشومانو كې ڈېر ليدل كېبىي چې چوره بند استعمالوي، اكثره كوچنى كولمى د

مختنق فتق محتوي جوروسي او په نسخوکي يې محتوي اکثره تخدمان يا يوه برخه د فالوپین ټیوب تشكيلوي. (۵۲۷: ۲)

پېښې: تولو هغه ماشومانو کې چې عمر يې تر ۶ میاشتو پوري وي د اختناق چانس په کې ډېردي په بې مودې ماشومانو (Premature Risk) کې ۱۳-۵۳٪ ته رسپري حال دا چې په full term کې دغه فيصدې ۱۵-۱۲ فيصدې ته رسپري

پتولوزي: لمړي د چورې محتوي په انسداد مبتلا کېږي چې لمړي وریدي جريان مختل کېږي چې کولمي اختناقی او احمراري (سوروالۍ) کېږي او په کيسه کې Serosit مایع جمع کېږي د موضعی ډېر فشار د کبله وروسته شرياني جريان هم بندېږي او کولمي ارغوانۍ رنګ اختياروي، د کولمو هغه برخه چې د اختناق لاندې وي د لومن په داخل کې هم مایع تولېږي او لومن هم پراخېږي په کڅوړه کې هم وينه او هم مصلې مایع جمع کېږي (Bloody stained fibrinous exudate) د کولمو د سيروزا طبقي رنګ هم تغير کوي او د Antimesentric برحه کې هم رامنځته کېږي چې لمړي اتنان د کيسې داخل وروسته د پريتوان جوف ته تيرېږي او د پريتوان د لارې وينې دوران ته داخلېږي او د toxic شاک لامل ګرئي. (۵۲۷: ۲)

كلينيکي منظره: د ګډه درد: درد په ناخاپي ډول د پرسوب وروسته پيدا کېږي چې لمړي درد موضعی او وروسته په توله ګیده کې منتشر رامنځته کېږي، که تشقب رامنځته شي د Peritonitis لوحه رامنځته کېږي او اليوس تاسس کوي او ګډه نوره هم پرسېږي چې په تفتيش سره مغبني فتقیه برحه پرسېدلې د Expansil impuls د منځه ئې چې د کيسې په سر پوستکي نورمال وي خو سور معلومېږي، د ګانګرين حالت کې رنګ يې تور بخن کېږي. لمړي مرحله کې د کولمو حرکات د ګډه د پاسه ليدل کېږي وروسته د منځه ئې. په جس سره فتقیه برحه tens او سخته او دردناکه وي او د ارجاع وړنه وي. (۵۲۷: ۲)

درملنه: يوه عاجله جراحې پېښه ده، په عاجله توګه بايد عمليات شي تر خود اختناق خخه مخنيوي وشي که چېږي کولپس او ډيهايدریشن موجود وي نو NG TUBE تطبيق او د ورید له لارې مایعات ورته شروع شي، ناروغ ته ارامتیا لپاره مسکن تطبيق شي، د ماشوم سفلې طرف ته elevation ورکړل شي د مسکن تطبيق خخه وروسته ۲۵-۳۰ دقیقې وروسته پرسېدلې برخې ته مساز او فشار ورکړل شي، که ۴۸-۷۲ ساعته وروسته په اتخابي ډول

عملیات شي او که ارجاع صورت ونه مومني عاجل عملیات شي او د اختلاطاتو په نظر کې نیولو سره Herniotomy اجرا کېږي. د درې ساعتو لپاره ورته مایعات تطبیق تر خود عملیات لپاره اماده شي همدارنکه فولي کتیتر واچول شي، د NG TUBE تطبیق د انستیزی اندکشن په وخت کې د کانګو او Cardiac arrest څخه جلوګیری کوي. (۵۲۷ : ۲)

## لندېز

د مغبني صفن پرسوب په ماشومانو کې عام افت دی عاجلي پاملنې ته اړتیا لري چې تشخيص اسانه او په کلينيکي فزيکي معاينه کې واضح کېږي. په داخل رحمي ژوند کې د خصيې بنکته کېدنې په وخت د پريتواني رتج خخه خصيه صفن ته بنکته کېږي چې په دې برخه پريتوان په Processus vaginal ترمنځ پاتې کېږي چې د ولادي مغبني فتق لامل ګرځي.

چوره يا Hernia: د بدن د ولادي يا کسبي فوحې د لاري د بدن د احشاو یوه برخه يا توله احشا وتلو ته چوره يا فتق وايي، خو چوره زياته د بطني احشاو وتلوه وايي.

بطني فتق: عبارت دی د ګډه ډ د احشا يا د احشاو ديوې برخې وتل د ولادي يا کسبي فوحې خخه عبارت دی. د بطني فتق زياته برخه extra abdominal فتقونه جوروی د intra abdominal پېښې ډېر کم دي.

بطني باندニي يا خارجي فتقونه عبارت دی له: مغبني چوره، فخذي چوره، د نامه چوره او د پخواني شق شوي برخې فتق د بطني فتقونو له جملې خخه ډېر، ئينې لې او ئينې نادرأً واقع کېږي. فتقونه په خو ډولونو طبقة بندې شوي دي چې د هغې له جملې خخه یې: Irreducible، Reducible، Strangulation او Inflamed، Obstructed د فتق په سريري تظاهراتو کې د ګډه ډ درد او کانګې شاملې دي.

د غير مستقيم مغبني فتق سريري شکلونه عبارت دی له: Complete، Funicular، Bubonocele (Scrotal) خخه.

Saddle bag pantaloons Hernia: عبارت له هغه فتق خخه دی چې مستقيم او غيرمستقيم فتق يو ځای واقع شوي وي. په دې وخت کې دوه کيسې موجودې وي يو یې د Inferior epigastric artery په انسې کې او بل یې په وحشي کې وي چې لمړي یې مستقيم او دويم یې غيرمستقيم مغبني فتق پورې مربوط وي. يعني Inferior epigastric artery یې په مينځ کې قرار لري.

## پونستنی

۱. په ماشومانو کې زیاتره کوم فتقونه لیدل کېږي:

a. مغبني فتقونه

b. غیرمستقيم مغبني فتقونه

c. په نارینه ماشومانو کې

d. درې واړه سمدي

۲. مغبني فتقونه په ماشومانو کې خه وخت عملیات کېږي:

a. ۳-۲ کلنۍ کې

b. یو کلنۍ کې

c. ۹-۶ کلنۍ کې

d. کله چې تشخیص شي عملیات کېږي

۳. مختنق زیاتره په کوم نوعه چوره کې زیات لیدل کېږي:

Umbilical hernia .a

Direct inguinal hernia .b

Femoral hernia .c

په درې واړو کې .d

۴. په لاندې کومو فتقونو کې مشتت وي: Silk glove sign

Direct inguinal hernia .a

Indirect inguinal hernia .b

Strangulated inguinal hernia .c

Incarcerated inguinal hernia .d

۵. په لاندې کومو فتقونو کې مستقيم او غیرمستقيم مغبني فتقونه موجود وي:

Obstructed hernia .a

Richter's hernia .b

Reducible hernia .c

Pantaloone hernia .d

٦. په مختنق چوره کې لمپی کوم پتولوژیک حالتونه رامنځ ته کېږي؟
٧. په مختنقه چوره کې اسکیمیا خه وخت منځ ته رائي؟
٨. په نوي زېږيدلې ماشوم کې مستقیم مغبني فتق په رامنځته کېدو کې کوم لامل زیات روں لري؟
٩. غیرمستقیم مغبني فتق باید د کومو بنجینه نارو غیو سره فرق وشي؟
١٠. Bobnocele فتق خه ډول فتق دی؟

## مأخذونہ

۱. Arnold G Coran. (۲۰۰۷) Pediatric Surgery, EISEVIR Saunder P. ۹۹۲
۲. Devendra K Gupla. (۲۰۱۰) Pediatrics Surgery diagnosis and Manag. Jaypee Brother P. ۵۲۷
۳. Golka T, Holschneider AM, Fischer R, Blessing MH Z. Kindchir Pa. ۴۴, ۸۸, ۹۰.
۴. GrosFeld JL. (۱۹۹۵) Hernia in child Rob and Smithos Operative Surgery, Ped. Surgery Eds Snitz, Coran, Ag chapman and hall London P. ۲۲۲
۵. Paull TG etal. (۲۰۰۰) Inguinal hernia in Fan Repair. Arch. Dis, child P. ۴۴۲
۶. R. Kulshrestha. (۲۰۰۷) Common Problems in Pediatrics Surgery, CBS New delhi india P. ۳۲۲
۷. KEITH W. Ashcraft, GEORHE W.HOLCOMB, J. PATRACKMURPHY (۲۰۰۵), EISEVIER Saunder P. ۲۷.
۸. Skandalakis JE, Gray SW. Embyology for Surgeon Baltimore, Williams and wilkins P. ۵۷۸
۹. Sriram Bhat M. (۲۰۰۷) SRB's Manual of Surgery, Jaypee Brothers P. ۵۲۴
۱۰. Weber TR, Tracy Jr TF. (۲۰۰۰) Grain hernia, Saunder Comp. Philadelphia, Pp. ۲۵۴-۲۲۲

## پنجم فصل

### تیراتوما

تیراتوما: د یوه غت او معمول تومور خخه عبارت دی چې د زوند په لمرنيو درې میاشتو کې ليدل کېږي د نوموري تومور د نشونما لپاره Precoccygeal مساعده ناحیه بلل کېږي چې د یو ګروپ حجراتونشونما د ابتدائي Primitive Knot په ډول له توموري حجراتو خخه منشه اخلي، دغه تومور د مختلفو انساجو خخه تشکيل شوي وي چې په نورمال حالت کې موجود نه وي.

Post-Anal-Dermoid-Cyst: د سکروم په قدام سفلی او د Coccyges په قدامی برخه کې د یوې کتلې په ډول منځ ته رائي چې د تراوما لوړنۍ شکل تمیلوي چې دا سیست بیرون خوا ته Sinus جورووي د اتنان په مداخلې سره د ساینس لامل گرئي چې کله هم د عمر ترا خيره د وروکي سیست په ډول پاتې کېږي او کله هم د غتېدلو له کبله د تغوط د بندې د لامل گرئي.

autosomal: یوه ولادي عامه جنیتیکي ناورغې ده چې په dominant شکل رامنځته کېږي. چې په پښتوروګو کې متعدد سیستونه موجود وي، چې متصف دي په فلانک pain, Heamaturia, renal failure او نور.

نفروبلاستوما: د پښتوروګو د ولادي خبيث تومور خخه عبارت دی چې د میتانفروجینک حجراتو خخه منشا اخلي. نوموري افت په ماشومانو کې د خبيشه ناروغیو نړدي ۱/۵ برخه تشکيلوي.

نيوروبلاستوما: په ماشومانو کې د ګډهې عام جامد ابتدائي تومور دی چې د Premitive Neural (ابتدائي عصبي برجستگي) خخه سرچينه اخلي چې د Adrenal Medula (۴۰٪), Cervical crest

ناحیې رقبی سمپاتیک خنخیر د صدری ناھیې سمپاتیک خنخیر او د حوصلی سمپاتیک (٪ ۲۵) خنخیر په بر کې نیسي. دا یو خبیث تومور دی چې درملنه یې په اوستني وخت کې هم یو چېلنځ دی.

## ۵. ۱ تیراتوما

### ۵. ۱. ۱ تعريف

د یوه غت او معمول تومور خخه عبارت دی چې د ژوند په لومړی درې میاشتو کې لیدل کېږي، او د اسې عقیده موجوده ده چې د نوموري تومور د نشوونما لپاره Precoccygeal برحه مساعده ناھیه بلل کېږي. همدارنګه د اسې ویل کېږي چې دغه ئای د یو ګروپ حجراتو نشوونما د ابتدائي Primitive knot په ډول کوم چې توموري حجرات ترې منشا اخلي، پېژندل شوي دي. دغه تومور د مختلفو انساجو خخه تشکيل شوي ده چې په نورمال حالت کې موجود نه شي.<sup>(۱۵۶:۱۰)</sup>

پېښې: یوه پېښه په ۴۰۰۰۰-۲۰۰۰۰ تولو ژوندي ماشومانو کې لیدل کېږي چې Sacrococigel شکل یې عمده نوعه جوروی چې ۳۵۰۰/۱ پېښه تشکيلوی په مؤنث جنس کې ډېر عموميت لري، معدووي شکل په مذکر جنس کې ډېر لیدل کېږي دا تومور زیاتره په Sporadic ډول لیدل کېږي په ۲۰٪ واقعاتو کې مړ زېرون یا Still birth ورکوي.<sup>(۱۵۶:۱۰)</sup>

دغه تومور د سکروم او ریكتوم ناھیو ترمینځ تآسس کوي چې لړه اندازه په عصص هډوکې باندې هم ارتکاز کوي، او کله کله د سکروم په لومړی فقرې هم ارتکاز کوي. Ҳينې وخت دا تومورونه د زېرون په وخت کې هم موجود وي خو کېدای شي چې په ۲۰٪ پېښو کې ماشوم مړ تولد شي. کېدای شي چې تومور کله ډېر غت او یا ډېر وړوکې وي. د اسې نظریات هم شته چې گنې دا تومور د لس میاشتنې په عمر خباتت ته واورې.

## ۵. ۱. ۲ ډلبندۍ

د رشیمي په دوره Gercell چې د Yalksac خخه منشا اخلي چې د ګونادونو تومور ابتدائي شکل دی او په ۲ شکلو یعنې Mature پوخ او خام یا immature شکل دی، په ۲۵٪ واقعاتو کې په مخلوط شکل موجود دي چې د یوه خخه ډېر انساج لري په ۴۲٪ واقعاتو کې د تخدمان یا Ovary توموري انساج ورسه وي او په ۲۱ واقعو کې د mediasteneum تومور انساج ورسه لیدل کېږي په mature شکل کې انساج Well differentiated انساج لري، خام شکل immature شکل یې د انساج لري د epithel او ovary انساج اکثره وخت خبیث وي چې کیموترافي ته neuroectoderm

ارپتیا پیدا کوي او Recurrency چانس يې دېر دی. د yolk sac تومورونه (Endodermal sinus) او Well differentiated choriocarcinoma په تومورو کې لور چانس د خباثت لري چې ډېر عام تومورونه يې د ماشومانو په ابتدائي تومورو کې Sacrococcigel یا تخدمان او د بالغ کېدو مخکې د خصيو تومورونه دی (Seminoma) چې لاندې انواع یو د بل خخه بنه توپير کېږي: (۱۰۰: ۱۵۶)

- ۱- بهرنۍ کتله چې داخل خواته زياته نه وي (۴۷٪) (چې په ۱-۵ شکل کې بسودل شوي دی)
- ۲- کتله زياته بهرنۍ وي ولې حوصلې ته هم داخل شوي وي ۳۴٪
- ۳- زياته برخه د کتلې حوصله کې داخل او کمه برخه بهر وي ۹٪
- ۴- ټوله کتله presacral داخل د حوصلې وي ولې بهر موجود نه وي (۱۰٪) (۷٪: ۹۷)

### ۵. ۱. ۳ اعراض او علايم

د تومور اعراض د کتلې سايز او موقعیت پوري اړه لري، غت تومورونه چې د ګېډۍ خواته موقعیت ولري د قبضیت د ادرار احتباس ورکوي د خباثت عمومي اعراض لکه د اشتھاکموالي، وزن بايلل او کله هم portal paresthesia په سفلې طرف کې ورکوي چې parasthesia ورسره ملګري وي. (۱۰: ۱۵۸)

تشخيص: د زېرون وروسته د کتلې په ډول چې اکثراً د Meningocele سره غلطېږي ليدل کېږي په داخل رحمي ژوند دويم ترايمستر کې U/S په واسطه تشخيص کېږي په شکمن حالت کې د MRI په واسطه تشخيصېږي باید د Lipoma، لمفوم او انجيوما سره توپير وشي.

اختلالات: امكان لري premature ماشومانو کې د زړه عدم کفايه، DIC، خونريزي او هاپوكلسیما، Ulceration، Infection، د بولی ادرار بندښت، خباثت.

### ۵. ۱. ۴ درملنه

درملنه يې جراحې ده چې باید په بېړني ډول سره وویستل شي چې د یوه اوږد شق سره ټول تومور تر coccyses پوري. (۱۰: ۱۵۶)

جراحې درملنه: ماشوم ته ریکتیل تیوب تېر شي په کتله یو طولاني شق اجرا شي التصاقات جلا او تومور مکمل وویستل شي Coccigus هم قطع او کله کله ورسره سکروم یو برخه هم وویستل کېږي امكان لري د rectum سره فیستول ورکړي وي چې کولوستومي ته اړتیا نه پیدا کوي او په ابتدائي ډول ترمیمېږي البته د عملیات په وخت بايوپسی وانخستل شي. (۱: ۵۱۰)



۱-۵ شکل تیراتوما را نبیی. ([www.pal.assist.com](http://www.pal.assist.com))

## ۲.۵ Post-Anal Dermoid Cyst

### ۱. تعريف

د سکروم په قدامي سفلې او د **Coccyges** په قدامي برخه کې کله کله یوه کتله مینځ ته رائي چې د **post-anal dermoid cyst** په نوم يادېږي چې په حقیقت کې دغه سیست د ساده **teratoma** یو لمړنۍ شکل تمثیلوي. کېداي شي چې نومورې سیست دباندي خوا ته یو **sinus drainage** ولري خو کله کله د اتنان مداخله هم د دې ډول **sinus** د منځته راتلو لامل ګرځدای شي. دغه سیست کله هم تر زړښته پوري وروکۍ پاتې کېږي او کله هم کېداي شي چې دې غتې شي او د تغوط د بندېدو لامل وګرځي. (۱: ۵۱۰)

### ۲.۵ تشخيص

د کلینيکي معایني او راديوجرافۍ په واسطه صورت مومني چې د **Sinus** په صورت کې کشیفه موادو سره **X-ray** اخستل کېږي په مشکوک حالت کې بايوپسي اخیستل کېږي. (۱: ۵۱۰)

### ۳.۵ تفریقی تشخيص

۱: **Presacral meningocele** یا **Anterior sacral meningocele**: په دې پیښه کې کله چې ناروغ ماشوم وټو خېږي یا وزاري نو په کتله کې یو **expansive impulse** پیدا کېږي او که نومورې کتله بدل شي نو **CSF** مايغ ترې راوخي او همدارنګه کېداي شي چې ماشوم فلچ او هم ولري.

۲: که چېري post-anal dermoid cyst دباندي خوا ته فیستول پیدا کړي نو بايد د pilonidal sinus سره DDx وشي. په دې صورت کې د شهادت ګوته ریکټوم ته دتنه کېري او په بل لاس په sacro coccygeal ناحیه کې په تومور باندي فشار واردېږي په دې وخت کې د سیست خخه یو ډول sebaceous مواد راوخي او که په سیست کې کشیفه مواد زرق کړو نو د رادیوگرافی په کلیشه کې یو bottle neck ډوله جورښت لیدل کېري. <sup>(۱۰۰: ۱۵۶)</sup>

۳: د فزیکي معاينې، کلینيکي نښو او رادیوگرافی (د کشیفه موادو سره) په واسطه تشخیص وضع کېري.

#### ۴. ۲. ۴ درملنه

د منتن کېدو په صورت کې ناروغ ماشوم ته اتني بیوتیک توصیه کېري او په موضعی ډول ناحیه پاکه ساتل کېري وروسته د جراحی عملی سره Cyst ویستل کېري. <sup>(۷: ۹۷۲)</sup>

#### ۵. ۳ د پنستور ګوپولي سیستیک ناروغی

##### ۵. ۳. ۱ تعریف

یوه ولادي عامه جنیتیکي ناروغی ده چې په autosomal dominant شکل رامنځته کېري. چې په پنستور ګو کې متعدد سیستونه موجود وي، چې متصف دي په: فلانک pain, Hematuria, renal failure او نور.

#### ۵. ۳. ۲ پېښې او کلینيکي انواع

په ۵۰۰ زیبېدلو ماشومانو کې یوه پېښه لیدل کېري، امکان لري چې fetal form کې ګلومیرولونه متبارز وي، شونې ده چې د صفراوي لارو سیستونه او یا د پانقراص، سپو او توري کې هم سیستونه موجود وي، دوه ډوله چې یو یې Autosomal recessive پولی سیستیک ناروغی چې یوه غیر معموله ناروغی ده چې ۱۰۰۰۰۰ ژوندي تولد شوي ماشومانو کې لیدل کېري او خلور ډولونه لري يعني Prenatal، Neonatal او Juvinile شکل

چې prenatal شکل کې مورگانی Oligohydraminos لري چې ماشومان تنفسی Distress لري چې pulmonary هایپوپلازیا سره ملګری وي په Juvenile او Infantile شکل کې د پنستور ګو عدم کفایه موجود وي ولې تر ۵ کلنۍ پوري Dialysis ورتنه نه اجرا کېري، وروسته د ۵ کلنۍ Dialysis او بیا ورتنه Transplantation اجرا کېري. <sup>(۱۰: ۱۵۶)</sup>

بل شکل Autosomal Domonant پولی سیستیک د پنستورگو ناروغی چې پنستورگی غت وی تنفسی distress ورسه ملګری وی. ډېر ماشومان د دې ناروغی هایپرتنسن لري په داسې حال چې د createnene کلیرینس نورمال وی، په ډېر و کمو واقعاتو کې د ۵-۷ کلنی پوري Hemodialysis ته اړتیا پیدا کوي چې د یوه کلنی وروسته غت پنستورگی د جس وړو چې ورسه هایپرتنسن او پروتین یوریا ملګری وی چې پنستورگی په عدم کفایه مبتلا وي. (۱۰:۴۷۰)

### ۵. ۳. ۳ پتالوژي

د پتالوژي د نظره سیستونه په میدولا او کورتیکس کې موجود وي او نفرونونه شریک وي او تیوبولونه هم ماوف وي چې درملنه یې Transplantation او د پنستورگو سره صورت مومني

### ۵. ۳. ۴ کلینیکي بنه

دا ماشومان هایپرتنسن لري چې proteinuria ورسه ملګری وی، ولې د پنستورگو عدم کفایه په کې ډېر لب واقع کېږي او د فلانک د ناحيې درد او حساسیت ورسه موجود وي. په دې ناروغی کې د ډول renal cell carcinoma ليدل کېږي. (۱۰:۱۵۶)

### ۵. ۳. ۵ تشخيص

تشخيص یې د تاریخچې، کلینیکي معایناتو او رادیولوژیک معایناتو او همدارنګه د بايوپسی پواسطه تاکل کېږي.

### ۵. ۳. ۶ تفریقی تشخيص

باید د Willm's تومور او نورو سیستیک ناروغیو سره توپیر وشي د پنستورگو سیستیک ناروغی اکثره یو سیست لري او یو طرفه وي.

### ۵. ۳. ۷ انتار

په وخیم شکل کې ماشوم د ماشومتوب په دوره کې د منځه ئې، په کمو واقعو کې ماشوم لسو نه تر ۱۲ کالو پوري ژوندی پاتې کېږي، ولې په سلیم شکل کې ناروغان تر ۶۰-۷۰ کلنی پوري ژوندی پاتې کېږي.

### په دواوه شکلو کې درملنه hemodialysis او Transpalntation دی

**Multicystic dysplastic kidney:** په دې ناروغى مبتلا توي زېږيدلې ماشومان په وسیع ډول د پښتورو ګونهای خرابوالی رامنځته شوی وي (چې په ۲-۵ شکل کې بنو دل شوی دی)، د پښتورو ګو په metanephritic stage کې کله چې په PUJ کې بندبنت يا د حالب او حويضي اړيزيا موجوده وي، رامنځته کېږي. د کم تیوبولونو او ګلومیرولونو دوامداره وظيفي له کبله هايدرونفروزس په proximal برخه کې منځته رাখي، چې د پښتورو ګو افراغي يا excretory دندو تعین د پښتورو ګو د مخه نيسې، او پښتورو ګي dysplastic کېږي. پاتې کم شمېر ګلوميرولونه ډېره لېره دنده ترسره کوي، ولې که ډسپلازيا موجوده نه وي بیا هم PUJ انسداد د پښتورو ګو دنده بنه کوي. په هغه صورت کې چې انسداد دوام وکړي اتنان مداخله کوي او په پښتورو ګو کې متعدد سیستونه منځته رাখي چې مختلف جسامتونه لري او مخ کې Stroma کم موجود وي چې پښتورو ګي خپل شکل د لاسه ورکوي، په هغه صورت کې د پښتورو ګي جسامت ۵ ساتي متره خخه کم وي ويستل کېږي او که د ۵ ساتي متر خخه کم وي نو ممکنه ده چې په بنفسه ډول له مينځه لاره شي، خرنګه چې multicystic dysplastic پښتورو ګي کې د خبات چانس ډېر دی ډسپلاستيک پښتورو ګي ويستل استطباب لري.

(۱۳۹۵: ۱)

**پتولوژي:** د ماشومتوب په دوره کې سیستونه کوچني او ډېر وي چې دواړو پښتورو ګو مخ او قشر کې سیستونه موجود وي چې د دې ترمنځ د پښتورو ګو نورمال پرانشيم انساج موجود وي. په لويو ماشومانو او کاهلانو کې پښتورو ګي لوي وي او سیستونه هم غټه وي چې د پښتورو ګي کلیسونه او حويضه تغير شکل کوي. د پښتورو ګو پرانشيم د سیستونو په واسطه تر فشار لاندې وي او په هغه کې بین النسجي نفرايتېس تغيرات لیدل کېږي چې د پښتورو ګي په پیالونفرايتېس مبتلا وي او د پښتورو ګو تېبرو د جور ډول لامل ګرخي.

**کلينيکي لوحه:** په یوه خوا پښتورو ګي چې ماشوم هماگه طرف کې د تکاري ګډه ډول د ګډه ډول کتلې، هماچوريا او هايپرتنسن خخه شاكې وي، که افت دوه طرفه وي نود ماشوم مخصوص مخ يا وجه لري چې د oligohydroamnios او د سربو هايپرپلازيا له کبله رامنځته شوی وي، چې ۱۰-۲٪ پېښې په اخره مرحله يا end stage کې وي. امكان لري ماشومان پیالونفرايتېس اعراض ولري چې کم خونې ورسه ملګري وي. (۷۲۵: ۷)

معاینات: ۱: U/S د تشخیص او تفریقی تشخیص سره مرسته کوی، په ئانگری ډول په هایدرونفروزس کې ډېر اهمیت لري.

۲: Renal scan: چې د پنستورګو دندو په اړه خصوصاً د زېبرون څخه وروسته موبته بشپړ معلومات راکوی چې پنستورګي نورمال پاتې کېږي او سیستونه موجود وي

تشخیص: ناروغ ماشوم په تاریخچه کې د پنستورګو د ناروغی حکایه کوي او همدي لپاره ورته درملنه شوي وي، د فلانک درد، د غټه پنستورګي جس، Nephritis، Hematuria، اعراض په ناروغ ماشوم کې موجود وي، د پوره تشخیص لپاره Scaning، IVP او د پنستورګو ارتیروگرافی اجرا کېږي چې په IVP کې د پنستورګو دندې بطی اوسي، پنستورګي غټه او د کلیسو سوی اشکال او اوبدوالي رامنځته کېږي، البتہ په اولو مرحلو کې تغیرات نه لیدل کېږي. (۷۲۵: ۷)

U/S کې د پنستورګو لوی والی او سوی شکل موجود وي، په انجیوگرافی کې د پنستورګو اوعیې او بودې وي او نری معلومېږي.

د ناروغانو خارنه او درملنه: د درملنې بنستیزه موخه د پیالونفرايتیس او هایپرتنسن او د مایعاتو او الکترولایتو توازن په هکله ده، په هغه صورت کې چې multicystic dysplastic kidney تشخیص شي ناروغ ماشوم تر خارنې لاندې نیول کېږي. چې ممکنه ماشوم په بنفسه ډول به شې (په ۷-۶ میاشتو کې). یا کېدای شي چې ډېر وخت ونیسي، ولې د خباثت خطر جدي ستونزه جوروی جراحی درملنه هغه وخت اجرا کېږي چې اختلاطې (تېږي، هیماچوریا، پیالونفرايتیس، pyonephrosish او خباثت) پاتې شي. (۷۲۵: ۷)

لاندې تکي په نظر کې نیول کېږي:

۱: د زېبرون څخه وروسته په لمړۍ هفته کې U/S اجرا کېږي او تر درېو میاشتو دواام ورکول کېږي.

۲: CT scan د ۴-۲ اوونې وروسته اجرا کېږي تر خود پنستورګو دندې معلوم کړي.

۳: په هغه صورت کې چې د حالب منځنې برخه متضيقه يا PUJ په بشپړه ډول بند وي او د پنستورګي وظيفه هم معلومه نه وي نو بیا پنستورګي ویستل کېږي.

۴: په هغه صورت کې چې بله انومالي موجوده نه وي په متکرر ډول د ۲-۱۲ میاشتو پوري U/S اجرا کېږي، او که د پنستورګي سایز د ۵cm څخه ډېر او یا تغیر ونه لري پنستورګي ویستل کېږي.

۵: په هغه صورت کې چې د پښتوري گي جسامت کوچنۍ وي نو S/U د ۲ خخه تر ۳-۵ کلنۍ پوري اجرا کېږي. خو که د پښتوري گي جسامت کم نه شي نفريكتومي ورته اجرا کېږي. (۷۲۵)

د جراحې درملنې په واسطه کله هم Drainage او يا cystostomy او مخاطي غشا د Cystcurret کېږي او omentoplast اجرا کېږي، که د پښتوري گو عدم کفايه رامنځ ته شي باید هيمودياليس او ترانسپلاتنتيشن اجراء شي. (۷۲۵)



۲-۵ شکل [abdominalkey.com](http://abdominalkey.com) رابسيي. Multicystic dysplastic kidney

## ۵. ۴. ويمز تومور يا نفروblastoma

### ۵. ۴. ۱ تعريف

د پښتوري گو د ولادي خبيث تومور خخه عبارت دی چې د ميتانفروجيونک حجراتو خخه منشا اخلي نوموری افت په ماشومانو کې د خبيشه ناروغيو نړدي ۱/۵ برخه تشکيلوي.

پېښې او اپيديمولوژي: تر ۱۵ کلنۍ پوري ۲% جوروې په يو ميلون ژوندي ماشومانو کې ۷% ليدل کېږي، په امريكا کې هر کال ۰۰۵ خخه ۵۵۰ پېښې ليدل کېږي په اسيايي خلکو کې کم ليدل کېږي، متوسطه موده د تشخيص لپاره ۳۶ مياشتې عمر دي او ډېر واقعات په ۳-۳,۵ کلنۍ کې ليدل کېږي، او کېداي شي دغه ناروغې د يوه تعداد ارثي ناروغيو سره يو ئاي رامنځته شي لکه Polycystic او Fused Horseshoe پښتوري گي Cryptorchidism، Hypospadias، پښتوري گي او نور ... په درې کلنۍ کې په دواړو جنسونو کې په مساوي اندازه پیدا کېږي. په ۵% پېښو کې دواړو خواوته ليدل کېږي، او د پښتوري گي په هره برخه کې نشوونما کوي. تومور د ډېرې مودې لپاره د پښتوري گي په کپسول کې وده کوي. نړدي او لري برخوته د وينې او لمف د لاري خپرېږي چې اکثراً د ناروغې ميتاستاز سربو، حيګر، هدوکو او لمفاوي عقداتو ته وي. (۴۳۷: ۱۰)

## ۵. ۴. ۲ کلینیکی منظره

د ناروغۍ په پیل کې اعراض او علامیم خرگند نه وي خو وروسته خثافت، د وزن کمپدل، د اشتہا خرابوالی، د ګېډي دردونه، زړه بدوالی او تخرشیت په ناروغ کې لیدل کېږي. په %۸۰ واقعاتو کې ناروغان د ګېډي کتلې په نوم ډاکتر ته مراجعه کوي چې د مور او پلار لخوا د لوڅولو په وخت ورته متوجه کېږي. (۷۲۵: ۷)

کله چې تومور غت شی په ګیله کې یوه کتله د جس وړوي چې د پښتوري ګو زاویه ډکه جس کېږي. چې په دواړه لاسی معاينې د bimanual exam په واسطه په بنه ډول د جس وړوي. په دې وخت کې کولمې بې ځایه کېږي او تومور په خپلو مجاورو احشاو باندي فشار راوري، چې ناروغ ته د ګېډي درد، د کولمو د انسداد نښې، حبن او د ګېډي د جلد لاندې د وریدو د برجسته کېدو لامل ګرځي. چې اکثرًا په ناروغه ماشوم کې هماچوريا، د وینې د فشار لوروالی په متوسطه اندازه لور وي. که چېږي تومور د پریتوان خلف ته اتشار کړي وي او ناروغ ته د IVC Venocavography اجراسي تومور بنکاري، په دې ترتیب چې تومور په IVC فشار واردوي او filling ډیفیکټ لیدل کېږي، که د پښتوري ګو ورید خوا ته تدور غت شی او فشار ورباندي راوري په چې طرف کې د Spermatic کورد ورید بند پېږي او Varicocele لامل ګرځي. او همدارنګه که سړو او هډو کو ته یې میتاستاز ورکړي وي نو په ایکسری که بنه خیال ورکوي. د سایتولوژي معاينې لپاره باید کتله بذل او مواد واخستل شی چې د تومور په تشخيص او تفریقی تشخيص کې مرسته کوي. او همدارنګه د نیوروبلاستوما خخه یې په ادرار کې د کتیکولامین د تثبیت په واسطه، او د هډو کو د مخ یا د هډو کو مغز د معاينې په واسطه DDX اجرا کېږي. ځکه چې نیوروبلاستوما کتیکولامین افرازوی او د لمري ځل لپاره میتاستاز کوي. د ګېډي التراساونډ هم د ناروغۍ په پېژندلو کې مرسته کوي ځکه چې د ګېډي US د مقابل پښتوري ګي خرنګوالی او کولمو نورو برخو ته د تومور اتشار رابنيسي. د سینې راديوګرافی د سړو میتاستازس معلوموي او CTScan او MRI په کمو واقعاتو کې توصیه کېږي. (۴۳۸: ۱۰)

## ۵. ۴. ۳ د تومور پرمختګ مرحلې

۱: لمري مرحله: په دې مرحله کې تومور د کپسول په دنته کې وي.

۲: دویمه مرحله: په دې مرحله کې تومور په خپله محفظه کې نشوونما کوي او لوېږي.

۳: درېمه مرحله: په دې مرحله کې تومور خپلې مجاوري عضوي اخته کوي او نبدي لمفاوي عقداتو ته کوم چې د پريتوان په خلف کې موقعیت لري، انتشار کوي.

۴: خلورمه مرحله: په دې مرحله کې تومور د وينې په واسطه لري اعضاو ته لکه سبې، حيگر او هلهوکو ته انتشار کوي.<sup>(۴۲۳:۱)</sup>

معاينات: د تشخيص لپاره لاندې معاينات اجرا کېږي:

۱- ساده راديوجرافۍ: د ګېډې په راديوجرافۍ کې تومور د نسجي کتلې په ډول معلوموي او خينې وخت Calcification په کلیشه کې لري.

۲- IVP: په دې معاينه کې د کلیسي سیستم بې ئایه کيدل او سوی شکل تغیر په کې لیدل کېږي، د کتلې موقعیت، غتوالي او هم د مقابل طرف پښتوري ګي دندې په مورد معلومات ورکوي.

۳- CTScan: د دې معاينې په واسطه د تومور په مورد او میتاستاز نوډولو لپاره معلومات ورکوي

۴- MRI: یوه بي خطره او بنه معاينه ده او د عملیات پلان لپاره بنه معاينه ده

۵- Fine Needle Aspiration: سایتولوژي: د تشخيص تایید او کیمودرایپی لپاره مهم ګنل کېږي  
۶- V. C Inferior venacava graft: د تومور وسعت ته معلومات راکوي ولې ډېر نه توصیه کېږي

تشخيص: د کلينيکي معاينې او متممه معايناتو سره اجرا کېږي او درې هدفونه تري ترسره کېږي:  
لمړي د تومور منشا، او هم د تومور وسعت، دوہ طرفه تومور او د میتاستاز لپاره.<sup>(۴۳۸:۱۰)</sup>

#### ۵. ۴. ۴. تفریقی تشخيص

۱: د پښتوري ګوافات:

A: Congenital هایدرونفروزس (ولادي یا مورنی هایدرونفروزس)

B: double Kidney (ډبل یا دوہ پښتوري ګي)

C: Horse Shoe Kidney (د اسپ نعل ډوله پښتوري ګي)

D: Polycystic Kidney (پولي سیستیک پښتوري ګي)

E: نیوروبلاستوما (نیوروبلاستوما)

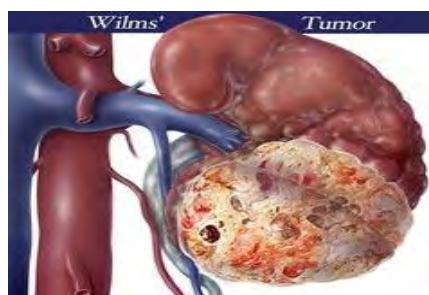
۲: د ناحيوي لمفاوي عقداتو افات: A: لمفانجوما، B: د لمف نود تومور. (۷۲۵)

۳: د گېډي افات: هيپاتوميگالي، د کولمو ولادي سوي اشكال، د توري غتوالي، د حيگر او توري تومورونه، د مثاريقي او د مثاريقي د لمفاوي غدواتو تومورونه.

۴: د مبيضونو يا تخدانونو افات: د مبيض تومورونه په تېره د مبيض تيراتوما.

د پورته ذکر شوو ناروغيو سره تفريري تشخيص د لبراتواري معايناتو، راديولوزيك، انجيوكرافي او التراساونه په واسطه ترسره کېږي. خو د ځينې ناروغيو سره لکه نیوروبلاستوما سره یې DDx چې سخت وي چې د دې لپاره باید استکشافي لپراتومي اجرا شي. (۷۲۵، ۳-۵ او ۵-۵ شکل کې نبودل شوي دي

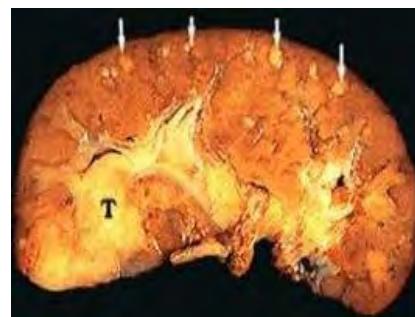
۵: د مثاريقي د سيستونو، دمثاريقي د لمفاوي عقداتو د Lymphosarcoma سره یې د راديولوزي، IVP او التراساونه په واسطه ترسره کېږي، خو IVP د دې ناروغۍ د تفريري تشخيص لپاره بنه معاينه ده.



۴-۵ شکل د پښتوروګي په بشكتني لوب کې د  
ويمز تومورنسبي (pinterest.com)



۳-۵ شکل د Willims tumor د ګراس  
پتالوژي نسي (Medscape.com)



۵-۶ او ۶-۵ شکلونه: د پښتوروګو تومورونه را نسي (medicaldictionary.com)

## ۵. درملنه

د دې تومورونو درملنه د جراحی، رادیوتراپی او کیموترایپی په واسطه ترسره کېږي.

د دې ناروغانو د جراحی عملیاتو لپاره ګیده په پراخه ډول د Medline خخه خلاصېږي تر خود ګېډې  
تول احشا لکه ئیگر، توری، د مثاریقی لمفاوی عقدات، د پریتوان د خلفی برخې لمفاوی عقدات  
او مقابله لوري پښتوري ګی د میتاستاز د شتون لپاره په ئیر سره وکتل شي. (۷۲۵)

په جراحی درملنه کې لاندې نقطې په نظر کې نیول کېږي

۱- تومور باید په مصئون ډول وویستل شي.

۲- د تومور Staging په دقیق ډول اجرا شي.

۳- د عملیات په وخت د پوره احتیاط خخه کار واخستل شي او د اختلالاتو مخه ونیول شي.

۴- د عملیاتو پروسیجر مخکې پلان د مخې اجرا شي او د ناروغ په دوسیه کې ولیکل شي.

لمړی باید تومور د خپلو مجاورو احشاو خخه تسلیخ او بېل شي، بیا وروسته یې ثویق یا Pedicle  
موندل کېږي چې لمړی باید ورید او بیا وروسته شريان او په درېم قدم کې حالب پیدا او تړل کېږي،  
او قطع کېږي. وروسته بیا مجاوري احشاوې تفتیش شي، که د میتاستاز نښي په کې ولیدل شي نو  
هغه هم د امکان تر حده لري کړل شي. د نوموري ناحيې لمفاوی عقدات باید په نښه شي ترڅو د  
رادیوتراپی په وخت کې یې موقعیت و پېژندل شي.

شعاعي درملنه هم ډېره ګټوره ده چې د عملیات خخه د مخه او د تومور د ویستلو خخه وروسته  
مجموعاً ۱۵۰۰ Rad ۲۰۰۰-۳۰۰۰ شاعاع او عملیاتو خخه وروسته بیا ۵۰۰۰ Rad شاعاع ورکول  
کېږي. (۷۲۵)

کیمoterapi هم ډېره اغيزمنه درملنه ده چې د عملیات خخه د مخه د خلورو اونيو لپاره یو کورس  
ناروغ ته توصیه کېږي، او د عملیات خخه وروسته ۷-۶ کورسه تر ۲-۱ کلنۍ پوري ورکول کېږي،  
چې په دې کورس کې Endoxin,Actinomycin-D,Vincristin درمل د دې ناروغۍ په درملنه کې  
ډېره اغيزه لري، او د درې وارو درملو خخه په ګډه يا combine ډول ګته اخيستل کېږي. رادیوتراپی

او کیموترایی د عملیات خخه د مخه او وروسته د میتاستارزد مخنیوی او همدارنگه د ناروغ د عود لپاره توصیه کېږي. د دې پورته درملنو سره سره بیا هم ناروغ ۵۰٪ تر خو کلونو پوري ژوند کولای شي او بس. (۴۳۰: ۱)

د دوه طرفه تومور درملنه: د دوه طرفه تومور درملنه ډېره ستونزمنه وي چې د یوې خوا باید ناروغی کنترول شي او د بلې خوا حتی الوسع کوشش وشي چې د پښتوري ګي زياته برخه چې دنده اجرا کوي وساتل شي چې لمړي باید نفریکټومي اجرا نه شي، باید لمړي دواړه طرفو پښتوري ګو خخه بايوپسي واختسل شي او بیا پارشل نفریکټومي اجرا شي يعني  $\frac{3}{2}$  برخې پښتوري ګي وساتل شي. د مجاورو غرو خخه هم بايوپسي واختسل شي، که ضرورت وي لمړي باید کیمoterایی اجرا شي، د اړتیا په وخت بیا عملیات اجرا شي او د کیمoterایی او راډیوتراپی سره تعقیب شي. (۴۳۹: ۱۰)

## ۵.۴.۶ اتزار

پتالوژي او اتزار: د حجراتو په شکل کې یو غیر معمول توپیر لیدل کېږي چې د پخوانی مخلوط مراحل لري چې د پښتوري ګو بلاستوما حجري-ګلوميرول او تیوبولونه په کې لیدل کېږي او په لاندي ډول دوه ډوله د هستولوژي منظري لیدل کېږي.

۱ - Favourable هستولوژيک منظره چې د ژوندي پاتې کېدو چانس يې ۸۰-۹۰ سلنده دی.

۲ - Unfavourable هستولوژيک منظره: چې د ژوندي پاتې کېدو چانس يې ۵۴٪ سلنده دی.

## ۵.۵ نیورو بلاستوما

### ۵.۵.۱ تعریف

په ماشومانو کې د ګېډې یا عام جامد ابتدائي تومور دی چې د Premitive Neural crest (ابتدائي عصبي برجستګي) خخه سرچينه اخلي چې د Cervical Adrenal Medula (۴۰٪)، ناحيې رقيبي سمپاتيک ځنځير د صدرۍ ناحيې سمپاتيک ځنځير او د حوصلۍ سمپاتيک (۲۵٪) ځنځير په بر کې نيسې. دا یو خبيث تومور دی چې درملنه يې په او سنې وخت کې هم یو چېلنځ دی.

ابتدائي تومور کې تومور ۷۰٪ په ګيله کې وي او ۳۰٪ واقعات يې په نورو برخولکه، Cervical)، (Mediasternum) ۴٪ او ۳٪ Pelvic کې قرار لري. دا تومور د کیمoterایی سره بنه ټواب ورکوي خوب بیا هم درملنه يې مشکله ده. (۴۴۱: ۱)

اپیدیمولوژی او پېښې: د اپیدیمولوژی د نظره د **Infancy** دورې یو معمولي تومور گنل کېږي د ژوند په ۲۰ میاشتنی کې لیدل کېږي پېښې یې ۱۰۰۰۰ کې یوه پېښه جورووي په نارینه ماشومانوکې نسبت بسخينه ته ډېر لیدل کېږي. ارشیت هم په کې رول لري.  $90\%$  د کروموزوم نقیصه په کې رول لري چې **Dilation**، **Amplification** او **Hyperdiploid** تومور دی چې ډېرتصادف کوي **Brain Hemoblastoma** تومور او نفروبلاستوما.<sup>(۱۰:۴۵)</sup>

فزیوپتالوژی: دا تومور د ابتدایي سمتاتیک عقداتو او د اپرینال میدولاڅخه سرچینه اخلي چې لمړی د نیورو بلاستیک عقدې په شکل کپسول ته داخلېږي. دویمه مرحله کې وروسته د کپسول یو خوا ته نشوونما کوي ولې متوسط څخه تجاوز نه کوي، په درېمه مرحله کې د منځني خط څخه تیرېږي او د مقابل اړخ فقراتو ته تیرېږي، په خلورمه مرحله کې ټیگر، پوستکۍ، د هډوکو مخ، لمفاوي عقداتو او نورو ځایو ته میتاستاز ورکوي، نوموري تومور زیاته اندازه کتيکولامینونه یا استقلابي مواد لکه **Dopamin**، **Venyl monodilic**، **Homomandilic** اسيد او نور افراز او تولیدوي.<sup>(۷:۹۳۳)</sup>

## ۵. ۲ کلینیکي بنې

د دې تومور بیالوژیکې خواص ډېرتهاجمي (**Invassive**) وي چې اکثره وخت د موضعی او په فاصله کې د متاستازس په شکل ظاهرېږي. ۵% ډېر واقعات د دوه کلنۍ څخه مخکې اعراض ورکوي. امکان لري په **Antinatal** دوره کې هم التراساونډ په واسطه تشخيص شي، امکان لري حامله بسخې د جنیني تومور د کتيکولامین افراز د کبله هایپرتنشن او د پوستکۍ **Flashing** حالت ولري. معمولي کلینیکي لوحه د ګېډې د کتلې شته والى دې چې کتله سخته او نودولر او **Fixed** وي، په جس سره دردناکه وي زیاتره وخت په فلاڼک کې جس کېږي. د دې کتلې سره یو ځای ماشوم بې اشتھا يې لري، وزن بايلې او مخرش وي. ځینې وخت د ګېډې درد او د هضمی جهاز نور اعراض ورسره موجود وي. ۲۰% واقعاتو کې ماشوم هایپرتنشن لري چې د کتيکولامین د ډېر افرازله کبله رامنځ ته کېږي. امکان لري تومور په خلفي مېډیا ستینوم کې د فشار له کبله تنفسی مشکلات را منځ ته کړي چې په غاره کې د **Horner** سندروم لامل شي او په سترګه کې **Enophthalmos**, **miosis**, **ptosis** او یا نور اعراض ورکوي. امکان لري په بنسټهې ډول په داخل د تومور کې خونریزی رامنځ ته کړي چې حاده لوحه ورکوي او که د هډوکې مغز ته میتاستاز ورکړي د انیمیا سبب کېږي.

که دماغ ته میتاستاز ورکړي ماشوم مخرش او Ataxia لري امکان لري په نخاع د فشار له کبله پاراپلیجیا او یا د Caudaequina سندروم لامل شي. (۲۴٪).

د **Vasoactive intestinal poly peptide** افراز له کبله ماشوم ته او بل اسهال او د الیکترولایتونو عدم توازن پیدا کېږي امکان لري ماشومان د میتاستاز د کبله سپلینومیکالۍ ولري. (۱۰۰: ۴۴۶)

### ۵. ۳ تشخيص

رادیوګرافی: د ګېډې په ساده رادیوګرافی کې د ۵۰٪ خخه زیاتو ناروغانو کې Calcification لیدل کېږي، او هم په ساده رادیوګرافی کې میتاستاز ورکوي او هم د سینې رادیوګرافی کې میدیاستینوم فشار په مورد معلومات ورکوي په U. I. V. کې د مأوف طرف پښتوري ګې ځایه کېږي او د کلیسونو سوی شکل په کې لیدل کېږي او د کولمو بې ځایه کیدل هم په کلیشه کې لیدل کېږي.

التراساونډ د کتلې د تثبیت لپاره مرسته کوي او هم د متاستازس په اړه معلومات ورکوي. (۱۰۰: ۴۴۶)

C-T scan بنه معاینه ده چې ۸۰٪ خخه پېر د تومور Calcification په کې تثبیت کېږي او هم د متاستازس په اړوند معلومات ترلاسه کېږي، په ځانګړي ډول Radio nucleid scan ډېر اهمیت لري. د ناروغ ماشوم (۲۴) ساعته تشي متياري د تومور د میتابولیتونو Nor Dopamin, Adrenalin او Vanillylmentelic (V.M. A) adrenalin د بیوشمي معایناتو لپاره لابراتوار ته لیپل کېږي او هم acid او میتانفرین Metanephrin لپاره معاینه کېږي چې د درملنې مؤثریت د نظره هم اهمیت لري. د هڈوکو مغز بیوپسی ډېر اهمیت لري چې د متاستازس لپاره مونږ ته معلومات راکوي، او هم د لمفاوي عقداتو بیوپسی هم ډېر اهمیت لري. (۱۰۰: ۴۴۶)

تشخيص: د کلینيکي معاینه او متممه معایناتو له رویه وضع کېږي چې مخکې ورخخه یادونه وشوه.

### ۵. ۴ تفریقي تشخيص

د ګېډې ټول کتلات باید په ماشومانو کې تفریقي تشخيص شي (چې په ۷-۵ شکل کې بنودل شوی دي) لکه نفروبلاستوما چې قطعې تشخيص د histopathology معاینې سره اجرا کېږي چې د دي معاینې په واسطه Gngleoblastoma او Sympathalobalst یا Sympathogenic حجراتو تثبیت خخه عبارت دی همدارنګه د کتیکولامین او استقلابي مواردو تثبیت په وينه او ادرار کې معلومات راکوي.

انزار د ماشوم عمر، د تومور ابتدائيي موقعیت د میتاستاز موجودیت او موقعیت د تومور پتولوزیک منظره او د تومور لمفوسيت (Lymphocyt Infiltration) او د محیطي لمفوسایتوزس موجودیت د ناروغی په انزارو کې رول لري. (٤٤٦: ١٠)

خومره چې د ناروغ ماشوم عمر پورته ئې د تومور منتشر والى زیاتپېي. هغه ماشوم چې د خلفي منصف او غاري برخه کې نیورو بلاستوما لري انزار يې نسبت د گپدې نیورو بلاستوما ته بنه انزار لري. هغه وخت چې تومور د هدوکو مغز ته میتاستاز ورکړي وي، انزار ئې خراب دي. د ودي مرحله يا Stage له نظره لوړۍ او دویم Stage د جراحی درملنې او کیمومترابې سره بنه انزار لري، ولې بیا هم د پره خفه کوونکې ناروغی ده. چې په  $W20$  متوسط او ريسک تقسيم شوي دي چې لمړۍ دویم او درېم درجه په  $w20$  او درېم Stage په متوسط خلورم Stage په High Risk کې شامل دي.

## ٥. ٥ د ناروغی مراحل

ناروغی امکان لري په لاندې مرحلو کې ولیدل شي:

١. لمړۍ Stage: تومور د هماگه عضوي پوري محدود وي چې ورڅخه منشاء اخلي او د مکمل ويستلو قابلیت لري.
٢. دویم Stage: د هماگه عضوي څخه چې منشا بې اخيستې وي خلف خوا ته توسع کوي، ولې متوسط خط څخه نه تيرېږي.
٣. درېم Stage: تومور غټه د متوسط خط څخه تيرېږي لمفاوي عقدات په دواړو خواو کې په افت مبتلا کېږي. مکمل د ويستلو قابلیت نه لري.
٤. خلورم (Stage A): ناروغی لري برخو د هدوکو، رخوه انساجو او لمفاوي عقداتو ته متابستازس ورکوي.

B: کېدای شی په دی مرحله کې نورو اعضاؤ ته لکه د ابتدائي تومور لومړي او دوهمي مرحلې په ډول په افت مبتلاشي (Remote disease) لکه د ځیگر، پوستکې او د هلپوکو مغز. (۴۴۶: ۱۰)



۷-۵ شکل د یو نیوروبلاستوما ناروغ ګېدله بنی. (pedclerk.bsd.uchicago.edu)

#### ۵. ۵ درملنه

د جراحی عمليات په واسطه د تومور ټول ويستل نې پایلي لري (Stage ۱-۲) ولې د تشخيص ځنډ او میتاستاز د درملنې مؤثریت کموي.

درادیوتراپی رول په درملنې کې روښانه نه دی او Paliative رول لوبوی او هم د یوه خخه کم عمر کې نه توصیه کېږي. په اول Stage کې جراحی عملياتو سره د تومور ويستل د درملنې اساس جوړوي. چې کیمودرالجی ته هم اړتیا نه وي. (۴۴۶: ۱۰)

په دویم Stage کې د جراحی عملياتو سره د تومور ويستل او کیمودرالجی صورت مومي. په دریم او خلورم Stage کې د تومور ويستل ستونزمن وي. لومړي کې کیمودرالجی وروسته جراحی عمليات اجرا کېږي، خود تومور ټول ويستل ناممکن وي.

لومړي کې کیمودرالجی وروسته د جراحی عمليات سره د تومور ويستل او بیا ۲-۳ میاشت پوري خو دواګانې یو څای ورکول کېږي. د تومور د کیمودرالجی په مقابل کې بنه څواب ورکوي. ولې د تومور د شفا کېدو اندازه تر او سه ثابته ده، ډېر شمېر دواګانې استعمالېږي لکه، Cysplatin, Vincristine, Teniposide او نور. (۴۴۶: ۱۰) Cyclophosphamial, Doxorubicin

## لندېز

تیراتوما دیوه غټ او معمول تومور خخه عبارت دی چې د ژوند په لومړی درې میاشتو کې لیدل کېږي، او د اسې عقیده موجوده ده چې د نوموري تومور د نشوونما لپاره Precoccygeal برخه مساعده ناحیه بلل کېږي. همدارنګه داسې ویل کېږي چې دغه حائی د یو گروپ حجراتو نشوونما د ابتدائي Primitive knot په ډول کوم چې توموري حجرات تري منشا اخلي، پېژندل شوي دي. دغه تومور د مختلفو انساجو خخه تشکيل شوې ده چې په نورمال حالت کې موجود نه شي.

**Post-anal dermoid cyst**: د سکروم په قدامې سفلې او د Coccyges په قدامې برخه کې کله کله یوه کتله مینځ ته راهي چې د Post-anal dermoid cyst په نامه یاد بېږي چې په حقیقت کې دغه سیست د ساده تیراتوما یو لمړنۍ شکل تمیلوي. کېداي شي چې نوموري سیست دباندي خوا ته یو Sinus drainage ولري خو کله کله د اتنان مداخله هم د دې ډول ساینس د منخته راتلو لامل ګرځداي شي.

د پښتوروګو پولي سیستیک ناروغری یوه ولادي عامه جنیتیکي ناورغری ده چې په autosomal dominant شکل رامنخته کېږي. چې په پښتوروګو کې متعدد سیستونه موجود وي، چې متصف دی په: فلانک pain, Heamaturia, renal failure او نور.

په دې ناروغری اخته نوي زېړېدلې ماشومان په وسیع ډول د پښتوروګو نهايی خرابوالی رامنخته شوی وي، د پښتوروګو په Metanephritic stage کې کله چې په PUJ کې بندبنت يا د حالب او حويضي اتريزيا موجوده وي رامنخته کېږي.

نفروبلاستوما يا ویلمز تومور: د پښتوروګو د ولادي خبیث تومور خخه عبارت دی چې د میتانفروجينیک حجراتو خخه منشا اخلي، نوموري افت په ماشومانو کې د خبیثه ناروغيونږدې ۵/۱ برخه تشکيلوي.

نيورو بلاستوما: په ماشومانو کې د ګډه ی عام جامد ابتدائي تومور دی چې د Premitive Neural crest (ابتدائي عصبي برجستګي) خخه سرچينه اخلي چې د Adrenal Medula (۴۰٪)، Cervical (۲۵٪) ناحيې رقيبي سمپاتيک ځنځير د صدری ناحيې سمپاتيک ځنځير او د حوصلې سمپاتيک (۲۵٪) ځنځير په بر کې نيسې. دا یو خبیث تومور دی چې درملنه يې په اوسنې وخت کې هم یو چېلنځ دی.

ابتدايی تومور کی تومور ۷۰% په گیله کی وي او ۳۰% واقعات يې په نورو برخولکه، Cervical)، ۴% Mediasternum (Mediasternum) کی قرار لري. دا تومور د کيموتراپي سره بنه ھواب ورکوي خوبيا هم درملنه يې مشکله ده.

### پوبنتني

۱: د polysystic kidney ناروغۍ عمدہ اختلالات عبارت دي له:

- الف: Malignancy تغیرات
- ب: Hypertension پرمختللي
- ج: د پښتوريکو عدم کفايه
- د: پورته ټول حالات

۲: د Prenatal دوره کي Polysystic Kidney ناروغۍ کي مورگانې د تشخيص لپاره کومه ځانګړتیا لري:

- الف: Respiratory Disorder
- ب: پلمونري هايپوپلازيا
- ج: Oligohydramnios
- د: هايپرتئشن

۳: په پولي سيستيك پښتوريکي کي خه وخت د تېرو جوړ بد وته زمينه برابرېږي:

- الف: سيست ديرغت شي
- ب: چې ميتابوليک ناروغۍ سره سيستونه موجود وي
- ج: Pyalonephritis رامنځته شي
- د: چې پښتوريکي عدم کفايې ته لړشي

۴: پولي سيستيك پښتوريکي او مولتي سيستيك پښتوريکي عمدہ درملنه عبارت ده له:

- الف: کيموترافي
- ب: transplantation and dialysis
- ج: کيموترافي او ترانسپلاتيشن
- د: dialysis راډيوترافي او

۵: Willms تومور په ساده ايکسرى کي کوم نښه اهمیت لري:

- الف: د سيست کتله
- ب: توموري کتله

ج د کلسيفيكيشن خيال  
الف اوج صحيح دي

٦: لمري داکتر ته د خه لپاره روړل کېږي؟ Nephroblastoma

٧: تیراتوما نشونما د کوم خای خخه زیاته مینځته رائحي؟

٨: تیراتوم د رشیم په موده کې د کوم حجراتو خخه سرچینه اخلي؟

٩: تیراتوم زیاتره په کوم عمر کې ليدل کېږي؟

١٠: پخ تیراتوما کې د خصيي کوم تومور خخه وخت زيات ليدل کېږي؟

١١: که منتن شي کوم پتولوژيک Post anal dermoid cyst

## مأخذونہ

١. Arnold G.Coran. (٢٠١٢) Pediatric Surgery, EISEVIER Saunder Pp: ٤٢٣, ٤٣٠, ٤٤١, ٥٠٧, ١٣٩٥
٢. Berry Cl, Keeling JW. (١٩٩٢) Neuroblastoma in pediatric Path, Eds Berry Cl, Springer veriag, London P. ٨٧٩
٣. Devendra K Gupta (٢٠٠٢). Pediatric Surgery diagnosis and management. Jaypee Brothers P. ٣٠-١٤٤
٤. Gowk W, Murphy JJ. (٢٠٠٢) cytologic and Histologic finding in Willm's tumor. Jr Pediatric Surg- P. ٨٢٣
٥. Hedrick HL, Flake AW. (٢٠٠٤) Sacro coccigeal Teratoma Prenatal Alles and ant Came. Jr Pediatrics Surgrey, P. ٤٣٠.
٦. Holzgreve W, Flake AW, Langer JC. (١٩٩١) Fetus with Sacrococcygeal Teratoma, WB company, Philadelphia Pp. ٤٢٠-٤٢٩
٧. Keith W. Ashcraft, Georhe W. Holcomb (٢٠٠٥), EISEYIER Saunders P. ٩٧٢, Rowe MT, O' Neil JA, bros Feld JL Teratomas and germcell tumor ١٩٩٥. St.Louis, cv mosby Pp. ٢٩٢-٣٠٥
٨. Kings DR. Groner JI. (٢٠٠٤) Renal neoplasm in pediatric surgery Eds Ashraft KW. WB Saunder Comp, Philadelphia Pp. ٨٥٩-٨٧٤
٩. Matthay KK, Seegar Rc etal. (١٩٩٤) Treatment and autcome for stage III Neuroblastoma, med. Pediatric oncology P. ١٧٣
١٠. R. Kulshrestha. (٢٠٠٢) Common Problems in Pediatric Surgery, CBS Publication and distribution, New delhi india Pp: ١٥٢, ٤٣٧, ٤٤٥

11. Ritchey ML, Coppers M. (1995) Management Of bilat Wilms's Tumor. N. Am P. 130-3
12. Sriram Bhat. (2002) M SRB's manual of Surgery, Jaypee brothers Pp: 27,  
224, 245, 299
13. Stiller GA. international-variation in the incidence of neuroblastoma  
2002, Int. J. Cancer P. 299
14. Wooley MM. (1982) Teratoma in Pediatric Surgery, Eds Weleh KL Rondolf  
JG, Ravitch MM, Rowc ML, Year book medical Chicago Pp. 225-272

## شپږم فصل

### د مثانې ایکستروپي

د مثانې ایکستروپي: مثانه يوه مجوفه عضوه ده کوم چې د ګډاړي په بنسكتنى برخه کې موقعیت لري او عمدہ دنده يې د تشو متیازو ذخیره کول دي. د مثانې ولادي آفات زیاتره منحثه راخی بې له دې چې نوري ولادي نقیصې د بولی سیستم ورسره موجودې وي.

د مثانې ولادي آفات چې په بولی سیستم کې د انتان، د تشو متیازو راټولبدل، Incontinence او بازګشت (ریفلوکس)، تېږي لامل گرئي. د مثانې عرضي انومالي ګانې جراحۍ درملنې ته ضرورت لري. په عمومي صورت د مثانې د ناروغیو د تشخیص لپاره د تشو متیازو معاینه، ایکسری، د مثانې د جدار معاینه د سیستوسکوب په واسطه او التراسوند خخه کار اخیستل کېږي.

د مثانې د ناروغیو درملنې د ناروغۍ د سببی عامل پوري اړه لري چې کېداي شي د طبی درملنې او یا جراحۍ عملیې درملنې اوسي.

په لنډه توګه لاندې حالات په مثانې باندې بدې اغېزې لري.

۱- د مثانې ولادي ناروغې .

۲- د مثانې التهاب

۳- د بولی سیستم عدم اقتدار

۴- Interstitial cyst-

۵- د مثانې توموروونه

خونگه چې د مېبحث کې د مثاني ایکستروفېي خخه يادونه شوې نوئکه پري په لنه دول رنما اچوو. د مثاني ایکستروفېي له عبارت له يو داسي حالت خخه ده چې کوم کې متوسط خط د نامه خخه تر عجان ساحې پوري تړل شوی نه وي او دغه حالت د دي لامل کېږي تر خود مثاني مخاطي غشا د ګډه ډ پوستکي په امتداد وي نو مثانه Suprapubic ناحيې خلاصه وي نود دي په ئای چې ادرار د احليل له لاري خارج شي په مستقيم ډول د مثاني خخه د خاڅکو په خبر بهروئي. سره له دي چې دغه نقیصه ډېره لویه نقیصه ګنل کېږي اما برخلاف د پښتور ګو وظایف نورمال وي.

په دي حالت کې په معمول ډول سره مثانه دوباره جور او حوصلۍ جوف کې ئای پرخای کېږي همدارنګه Genitalis جورولوته هم ضرورت احساسېږي. که چېږي دغه حالت ولیدل شي نو تمه کېږي چې دغه ناروغانوکي چوره، Undescending testes او د عضويت د نورو بربخو سوء اشکال هم موجود اوسي چې د نظره ونه غورهؤل شي. د يادونې وړ ده چې د دغې ناروغى درملنه ئې او بد مهاله، ستورمنه او پوره حوصلې ته ضرورت لري.

يو بل آفت چې د مثاني د عنق سکلروزس دی چې د ادرار د احتباس او هم د تېرو د جورې ډول لامل ګرځي که دغه ناروغې پرمختلې او یا بې له درملنې خخه پاتې شي په پیل کې هايدرونفروزس او بیا په ترتیب سره د پښتور ګو د وظیفوی تشوشاتو لامل ګرځي.

## ۱.۶ د مثاني ایکستروفېي

### ۱.۶.۱ تعريف

د مثاني قدامي جدار او د ګډه ډ قدامي جدار د نامه خخه بستکه برخو عدم تشكيل ولري، دا يوه معموله انومالي ده چې د نوم خخه بستکه د ميزودرمل انساجو د نه يو ئای کېدو خخه رامنځته کېږي، چې د مثاني قدامي جدار، احليل او genital tubercle او pubis خلاص پاتې کېږي، امكان لري یوازي epispadias موجود اوسي چې خفيه انومالي ده، او په شدیده انومالي کې د مثاني ايكتوپيك يا د مثاني او کولمو ترمنځ يو فيسور موجود وي، چې د مذکر ماشومانو د قضيب جورېښت او Extrogen پوري کش شوی او لنه والي په کې موجود وي، مثانه کوچني پاتې کېږي، او د مثاني قدامي جدار د باندي راوئي په داخل رحمي ژوند کې د mid gut وروستي برخه چې cloacal نومېږي، په دوه برخو چې قدامي او خلفي ويшел کېږي. چې قدامي برخه یې د primitive urogenital sinus جورېږي. د مثاني او بولي تناسلي انساجو ته پرمختګ کوي که په دي وخت کې

شونما نیمگوی پاتې شي او یا د clitoris لامل گرئي. البته په بسخینه ماشومانو کې epispadias چاودلی یا bifid معلومېږي. (۱۵۱۶:۱)

#### ۲.۱.۶ پېښې

د مثاني اکستروپي یوه نادره ولې د urogenital complex یا مجموعي انومالي جورېږي. امکان لري یوه پېښې د ۱۰۰۰۰\_۵۰۰۰ پوري په ژوندي تولد شوو ماشومانو کې منځ ته راخېي. نارينه ماشومان ۲ برابره نسبت بسخینه ماشومانو ته دېر ليدل کېږي. هغه مورګانې چې اکستروپي ولري ۵۰۰ چنده دېر احتمال لري چې ماشوم د اکستروپي سره تولد کړي. د دې ناروغانو سره امکان لري او هم دا ناروغې امکان لري umbilical or inguinal hernia ولري.

#### ۲.۱.۳ اعراض او علايم

دا ناروغې امکان لري په تام یا ناتام ډول ولیدل شي. خرنګه چې د مثاني قدامي جدار موجود نه وي د دوامداره urine incontinence لامل گرئي. د مثاني جدار چارپيره انساج او پوستکي د تخریش د کبله التهابي او تقرحات موجود وي او دردناکه وي. (۱۵۱۶:۱)

که چېري درملنه او جراحې اجرا نه شي د دوامداره ژړا او زور و هلوله کبله د ګېډېي فشار پورته ئېي چې د ریکتیل پرولپس او هرنیا لامل گرئي، او همدا ډول د مثاني جدار نه موجوديت د کبله د اتنان د مداخلې چانس زیاتېږي، او د مثاني مخاطي غشا بهري هوا سره د تماس د کبله امکان لري په نیوپلازم تحول وکړي. په ځینې پرمختللي حالت نوم یا ثره هم موجود نه وي د مثاني خلفي جدار او مخاطي غشا بهر ته راوتلي وي چې دېر شکننده او وينه ورکونکي وي حالبي فوحات بهر راوتلي برخې په بسكتني برخه په التواتاتو (گونڅو) کې معلومېږي او ادرار په دوامدار ډول ورڅخه جريان لري. (۱۵۱۶:۱)

کلينيکي معاینه په مذکر ماشومانو کې:

۱: په suprapubic ناحيې کې د ګېډېي د جدار کمبود یا ډيفيكټ موجود وي

۲: د نامه ناحيې بسكته قرار لري یا کله هم موجود نه وي

۳: د مثاني قدامي جدار موجود نه وي.

۴: د مثاني د جدار خلفي برخه د ګېډېي د فشار له کبله بهر ته تېلې شوي.

۵: د احليل Plat او د قضيب prepuce او epispadias مخ تر glans پوري خلاص او bifid وي. په بطني مخ يا خلفي برخه کي موجود نه وي.

۶: قضيب کوچنۍ وي لنډ او پلن معلومېږي. دواړه corpora pubis په corpora برحه کي خلاصېږي، او جدا ارتکاز لري. د قضيب ظهري وجه کوبوالي لري يا dorsa chordae لري.

۷: hip symphysis pubis پراخ خلاص وي او rectus عضلات يو د بل خخه جلا وي. امکان لري joint خارجي تدور ولري او یا دا چې د فقراتو سوي اشکال ولري.<sup>(۱۵۱۶)</sup> (چې په ۱-۶ شکل کي نسول شوي دي)

په مؤنث جنس کې:

۱: د ګېډي قدامي جدار او د مثانې قدامي جدار د نقیصې ډيفیکټ سره bifid clitoris موجود وي.

۲: د مهبل شونډي يو د بل خخه جلا وي.

۳: مهبل لنډ او قدام خواته بې ځایه شوي وي.

۴: ځينې ماشومانو کې د مثانې duplication موجود وي، امکان لري يوه مثانه نورماله وي او بله مثانه اکستروپي ولري.

۵: supra vesicle fissure يو ډول اکستروپي چې ګنده يا dome یې خلاصه وي چې د symphysis pubis او rectus یې جلا وي.<sup>(۱۵۱۶)</sup>

معاینات: په prenatal دوره کې د التراساونډ په واسطه تشخيص کېږي پرله پسې د التراساونډ معاینه د مثانې نه ډکېدل په داخل الرحمي ژوند کې پوره معلومات ورکوي. همدا ډول نوم بنکته او اعانه پراخ معلومېږي، او تناسلي اعضاً کوچنۍ - کوچنې خیالونه ورکوي او د ګېډي په سفلې برخه کې د کتلې خیال معلومېږي. د زېرون خخه وروسته تشخيص واضح کېږي، ولې د بولې سیستم د معلومولو لپاره د التراساونډ او IVP ته اړتیا پېښېږي.<sup>(۱۵۱۸)</sup>

## ۴.۱.۶ اختلالات

د مثانې مخاطي غشا د تماں او تحریش سره وينه ورکوي چې د کمخونې لامل گرخې ځينې وخت امکان لري په کانسر تحول کوي (Adenocarcinoma) او د درملنې نه اجرا کولو په صورت کې

پیالونفرايتېس تاسیس کوي او که چېري د انتي بیوتیک سره کنترول نه شي تر ۳۰ کلنى پوري ۵٪ د مړینې لامل ګرخي.

#### ۱.۶ درملنه

۱: د ګبډې جدار او د مثاني اناتوميك تړل.

۲: د پښتوريکو د دندو ساتنه او تامينول.

۳: د مثاني ظرفیت په بشپړ ډول تامينول.

۴: د Urine incontinence تامينول.

۵: د خارجي تناسلی اعضاو جورېبت او تامينول.

خود ټولو امکاناتو او هلو څلوا سره - سره د مثاني پوره حجم تامينول مشکل کار دی.

عملیاتي درملنه

۱: anatomical closure (اناتوميك تړل)

۲: primary urinary diversion (مقدم ابتدائي د بولي جريان انحراف)

۱: اناتوميك تړل چې reconstruction primary (ابتدائي بيا رغونه) د زېړون خخه وروسته اجرا کېږي، چې ترميم يې په خو مرحلو کې صورت نیسي. (۱۵۱۸: ۱)

#### ۱.۶ اوستیوتوومي

A: کوشش وشي چې په اولو ۷۲ ساعتونو کې ترميم شي ئکه چې د pelvic ring د تړلو امکان موجود وي. د Sacroiliac مفصل خخه په یوه فاصله دواړو خواو ته Osteotomy اجرا کېږي تر خود مانور سره Pubic سره نېډې شي.

B: د epispadias ترميم په ۱۲-۱۸ میاشتو کې سره رسېږي. چې په دې عملیه کې د احليل ترميم د glans چورول، د قضيب او بدواں او د Chord اصلاح کول دي، د پوستکي په واسطه د ظهرۍ وجې پونبول او د خارجي تناسلی اعضاو وظيفوي او شکلي جوړونه صورت مومي. (۱۵۱۸: ۱)

۲: د مثاني د عنق ترميم چې د ۵-۲ کلنى پوري صورت مومي چې د معصری Reconstruction او د احليل ترميم اجرا کېږي.

۳- augmentation cystoplasty د مثانې ظرفیت ډپرول چې ۱۰-۸ کلنۍ پوري اجرا کېږي. د diversion معمولي شکل د diversion څخه عبارت دی، ولې د عمليات څخه وروسته ناروغ ماشوم ته pylonephritis, kidney damage او میتابولیک اسیدوزس او هم چانس ډپر دی په لاندې حالاتو کې عمليات استطباب نه لري:

۱- پريمچور ماشومانو کې:

۲- چې مثانې Extropy سره وخيمي مشترکې انومالي موجود وي.

۳- چې د مثانې Extropy سره یو ئای یوه برخه polyposis تشوشات موجود وي. (۱: ۱۵۱۸)



۶- شکل په یوناروغ کې د مثانې ایکستروپی را بنېي. (slideshare.net)

## ۶.۱.۷ د مصنوعي مثانې جوړول

که چېري مثانه بېخي کوچنۍ وي او خپل ظرفیت یې د لاسه ورکړۍ وي په دې صورت کې مصنوعي مثانه د وړو کولمود یو لومن څخه جوړېږي، او حالبونو سره ارتباط ور کول کېږي او وروسته د احليل Re-construction ورته اجرا کېږي، چې البته دا یو سخت او اختلاطي عمليات دی.

## ۶.۲ د مثانې د عنق سکليروزس

### ۶.۲.۱ تعريف

يو ولادي افت دی چې د marcon's disease په نوم هم یادېږي یا په بل عبارت د مثانې د عنق سکليروزس عبارت دی له مثانې د عنق هايپرپلازيا او Intersphincteric Sub mucosal sclerosis

خخه دی چې د مثاني د عنق بند ډو سبب ګرځي چې د مثاني جدار بښکتنی Extrasphincter spasm برخه کې د منظمو انساجو پرمختک سره متصرف دي.

## ۲.۲.۶ د ناروغۍ مراحل

دغه ولادي ناروغۍ درې مرحلې لري:

لمرۍ مرحله: په دي مرحله کې Residual urine د منځه ځي چې د مثاني عضلات تقلص کوي او دوامداره فعالیت یې د عضلاتونهای پرتروفی رامنځته کوي د مثاني ذخیروي ظرفیت د منځه ځي او خاځکي خاځکي ادرار په غير ارادي ډول خارجېږي.

دويمه مرحله: د مثاني ذخیروي ظرفیت پیدا کوي او ادرار ډېر ذخیره کېږي مثانه پراخېږي او ادرار احتباس رامنځته کېږي.

درېمه مرحله: په دي مرحله کې مثانه په اتونی مبتلا کېږي او د اتونی حالت ورو - ورو زیاتېږي چې نظر دويمې مرحلې ته ادرار حجم زیاتېږي، د بولی سیستم په پورتنی برخه کې د تشوشاتو رامنځته کېډو لامل ګرځي.

د مثاني د عنق سکلروزیس د مثاني د عنق د هایپرپلازیا او یا دا چې د intersphincteric خخه عبارت دی. (۳۲۹:۷) extraspincteric spasm او submucosal sclerosis

## ۲.۳ کلینیکي بنه

په ابتدائي سکلروزس کې د اناتوميك تغير سره په نوي زېږيدلې او غټو ماشومانو کې اعراض د BPH، urinary frequency او د تبول خخه وروسته dribbling شروع کېږي او کله چې د پروسه شروع شي د هغه په ډول لوحه ورکوي. نوله دې وجې د بولی تشوشاتو لامل ګرځي، کله چې دا تشوشات منځته راغله نو د عمر په دېرش کلنې کې په مطلق ډول ظهور کوي. د BNS په ثانوي ډول کې کېداي شي د عصبی انساجو د پتالوژي له کبله منځته راشي لکه د نخاع شوکي تخریبات او هم کېداي شي د BPH د جراحی عملیات خخه وروسته (TURP) یا او هم Multiple sclerosis radical prostatectomy Transurinary bladder adinection چې د پروسه د کانسر لپاره ترسره کېږي منځته راتلای شي.

## ۴.۲.۶ تشخیص

د کثیفه موادو سره د ایکسری د مثانې د عنق خیال ورکېری یا ډېر نزی خیال ورکوي او د مثانې حالبې ریفلکس واضح معلومېږي.

تشخیص یې د retrograde urethero rigid او یا هم د urinary flexible uretheroscopy او cystoscopy په واسطه ترسره کېږي. چې د مثانې د عنق شخوالی او کلکوالی معلومېږي او د Trabeculation د کبله cystitis معلومېږي. (۱۵۱۸)

## ۴.۲.۷ درملنې

کېدای شي چې په لومړي مراحلو کې د درملو لکه alphalytic درمل بنه پایله ولري. د جراحی درملنې د Diathermy یا Electrocutter په واسطه د مثانې عنق یوه برخه قطع او لرې کېږي چې په V یا Y شکل قطع کېږي او په عین وخت کې Antireflux عملیات هم اجرا کېږي، په ابتدایي مراحلو کې اندوسکوپیک proscedure لکه TURP درملنې سره ترسره کېږي. (۳۲۹: ۷)

## د عملیات وروسته اختلالات

- د بولی عدو اقتدار
- مرافق یا Ejaculation په وخت سپرم د مثانې داخل ته صورت مومنی او د شندوب لامل گرئي

## لندېز

د مثاني اکستروفې يوه ولادي معموله ناروغری ده چې نوي زېړپدلو ماشومانو کې د ګېډې او مثاني قدامي جدار موجود نه وي، چې د ميزودرمل انساجود نه یوځای کېدو خخه رامينخته کېږي چې د مثاني قدامي جدار، احليل، Genital lubrical او Pubis خلاص پاتې کېږي چې epispidiasis ورسه ملګري وي چې د قضيب اناتوميك جورښت خراب او تغير مومني، مثانه کوچني پاتې کېږي، په بنخيينه ماشومانو کې clitoris د bifidia په ډول معلومېږي، دا ناروغری د urogenital غرو يوه complex ناروغری ده، امکان لري دا ناروغری د مغبني او نامه چوري سره یوځای موجود وي.

خرنګه چې د مثاني قدامي جدار قدامي جدار موجود نه وي ادرار جريان د پوستکي د تحریش او قرحتاو لامل ګرځي او هم امکان لري همدا ډول د مخاطي غشا د دوامدار هوا سره تماس د نيوپلازم لامل ګرځي، چې د ګېډې فشار له کبله مثاني خلفي جدار بېرون ته تېله کېږي او سفلې برخو کې حالبي فوهې د ګونڅو په ډول ليدل کېږي، چې ادرار ورسه جريان مومني او قضيب کوچني، پلن معلومېږي pubis symphysis پراخ او خلاص وي او ريكټوس عضلي يو د بل خخه جدا وي او هم امکان لري د hip joint خارجي تدور موجود وي او هم د فقراتو سوی شکل ورسه موجود وي، او په بنخيينه ماشومانو کې clitoris bifidus موجود وي او د مهبل شونډې يو د بل خخه جدا معلومېږي، مهبل لند او قدام ته بي ځایه کېږي.

په ځينې ماشومانو کې د مثاني duplication موجود وي چې يوه مثانه نورماله او بله اکستروفې کوي د prenatal دوره کې د التراسوند په واسطه یې تشخيص کېږي، امکان لري اکستروفې کم خونې، اډينوکارسينوما او Phylonepritis لامل و ګرځي چې د نه درملنې له کبله تر ۳۰ کلنۍ پورې د ۵۰٪ مړينې لامل ګرځي، درملنې یې جراحې ده، لمړي باید مثاني قدامي جدار ترميم سره بنده شي. د مثاني ډرفيت لپاره درملنې وشي او د اختلالاتو رامينخته کېدو مخه ونيول شي، د ادرار incontinence تامينول صورت مومني خارجي تناسلي اعضاو جورښت تامينول اجرا شي، د ټولو کوبښونو باوجود درملنې یې مشکله ده.

درملنه يې د Staging په ډول په ترتیب یعنې د مثانې قدامې جدار ترميم، قضيب epispedias ترميم، chordae اصلاح کول ځینې وخت د مشترکه انوماليو او شدید prematurity د کبله عملیات ځنډول کېږي.

مثانې غارې سکليروزيز یوه ولادي ناروغي ده چې د مثانې غاره يا عنق هايپرپلازيا کوي چې د کې interspincter سکليروزيز او د submucosal ext spincter د سپزم لامل گرخې چې د منضمو انساجود پرمختګ سره ملګري وي او د مثانې د عنق د بندېدو لامل گرخې چې لمړۍ د تشو متیازو سوزش، فریکونسی او ..... رامنځته کېږي او کله هم د پروستات هايپرپلازيا سره ملګري وي، ځینې وخت دغه ناروغي په ثانوي ډول د عصبي انساجو او د نخاعي آفاتو د کبله رامنځته شي او هم په ثانوي ډول د پروستاتيكتومي په تعقیب هم رامنځته شي چې د کثيفه موادو ایکسری او cystoscopy سره تشخيص تایید یېږي.

د افت په شروع کې طبی درملنه د Alphalitic درملو په واسطه بنه تیجه ورکوي، ولې د او لایزر بنه تیجه ورکوي چې هم د مثانې عنق د ډیاترولي prostatectomy (TURP) پواسطه د V او Y په شکل صورت مومي چې امکان لري د عملیات وروسته د ادرار عدم اقتدار او هم د عقامت لامل شي.

## پونتنې

۱: په بسخينه ماشوم کې د مثاني اکتروفي کې به کوم ډول تغیرات لیدل کېږي:

الف Epispadiac

ب Umblical hernia

ج Femoral Hernia

د Calitoris دوه برخې کېدل

۲: د درملنې وروسته د مثاني اکتروفي عمدہ مشکل کوم عرض دی:

الف Urian retention

ب U Inlontorace

ج U Frequncy

د Poly uria

۳: ریکتيل prolaps د مثاني په اکتروفي کې ولې منځته راخي:

الف د ګډي قدامي جدار ديفكت لري

ب د مثاني جدار ديفكت لري

ج ماشوم نارامه او زور و هي

د دوامداره قبضيت لري

۴: د مثاني اکستروفې کې Osreotomy ولې اجرا کېږي:

الف چې د ګډي جدار تقویه شي

ب چې د مثاني جدار نزدي شي

ج چې Pubis نزدي شي

د تول ذکر شوي اهدافو لپاره

۵: Marions ناروغ کې عمدہ عرض عبارت دی له:

الف U Frequncy

ب U Inontonace

ج Urian retention

د Poly uria

## مأخذونه

١. Arnold G.Coran. (٢٠١٢) Pediatric Surgery, EISEVIER Saunder Pp: ١٥١٦-١٥١٨
٢. Brock JW, O' neil JA Jr (١٩٩٨) Bladder Extrophy in Pediatrics Surgurey, Mosby, St Louis Pp. ١٧٥٢-١٧٥٩
٣. Docimo SG, JeFt RD. Gear hart JP. (١٩٩٨) Bladder cloacal Extrophy scientific Prin. and practice, Lippin cott Raven Philadelphia Pp. ١٠٩٥-١١٢٢
٤. Gear hart JP, JeFFs RD. (١٩٩٨) Extrophy – Epispadias complex and Bladder anomaly in Campbell's urology, WB Saunder Comp. Philadelphia. Pp. ١٩٣٩-١٩٩٧
٥. Murphy JP. (٢٠٠٠) Extrophy of Bladder in Pediatrics Surgery, Ed. Ashcraft KW, WB Saunders company, Philadelphia Pp. ٧٥٣-٧٦٢
٦. R. Kulshrestha. (٢٠٠٢) Common Problems in pediatrics Surgery, CBS Publisher and Distribution, New delhi india P. ٣١٢

## اووم فصل

### د زره ترانسپلنتیشن او ولادي ناروغي

د زره ترانسپلنتیشن او ولادي ناروغي: د لمري ئەل لپاره په کال ۱۹۰۵ کي Carel and Guthree ديوه کوچني سپي زره ديوه لوئي سپي د غاري په غتو او عيو کي پيوند کر، ۲۵ کاله وروسته يوه بل عالم د Mann نومبدو په غاره کي د پيوند شوي زره د ECG تغيرات لاسته راول. وروسته په ۱۹۵۰ کال کي روسي عالم Demikhov د زره مختلف پيوندونه تجربه کړل او نظر يې ورکړ چې د انساجو شباہت او hetrotopic د زره په پيوند کي په زره پوري رول لري، او نظر يې ورکړ چې د زره پيوند بايد په صدر کي اجرا شي.

د ماشومانو په جراحی کي يو مهم او مغلق عمليات دی چې د کاره لوپدلی زره د زره عدم کفایه اخره مرحله) په لري کولو او روغ زره ناروغ ته پيوند کېږي. په اوستني وخت کي د زره ولادي ناروغيو کي چې زره په پرمخ تللي ډول دنده دلاسه ورکړي وي او يا د زره دندې په زياته کچه خراب وي د زره پيوند ورته اجرا کېږي. او يوه قبوله شوي درملنه ګنيل کېږي.

په ۱۹۷۷ کال د Cyclosporine د رامنځته کېدو سره د زره په پيوند کي ډېري برياوي لاس ته راغله. د سايكلوسپورين او کورتيکوستيرويد په تطبيق سره د تنفسی لارو ترميم بشه صورت مومي، يعني د زره او سبرو پيوند سره د ذکر شوو درملو تطبيق ګټور تمامېږي، او ۵۰% بنې پايلې يې لاس ته راوري.

## ۷. د زړه پیوند

### ۷.۱. تعریف

د ماشومانو په جراحی کې یو مهم او مغلق عملیات دی چې د کاره لوپدلی زړه (د زړه عدم کفایه اخره مرحله) په لري کولو او روغ زړه ناروغتہ پیوند کېږي. په اوستني وخت کې د زړه ولادي ناروغیو کې چې زړه په پرمخ تللي ډول دنده دلاسه ورکړي وي او یا د زړه دندې په زیاته کچه خراب وي د زړه پیوند ورته اجرا کېږي او یوه قبوله شوې درملنه ګنل کېږي. (۱۶۵۰)

پېښې: هر کال نېدې ۳۵۰-۵۰۰ ناروغوماشومانو ته د زړه پیوند اجرا کېږي. ولادي سوی اشکال هم تر اوسه د **transplantation** یوازینې درملنه جوړي. ولادي **cardiomyopathy** په ۱۰۰۰ تولد شوو ماشومانو کې یوه پېښه جوړوي، خو عمده استطباب د زړه ناروغیو په نسبتاً غټه ماشومانو کې وي، یا هغه ماشومان چې **hypoplastic left heart syndrome (HLHS)** چې ۲۰۰۰:۱ وي. د ولادي زړه ناروغی په نوي زیرپدلی ماشومانو کې په مختلفو درجوليدل کېږي، چې اکثرًا ماشومان **cyanosis**, **feeding intolerance**, **poor function**, **tachypnea**, **tachycardia**, **dysrhythmia** عدم کفایې اعراض لري، چې ناروغ ماشومان امکان لري د زړه تومور او د زړه احتقاني یا **congestive** عدم کفایه ولري چې د التراسونوگرافۍ په واسطه تشخیص کېږي. تقریباً ۱۰% د ماشومانو د زړه ناروغی د طبی درملنې یې ټوابنه ورکوي. د زړه په پیوند کې لاندې فکتورونه په **compatibility** ځانګړی اهمیت لري:

۱: د انساجو یو ځای والي چې د **donor and recipient** د وينې د تطابق له مخې معلومېږي.

۲: د **donor and recipient** شتون.

۳: د بشپړه سامان او وسایلو، تجربه لرونکی جراحی تیم.

۴: د اتسان په مقابل کې د معافیتی سیستم لوړ والي.

۵: مناسب او اړونده درمل.

۶: د عملیات خخه وروسته د بنې څارنې وړتیا.

## ۷.۱.۲ تاریخچه

د لمري حل لپاره په کال ۱۹۰۵ کې Carel and Guthree دیوه کوچني سپي زره دیوه لوی سپي د غارې په غته او عيو کې پیوند کړ، ۲۵ کاله وروسته یوه بل عالم د Mann نومېدو په غاره کې د پیوند شوي زره د ECG تغيرات لاسته راول. وروسته په ۱۹۵۰ کال کې روسي عالم Demikhov د زره مختلف پیوندونه تجربه کړل او نظر يې ورکړ چې د انساجو شباہت او hetrotropic د زره په پیوند کې په زره پوري رول لري، او نظر يې ورکړ چې د زره پیوند باید په صدر کې اجرا شي. (۱۶۵۰:۱)

په ۱۹۵۴ کال کې په دوه گانګي کې د کلېي پیوند په Allograft ډول اجرا شو، چې همدا د Allograft نظر د زره په پیوند کې هم مد نظر ونیول شو، چې معافيتي دفاع په کې مهم رول لري، چې ځینې درملو سره لکه Azathioprine and corticosteroid د پیوند اخيستونکي لپاره په بریاليتوب سره سرته ورسېدو او بنه پايله يې درلوده. په ۱۹۷۷ کال کې Chris Bernard د زره پیوند د انتان د مداخلې او پیوند reject له کبله مړ شو. په ۱۹۷۷ کال د Cyclosporine د رامنځته کېدو سره د زره په پیوند کې ډېرې بریاوي لاس ته راغله. د سايكلوسپورين او کورتيکوستيرويد په تطبيق سره د تنفسی لزو ترميم بنه صورت مومني، یعنې د زره او سبو پیوند سره د ذکر شوو درملو تطبيق ګټور تمامېږي، او ۵۰% بنې پايلې يې لاس ته راوري.

## ۷.۱.۳ د زره Donor او Recipient

هغه ناروغ ماشومان چې cardiomopathy ولري او د سبو او عيه يې کمه ماوشه وي (د ريوی شريان تضيق) د عمليات لپاره تاکل کېږي. د زره د پیوند لپاره هغه ناروغ ماشومان اتخابېږي چې د ريوی شريان اتپريزيا او د tricuspid اتپريزيا، hypoplastic left heart univentricular، د غته او عيو د موقعیت تغير، tetralogy of fallot، د بنې بطین وظيفوي اختلال. (۱۶۵۰:۱)

په ۱۹۸۳ خخه تر ۱۹۸۷ پوري ۲۰% د زره ناروغ ماشومانو ته د زره پیوند اجرا شوی دی چې عمرونه يې د ۱۹-۵ کلونو پوري وه، چې د دي جملې خخه ۲۴ پېښې په idiopathic ډول درلوده او نبدي ۱۳ پېښې د زره ولادي ناروغي یوه پېښه يې د زره فايروز او یوه پېښه په کې د چې بطین تومور درلوده.

د Recipient لپاره هغه خلک اتخابېږي چې ناروغ د کومې حادثې له کبله خپل فزيکي حياتيت د لاسه ورکړوي، ولې! د زره پیوند لپاره برابر شرایط ولري.

#### ۷.۱.۴ د زره د پیوند مضاد استطبابات

۱: د زره، پنستورگو او سبو و ظیفوي تشوشات.

۲: سیستمیکی ناروغي.

۳: IDDM ناروغ. (۱۶۵۰:۱)

۴: هغه ناروغ ماشومان چې د تنفسی سیستم افات ولري او د اتنان خطر په کې ډېروي، نو دا ډول ناروغان د عملیات خخه د مخه تر درملنې لاندې نیول کېږي. او همدارنګه Anticoagulant درمل ورته توصیه کېږي. او کله چې ماشوم نسبتاً بنه شو نو بیا عملیاتېږي او هم هغو ماشومانو چې د محیطي اوعيي مقاومت یې بنکته وي او د سبو تشوشات ولري باید cardiopulmonary transplantation ورته ترسه شي. او یا heterotropic cardiac transplantation چې د ناروغ په غاره کې د غټو اوعيو سره او یا د صدر په علوی برخه کې زره پیوند کېږي) ورته اجرا شي. چې د عملیات خخه وروسته ناروغ ډېرہ موده طبی خارنې او ساتنې ته اړتیا لري. همدارنګه د عملیات خخه وروسته post operation بايوپسي د هستولوزي معایناتو لپاره چې histological reaction یې معلوم شي اجرا کېږي. (۱۶۵۰:۱)

#### ۷.۱.۴ د زره د پیوند اخیستونکی او د زره ورکوونکی د تطابق قابلیت

د زره د پیوند اخیستونکی او د زره ورکوونکوی لپاره اهم تکي:

۱: د وینې گروپونه د ABO د نظره.

۲: Cytotoxic تعاملات، انتی باډی د donor & recipient په مقابل کې نو که چېږي دا ډول عکس العمل تشیت شي پیوند استطباب نه لري. خو بیا د زره پیوند د پنستورگو د پیوند سره توپیر لري چې نسبتاً بنه تحمل کېږي. د donor & recipient نسجي عکس العمل ته antigen يا HLA ويل کېږي. (۱۶۵۰:۱)

بیا هم څېرنو بنو دلې ده چې د زره په پیوند کې HLA ډېري حیاتي ستونزې نه رامنځته کوي، ولې ځینې وخت HLA-A2 د پیوند شوي زره د Atherosclerosis سبب کېږي.

۳: د زره ورکوونکی او اخیستونکی د وزن برابر والي: د زره په پیوند کې د وزن او د قطر توپیر په زره او اوعيو یو خه اثر لري چې ممکنه ده د oversize لامل شي. که دا توپیر او تفاوت د ۲۰% خخه کم وي

کوم خاص تشوش منحّته نه راوري. خو که چېري ريوی او عييه کوچني وي ممکنه ده چې د pulmonary resistance سبب شي. ولې زره د دي نقىصي لپاره oversize کوي او د دي نقىصي مخه نيسى، خو فايبروز او نور عوامل د زره د نشوونما مخه نيسى.

#### ۷. ۱. ۵ د دونر ډولونه او ځانګړتياوی:

د زره ورکونکي عمر باید د ۴۰ کالو څخه کم وي، او د زره ناروغي ونه لري. او که د دونور عمر د خلوبښت کلونو څخه پورته وي خو چې د زره ناروغي ونه لري. (۱۶۵۰:۱)

نو خرنګه چې په ماشومانو کې اجرا کېږي باید لاندې ځانګړتياوې ولري:

۱: بنه ده چې د زره اخيستونکي او ورکونکي دواړو وزن برابر وي.

۲: دونور باید د سیستمیکو او نورو ناروغيو څخه پاک وي.

۳: که د دونور د عضويت معافيت پورته وي نوبه به وي.

۴: د دونور د دفاعي قوت د پورته کولو او ساتلو لپاره کافي اندازه مایعات او درمل د زره په پیوند کې اهمیت لري.

۵: د دونور د فشار د تامين لپاره Dopamine ورکړل شي. (۱۰ mEq/kg).

۶: د دي لپاره چې د دونر myocardial potentiall وساتل شي د عمليات تیم (procurement team) باید د دونر زره د potassium snow يا د پوتاشيم واوري په واسطه فلح شي، او وروسته د electronically arrest په واسطه قطع شي. بيا هم د پوتاشيم په مالګه کې په ۴ درجود ساتلي ګراد کې وساتل شي، وروسته زره ته فشار ورکول کېږي چې فلح کونکي مواد د زره د جوفونو څخه خارج شي، او وروسته بيا زره په یوه خريطه کې چې د معقم يخ polyethylene څخه ډکه وي ساتل کېږي.

۷: د دونر د زره عضلات باید د اخستونکي د زره د عضلات تو سره مشابهت ولري (isotope) وي.

۸: باید isogroup of blood وي

داخستونکي د بدن معافيتي لړو والي په دي پیوند کې ډېر اهمیت لري، د اتنې بايوتیک لکه مقاومت پوري اړه لري. (۱۶۵۰:۱)

د زره او سرو د پیوند انتخابول: که د اخستونکی سبی او زره دواره دکاره ولوبدلی وی، بهتره به وی چی **cardiopulmonary** پیوند ورته اجرا شی، خو که سبی نورمال وی نوبیا یوازی د زره پیوند ورته ترسه کپری. (۱۶۵۰)

## ۷.۱.۶ د عملیات تخنیک

اساسی هدف د زره په پیوند کپ د اخستونکی د مافق زره د بطیناتو لری کول دی، چی د بین الاذینی پردی خخه قطع کپری، تر خود همدي برخی خخه د دونر زره پیوند شی، وروسته ابهر او ریوی شریان او بیا وریدونه قطع شی. د دونر د زره لمی چپ اذین خلاصپری او خلور واوه جوفونو ته تطابق ورکول کپری، وروسته بنی اذین خلاصپری او تر **VIC** پوری ادامه ورکول کپری. چی د دی خخه مخکی باید **VCS** وترل شی، تر خو **sinoatrial node** وساتل شی، وروسته ابهر زره ته نردی وترل شی. او په بطین کپ **cardioplegic** محلول وساتل شی، وروسته له دی **VCS & VCI** او ابهر قطع کپری. وروسته بیا د اخیستونکی بنی اذین دونر بنی اذین سره یو ظای خوله په خوله گندل کپری. وروسته بطینات گندل کپری، البته دی خخه د مخه باید د اجوافو محتوی سکشن شی. د دی خخه وروسته ریوی شریان او بیا ابهر خوله په خوله گندل کپری. او بیا د وینی جریان خلاصپری، او کله چی زره تود شی بیا **Pericord** گندل کپری، چی باید د **monofilament** او **non absorbable** تارونو خخه استفاده وشی. (۱۶۵۰)

## ۷.۱.۷ د زره د پیوند اختلالات

- ۱: **isoproterenol**، **ventricular pacemaker**، **چی ventriculoatrium block & sinus arrest** او **dopamine** تطبيق ته ارتیا پیدا کوي او وروسته **chronotropic** او **inotropic** دندی نورمال کپری.
- ۲: د پیوند شوی زره **overload**: حینی هغه درملو ته چی د پیوند خخه وروسته په مؤقت چول تنبهی عکس العمل تاثیر یې د (۸-۱۲) ساعتونو کپ د مینځه حی او زره خپله دنه دلاسه ورکوي، خو حینی وخت د تنبه کوونکی درملو د نه تطبيق خخه هم رامینځته کپری چی د مرینی سبب کپری.
- ۳: اتان: د مقاومت د کموالی له کبله حینی التهابی حالات رامینځ ته کپری.
- ۴: د کوکونو لیکاژ او خونریزی.
- ۵: **atherosclerosis**.

۶: د مجاورو اعضو او ماوېدل لکه pheinic nerve ژوبلېدل.

۷: د Lymphoma تشكىل. (۱۶۵۰:۱)

## ۷.۱.۸ د عمليات پايلى

د زړه پيوند یو مغلق او پېچلى عمليات دی چې د Recipient په نظر کې نیولو سره د Donor یا زړه اخيستونکي لخوا نه قبلول حياتي ارزښت لري. سره د نوي پرمختګونو بیا هم د زړه پيوند یو چېلنځ دی، او ناروغ د زيات وخت لپاره ډېره موده طبی خارني او ساتني ته اړتیا لري، ترڅو هستوژيکي عکس العمل بنسټه راولې شي. د مرینې خطر په دې ناروغانو کې زيات دی، خوسایکلوسپورین او کورتيکوسترويد د مرینې کچه تر یوی اندازې پوري را کمه کړي ده.

## ۷.۲ د زړه زخمونه

### ۷.۲.۱ د زړه پېچ جروحات

څرنګه چې د سر د ترضیض څخه وروسته په دویمه درجه کې د صدر ترضیض د مرینې لامل ګرئي نو د دې ډلې څخه د زړه ترضیض او ژوبلېدل په ماشومانو کې ژر د مرینې لامل ګرئي.

### ۷.۲.۲ تعريف

د زړه ترضیض وروسته د دندود مختلل کېدو څخه عبارت دی یا په بل عبارت د سینې ترضیض چې د زړه د ترضیض او د زړه د عضلاتو د کنتیوژن، زړه اجوافو خیرې کیدل او د دسامونو ماوېدو سبب شي او د زړه ودرېدو لامل وګرئي.

کېدای شي چې پريکارديم او زړه په پېچ ترضیض اخته شي یا دا چې د جارحه او نافذه التو په واسطه زړه ماوې شي، خود زړه ترضیض کېدای شي چې د concussion يا contusion سبب ګرئي او یاد مایوکارد د زړه والونه او د زړه د اجوافو د پردو د خېرې کېدو لامل وګرئي چې کله کله د اکليلي شرایينو د ترمبوز او خیرې کېدو سبب شي. (۱۶۵۰:۱)

## ۷.۲.۳ ډلبندۍ

Suspect Stage -o

Mild -۱

Moderat- ۲

## ۷. ۲. ۴ کلینیکی بنه

د ترضیض خخه و روسته د زره ضربان ډپروالی، **Dysrhythmia**، په زره کې نوی مرمر پیدا کېدل، غیر واضح تکي کارديا او هايپوتension موجود وي، امكان لري د ترضیض سره د سيني او سبرو ترضیض اعراض او علام موجود وي.

د پريکارد د خېري کېدو په صورت کې زره د پلورا جوف ته تتفق کوي او د زره دندې مختل کېږي، او د زره دهانه يا **out put** بښکته رائي. (۱: ۱۶۵۰)

پخ ترضیض کله هم د زره د دھليزونو او بطيني پردو د شلېدو او ډيفيكت او د **mitral**، **tricuspid** دسامونو د عدم کفائي او د بطيني انيوريزم د پیدا کېدو لامل ګرخي چې د نوي مرمر د پیدا کېدو او په **ECG** کې د تغيراتو د منځته راتلو له مخې پېژندل کېږي.

ممکنه ده چې د صدر د مستقيمي ضربې له کبله په ماشوم کې د زره د اني توقف سبب شي چې د **Commotio cordis** په نوم يادېږي. چې اکثراً د سپورت (baseball) په وخت کې رامنځته کېږي. او په **Ventricular contusion** یا جرحی علامونه ليدل کېږي. او د ماشوم د مړيني لامل **Autopsy** بلل کېږي. (۱: ۱۶۵۰) **Fibrillation**

## ۷. ۲. ۵ تشخيص

د کلینيکي معایناتو، **ECG**، ايکوکارديوگرافۍ او د زره د اتزایمونو تعينولو سره صورت مومي. په ۱، ۲ ECG ليدل کېږي او په ST سګمنت کې تغير رامنځته کېږي او د بندل برانچ بلاک علام موجود وي، په وخيم حالت کې رېچر موجود وي د ايکوکارديوگرافۍ په واسطه ارزیابي کېږي او هم کاردياک مارکر eg troponin , ccpk, MB, سکرين شي.

## ۷. ۲. ۶ درملنه

د زره حرکات مانیتور شي، په دي صورت کې **CPR** اجرا شي که د یوه ترضیض له کبله د زره د جرحې په لوحه کې جراحۍ مداخله کېږي بايد لاندې تکي په نظر کې ونيول شي: (۱: ۱۶۵۰) ۱: تول صدر پاک او وپوبنل شي.

۲: صدر په خلورمه يا پنخمه بين الصلعي مسافه کې د Anterolateral شق په واسطه خلاص شي (thoracotomy) وشي. په هغه صورت کې چې د ناروغ عمومي وضع نسبتاً بنه وي او د زړه جرحد مخه تشخيص شوي وي نو Median Sternotomy دي ورته اجرا شي.

۳: د Pericord خلاصولو په وخت pheinic عصب باید وساتل شي.

۴: د Myocard خونريزې د مستقيم فشار ورکولو په واسطه کنترول پېږي.

۵: د زړه جروحات د ساده کوکونو يا خیاطو سره ترمیم پېږي، او که امکان ولري نو د staples په واسطه دی ترمیم شي. (۱۶۵۰)

۶: د ترمیم خخه وروسته د پریکارد جرحة خلاصه پرپنسودل شي. د زړه جروحات اکثراً cardiopulmonary bypass خخه پرته ترمیم پېږي. که د عملیات په ترڅ کې د ترپل شته والی ثابت شي نو د والونو په رېچر او يا Traumatic Ventricular septal هیفيکټه باندې دلالت کوي، نو که اړتیا وي او ممکنه وي نوناروغتنه transesophageal echocardiography اجرا شي، ترڅو د والونو او بین البطیني پردو پتالوژي معلومه شي، چې د دی معاینې په واسطه د جرحي د ترمیم نظم کنترول شي. خوبیا هم ناروغتنه د روغتون خخه د تلو د مخه echocardiography اجرا شي. (۱۶۵۰)

مايوکارډیل کانتیوژن: د مايوکارد کانتیوژن د پخو ترضیضاتو په واسطه ډېر رامنځته کېږي چې په موضعی ډول مايوکارد ته صدمه رسپېږي، او د هستولوژي له نظره بنسکاره تغیرات په کې لیدل کېږي چې د اریتمیا او د زړه د عدم کفایی لامل ګرځی، خود مايوکارد کنتیوژن د اختلاطا تو په نظر کې نیولوسره تداوی کېږي. (چې په ۱-۷ شکل کې بنودل شوي دی)

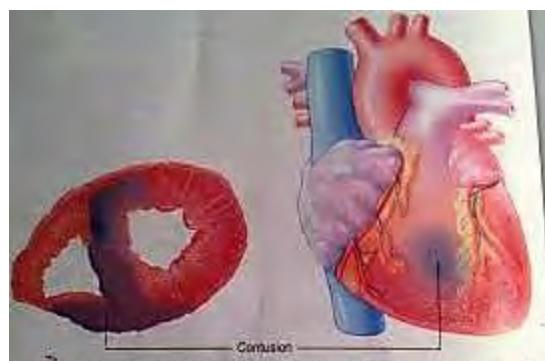
د زړه کنتیوژن باید د commatio cordis او concussion سره توپیر وشي، چې په دې دواړو کې يعني کې ساختماني او حتی مايكروسکوپیک تغیرات هم نه لیدل کېږي. ممکنه ده چې د مايوکارد کنتیوژن په بشپړه ډول silent وې او يا supraventricular او يا ventricular fibrillation سبب شي. د زړه دهانی د کموالي له کبله امکان لري چې ماشوم ته hypotension پیدا شي.

خینې معاینات لکه ECG، د مايوکارد د اترايمونو تعینول لکه Echocardiography، CKMB یا creatinine kinase myocardial band او troponine T او Radioneuclid scan د تشخيص سره مرسته نه کوي، نو په دې اساس درملنه یې هم ستونزمنه ده.

Lead ECG ۱۲ یوه ساده معاينه ده چې ST segment او T موجه کې قابل برگشت تغيرات ليدل کېږي. ممکنه ده چې wall motion Systolic او موضعی reduced ejaculation friction انو مالي Echo او یا د Diastolic Wall پېروالۍ وښيسي. (۱۶۵۰)

حېنې مولفينو بندولې ده چې د Troponen ۱ او T سطحه نسبتاً نورو تستونو ته اهميت لري، او حتی حېنې مولفينو نظر ورکړي چې په ماشومانو کې کنتيوزن د اهميت وړ تغيرات په کلينيك کې نه ورکوي. يعني که ECG او Echo کې کوم تغير ونه ليدل شي نو کنتيوزن نه شي رد کولاي. (۱۶۵۰)

د مايوکارد د کنتيوزن درملنه د ۱۲-۲۴ پوري د ECG کنترول پرله پسې ډول او د Inotropic Support څخه عبارت دي. د درملني په وخت کې کېداي شي چې اختلالات منئته راشي چې د Arrhythmia د کنترول لپاره په ICU کې ساتل کېږي. ماشوم د ECG او د اتزایمونود تعینولو په واسطه خارل کېږي. ممکنه ده چې Myocardial dysfunction منئته راشي چې Lt ventricular circulatory support ورته ډېره ګته رسوي. چې د دې درملني په وخت باید sub endocardial ischemia او distension ته پاملنې وشي تر خود decompression مخه ونيول شي.



۱-۷ شکل د مايوکارد کاتتيوزن بښي. (slideshare.com)

د مايوکارديم رېچر: چې اکثراً د ماشوم د اني او فوري مرګ سبب ګرخي، چې  $\frac{3}{2}$  یمه برخه ماشومان د پېښې په ځای کې او  $\frac{3}{1}$  یمه برخه په بېړنې خونه کې مره کېږي. (چې په ۲-۷ شکل کې بندول شوی دي)

د مايوکارد رېچر اکثراً د زوره ترضيضاټو، د موټرو د تکر او موټر ساپکل د تکر او د لور ځای څخه د لوپدو له کبله رامنئته کېږي.

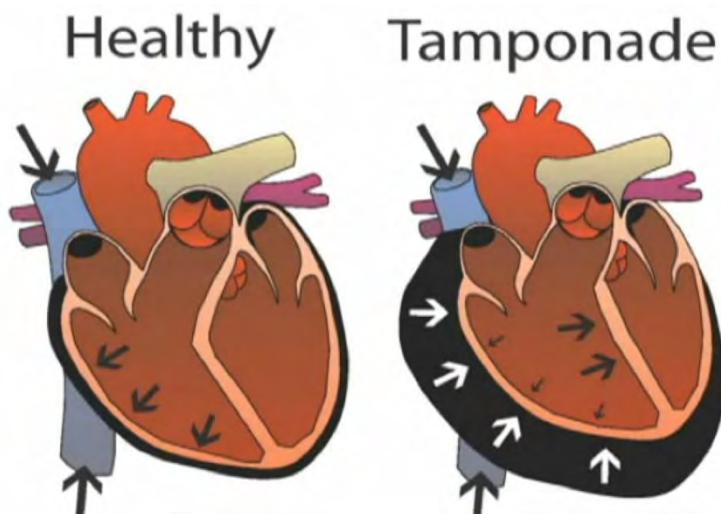
د هليزونه اکشراً د Lat Systole او د بطیناتو د Lat Diastole په وخت کې رپچر کوي چې د بنی بطین رپچر ھېر پیښېږي.



۲-۷ شکل د مایوکارد رپچر بنی چې د مایوکارد احتشا خخه درې ورځې مخکې رامنځته شوی دی. (slideshare.com)

هغه ماشومان چې د مایوکارد په رپچر اخته وي د Pericardial tamponade کلینيکي لوحه لري، د مایوکارد نکروز، انیوریزم تشكيل او مؤخر رپچر کېداي شي چې منئه راشي، هغه ماشومان چې Traumatic ASD ولري، په هغوي کې مرمرد زړه د عدم کفایي د موجوديت خخه پرته اور بدل کېږي. د صدر د ترضیض هغه ماشومان چې د روغتون خخه رخصتېږي باید د نوي مرمر د شتون لپاره معاینه شي چې د مرمر د موجوديت په وخت کې ناروغتنه Echocardiography اجرا شي.

د زړه تمپوناد: هغه جرمه او ترضیض چې د هغې له کبله په پریکارڈ کې وينه راټوله شي نود وينې رجعت زړه ته کمېږي او cardiac out put بنسکته رائخي او ناروغ شاک ته ئخي، د زړه او ازاونه نه اور بدل کېږي، د غارې وریدونه توسع کوي او ڈېر برجسته کېږي (چې په ۳-۷ شکل کې بنو دل شوی دی). چې درملنه يې په بیرونې ھول



په پريکارد کې د ديوې ستنې دنه کول او کومه وينه چې هلتہ را تو له شوي ده باید وویستل شي چې دا عملیه **pericardiocentasis** په نوم يادېږي. که کممه وینه تخلیه هم شي نود زره **out put** ورسه بنه کېږي. (۱: ۱۶۵۳)

(doctersalerts.com) ۳-۷ شکل کې د زړه تمپوناد بنودنه شوي ده.

## ۷. ۳ د زړه نافذه جروحات

### ۷. ۳. ۱ تعريف

د زړه مجروح کېدو خخه عبارت دی چې په مستقيم او يا غير مستقيم ډول د زړه اړوند جوفونه او لویه او عیه څېږي او يا سورۍ کېږي لکه د مرمى، يا انفلاقیه پارچو او يا تېره آلاتو په واسطه لمړي د صدر جدار ماوف او بیا زړه مجروح کېږي. د زړه جروحات ۸۵٪ واقعاتو کې د نورو غرو د ترضیض سره یوځای رامنځته کېږي. د زړه پڅخ ترضیض او د زړه نافذه ترضیض ناروغ ماشومان مخکې له دې چې روغتون ته ورسېږي مړه کېږي (۹۰%-۸۰%). زیاتره بنې بطین زیات مجروح کېږي (۳۵٪)، ولې امکان لري چې د زړه هره برخه او لوېې او عیې د نافذه جروحاتو پواسطه ماوفه شي.

### ۷. ۳. ۲ اعراض او علايم

تشخيص: خرنګه چې د زړه نافذه جرحوناروغ ماشومان د شدید شاک په حالت کې روغتون ته را اړل کېږي، ډاکترانو ته مجال نه وي چې پوره کلينيکي لوحة د متممه معایناتو سره تعقیب کړي.

د زړه نافذه جرحې امکان لري یوازې یوه کوچنې جرحه وي چې په مايوکارد او يا پريکارد کې جرحه رامنځ ته شوي وي. او وينه د زړه د جدار خخه د پلورا جوف ته داخل او هيموتوراکس رامنځ ته کړي. او يا د **Cardiac tamponade** لوحة ورکړي (شریانی فشار تیبت، وریدي فشار لور او د زړه اوazonه نه اورېدل کېږي)، ولې که چېږي جرحه لویه وي زیاته وینه په پلورا یې جوف کې جمع کېږي چې دغه وینه د زړه د اجوافو خخه پلورا ته داخلېږي او د شدید شاک او هيموتوراکس کلينيکي لوحة به ولري (شدیده نفس تنگي، سیانوز، شربانی فشار تیتوالی، د نبض نه جس کېدل، د نهایاتو یخوالی، د زړه او تنفسی اوazonو نه اورېدلو خخه عبارت دي). ولې که ناروغ **Stable** اوسي نو ناروغ ماشوم پوره معاینې ته اجازه ورکوي، او واضحه کلينيکي لوحة لري، او دغه کلينيکي لوحة د راه یوګرافی، او ایکو کارديوګرافی سره په تشخيص کې مرسته کوي.

خرنگه چې د زړه نافذه جرحي یو جدي د ژوند تهدې دونکى ستونزه جوړوي باید په فوري ډول ورته بدون د وقفي پاملننه وشي. که چېري ناروغ Cardiac tamponade د یوی کوچنۍ جرحي له کبله ورکړي وي باید په عاجل ډول Thoracotomy د چپ طرف صدر په جنبي برخه کې د خلورمي او پنځمي بین الصلعی مسافي او يا Sternotomy اجرا کېږي. په دې ډول ناروغانو ته چې په کمه اندازه هيموهيناميک تغيرات ولري یوازي Pericardial cantesis اجرا کېږي، ولپه هغه صورت کې چې ناروغ ماشوم غټه جروحات ولري، نو عاجله توراکوتومي ورته اجرا او په مترونه برخه کې د ګوټې پواسطه جرحة بندېږي او خياطه ګذاري صورت نيسې. کله هم د پوستکي Stapler پواسطه جرحة بندېږي او د Resisutaiton خخه وروسته کله چې ماشوم Stable حالت اختيار کړي د ماشوم جرحة په سمه توګه ګنډل کېږي. باید په ياد ولرو چې که اجنبۍ جسم د زړه په جدار کې بند وي ترهغه چې مکمل اهتمامات ورته نه وي نیول شوې او یا توراکوتومي نه وي اجرا شوې د اجنبۍ جسم د وتلو خخه ډډه وشي (حکه چې اجنبۍ جسم د وینې بهپنه بیرون خواته جلوګیري کوي)، چې دغه عملیه په عاجلو واقعاتو کې د یو Senior ډاکتر لخوا هم اجرا کېدای شي، او وروسته په بنیادي ډول د ماشومانو د زړه جراح پواسطه تعقیب او درمننه یې وشي. د دې امکان هم موجود دی چې د زړه جرحة په لویو او عیو سره ارتباټ پیدا کړي وي او یو شنت منځ ته راغلی وي. دا هم باید په دقیق ډول مراقبت او درمننه یې وشي. د زړه د جرحي د ترمیم په وخت باید کورنري شريانونه د خياطو خخه محفوظ وسائل شي. د توراکوتومي د ترمیم خخه مخکې باید ناروغ ته Chest tube کېښودل شي او د عملیاتو خخه وروسته ناروغان د جدي مراقبت لاندې ونیول شي ترڅو د زړه اسکیمیا او عدم کفایې مخه ونیول شي.

#### ۷. ۴ د زړه ولادي ناروغی

يا د چپ زړه خخه بني خواته د وینې جريان ته وايي. چې په سړو کې د وینې A : Left to right shunt د ډېروالي يا overloading سبب کېږي چې معمولاً د سیانوزس سبب نه ګرځي يا acyanotic وي چې عبارت دي له:

patent ductus arterioses يا PDA

يا atrial septal ډيفيكت

يا ventricular septal ډيفيكت VSD

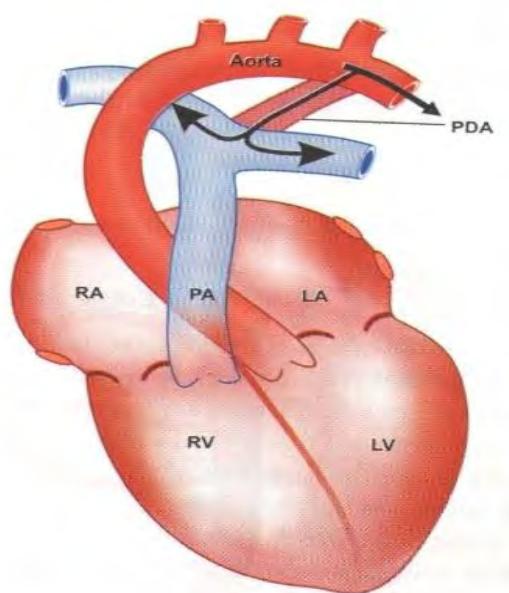
B: په دې حالت کې وينه د سیستمیک وریدي جريان خخه سیستمیک شرياني جريان سره گلهېږي، يعني د مخه تر دې چې سبرو ته لاره شي وریدي او شرياني وينه سره مخلوطېږي او په دې ډول شدید سیستمیک سیانوزس منئته راوري چې tetralogy of fallot يې ډېره بنه بیلګه ده. (۱۶۵۳)

C: Condition without shunts لکه coarctation of Aorta، د ابهر تنگوالی او د سبرو د شريان تنگوالی يا Ps.

همدارنګه کولای شو چې دغه ناروغي د زړه په سیانوتیک او غیر سیانوتیک ډولونو ووېشو.

۱: PDA يا patent ducus arterioses يا د دوو شريانيو ترمنځ يوه غير نورماله لاره يا سورې موجوديت: دغه ناروغي په ۱۰% پېښو کې ليدل کېږي. نومورې حالت اساساً په جنینې ژوند کې موجود وي يعني د سبرو خخه د مخه يوه لاره د ابهر او ريوسي شريان ترمنځ شتون لري، خو کله چې تولیدېږي نومورې سورې يا قنات ژرتول کېږي ھکه چې سربې خپله دنده پیلوې. خو ھينې درمل دي چې په دې حالت کې يوه اندازه اギزه کوي لکه Indomethacin يو درمل دې چې د نومورې قنات د ترپلوبروسه تنبه کوي حال دا چې پروستاگلاندين د نومورې قنات د ترپل کېدو مخه نيسسي. (۱۰: ۷۳۶)

په PDA کې يوه اندازه وينه د ابهر خخه ريوسي شريان خوا ته ورئي ھکه چې د ابهر فشار ډېر لور دی left to right shunt) يعني د چې خوا خخه بني خوا ته د وينې جريان منئته رائي، چې په پايله کې د ريوسي فشار د لور والي لامل کېږي (چې په ۴-۷ شکل کې بنودل شوی دی، خو کله هم ريوسي شريان دومره



لوروي چې وينه د ريوسيان خخه ابهر ته ور دته شي چې يو برعکس د right to left shunt منحّته راوري او بالاخره په ناروغ کې سيانوزس منحّته راوري. يا په بل عبارت acyanotic shut to cyanotic shunt باندې بدلبېي چې د Eienmenger's syndrome په نوم هم يادېږي. کډا شی دا حالت په نورو چپ نه بنې خوا ته قناتونو یا left to right shunt کې لکه ASD، VSD کې هم منحّته راشي.

(sketichymedicin.com) ۴-۷ شکل د PDA ولادي افت رابنيي

په دې ناروغۍ کې ماشوم د Dyspnea یا عسرت تنفس، د سینې درد یا chest pain، او همدارنګه machinery mur mur په لوحه راوري شی. (۱۰: ۷۳۶) د ناروغۍ د پېژندنې او تشخيص لپاره echocardiography او Aortogram او

درملنه: د PDA د تپلو خخه عبارت دی چې یا د خلاصې Interventional cardiology او یا د جراحۍ چې ډېره مناسبه لاره ده صورت مومي. (۱۰: ۷۳۶)

اختلالات: اختلالات یې عبارت دی له: Bacterial (CHF) congestive heart failure او endocarditis چخه عبارت دی. (۱۰: ۷۳۵)

## ۷. ۵. د اذيناتو د جدار نقیصه (ASD) یا Atrial septal Defect

### ۷. ۵. ۱ تعريف

نوموري ناروغۍ ۷ فیصده پېښې لري. په دې ناروغۍ کې د دواړو اذيناتو ترمنځ یو سوری یا لاره موجوده وي یعنې چپ او بنې زړه سره غیر نورمالې اړیکې لري. (۱۹۵۵: ۱) (چې په ۵-۷ شکل کې بنو دل شوی دی)

ډولونه

په دوه ډوله وي ابتدائي شکل چې د نورو انوماليو سره ملګري وي او ثانوي شکل چې د پردي نازکوالۍ له کبله رامنحّته کېږي او لاندې شکلونه هم موجود دي:

چې ډېره معمول دي، دا یو بيضوي ډوله سوری وي چې د دواړو اذيناتو Secundum type •

ترمنځ د پردي په منحنۍ برخه کې چې د foramen oval په ناحيې کې د نقیصې یا ډيفيكته له کبله وي.

دغه نقیصه د پردي په سفلې برخه کې وي او ډېرنادرأً منحّته راخې Primum type •

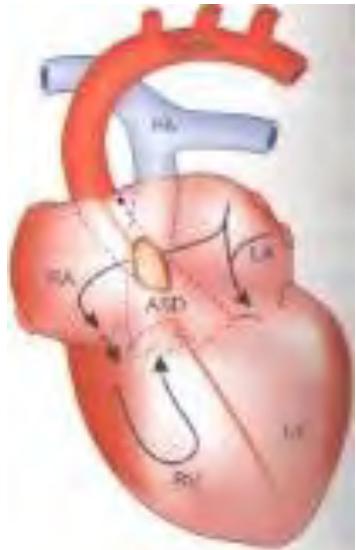
## • Sinus venosus type چې د SVC(Superior Vena Cava) د فوخي ترڅنګ منځته رائې.

### ۷.۵.۲ کلينيکي بنه

په دي ناروغۍ کې وينه د چې اذين خخه د بنې اذين په لور ورځي چې ډېر مقدار وينه بنې اذين ته داخلېږي چې د دې اذين خخه وينه ريوسي شريان ته جريان موسي، چې د چې بطيين د هايدروفي، سبب گرځي، چې د ويني دغه ډېروالى د ريوسي شريان د Sclerosis Pulmonary hypertension سبب گرځي، او همدارنګه کله د بنې خوانه چې خواته وينه رائې چې د سيانوزس، خستګي، ضعف، ساه تنګي او ساه لنډي، توخي او Palpatation سبب گرځي او په سينه کې د زړه په برخه کې درد پیدا کېږي، پوستکي وچ او په شونډو کې سيانوزس موجود وي، ولې په مخاطي غشا کې سيانوزس موجود نه وي د غارې وريدونه برجسته او ډک معلومېږي Hepatomegaly هم منځته رائې، د قص هلهوکي په چې دويمه او دريمه بين الصلعي مسافه کې يو سيسناليك مرمر اوړېدل کېږي چې د همدي مرمر له کبله يو تريل هم په همدي برخه کې جس کېږي، دا مرمر هغه وخت له منځه هې چې بنې بطيين په عدم کفایه اخته شي.

د X-ray په کلیشه کې د بنې اذين او بنې بطيين ضخame یا غټوالى او د ريوسي شريان برجسته کېدل معلومېږي، د زړه قدامي خلفي قطر په علوی برخه کې زياتېږي په ECG کې د بنې بطيين متبارز والي تثبيت کېږي د P موجه په دويم او درېم Lead کې برجسته او لوره وي په Phonocardiography کې سيسناليك مرمر په ځانګړي ډول سره اوړېدل کېږي.<sup>(۱۶۵۵:۱)</sup>

په Angiography کې د ريوسي شريان غټوالى او د فشار پورته والي تثبيت کېږي چې د اذين غټوالى په بنې طرف او هم د اذيني پردي ديفكت واضح کېږي چې د کتيرايزيشن په واسطه د پردي د نقیصې ځای او اندازه تثبيت کېږي.<sup>(۱۰:۷۳۶)</sup>



۷-۵ شکل د **ASD** (atrial septal defect) ولادي افت را بنبيي ([healthjade.com](http://healthjade.com))

### ۷.۵.۳ تشخيص

تشخيص د کلينيکي معایناتو، فوتوكارديوگرافی، انجيوکارديوگرافی، ECG، X-Ray، کتیترایزیشن او د بنی اذین د وینې اکسیجن اندازې سره صورت مومي. که چېري د اکسیجن اندازه د نورمال اندازې دوه چنده وي د شنت شته والي ثابت وي.

### ۷.۵.۴ درملنه

درملنه يې جراحی ده چې د خاص جراحی تخنیک سره (Hypothermia Extra Corporeal circulation) په واسطه صورت مومي، نومورې سورى يا نقیصه مستقیماً سوچر په واسطه ګنډل کېږي او يا دا چې د pericardium patch (د پریکارد یوه ټوپه) او يا دا چې د Dacron څخه استفاده کېږي (خیاطې interrupted زړوله) (۱۰: ۷۳۹).

### ۷.۵.۵ انتار

خرنګه چې ASD اساسی درملنه يې د جراحی عملیې پواسطه د Septum ترمیم او Plasty څخه عبارت دی خو کله هم د ASD تایپ د درملنې ترتاییج تر تاثیر لاتدې راپوري د ماشوم د ژوند په لمپنیو وختونو کې ترمیم نه اجرا کېږي، اما که چېري ماشوم د عملیاتو توانيې پیدا کړي نو د عملیات پایله به يې بنې وي، او که چېري ماشوم وروسته تشخيص شي او کوم اختلالات رامنځ ته شوي وي د عملیات په ترتاییجو بده اغپزه لري. چې اکثراً د Pulmonary hypertension له کبله ماشومان اختلالاتي کېږي،

لکه د **Eisenmenger's syndrome** (د وینی جریان معکوس کېرىي)، ولې هغه ماشومان چې په مقدم ډول تشخيص او عمليات شي د یونارمل ماشوم په ډول نشونما کوي او کوم مشکل نه رامنځته کوي.

## ۷. ۶ د بطيقاتو د جدار نقىصه (ventricular septal Defect) يا VSD

### ۷. ۶. ۱ تعريف

په دې افت کې د زړه د بطيقاتو ترمنځ غیر نورمال اړیکه موجوده وي، چې د چپ زړه خخه وينه بني زړه ته ورځي، چې په تسيجه کې د **ventricular hypertrophy** او **pulmonary hypertension** سبب کېرىي دغه افت ۱۵% پېښې لري. (چې په ۷-۶ شکل کې بنودل شوي دي)  
ډولونه

د سورى د موقعیت له نظره VSD خلور ډولونه لري.

- کېداي شي نقىصه يا سورى وړوکى يا لوی وي.
- کېداي شي چې افت د TF يا **Tetralogy of fallot** سره یو خای وي.
- د ناروغي په شدیدو او پرمخ تللو پېښو کې دغه shunt يا د ویني جریان معکوس کېرىي چې د **Eisenmenger's syndrome** لامل گرځي.<sup>(۱۶۵۵)</sup>

## ۷. ۶. ۲ کلينيکي بنه

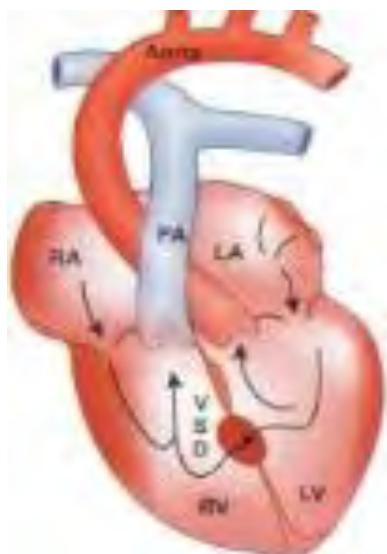
خرنګه چې د چپ بطین خخه بني بطین ته وينه جریان پيدا کوي چې د بني بطین حجم زياتېري او د بني بطین خخه په ډېرى اندازې وينه ريوی شريان ته وينه داخلېري چې د ريوی شريان جدار او معوج کېدو سبب گرځي چې **pulmonary Sclerosis** هايپرتنسن رامنځته کوي، د بلې خوا د بني بطین حجم ډېروالى د دې بطین د عدم کفائيه لامل گرځي چې بالاخره د بني بطین فشار هم پورته ئي، په دې حالت کې د ویني جریان د بني بطین خخه چپ بطین ته صورت مومي چې د ویني جریان معکوس کېرىي او ناروغ ماشوم ته سيانوزس پيدا کېرىي، ناروغ ماشوم ته خستګي، کمزورتيا، ساه لنډي، ټوخي او د زړه ضربان ډېروالى پيدا کېرىي او د سينې درد د زړه په ساحه کې رامنځته کېرىي. د ماشوم پوستکي وچ، خاسف، په شونډو او مخاطي غشا کې سيانوزس موجود وي، د ویني جریان له کبله په ريوی شريان کې يو سيسناليك مرمر په چپ طرف خلورمه بين الصلعي مسافه کې اوږدل کېرىي او د همدي مرمر له کبله تريل جس کېرىي. کله چې بني بطین په عدم کفائيه مبتلا شي دغه مرمر کم او یا د منځه خي.

د X-Ray په کلیشه کې د بني او چې بطین ضخامه موجوده وي د ريوی شريان بارزوالي په کلیشه کې ليدل کېږي او هم د زړه قدامي خلفي قطر په سفلی برخه کې زياتېږي. (۷۳۹ : ۱۰)

په ECG کې د بین البطيني بارزوالي بسکاره کېږي د P موجه په دويم او دريم ليد کې لور وي. Phonocardiography کې ذکر شوي مرمر په ذکر شوي وصف ليدل کېږي.

په Angiography کې د ريوی شريان غتهوالی، د ريوی شريان پورتوالی او د بني بطین غتهوالی تايد کېږي او نقیصه په کې معلومېږي.

د کتیرايزیشن په واسطه د نقیصې موقعیت او اندازه بسکاره کېږي. (۷۳۹ : ۱۰)



۶-۷ شکل په VSD دیفیکټ، رابنیي (obimages.com)

### ۷.۶.۳ تشخيص

د کلينيکي معاني، انجيوګرافۍ، ECG، X-Ray، کتیرايزیشن او په بني بطین کې د اکسيجن د مقدار په تعينولو سره ترسره کېږي چې د اکسيجن مقدار په بني بطین کې دوه چنده کيدل په شنت دلالت کوي

### ۷.۶.۴ درملنه

درملنه يې جراحی ده چې په ځانګړي تخنیک Extra Corporeal circulation صورت مومي کوچنی سوری د interrupted Z ډوله خیاطي په واسطه اجرا کېږي او په هغه صورت کې چې دیفکټ غټه وي د Pericard او یا د مصنوعي Dacron سره نقیصه بند پېږي. (۷۴۰ : ۱۰)

## ۷.۷ بین الاذیني بطيني نقیصه (Atrio Ventricular Septal Defect)

### ۷.۷.۱ تعریف

د هغه نقیصی خخه عبارت دی چې د اذین او بطین ترمنځ رامنځته کېږي يا په بل عبارت د اذین او بطین ترمنځ د پردي د ناتام یا تام نه جوړ بد و خخه عبارت دی، دغه ولادي نقیصه امکان لري د ASD او VSD سره یو خای رامنځ ته شي امکان لري نقیصه یو طرفه يا دوه طرفه وي چې قسمی یا ناتام شکل په مختلفو برخو کې رامنځته کېداي شي.

### ۷.۷.۲ اعراض او علايم

په عمومي ډول د دي اعراض چې د زړه د عدم کفايې سره یو خای وي، په لاندي ډول دي: تنفسی مشکلات، چټک (تېز) تنفس، ویزینګ، عضلي ستړتیا، د اشتها کموالی، د وزن کموالی، د پوستکي خثافت، د شوندو او مکشوفه ناحیو کې د سیانوز موجودیت، اریتیمیا، Palpitaion او زیاته خوله کېدنه دي.

### ۷.۷.۳ ډولونه

(۱) د قسمی بین الاذیني بطیني نقیصی کلینيکي لوحه: Partial Atrioventricular septal defect کې د میترال ریگورجیشن موجود نه وي د دې کبله امکان لري ناروغ ماشوم تر کلونو کلینيکي لوحه ورنه کېږي او هم امکان لري چې Right to left شنت کلینيکي لوحه په ناروغ ماشوم کې ولیدل شي په هغه صورت کې چې میترال ریگورجیشن موجود وي ناروغ ماشوم د ساه تنګي، خستګي او د تنفسی لارې اتناناتو خخه شاکي وي

### ۷.۷.۴ تشخيص

په اصحا سره Promenant pulmonic مرمر او رېدل کېږي او یو splitting او از په وسیع ډول د زړه په دویم او از کې او رېدل کېږي.

په ECG کې د چپ زړه محور انحراف موجود وي P موجه برجسته او PR اتروال لوی او لورې وي د X-Ray په کلیشه کې زړه لوی وي او ریوی او عیه برجسته او غته معلومېږي.

په Phonocardiography کې د اذین او بطین پردي نشتوالي معلومېږي.

## ۷. ۵ درملنه

درملنه يې جراحی ده عملیات نه کول نتيجه په متوسطه اندازه انزار لري چې د ناروغ ماشوم وفیات تر درې کلنۍ پورې وي که اعراض يې ورکړي وي په متوسط ډول تر خلويښت کلنۍ پورې ژوند ته ادامه ورکولۍ شي په هغه صورت کې چې د زړه حرکاتو بې نظمي موجود وي انزار يې بسه نه دي.

### تام بین الاذني بطيني نقیصه (Complete Atrioventricular Defect)

دا ډول ماشومان په Infancy دوره کې د زړه احتقاني عدم کفایه لري چې ناروغ ماشوم ساه لنډي لري او سطحي تنفس کوي په جس سره تریل جس کېږي او په ۱۵٪ واقعاتو کې سیانوزس موجود وي. (۱۶۵۹)

تشخيص: په اصغا سره Pulmonary hypertension له کبله د زړه اول اواز Splitting اوړبدل کېږي د بین البطيني دیفکت له کبله يو Holosystol mur mur د قص هډوکي چپ خواته اوړبدل کېږي د متراال دسام د عدم کفایې له کبله High pitched مرمر د زړه د زروې په برخه کې اوړبدل کېږي، همدا ډول د بین البطيني پردې نقیصې په برخه کې Mid Diastolic مرمر هم اوړبدل کېږي.

په ایکسری کلیشه کې خلور واره جوفونه غټه معلومېږي او هم د وینې تولیدو برخې (Pulmonary plethora) په سپو کې معلومېږي چې د Angiography په واسطه تايد کېږي چپ بطین باریکه او طولاني معلومېږي او يو Knotching (سوری شوی) د V په شکل د متراال دسام په برخه کې لیدل کېږي. د کتیترایزیشن سره د زړه د جوفونو خخه وينه وویستل شي د اکسیجن مقدار د بنې طرف اجوافوريوي شريان وينه به د نورو برخو سره يو شان اکسیجن ولري.

درملنه: جراحی په واسطه درملنه يې کېږي ولې نتيجه يې د قناعت ورنه وي

## ۷. ۶ انزار

۹۶٪ د خطر سره مواجهه وي او تر ۵ کلنۍ پورې مړه کېږي که د Down's Syndrom سره يو ظای وي ۸۰٪ ناروغان تر ۱۵ کلنۍ پورې ژوندي پاتې کېداي شي، او په هغه صورت کې چې د متراال دسام عدم کفایه او یا وخیم شکل دیفکت موجود وي د تولد خخه د مخه ماشوم د منځه ئې.

## ۷.۷.۷ اختلاطات

په متکرر ڇول تنفسی اتنانات، Pulmonary hypertension او د زړه عدم کفایه. (۱۶۵۰:۱)

## ۷.۸ د فولات تترالوژي

### ۷.۸.۱ تعريف

د زړه یوه ولادي ناروغي د چې د سیانوزس سبب کېږي او د زړه په خلورو برخو کې پتالوژیک افت موجود وي.

اجزا: ۱: septal ډیفیکٹ

۲: infandibular او ریوی شریان تضیق چې د بنی بطین د جريان يا out flow د بندېدو سبب کېږي.

۳: د بنی بطین لویوالی يا right ventricular hypertrophy

۴: Dextroposition of aorta (۱۶۵۹:۱).

## ۷.۸.۲ هیمودینامیک تغیرات

له هغه ئایه چې د بنی بطین جريان بند وي نو وریدي وينه د موجوده VSD دلاري چپ بطین ته راخي او د دې لاري خخه ابهرته دنته کېږي، نوله دې کبله سیستمیک دوران ته بې اکسیجنه وينه ورخي او د سیانوزس سبب کېږي. خرنګه چې وينه لمړی د چپ بطین خخه بنی بطین ته جريان پیدا کوي او په بنی بطین کې فشار پورته حئي او ضخامه کوي وروسته د دې بطین فشار پورته حئي وينه دوباره د بنی بطین خخه چپ بطین ته جريان پیدا کوي او بیا ابهر ته داخلېږي د همدي کبله ماشوم ته سیانوزس پیدا کېږي او په وينه کې د اکسیجن مقدار کم وي . (۱۰: ۷۳۹) (چې په ۷-۷ شکل کې بنودل شوی دي)

## ۷.۸.۳ کلینیکي بنه

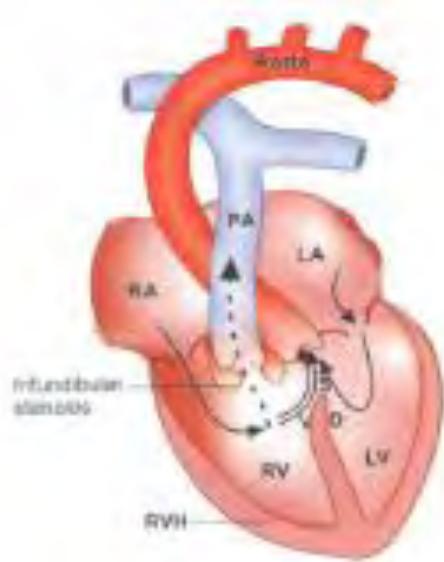
سیانوزس د Dyspnea سره، ejection systolic murmur چې د سیانوتیکي حملې خخه وروسته له منځه حئي چې د تولد وروسته دغه سیانوزس زیاتېږي چې سیانوزس په نهاياتو او مکشوفه برخو کې واضح وي چې سیانوزس د شیدو خورولو او ژرا په وخت زیاتېږي او سیانوزس دائمي شکل غوره کوي په گوتو کې Clubbing حالت رامنځته کېږي، ناروغ ماشوم ناراحته او سر دردي لري، ساه تنګي د زېرون وروسته پیدا کېږي او زیاتېږي، نفس تنګي د شیدو خورولو په وخت ماشوم ته

ستونزې پیدا کوي، او د سوی تغذیې لامل گرخې، د ماشوم نشوونما ھنډاني کېږي ماشوم عميق تنفس کوي او تکي کارديا ورته پیدا کېږي، د ساه تنګي له کبله ماشوم Knee Elbow وضعیت اختياروي او په اصغا سره سیستالیک مرمر اورېدل کېږي په وروسته مرحله کې دغه مرمر له منځه ئې. (۷۳۹ : ۱۰)

#### ۷.۸.۴ تشخيص

د کلینيکي معاینې، Phonocardiography، راديوګرافۍ، کتیترایزیشن، ECG او انجیو ګرافۍ سره صورت مومني په ECG کې د بني طرف د زړه عضلات ضخame کوي، په فونوګرافۍ کې د بني طرف د زړه عضلات ضخame کوي، په فونوګرافۍ کې سیستولیک مرمر اورېدل کېږي، په ایکسری کې ریوی ساحه کې د وینې جريان کموالي د کبله کم کثافت لري، د بني بطین ضخame د کوچنې پیالې په ډول معلومېږي، د زړه علوی برخه کې عرضاني قطر غټه معلومېږي او زړه د لرګي بوت يا Wooden shoes شکل اختياروي، ابهر د ډېر جريان د کبله غټه معلومېږي، کتیترایزیشن سره کتیتر په اسانۍ د بني بطین خخه ابهر ته داخلېږي ولې ریوی شريان ته د تنګوالې د کبله نه داخلېږي.

په واسطه د بین البطیني دیفکت په مورد پوره معلومات ورکوي (۷۴۰ : ۱۰)



۷-۷ شکل د فولات ترالوجي رابسيي (obgynkey.com)

## ۷. ۸. ۵ درملنه

Blalock-Taussig operation • په نوي زېږيدلې ماشومانو کې یوه لوړنۍ درملنه ده چې د یوه ګرافت په واسطه چپ تحت الترقوی او ریوی شريانونه سره وصلېږي ترڅو د ریوی شريان د پرفیوژن لاره پیدا شي.

Second stage definitive correction • چې په تام ډول سره د بني بطین د out flow د بندش له منځه وړلو او د VSD ترميم د Dacron patch په واسطه ترسره کېږي.  
Extacorporeal circulation • چې د ماشين لاندې دغه عملیه اجرا کېږي. (۱۰ : ۷۳۹)

## لندېز

د زړه ترانسپلنتیشن د ماشومانو په جراحی کې یو مهم او مغلق عملیات دی چې د کاره لوپدلی زړه د زړه عدم کفایه اخره مرحله) په لري کولو او روغ زړه ناروغ ته پیوند کېږي. په اوسنی وخت کې د زړه ولادي ناروغیو کې چې زړه په پرمخ تللي ډول دنده دلاسه ورکړي وي او یا د زړه دندې په زیاته کچه خراب وي د زړه پیوند ورته اجرا کېږي. او یوه قبوله شوي درملنه ګنل کېږي.

د زړه پیوند: هغه ناروغ ماشومان چې **cardiomypathy** ولري او د سبو او عييه یې کمه ماوشه وي (د ريوی شريان تضيق) د عملیات لپاره تاکل کېږي. د زړه د پیوند لپاره هغه ناروغ ماشومان، **hypoplastic left heart** **tricuspid** اټريزيا او د **tetralogy of fallot** **univentricular** وظيفوي اختلال.

د زړه د پیوند مضاد استطبابات عبارت دي له: د زړه، پښتوروګو او سبو وظيفوي تشوشتات سیستمیکي ناروغۍ. په **IDDM** اختنه ناروغ.

د زړه ورکونکي او اخيستونکي لپاره اهم تکي عبارت دي له: د وينې ګروپونه د **ABO** له نظره، **Cytotoxic** تعاملات، اتي باډي د **Recipient** او **Donor** په مقابل کې. د زړه د ورکونکي او اخيستونکي د وزن برابر والي.

د زړه پڅو جروحات په دویمه درجه کې د صدر ترضیض د مرینې لامل ګرځې له دې ډلي خخه د زړه ترضیض او ژوبلېدل په ماشومانو کې ژر د مرینې لامل ګرځې. د زړه ترضیض وروسته د دندو د مختل کېدو خخه عبارت دي، یا په بل عبارت د سینې ترضیض چې د زړه ترضیض او د زړه د عضلاتو د کنتیوژن، زړه اجوافو خپري کيدل، او د دسامونو ماوېدو سبب شي او د زړه د ودرېدو لامل ګرځې.

د مايوکارد کانتیوژن د پڅو ترضیضا تو په واسطه ډېر رامنځته کېږي چې په موضعی ډول مايوکارد ته صدمه رسېږي، او د هستولوزي له نظره بنسکاره تغيرات په کې لیدل کېږي چې د اريتميا او د زړه د عدم کفایي لامل ګرځې، خود مايوکارد کنتیوژن د اختلاطا تو په نظر کې نیولوسره تداوي کېږي. د مايوکارد یوم خپري کېدل چې اکثرًا د ماشوم د اني او فوري مرگ سبب ګرځې چې دوه په درېمه برخه ماشومان د پېښې په ئای کې او یو په درېمه برخه په بېړنې خونه کې مره کېږي.

د زړه تمپوناد: هغه جرحة او ترضیض چې د هغې له کبله په pericard کې وينه راتوله شي نود وينې رجعت زړه ته کمېږي او cardiac out put بسته راخی او ناروغشاك ته ئې، د زړه اوazonه نه اورېدل کېږي، د غارې وريدونه توسع کوي او ډېر برجسته کېږي.

.Right to left shunt او Left to right shunt: د زړه ولادي ناروغۍ په دوه ډوله دي او په shunt کې Left to right shunt، ASD، PDA او VSD شامل دي.

ASD: نوموري ناروغې ۷ فیصده پېښې لري. په دې ناروغې کې د دواړو اذیناتو ترمنځ یو سوری یا لاره موجوده وي یعنې چپ او بنې زړه سره غیر نورمالې اړیکې لري.

VSD: په دې افت کې د زړه د بطیناتو ترمنځ غیر نورمال اړیکه موجوده وي، چې د چپ زړه خخه وينه بنې زړه ته ورځي، چې په تیجه کې د pulmonary hypertension او ventricular hypertention سبب کېږي دغه افت ۱۵% پېښې لري.

بین الاذیني بطیني نقیصه د هغه نقیصې خخه عبارت دی چې د اذین او بطین ترمنځ رامنځته کېږي یا په بل عبارت د اذین او بطین ترمنځ د پردې د ناتام یا تام نه جوړ بد و خخه عبارت دی، دغه ولادي نقیصه امکان لري د ASD او VSD سره یو خای رامنځته شي امکان لري نقیصه یو طرفه یا دوه طرفه وي چې قسمي یا ناتام شکل په مختلفو برخو کې رامنځته کېداي شي.

Tetralogy of Fallot: د زړه یوه ولادي ناروغې ده چې د سیانوزس سبب کېږي او د زړه په خلورو برخو کې پتولژیک افت موجود وي.

اجزا یې عبارت دی له:

۱: septal ډیفیکټ

۲: او ریوی شریان تضیق چې د بنې بطین د جریان یا infandibular out flow د بند بد و سبب کېږي.

۳: د بنې بطین لویوالی یا right ventricular hypertrophy

۴: Dextroposition of aorta

## پونستنې

- ۱: په ماشومانو کې د زړه پیوند خه وخت اجراکېږي  
 الف: چې زړه په متوسطه درجه عدم کفایه پیداکړي  
 ب: د زړه د عدم کفایې اخري مرحله  
 ج: دزړه د خوبخو ولادي ناروغرۍ  
 د: Mitral stenosis او VSD
- ۲: د فالوت تشخيص لپاره بنه معاينه عبارت دی له:  
 الف ECG او ایکسراي  
 ب: Cronangiography  
 ج: ایکوکاردیوگرافی او دزړه کتیترازیشن  
 د: تول ڈکرشوی معاینات
- ۳: د غټو او عیو ترانسپلاتیشن کې ابهر د کوم حایه سرچینه اخلي:  
 الف د چې بطین خخه  
 ب: د بنې بطین خخه  
 ج: د بنې اذین خخه  
 د: د چې اذین خخه
- ۴: په دهليز کې خه ډول مرمراوریدل کېږي ventricular splat  
 الف: Early systolic murmur  
 ب: pan systolic murmur  
 ج: Early Diastolic murmur  
 د: pan Diastolic murmur
- ۵: په رامنځته کېدو Neonat کې، لاندي کوم دوا روپ لري Patent ductus arteriosus  
 الف: Indomethacin  
 ب: Digoxin  
 ج: Prostaglandin  
 د: درې واره دواګانې

## مأخذونه

١. Arnold G Coran, N. Scott Adzick. (٢٠١٢) Ped. Surgery, EISEVIER Saunder Pp:  
٨٠, ١٦٥٠, ١٦٥٩
٢. Agenziano M, OZ M, Kohmoto T. et al End. (٢٠٠٣) Atrial Septal defect repair, Circulation Supp Pp: ١٩١-١٩٤
٣. Belli E. Sarraf A, Lacour Gayet F Etal. (١٩٩٩) Ventrical Septal defect (VSD), Eur J, Cardio thoracic P. ٧٤٧
٤. Black TL, Snyder CL, Miller JP, etal. (١٩٩٢) S. q Chest Trauma in Children, South Med J Pp: ٤٩٤-٤٩٢
٥. Coper A, Foltin. (١٩٩٢) General Thoracic Trauma Pediatrics. Emergency, St. Louis, mosby Pp. ٢٢١-٢٧٥
٦. F. Charles Brumicardis banak Andersen. Timothy R, David L. Dunn. John G. Hunter. (٢٠١٥) Pediatrics, MC Graw Hill education P. ٧٩٧
٧. KEITH W. Ashcraft, GEORGE W.HOLCOMB, J. PATRICK MURPHY. (٢٠٠٤) EISEVIER Saunder P. ١٩٥
٨. Mahle WT. MC birde MG, paridon SM. (٢٠٠٢) Ex. Perfor in Tetralogy of Fallot, Pediatric, Cardiol P. ٢٢٤
٩. Noonan JA. Synd. (١٩٩٠) in Log WA (sd) and Neonatal cardiology, Philadelphia, WB Saunders P. ٢٢٢
١٠. Sriram Bhat M. (٢٠٠٢) Manual of surgery, Jaypee Brothers P. ٧٣٥

## عمومي مأخذونه

١. Aklan AO, Gulluoglu BM. (١٩٩٧) congenital short note incidence of meckal diverticulum in turkey, British Journal of Surgery Pp. ٨٤ (٥), ٨٢
٢. Aliyeh B, Hummann D, Baum M. (١٩٩٢) Multicystic dysplastic J Pediatric kidney disease, P. ١٢١
٣. Arnold G. Coran. (٢٠١٢) Pediatrics Surgery, EISEVIER Saunders Pp: ٣٥٤, ١٢٢٥-١٢٨١, ١٠٩٣, ١١١٤, ١٠٧٣-١٠٨٣
٤. Amoury RA, Snyder CL. (١٩٩٨) meckel's diverticulum. O" neill Jr JA etal, Mosby St. Louis ٦<sup>th</sup> Ed. Pp. ١١٧٣-١١٨٥
٥. Berry Cl, Keeling JW. (١٩٩٢) Neuroblastoma in pediatric Path Eds Berry Cl, Springer veriag, London P. ٨٢٩
٦. Black TL, Snyder CL, Miller JP, etal. (١٩٩٢) S. q Chest Trauma in Children, South Med J Pp. ٤٩٤-٤٩٦
٧. Brock JW, O" neil JA Jr. (١٩٩٨) Bladder Extrophy in Ped. Surg, Mosby, St Louis Pp. ١٧٥٢-١٧٥٩
٨. Churchill BM, Browk WA, Stephene CA. (١٩٧٨) urological Aspect of Anus, uro.din.N-AM P. ١٤١
٩. Devenda K Gupla. (٢٠٠٢) Ped. Surgery diagnosis and management, Jaypee brothers P: ٥٨٧, ٢٨١
١٠. Doi O, Aoyam K, Hutson JM. (٢٠٠٤) Small bowel Intussusception. Pediatrics Surgrey, Int P. ١٤.
١١. Engum SA, Cros Feld J. (١٩٩٨) Hirschsprung's disease. Duhamel pull through in Ped. Surgery and urology. WB sounders London P. ٣٢٩
١٢. Fallot M. (٢٠٠٤) Intussusception in Ped. Surgery, Eds Ashcraft WB, WB Saunder. Com. Philadelphia P. ٥١٨

١٢. Filston HC. (١٩٩٨) Other Causes of Intestinal Obst. Ped. Surg. Ed O" neil Jr JA etal, Mosby Inc. St Louis Pp. ١٢١٥-١٢٢٢
١٤. Gabow PA, Kemberling WJ, Strain JD. (١٩٩٧) Ultrasonography in the diagnosis of autosomal polycystic kidney. Jam Soc Nephrol P. ١٠٥
١٥. Garcia VF. (٢٠٠٠) Hernia and Umbilicus Ped. Surgery Ed; Ashcraft KW, W.B Saunders company, Philadelphia, P. ٢٥١
١٦. Gray SW, Skandala Kis JE. Kidney and ureter Philadelphia, WB Saunders Pp. ٤٤٣-٥١٧
١٧. Gopal S Shooramani. (٢٠٠٠) Singlstage PSRAP Neanate, Ed. By Gupta modern Publ, P. ٢٤٩
١٨. HolSchneider AM, Muri D. (٢٠٠٠) Hirschsprung's disease and allied disorder, Harwood Academic Pub. Singapore Pp: ١٤٧-١٥٤
١٩. HolSchneider A, Ibanez CF. (٢٠٠٢) Functional charac of mutation ind. th gen with Hirschsprung's dise. Hum. Mol. Genet P: ٣٢٨
٢٠. Hulka F. Harrison MW etal. (١٩٩٧) Complication of Pyloromyotomy. AMJ. Surg Pp. ١٧٣-٤٥.
٢١. KEITH W. Ashcraft, GEORHE W.HOLCOMB, J. PATRACKMURPHY (٢٠٠٥), EISEVIER Saunder P. ٤٤٧-٤٥٥
٢٢. Lichtenstein M. (١٩٤١) meckel's diverteculum. Quaterly Bulletin of Worth weslern university medical School, P. ٢٩٢
٢٣. Lorenzo CD. (٢٠٠١) pediatric Ano-rectal disorders, Gastroenterol dia. N. Am. Pp: ٢٢٩-٢٨٧
٢٤. Miller AJW, Sywes S Int. (٢٠٠٠) atresia and stenosis In Pediatrics Surgery, WB Saunder Comp. Philadilphia Pp. ٤٠٧-٤٢٤
٢٥. Nixon HH: Operative manage, (١٩٨٨) Low anomaly in Girls in stephens FD, Smith ED, Alan R. liss P. ٣٠٩

٢٧. Pena A. (٢٠٠٠) imperforate Anus and Cloacal malformation, Eds Aschcraft KW, WB Saunder Comp. philadilphia Pp. ٤٧٣-٤٩٢
٢٨. Potts WJ the Surgeon and the child ١٩٥٩, WB Saunders P. ٢٠٣
٢٩. Puri P, Laksmandas G. (١٩٩٢) Hypertrophic Pyloric stenosis in New born Surgery, Oxford London Pp. ٢٢٢-٢٧١
٣٠. R. Kulshresha. (٢٠٠٢) Common Problems in Pediatrics Surgery, CBS New delhi India Pp: ١٠٠, ١٣٤, ٢٠٥, ٢٣٢
٣١. Rescorla FJ. (١٩٨٠) Hernia and Umblicus in Surg. Infant and children, Lippincot-Raven, Philad Pp. ١٠٢٩-١٠٨١
٣٢. Settis, (٢٠٠٥) principle of neurogen, Richachragesp Richards Elleubgen P.V.
٣٣. Shurtleff DB, Lamire RJ. (١٩٩٥) Epidemiology, Eteology Factors and prenatal diagnosis of Spinal of dysraphism, Clin N. Am P: ١٨٣
٣٤. Skandalakis JE etal. (١٩٩٤) Small intestine Embryology for surgeon. Eds. Skandalakis JE, Gray SW, Pub. Williams and Wilkins, Baltimore Pp. ١٨٤-٢٤١
٣٥. Sriram Bhat M. (٢٠٠٢) SRB's MANUAL OF SURGERY, Jaypee Brothers medical publishers; Pp: ٤٧, ٧٠٢, ٧١١, ٧١٢
٣٦. Steinhardt GF. (١٩٩٩) U. pel. Junction-stenosis Ped. Urol Eds Gonzales ET. Bauer ١٩٩٩, SB. Lippincot. Williams and wilkins, Phila. P. ١٨١-٢٠٤
٣٧. Stiller GA. (٢٠٠٢) international-variation in the incidence of Neuroblastoma, Int. J. Cancer P. ٢٩٩
٣٨. Stringer MD, Pablot SM, Brereton RJ. (١٩٩٢) Ped. Intussusception. Brj. Surg. P. ٨٢٧
٣٩. Teitelbaum DH, Coran AG. Etal. (١٩٩٨) Hirschsprung's disease. Mosby, St, Louis Pp. ١٢٨١-١٤٢٤
٤٠. Thompson DMP Huy ward RD. (١٩٩٩) Craniosynostos. Churchill Livingston London Pp. ٢٧٥-٢٩٠

٤٠. Vichtem JB, Baxter R, Hanch. (١٩٩٥) EJ-Goinl-omphalocele Manag. Butter Worths. London P. ٧٧١
٤١. Volpejj. (١٩٩٥) Neurology of the New born, WB Saunder Comp. Philadelphia Pp. ١٧٣, ٣٩.
٤٢. Weber TR, Tracy Jr TF. (٢٠٠٠) Grain hernia, Saunder Comp. Philadelphia Pp. ٢٥٤-٢٦٢
٤٣. Wooley MM. (١٩٨٧) Teratoma in Pediatric Surgery. Eds Weleh KL Rondolf JG, Ravitch MM, Rowc ML Year book medical Chicago Pp. ٢٢٥-٢٧٢
٤٤. Wright V , Cordudy C. (٢٠٠٠) Hirschsprung's disease. endorectal Pull through in ped. Surgery and urology, Harwood Academic Pub. Singapore Pp. ٣٤.

## د پوهاند دوکتور فضل الرحیم شکیوال بیوگرافی

پوهاند دوکتور فضل الرحیم شکیوال د عبدالرحیم خوی چی په ۱۳۳۸ هجري لمريز کال کي د ننگرهار ولايت د کوز کنړ و لسوالۍ د شګي کلې په يوه دينداره او علم پروره کونۍ کي زېږيدلې دی. خپلی لمپنی زده کړي بي د کوز کنړ و لسوالۍ په افغان سید جمال الدین په ليسه کي پاڼه ته رسولي او په ۱۳۵۶ هجري لمريز کال د کانکور په ازمونه کي د کابل پوهنتون طب پوهنځي کي شامل او په ۱۳۶۲ هجري لمريز کال کي د کابل طب پوهنځي خخه په عالي درجه فارغ شوي دي. په ۱۳۶۳ کي د ننگرهار د عامې روغتیا مرکزي روغتون جراحی خانګه کي د داکتر په توګه مقرر او دری کاله دغه دنده سرته رسولي او په ۱۳۶۶ هجري لمريز کال د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي په جراحی خانګه کي د نامزاد پوهنیار په علمی ربی سره د ننگرهار پوهنتون کي په کار شروع کړي ۵۵.

په ۱۹۹۴ کال کي په يو رسمي بورس کي د عاجلو واقعاتو مراقبت او در ملنۍ په موخه د سويس هيواد د جنيوا پوهنتون ته د لورو زده کړو لپاره سفر کړي او د نوموري پوهنتون خخه یي يو بین المللی دېپلوم ترلاسه کړ. د لوړو زده کړو د لترلاسه کولو په هدف په ۲۰۰۸ کال د جرمني هيواد Main uniklinik ماشومانو جراحی دېپارتمنت کي علمي او عملی زده کړي کړي دي. د کار په دي موډه کي د ننگرهار په عامې روغتیا جراحی خانګي کي د ناروغانو په درملنه او د طب پوهنځي د محصلينو د تدریسي او عملی زده کړو لپاره په پوره ايمانداري او وطن دوستي هلى خلی کړي دي. په همدي موډه کي د ICRC موسسى له خوا د عاجلو واقعاتو زده کړي او د ناروغانو درملنه ترسره کړي ده د شبې او ورځي له خوا د جنګ ناروغانو او مختلفو جراحی ناروغیو درملنه او جراحی عملیاتونه ترسره کړي دي. او د ځوان ډاکټرانو په تربیه کي فعاله وندې اخستي ۵۵.

د طب پوهنځي او ننگرهار پوهنتون د پرمختګ لپاره یي کار کړي دي.

د طب پوهنځي د اړتیا له مخې په مختلفو صنفوونو کي د مختلفو مضامينو تدریسي او عملی چاري پرمخ وړي دي. او د کوچنیانو د جراحی د مشر په صفت یي ددې پوهنځي په اکاډميکو کارونو کي وندې اخستي ۵۵. په دي دوران کي یي خلور کتابونه لیکلې دي.

د کوچنیانو جراحی ترجمه

عصبي جراحی تاليف

د کوچنیانو جراحی تاليف

د خپل علمي کار لپاره یي ۱۸ تحقیقی او تدریسي اثار په رسمي اکاډميکه بنه نشر شوي دي. او اوس مهال د کوچنیانو جراحی خانګي د مشر دنده ترسره کوي.

**د افغانستان د ۸ پوهنتونو نود چاپ شويو طبی کتابونولست**  
**(کابل، کابل طبی پوهنتون، ننگرهار، خوست، کندھار، هرات، بلخ او کاپیسا) ۲۰۱۸-۲۰۱۰**

پوهنتون	لیکوال	د کتاب نوم	پ	پوهنتون	لیکوال	د کتاب نوم	پ
هرات	پوهندوي داکتر حسن فريد	كتاب ولادي	۲	ننگرهار	پوهندوي سيد قمير علي حیدري	فارمکولوژي	۱
ننگرهار	پوهنمل داکتر خالد یار	د سترگو ناروغۍ	۴	ننگرهار	پوهنواں داکتر عبدالناصر جبارخېل	انتانی ناروغۍ	۳
ننگرهار	پوهندوي داکتر منصور اسلمزی	د کوچنيانو د وینې ناروغۍ	۶	ننگرهار	پوهنمل داکتر مريم اکرم معصوم	زبون	۵
ننگرهار	پوهاند داکتر ظاهر ظفرزی	د سلطاني ناروغۍ اساسات	۸	ننگرهار	پوهاند داکتر طيب نشاط	تنفسی او د زوه د سامونو روماتيزم ناروغۍ	۷
ننگرهار	پوهاند داکتر محمد طبب نشاط	اندوکراینولوژي او روماتولوژي	۱۰	ننگرهار	پوهندوي داکتر سيد انعام سیدي	توبرکلوز	۹
ننگرهار	پوهنواں داکتر ناصر خان کاموال	د مشهومانو کلينيکي معاينه	۱۲	بلخ	پوهاند مير محمد ظاهر حیدري	بيوفزيك	۱۱
ننگرهار	داکتر محمد صابر	د پرازشولوژي اساسات	۱۴	بلخ	پوهاند مير محمد ظاهر	فيزیک نور	۱۳
ننگرهار	پوهاند داکتر عبدالرؤف حسان	د کولمو بندش او د پریطوان جراحی ناروغۍ	۱۶	کندھار	داکتر ناصر محمد شینواری	د سینې ناروغۍ او توبرکلوز	۱۵
ننگرهار	پوهندوي داکتر منصور اسلمزی	د کوچنيانو د درملې لارښود (انګليسي)	۱۸	ننگرهار	پوهنواں داکتر غلام سخي رحمانزی	کلينيکي راديوولوژي	۱۷
کندھار	پوهنواں داکتر عبدالواحد وقيق	د هضمی جهاز او پښتړگو ناروغۍ	۲۰	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د پښتړگو ناروغۍ	۱۹
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر محمد معصوم عزیزی	جراحی بطن و ملحقات آن	۲۲	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د هضمی جهاز ناروغۍ	۲۱
کابل طبی پوهنتون	پوهندوي داکتر فاروق حمدیدي	روش های ارزیابی کلينيکي اطفال	۲۴	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د وینې ناروغۍ	۲۳
کندھار	پوهندوي داکتر فضل الهي رحماني	عمومي هستولوژي	۲۶	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د خیگر ناروغۍ	۲۵
هرات	دوكتورس زهرا فروغ	پتالوژي عمومي	۲۸	ننگرهار	پوهنواں داکتر غلام سخي رحمانزی	تشخيصي راديوولوژي	۲۷
کابل طبی پوهنتون	پوهنواں علي يوسف پور	بيولوژي ماليکولي حجه، بخش اول	۳۰	ننگرهار	پوهنواں داکتر نظر محمد سلطانزی	د وینې سلطان	۲۹
کابل طبی پوهنتون	پوهنواں علي يوسف پور	بيولوژي ماليکولي حجه، بخش دوم	۳۲	ننگرهار	پوهنواں داکتر محمد رسول فضلي	اطفال	۳۱
کندھار	داکتر محمد ناصر ناصري	د توبرکلوز ناروغۍ	۳۴	ننگرهار	پوهیالي داکتر محمد هارون	تجديه او روختيا	۳۳
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر سلطان محمد صافي	امراض ساري اطفال	۳۶	ننگرهار	پوهیالي داکتر محمد ابراهيم شیزري	پیموگرافی او کورنی تنظیم	۳۵
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر سلطان محمد صافي	د کوچنيانو ناروغۍ	۳۸	خوست	پوهندوي داکتر بادشاه زار عبداللي	د عمومي جراحی اساسات	۳۷
کندھار	پوهندوي داکتر عبد الخالق دوست	امراض جراحی بطن و ملحقات آن	۴۰	خوست	پوهندوي داکتر بادشاه زار عبداللي	جراحي، د کلينيکي معايناتو سيستم	۳۹
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر بري صديقي	هستولوژي	۴۲	ننگرهار	پوهنواں داکتر خليل احمد بهسودوال	عمومي پتالوژي	۴۱
کندھار	پوهنمل داکتر ولی محمد وابر	د وینې فريولوژي	۴۴	ننگرهار	پوهندوي داکتر محمد عظمي منگل	د ساري ناروغېو کنتربول	۴۳
کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوكتور خان محمد احمدزی	طبی بیوشمي	۴۶	ننگرهار	پوهنواں داکتر خليل احمد بهسودوال	طبی هستولوژي	۴۵
هرات	پوهنواں غلام قادر دهگان	فيزک اوپتيک	۴۸	ننگرهار	پوهنواں داکتر عبدالاحمد حميد	بورولوژي	۴۷
کندھار	پوهنمل داکتر محمد همایون مصطفې	اورتوپيدي او کسرونه	۵۰	بلخ	پوهاند داکتر عبدالغفور همدل صديقى	اخلاق طبافت	۴۹

هرات	پوهنواز داکتر عبدالغفور ارصاد	بطن حاد و مزمن	۵۲	ننگرهار	پوهنواز داکتر حفظ الله اپریدی	فریکل دیاگنوس	۵۱
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر نجیب الله امرخیل	اسسات جراحی	۵۴	ننگرهار	پوهنواز داکتر دل آقا دل	دزه او رگونو ناروغی	۵۳
کابل طبی پوهنتون	پوهنواز داکتر حفظ الله سهار	اناتومی	۵۶	ننگرهار	پوهنواز داکتر محمد عارف رحمانی	د چاپیریال او دندیزه روغتیا	۵۵
کابل طبی پوهنتون	پوهندوی داکتر محمد نواب کمال	التراساوند تشخیصیه	۵۸	ننگرهار	پوهندوی داکتر سیف الله هادی	د هضمی سیستم او پینتوروگو ناروغی	۵۷
ننگرهار	دکتور یحیی فهیم پوهیالی	د قندونو هضم، جذب او استقلاب	۶۰	ننگرهار	پوهنمل داکتر نجیب الله امین	د کوچنیانو تغذیه	۵۹
ننگرهار	پوهنمل دوکتور میر محمد اسحاق خاورین	د غور، بزی او ستوانی ناروغی	۶۲	ننگرهار	پوهنواز دوکتور عبدالستار نیازی	د کوچنیانو ناروغی، اول جلد	۶۱
ننگرهار	پوهندوی دوکتور اسدالله شینواری	د پوستکی ناروغی	۶۴	ننگرهار	پوهنواز دوکتور عبدالستار نیازی	د کوچنیانو ناروغی، دوهم جلد	۶۳
ننگرهار	پوهاند دوکتور ظاهر ظفری	د خلوی او هضمی سیستم ناروغی	۶۶	ننگرهار	پوهندوی دوکتور ایمیل شیریزی	هیماتولوژی، اینینولوژی او د ویتمینونو کموالی ناروغی	۶۵
کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیزی	جراحی بطن	۶۸	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور نادر احمد اکسیر	رهنمای تدریس طب	۶۷
هرات	پوهنواز دوکتور عبدالغفور ارصاد	جراحی عصبی	۷۰	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی	امراض اطفال	۶۹
کابل طبی پوهنتون	پوهنمل دوکتور محمد یوسف مبارک	اسسات پرازیتولوژی طبی	۷۲	هرات	پوهاند محمد جمeh حنیف	مايكروبيولوژي	۷۱
بلخ	دوکتور محمد پونس فخری	امراض جهاز هضمی و کبد	۷۴	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا	امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن	۷۳
بلخ	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	فزیک طبی بخش حرارت	۷۶	بلخ	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	فزیک طبی بخش میخانیک	۷۵
بلخ	سید یوسف مانووال	انالیز ریاضی	۷۸	بلخ	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	توضیح اساسات فزیک، و سایل تشخیصیه طبی	۷۷
هرات	پوهنواز غلام قادر دهگان	حرارت و ترمودینامیک	۸۰	هرات	پوهنواز غلام قادر دهگان	نور و فزیک جدید	۷۹
خوست	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالی	عمومی جراحی، دوهم توک	۸۲	خوست	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالی توک	عمومی جراحی، لومړی	۸۱
بلخ	پوهندوی محمد طاهر نسیمی	اناتومی و فریولوژی انسان، جلد دوم	۸۴	بلخ	پوهندوی محمد طاهر نسیمی	اناتومی و فریولوژی انسان، جلد اول	۸۳
قندھار	پوهنواز داکتر عبدالواحد وثیق	تعذیبه او سوّ تعذیبه	۸۶	خوست	پوهندوی داکتر جهان شاه تسي	روانی رنخپوهنه	۸۵
کابل طبی پوهنتون	پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری	امراض روانی، جلد دوم	۸۸	کابل طبی پوهنتون	پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری	امراض روانی، جلد اول	۸۷
قندھار	پوهنواز داکتر عبدالواحد وثیق	بیرونی طبی پیشی	۹۰	کندھار	پوهنمل داکتر محمد ذکریا امیرزاده	انتانی ناروغی ( انگلیسی )	۸۹
قندھار	داکتر عجب گل مومند	ولادی جراحی، لمپی توک	۹۲	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	پرازیتولوژی طبی	۹۱
قندھار	داکتر عجب گل مومند	ولادی جراحی، دوهم توک	۹۴	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	مايكروبيولوژی طبی، جلد اول	۹۳
کندھار	داکتر عزیز الله فقیر	د غور، بزی او ستوانی ناروغی	۹۶	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	مايكروبيولوژی طبی، جلد دوم	۹۵
هرات	دوکتور شعیب احمد شاخص	مايكروبيولوژی عمومی	۹۸	کاپیسا	پوهاند دوکتور محمد فرید برنايار	رهنمود PBL در افغانستان	۹۷
خوست	پوهیار داکتر شاه محمد رنخورمل	درزه او سرو د ناروغی تشخیصیه رادیولوژی	۱۰۰	هرات	پوهنواز دوکتور عبدالغفور ارصاد	تروماماتولوژی	۹۹
کابل طبی پوهنتون	پوهنواز محمد عثمان بابری	گیاهان طبی مستعمله در تداوی امراض قلبی و عایی	۱۰۲	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور نجیب الله امرخیل	نوستگ عملیاتخانه	۱۰۱
خوست	داکتر عبدالواحد رنخمل وردک	بیرونی درمنی	۱۰۴	کابل طبی پوهنتون	پوهندوی داکتر بشیر نورمل	امبریولوژی طبی	۱۰۳

خوست	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی ناروگی	د کوچنیانو ساری ناروگی	۱۰۶	کندهار	پوهنیار محمد اغا ضیاء	د احصایی اساسات	۱۰۵
کابل طبی پوهنتون	پوهندوی دوکتور غلام سخنی حسن فرید	امراض بیولوژی سخنی حسن فرید	۱۰۸	کابل طبی پوهنتون	پوهندوی داکتر بشیر نورمل امرخیل	امبریولوژی عمومی انسان	۱۰۷
هرات	پوهندوی داکتر محمد حسن فرید	امراض نسایی	۱۱۰	کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور نجیب الله	کمک های اولیه	۱۰۹
خوست	پوهاند دوکتور بربی صدیقی	امبریولوژی	۱۱۲	خوست	پوهاند داکتر بربی صدیقی	طبی هستالوزی	۱۱۱
خوست	داکترگل سیما ابراهیم خیل قادری	عمومی جراحی	۱۱۴	کابل طبی پوهنتون	دانیل دی موس	رهنمای استیزی برای کشورهای رو به اکشاف، جلد اول	۱۱۳
خوست	پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی	عضوی کیمیا، دیافتاتیک برخه	۱۱۶	کابل طبی پوهنتون	دانیل دی موس	رهنمای استیزی برای کشورهای رو به اکشاف، جلد دوم	۱۱۵
ننگرهار	پوهندوی داکتر سمیع الله حیات	د کوچنیانو خوار خواکی	۱۱۸	ننگرهار	پوهاند محمد بشیر دودیال	احصایی	۱۱۷
ننگرهار	پوهنال داکتر غلام سخنی رحمانزی	تصویری یا تر سیمپی رادیو گرافی	۱۲۰	ننگرهار	دکتور محمد صابر	کلاسیک او مالکیولی جنتیک	۱۱۹
ننگرهار	پوهندوی داکتر سید شال سیدی	اورتوبیدی	۱۲۲	ننگرهار	پوهنال داکتر حفیظ الله اپریدی	د داخلی بینی پینپی او د بحران خارنه	۱۲۱
ننگرهار	دکتور گل سیما ابراهیم خیل قادری	طبی ترمینالوژی	۱۲۴	ننگرهار	پوهنمل داکتر محمد عارف رحمانی	د عامی روغتیا اساسات او اداره	۱۲۳
ننگرهار	پوهنمل داکتر مسیح الله مسیح	وراثت او دسمورفولوژی	۱۲۶	ننگرهار	پوهاند داکتر سید رفیع الله حلیم	هلمنتوЛОژی	۱۲۵
ننگرهار	پوهندوی داکتر ناصر خان کاموال	دنبو زیربدلو ماشمواند ستونزو اهتمامات	۱۲۸	ننگرهار	پوهنال داکتر ایمل شیرزی	د بربنیو پینبو درملنی لاربنود (انگلیسی)	۱۲۷
ننگرهار	پوهنمل داکتر حقیق الله چاردووال	په ماشموانو کپ نری رنخ	۱۳۰	ننگرهار	پوهنال داکتر خلیل احمد بهسودوال	د سیستمنو بتالوژی	۱۲۹
ننگرهار	ننگرهار طب پوهنخی	د ننگرهار طب پوهنخی نصاب او درسی مفردات (انگلیسی)	۱۳۲	ننگرهار	دکتر غلام ربی بهسودوال	د اتونوم او مرکزی عصبی سیستمنو فارمکولوژی	۱۳۱
ننگرهار	پوهاند دوکتور خیرمحمد ماموند	عمومی کیمیا	۱۳۴	ننگرهار	دکتر مالتی ایل وان بلومرودر	د درملود استعمال عملی لاربنود (انگلیسی / پینتو)	۱۳۳
ننگرهار	پوهنال داکتر سید قمر علی چیدری	فارمکولوژی، دوهم توک	۱۳۶	ننگرهار	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصری	اناوتومی (هدوکی، مفاصل او عضلات)	۱۳۵
ننگرهار	پوهنال داکتر محمد حسین بار	د جهازانو ااناوتومی	۱۳۸	خوست	پرفیسور دوکتور محمد شریف سروزی	حاد اپنديسا تیس، تشخیص، اختلالات او تداوی	۱۳۷
ننگرهار	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصری	اناوتومی دریم جلد عصبی سیستم، حواس او اندوکراین غدوات	۱۴۰	ننگرهار	پوهنال داکتر محمد حسین بار	امبریولوژی	۱۳۹
ننگرهار	دакتر مالتی ال وان بلومرودر	د ماشموانو د ناروگیو عملی لا رسود (انگلیسی)	۱۴۲	ننگرهار	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصری	طبی امبریولوژی	۱۴۱
ننگرهار	سیان نیکولاوس	د روانی روغتیابی ستوشو عملی لا رسود (انگلیسی)	۱۴۴	ننگرهار	دکتر مالتی ال وان بلومرودر	د طبی عامو ستوشو عملی لاربنود (انگلیسی)	۱۴۳
ننگرهار	دکتور محمدم عظیم عظیمی	د شحومیاتو استقلاب	۱۴۶	ننگرهار	دکتر محمد سمین ستانکری	نشه یی توکی او اپونده ناروگی	۱۴۵
ننگرهار	پوهنال داکتر نظر محمد سلطانی خدران	سرطان او د چاپریال رادیو اکتیوپتی	۱۴۸	ننگرهار	پوهندوی داکتر عبدالبصیر منگل	عصبی جراحی	۱۴۷
ننگرهار	دکتور احسان الله احسان	د تنفسی سیستم فریبولوژی	۱۵۰	ننگرهار	دکتر سید میلار سادات	بینپی طبی درملنی	۱۴۹
ننگرهار	پوهنمل داکتر بلال پاینده	عصبی ناروگی	۱۵۲	ننگرهار	پوهنال داکتر عبدالستار نیازی	نیونتوLOژی	۱۵۱

ننگرهار	دکتر محمد یونس سلطانی	البروسوند	۱۵۴	ننگرهار	رنخوروال داکتر سید عبدالله سادات	دزده برقی گراف (ECG)	۱۵۳
ننگرهار	دکتر عبدالناصر جبارخیل	فریکی تشخیص	۱۵۶	ننگرهار	داکتر محمد نعیم همدرد	دشکری ناروغری	۱۵۵
ننگرهار	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتی	د هضمی سیستم انانتومی	۱۵۸	ننگرهار	پوهنمل داکتر نجیب الله خلیلی	تلوزیونی آزمونی	۱۵۷
ننگرهار	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتی	د زده او وینی در گونو انانتومی	۱۶۰	ننگرهار	پوهنمل دکتور محمد ناصر نصرتی	دبولی تناسلی سیستمو انانتومی	۱۵۹
ننگرهار	پوهنیار پیشنه بنایی	بیوفیزیک	۱۶۲	ننگرهار	پوهنلوی دوکتور فضل الرحمن شکیوال	عصبی جراحی	۱۶۱
ننگرهار	پوهاند داکتر عبدالستار نیازی	د کوچنیانو جهازانو معمولی ناروغری I	۱۶۴	ننگرهار	پوهاند داکتر عبدالستار نیازی	د کوچنیانو ناروغری د پنجم تولگی د لومری سمیستر لپاره	۱۶۳
ننگرهار	پوهنال داکتر حفیظ الله اپریدی	انتانی ناروغری	۱۶۶	ننگرهار	پوهاند داکتر عبدالستار نیازی	د کوچنیانو جهازانو II معمولی ناروغری	۱۶۵
ننگرهار	رنخوریار داکتر عجب گل مومند	د جراحی انکال	۱۶۸	ننگرهار	پوهنال داکتر احسان الله احسان	داندوکراین، زده، رگونو او پینتور گو فربوزی	۱۶۷
ننگرهار	دوکتور محمد اسحاق شریفی	ملاریا	۱۷۰	ننگرهار	دوکتور محمد اسحاق شریفی	د خیگر ویروسی التهاب (طبی تشخیص او درملنه)	۱۶۹
ننگرهار	پوهنال دوکتور گل سالم شرافت	وراثت	۱۷۲	ننگرهار	پوهنال دوکتور غلام جیلانی ولی	طبی پرازیتولوژی	۱۷۱
ننگرهار	پوهاند دوکتور احمد سیر احمدی	د کوچنیانو ناروغری دوهم توک	۱۷۴	ننگرهار	پوهاند دوکتور احمد سیر احمدی	د کوچنیانو ناروغری لومری توک	۱۷۳
ننگرهار	حبيب الله نوابزاده	فریکی کیمیا دوهم جلد، ترمودینامیک	۱۷۶	ننگرهار	داکتر بلال پاینده	عقلی ناروغری	۱۷۵
ننگرهار	پوهنلوی دوکتور نجیب الله امین	د کوچنیانو ساری ناروغری	۱۷۸	ننگرهار	پوهنلوی سید بها کریمی	کسرونه او خلپی	۱۷۷
خوست	پوهنال دوکتور بادشاه زار عبدالی	د گیلی د محققانو جراحی ناروغری	۱۸۰	ننگرهار	پوهنلوی دوکتورس توریپیکی اپریدی	نسایی ناروغری	۱۷۹
ننگرهار	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	د سیستممنو پتالوژی دیمه برخه	۱۸۲	خوست	پوهنمل داکتر ولی گل مخلص	د مشامونو د معادی سیستم او بینی ناروغری	۱۸۱
ننگرهار	پوهنال داکتر سید انور اکبری	د پوستکی ناروغری	۱۸۴	ننگرهار	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	د سیستممنو هستالوژی	۱۸۳
بلخ	داکتر مالتی ایل وان بلومرود	رهنمای عملی مشکلات عام علمی (دری)	۱۸۶	ننگرهار	پوهنیار دوکتور بما صدیقی	د تبر انانتومی	۱۸۵
ننگرهار	پوهنال داکتر غلام سخی رحمانی	رادیولوژی ازمونی او ناروغریا پی	۱۸۸	ننگرهار	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	عمومی هستالوژی	۱۸۷
ننگرهار	پوهاند عبدالخی مومنی	د طباعت لند تاریخ	۱۹۰	ننگرهار	پوهنال دوکتور منصور اسلام زی	د نیوتالوژی او کوچنیانو ناروغریو کلینیکی هنبوک	۱۸۹
ننگرهار	پوهنیار هدایت الله	د برق فریک	۱۹۲	ننگرهار	پوهنیار هدایت الله	میخانیک او د نور فریک	۱۹۱
ننگرهار	پوهاند دوکتور سیف الله هادی	د تنفسی سیستم او د زده روماتیزم ناروغری	۱۹۴	ننگرهار	پوهنمل جماعت خان همت	عمومی بیولوژی	۱۹۳
ننگرهار	پوهنلوی دوکتور محمد آصف	عمومی پتالوژی	۱۹۶	ننگرهار	پوهنال سید قبر علی حیدری	فارمکولوژی، دریم توک	۱۹۵
ننگرهار	داکتر الفت هاشمی	د پلاستیک جراحی اساسات او تختیکونه	۱۹۸	ننگرهار	پوهاند شریف الله نعمان	طبی فربولوژی	۱۹۷
ننگرهار	پوهنیار دوکتور بما صدیقی انانتومی	د عصبی سیستم	۲۰۰	ننگرهار	پوهنلوی الفت شیرزی	عمومی بیولوژی	۱۹۹
ننگرهار	پوهنال دوکتور جنت میر مومند	د وینی حجر، تنفسی جهاز، هضمی جهاز، او نو زبردلو فربولوژی	۲۰۲	ننگرهار	پوهنال داکتر نظر محمد سلطانی خدران	د سینی سرطان، پیزندنه، درملنه او مخنیوی	۲۰۱
ننگرهار	پوهاند داکتر شریف الله	فریکی تشخیص او د تاریخچی اخسته	۲۰۴	خوست	پوهنلوی داکتر حمید الله حامد	د سینی بطن او حوصلی انانتومی	۲۰۳

ننگهار	پ و فوالسره دنې هر ځی مجدری	د درې بودی افغانی	۲۰۶	ننگهار	پوهنواں دوکتور محب الله شینواری	د خانګړه حسینتو، پوستکی، اتونومیک او مرکزی سیستم فیزیولوژی	۲۰۵
کابل طبی پوهنتون	پوهنداوی دوکتور سید نجم الدين جلال	معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده	۲۰۸	کابل طبی پوهنتون	پوهنیار داکتر توبالی حکیمی	جراحی عمومی اطفال	۲۰۷
تول پوهنتونه	بېلا بېل مؤلفین	۲۱۴ طبی کتابونه په دی وی دی کي (پښتو، دری او انگلیسي)	۲۱۰	تول پوهنتونه	بېلا بېل مؤلفین	۱۴۰ طبی کتابونه په دی وی دی کي (پښتو، دری او انگلیسي)	۲۰۹
خوست	پوهاند دوکتور بادشاہ زار عبدالی	عصسي جراحي	۲۱۲	خوست	پوهنواں داکتر جهان شاه تنۍ	عصسي معاینات او سلوک پوهنه	۲۱۱
ننگهار	داکتر حیات الله احمدزی	د ویني ناروغری	۲۱۴	خوست	پوهنداوی دوکتور ظاهر ګل منګل	د عامو کسرونو تېرلي درملنه	۲۱۳
ننگهار	پوهاند دوکتور سيف الله هادي	د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص دهمه برخه	۲۱۶	ننگهار	پوهاند دوکتور سيف الله هادي	د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص لومړي برخه	۲۱۵
ننگهار	پوهاند داکتر نجيب الله امين	د ماشومانو تنفسی، زړ، وینې او پښتوړګو ناروغری	۲۱۸	ننگهار	پوهنواں دوکتور غلام ربي بهسوداول	امينو فارمکولوژي	۲۱۷
ننگهار	پوهنیار هدایت الله مهمند	طبی فریک	۲۲۰	ننگهار	دوكتور نور محمد شینواری	تشخيصيده رادیولوژي، دوډمه برخه، سینه یا صدر	۲۱۹
					پوهنواں داکتر سید عارف ویاړ	رادیولوژي	۲۲۱

## افغاني درسي کتابونه ته آفلاين لاس رسی

## Access to Online Afghan Textbooks

**www.ecampus-Afghanistan.org**

Full version of all textbooks can be downloaded as PDF from above website.



If you want to publish your textbooks please contact us: Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul, Office: 0756014640, Email: textbooks@afghanic.de

تطبیق کوونکی: داکټر یحیی وردګ، د لوړو زده کرو وزارت مشاور، خلورمه کارته، کابل افغانستان، اپریل ۲۰۱۹

دفتر: www.mohe.gov.af, textbooks@afghanic.de, ایمیل: 075601640

## **Publishing Textbooks**

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 289 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics, Journalism and Agriculture (96 medical textbooks funded by German Academic Exchange Service, 170 medical and non-medical textbooks funded by German Aid for Afghan Children, 7 textbooks funded by German-Afghan University Society, 2 textbooks funded by Consulate General of the Federal Republic of Germany, Mazar-e Sharif, 3 textbooks funded by Afghanistan-Schulen, 1 textbook funded by SlovakAid, 1 textbook funded by SAFI Foundation and 8 textbooks funded by Konrad Adenauer Stiftung) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Al-Beroni, Kabul, Kabul Polytechnic and Kabul Medical universities. The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. It should be mentioned that all these books have been distributed among all Afghan universities and many other institutions and organizations for free. All the published textbooks can be downloaded from [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org).

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit".

We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

**I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.**

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to Kinderhilfe-Afghanistan (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 170 medical and non-medical textbooks so far.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me from 2010 to 2016 in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Dr. Najibullah K. Omary (PhD), Academic Deputy Minister Prof Abdul Tawab Balakarzai, Administrative & Financial Deputy Minister Prof Dr. Ahmad Seyer Mahjoor (PhD), Administrative & Financial Director Ahmad Tariq Sediqi, Advisor at Ministry of Higher Education Dr. Gul Rahim Safi, Chancellor of Universities, Deans of faculties, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project .

I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz and Fahim Habibi in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak  
Advisor at the Ministry of Higher Education  
Kabul, Afghanistan, April, 2019  
Office: 0756014640  
Email: [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

## **Message from the Ministry of Higher Education**

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of higher education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.



I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and standard learning materials in different fields in order to better educate our students.

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing this book.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,  
Dr. Najibullah K. Omary (PhD)  
Minister of Higher Education  
Kabul, 2019

Book Name	Paediatrics Surgery
Author	Prof Dr Fazel Rahim Shagiwal
Publisher	Nangarhar University, Medical Faculty
Website	<a href="http://www.nu.edu.af">www.nu.edu.af</a>
Published	2019, First Edition
Copies	1000
Serial No	281
Download	<a href="http://www.ecampus-afghanistan.org">www.ecampus-afghanistan.org</a>
Printed at	Afghanistan Times Printing Press, Kabul



This publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office      0756014640

Email      [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2019

ISBN   978-9936-633-16-2