



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

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

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

10 (60)

2023

октябрь

Received: 20.08.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 05.10.2023.

УДК 616.617-002:616-613.007.63+612.3.394.2:616-007.17. (575.3)

КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

^{1,2}Ибодов Х., ²Мираков Х.М., ^{2,3}Икромов Т.Ш., ^{1,2}Рофиев Р., ¹Сайёдов К.М., ¹Моёнова Ш.Ш.

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе ул. К.Сеткина 2.

Email: dtit082020@gmail.com.

²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана, Душанбе г. 734026 ул. И. Сомони 59 Тел: +(99237)2503101

Email: gou@ipovszrt.tj

³ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ СЗН РТ, г. Душанбе. пр. Исмоили Сомони 59 строение 7 Караболо Тел: +992 (372)236-52-50

Email: ncpd.tj@gmail.com

✓ Резюме

Цель исследования. Изучить эффективность миниинвазивных методов лечения врожденной нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами было выполнено стентирование мочеточника у 78 (70,9%) детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом: с I-ой степенью уретерогидронефроза –18 (23,0%), со II-ой степенью –34 (43,6%), с III-ей степенью – 19 (24,3%) и с IV-ой степенью – 7 (9,0%). Возраст детей - от 0 до 3 лет. Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведены полные клиничко-биохимические, лабораторные и рентген-лучевые исследования.

Результат и обсуждение. Стентирование мочеточников проведены с целью динамического наблюдения за сокращением мочевыделительной системы. У детей стентирование проводится под общим обезболиванием путем выполнения цистоскопии. После оценки топографического расположения устья с учётом патологии везико-уретерального сегмента выполняется расширение устья мочеточника путем баллонной дилатации, затем проводится стентирование мочеточника. Эффект наблюдался у 26 (23,6%) детей.

Выводы. При нейромышечной дисплазии мочеточников у детей первого года жизни бужирование, баллонная дилатация уретеровезикального соустья с последующим стентированием мочеточника и чашечно-лоханочной системы у 34,0% пациентов приводят к значимому улучшению уродинамики.

Ключевые слова: уретерогидронефроз, мегауретер, стентирование, баллонная дилатация, дети.

MINIMALLY INVASIVE METHODS FOR THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE URETEROHYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

^{1,2}Ibodov H., ²Mirakov H.M., ^{2,3}Ikromov T.Sh., ^{1,2}Rofiev R., ¹Saioudov K.M., ¹Moinova Sh.Sh.

¹NEI Medical and Social Institute of Tajikistan, Dushanbe st. K. Setkina 2.

E-mail: dtit082020@gmail.com.

²SEI “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic Tajikistan”, Dushanbe 734026 st. I. Somoni 59 Tel: +(99237)2503101 Email: gou@ipovszrt.tj

³SU “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics Pediatric Surgery” MoHSP RT Dushanbe. Ismoil Somoni Ave. 59 building 7 Karabolo Tel: +992 (372)236-52-50

Email: ncpd.tj@gmail.com

✓ Resume

Purpose of the study. To evaluate the efficiency of minimally invasive methods of treatment in children with neuromuscular dysplasia of vesicoureteral segments

Material and research methods. We performed ureteral stenting in 78 (70.9%) children with congenital obstructive ureterohydronephrosis: I degree of ureterohydronephrosis was in 18 (23.0%), II degree - 34 (43.6%), III degree - 19 (24.3%) and IV degree - 7 (9.0%). The age of children is from 0 to 3 years. Children with impaired urodynamics in the distal ureters underwent complete clinical, biochemical, laboratory and X-ray studies.

Results of discussion. Stenting of the ureters was carried out in order to dynamically monitor the contraction of the urinary system. In children, stenting is performed under general anesthesia by performing cystoscopy. After assessing the topographic location of the orifice, taking into account the pathology of the vesicoureteral segment, the ureteral orifice is expanded by balloon dilatation, then the ureter is stented. It turned out to be effective in 26 (23.6%) children.

Conclusions. With neuromuscular dysplasia of the ureters in children of the first year of life, bougienage, balloon dilation of the ureterovesical fistula, followed by stenting of the ureter and pyelocaliceal system in 34.0% of patients lead to a significant improvement in urodynamics.

Key words: ureterohydronephrosis, megaureter, stenting, balloon dilatation, children.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA SIYDIK CHIQARISH YO'LLARINING VEZIKOURETERAL SEGMENTNING NEYROMUSKULAR DISPLAZIYASINI DAVOLASH

^{1,2}Ibodov H., ²Mirakov H.M., ^{2,3}Ikromov T.Sh., ^{1,2}Rofiev R., ¹Saioudov K.M., ¹Moinova Sh.Sh.

¹NOU Tibbiyot-ijtimoiy instituti Tojikiston, Dushanbe st. K. Setkina 2.

Email: dtit082020@gmail.com

²GOU Instituti aspiranturasi solistii Jumhurii Tojikiston, Dushanbe, 734026, ku. I. Somoniy 59

Tel: +(99237)2503101 Email: gou@ipovszrt.tj

³GU Respublika ilmiy-klinik markazi pediatriya va pediatriyahoj jarrohii Vazorati Sog'lomatiii khizmati hifzi salomatii Jumhurii Tojikiston, Dushanbe. Ismoilii Somoniy shoh ko'chasi, 59-uy, 7-uy Qorabolo Tel: +992 (372)236-52-50 Email: nepd.tj@gmail.com

✓ Rezyume

Tadqiqot maqsadi. Erta yosh bolalarda siydik yo'llarining vezikoureteral segmentning tug'ma neyromuskular displaziyasini davolash uchun minimal invaziv usullarning samaradorligini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tug'ma obstruktiv ureterogidronefroz bilan og'rigan 78 (70,9%) bolalarda siydik yo'liga stent qo'yidik: I - darajali ureterohidronefroz bilan -18 (23,0%), II - darajali 34 (43,6%), III - darajali 19 (24,3%). va 4-darajali bilan 7 (9,0%). Bolalarning yoshi 0 dan 3 yoshgacha. Distal siydik yo'llarida urodinamika buzilgan bolalar to'liq klinik, biokimyoviy, laboratoriya va rentgenologik tadqiqotlar o'tkazdilar.

Natija va muhokama. Siydik chiqarish tizimining qisqarishini dinamik kuzatish uchun siydik yo'llarining stentlanishi amalga oshirildi. Bolalarda stentlash umumiy anesteziya ostida sistoskopiya o'tkazish orqali amalga oshiriladi. Teshikning topografik joylashuvini baholagandan so'ng, vezikoureteral segmentning patologiyasini hisobga olgan holda, siydik yo'llarining teshigi balon kengayishi bilan kengaytiriladi, keyin siydik yo'liga stent qo'yiladi. Davo natizasi 26 (23,6%) bolada kuzatildi.

Xulosa: Hayotning birinchi yilidagi bolalarda siydik yo'llarining nerv-mushak displaziyasi bilan, ureterovezikal oqmaning bougienage, balon kengayishi, so'ngra siydik yo'llari va pyelouretral tizimini stentlash bemorlarning 34,0% da urodinamikaning sezilarli yaxshilanishiga olib keldi.

Kalit so'zlar: ureterogidronefroz, megaureter, stentlash, balon kengayishi, bolalar.

Актуальность

С развитием медицинских технологий и внедрениях в практику урологов детского возраста значительно изменились подходы к диагностике и лечению обструктивного ureterogidronefроза у детей. Одной из причин развития мегауретера у детей является нейромышечная дисплазия дистального отдела мочеточника. В зависимости от степени патологического процесса происходит дилатация лоханочно-чашечной системы почки с нарушением функции, вследствие обструкции vezikoureterального сегмента способствующей к приведению нарушению уродинамики [1, 2, 4, 8, 9]. Динамическое наблюдение за детьми с врожденным обструктивным ureterogidronefрозом показывает, что большинство детей с данными нарушениями не требуют проведение каких-либо лечебных мероприятий, потому что с ростом

ребенка расширение мочеточника у них часто проходит самостоятельно. Только у 10 – 15% детей обструкции уретерovesикальной части мочеточников сохраняются и/или нарастают [3, 7, 8, 9]. В последние годы, научные работы многих исследователей направлены на изучение морфофункциональных особенностей моторики дистального отдела мочеточника, его возможного созревания, что позволило отказаться от ранних хирургических вмешательств и выбрать выжидательную тактику [1]. Саморазрешение уретерогидронефроза у детей раннего возраста объясняется тем, что уретерovesикальный сегмент мочеточника внутриутробно отстаёт в развитии, а после рождения в течение 2,5 – 3 года проходит стадию созревания [1, 2, 3]. В последнее время интересы хирургов направлены на поиск менее травматичных методов лечения. Одним из таких методов является баллонная дилатация и стентирование мочеточника [5, 10, 11, 12].

Цель исследования. Изучить эффективность миниинвазивных методов лечения врожденной нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей.

Материал и методы

Нами было выполнено стентирование мочеточника у 78(70,9%) детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом: I степени уретерогидронефроза – у 18(23,0%), II степени – у 34(43,6%), III степени – у 19(24,3%), и IV степени – у 7 (9,0%). У 20 (25,6%) диагноз мегауретер установлен антенатально, тогда как у 58 (74,3%) детей уретерогидронефроз выявлен после рождения. При этом диагностированы уретерогидронефроз I ст. – у 14 (24,1%), II ст. – у 24 (41,3%), III ст. – у 15 (25,8%) и IV ст. – у 5 (8,6%).

В возрастном аспекте разделение детей было следующим: от 0 до 1 года – 43 (51,2%), от 1 года до 3 лет – 35 (44,8%). Согласно проведенному исследованию среди больных мальчиков было – 50 (63,6%), девочек – 28 (36,4%). Нейромышечная дисплазия наблюдалась слева у 44 (56,4%), справа – у 28 (35,8%), двусторонняя – у 6 (7,6%) детей.

Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведены полные клинико-биохимические, лабораторные и рентген-лучевые исследования. Проводилась оценка функционального состояния почек по данным биохимических анализов крови, скорости клубочковой фильтрации, ультразвукового и рентгенологического исследования почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле Шварца.

Статистический анализ проведен с использованием Microsoft Excel 2007, статистического пакета Statistica StatSoft 8.0. Для сравнения непрерывных переменных, имеющих нормальное распределение, использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, для переменных, не имеющих нормальное распределение- U-критерий Манна-Уитни. Данные описательной статистики представлены в виде абсолютных значений и процента к общему числу больных. Считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Стентированные мочеточников проведены с целью динамического наблюдения за сокращением мочеиспускательной системы. У детей стентирование проводится под общим обезболиванием путем выполнения цистоскопии, при заполненном мочевом пузыре в возрастном объеме. После оценки топографического расположения устья с учётом патологии везикоуретерального сегмента выполняется расширение устья мочеточника путем баллонной дилатации, затем проводится проводник размером 0,014 дюйма (1 Fr), по проводнику выполняется бужирование устья. Если проходимость везикоуретерального сегмента свободная, в мочеточник проводится стент и далее - до лоханки. Мини инвазивная манипуляция, то есть стентирование мочеточника выполнена у 78 детей, у 26(23,6%) пациентов она оказалась эффективной. У 18 из этих детей восстановилась уродинамика в течении от 6 месяцев до 1,5 года, признаки уретерогидронефроза постепенно устранились. У 2 детей с IV степенью уретерогидронефроза эффект от стентирования не наблюдался. После стентирования контрольное ультразвуковое исследование проводилось на следующий день. У 8 детей до 3 лет, которым после всесторонних обследований был установлен диагноз обструктивный уретерогидронефроз II степени, стентирование оказалось эффективным во всех случаях. Повторное стентирование проведено у 25(32,1%) из 78 детей с уретерогидронефрозом II – III степени. Однако проведение повторного стентирования оказалось неэффективным, при этом отмечалось нарастание процесса обструкции, расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, присоединение вторичной инфекции, что послужило в дальнейшем основанием для проведения радикального хирургического вмешательства. У 12 детей с III степенью и у 7 с IV степенью уретерогидронефроза после установления диагноза выполнено стентирование мочеточника, которое оказалось

неэффективным. Отмечалось нарастание уретерогидронефроза и присоединение вторичной инфекции у 5 больных. Длительность нахождения стента в мочеточнике у детей составила $23 \pm 3,0$ дней. В двух случаях отмечалось самостоятельная дислокация стента, после чего они были удалены и повторно выполнено стентирование мочеточника.

У 3 пациентов на фоне стентированного мочеточника отмечалось повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, лейкоцитурия и протеинурия. Все эти изменения удалось ликвидировать путем применения антибактериальной терапии с учетом выявленной микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, а также применением уро септиков в возрастной дозировки.

После удаления стентов дети в течение 2 лет находились на диспансерном наблюдении. Кратность обследования детей с уретерогидронефрозом после удаления стента определялась индивидуально, согласно динамике патологического процесса, при нормальном течении, контрольный осмотр и УЗИ, анализ мочи проводился каждые 3 месяца до полного восстановления уро динамики. Эффективность стентирования оценивалась по ликвидации инфекционно-воспалительных осложнений, уменьшением размеров полостной системы почек и мочеточников, восстановлению паренхимы почки и ее функции.

Обсуждение: Существует много работ по применению мини инвазивных методов лечения обструктивного уретерогидронефроза, которые во многом способствуют созреванию терминального отдела мочеточников, уменьшению диаметра мочеточников и собирательной системы почек. Это видимо связано с процессом созревания терминального отдела мочеточника. Надо отметить, что внутреннее стентирование при нейромышечной дисплазии может быть эффективным у детей раннего возраста, когда нет органических изменений и параллельно со стентированием происходит созревание патологического участка, то есть везикоуретерального сегмента. Эндоскопическое бужирование и стентирование мочеточника при обструкции дистального отдела мочеточника является перспективной альтернативой открытому методу коррекции.

Выводы

При нейромышечной дисплазии мочеточников у детей раннего возраста бужирование, баллонная дилатация уретероветикального соустья с последующим стентированием мочеточника и чашечно-лоханочной системы у 23,6% пациентов приводят к значимому улучшению уро динамики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адаменко О.Б. Клинико - морфологическое обоснование консервативного лечения обструктивных заболелваний мочеточника у детей / О.Б.Адаменко // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015;5(3):113-114.
2. Айнакулов А.Д. и др. Дифференцированный подход к лечению первичного обструктивного мегауретера / А.Д. Айнакулов, Б.М. Майлыбаев // Детская хирургия. – 2014;18(5):16-18.
3. Меновщикова Л.Б. и др. Малоинвазивный метод лечения неретрофлюксирующего мегауретера у младенцев // Пермский медицинский журнал. 2015;2:19-24.
4. Шкодкин С.В. Осложнения стентирования верхних мочевыводящих путей /С.В. Шкодкин, М.И. Коган, А.В. Любушкин // Урология. 2015;1:94-99.
5. Сальников В.Ю. и др. Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления как метод лечения первичного обструктивномегауретера у детей // Журнал Педиатрия. – 2016;95(5):48-52.
6. Vujons A. et al. Can endoscopic balloon dilation for primary obstructive megaureter be effective in alongterm follow-up? // J. Pediatr. Urol. 2015;11(1):37.
7. Castagnetti M. et al. Double-J stent insertion across vesicoureteral junctione is it a valuable initial approach in neonates and infants with severe primary non-refluxing megaureter / M. Castagnetti, M. Cimador, M. Sergio // Urology. 2006;68(4):870-875.
8. Carroll D. et al. Endoscopic placement of double - J ureteric stents in children as a treatment for primary obstructive megaureter // Urol. Ann. 2010;2(3):114-118.
9. CasalBelay I. et al. Endoscopic balloon dilatation in primary obstructive megaureter: long-term results // J. Pediatr. Urol. 2018;14(2):167.
10. Kassite I. et al. High-pressure balloon dilatation of the ureterovesical junction in primary obstructive megaureter: Infectious morbidity // Prog. Urol. 2017;27(10):507-512.
11. Ortiz R. et al. Long-Term Outcomes in Primary Obstructive Megaureter Treated by Endoscopic Balloon Dilation. Experience Affer 100 Cases // Front Pediatr. 2018;6:275-280.
12. Romero R.M. et al. Primary obstructive megaureter: the role of High-pressure balloon dilation // J. Endourol. 2014;28(5):517-523.

Поступила 20.08.2023

