



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: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.643-001.4-053.2-089

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

Х.А. Акилов, Ш.А. Низомов, Шукуров Б.С.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент, Узбекистан. Город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул. Паркентская 51
Тел: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ Резюме

Представлены результаты лечения 60 ребенка с посттравматическими стриктурами уретры в возрасте от 5 до 13 лет. Все больные до поступления в детское хирургическое отделение ранее были оперированы в других лечебных учреждениях по методу Марион – Хольцова. Всем пациентам выполнили модифицированную операцию Марион-Хольцова с установлением двух-диаметрового катетера собственной модификации.

Удовлетворительные результаты отмечены у 59 (98,3%) ребенка. Только у 1 больного отмечен рецидив стриктуры, в последующем ему выполнена восстановление уретры из кожи мошонки.

Эффективное дренирование и промывание зоны анастомоза с применением дренирующего катетера предотвращает его инфицирование и благотворно влияет на процессы заживления тканей.

Ключевые слова: Пути улучшения результатов оперативного лечения, стриктуры уретры у детей

БОЛАЛАРДА УРЕТРА СТРИКТУРАСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ

Х.А. Акилов, Ш.А. Низомов, Б.С. Шукуров

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази. Тошкент, Ўзбекистон. Тошкент шаҳри, Мирзо Улугбек тумани, кўч. Паркентская 51
Тел: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ Резюме

Тақдим қилинган материал уретранинг шикастланишидан кейинги стриктураси бўлган 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган 60 беморни таҳлил қилиш ва даволаш натижаларига асосланган. Барча беморлар клиникада ётқизишдан олдин бошқа тиббиёт муассасаларида Марион-Хольцов усулида операция қилинган. Барча беморларни такрорий операцияларида Марион-Хольцов операция усулини такомиллаштирилган икки диаметрли катетерни қўллаш орқали бажарилди.

Кузатувимиздаги 59 та беморларда (98,3%) ижобий натижаларга эришилди, битта беморда қониқарсиз натижа кузатилди. Кейинчалик у беморда уретра ёрғоқ терисидан тикланди.

Дренажловчи катетерни қўллаб самарали дренажлаш ва ювиш натижасида анастомоз соҳасига инфекция тушиш олди олинади ва битиш жараёнига ижобий таъсир қилади.

Калит сўзлар: Хирургик даволаш натижаларини яхшилаш йўллари, болаларда сийдик йўлларида стриктураси.

WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR URETHRAL STRICTURES IN CHILDREN

H.A. Akilov, Sh.A. Nizomov, B.S. Shukurov

Center for the development of professional qualifications of medical workers. Tashkent, Uzbekistan.
Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, st. Parkentskaya 51 Tel: +998 (71) 268-17-44
E-mail: info@tipme.uz

✓ *Resume*

The material was analyzed as a result of treatment in 60 patients with post-traumatic urethral strictures. Prior to admission to the children's surgical department, all patients were previously operated on in other medical institutions using the Marion-Holtsov method. Repeated operations of this category of patients present difficulties due to roughly expressed cicatricial changes in the wall of the urethra and surrounding tissues.

The success of the surgical intervention depends on the level of the selected proximal end of the urethra, which allows it to align in any area, as well as on the correctly applied anastomosis.

Effective drainage and washing of the anastomosis zone using a draining catheter prevents infection and has a beneficial effect on tissue healing processes. Satisfactory results were noted in 98.3% of cases, and only one patient had a poor result, and subsequently this patient underwent surgery - restoration of the urethra from the skin of the scrotum.

Key words: Ways to improve the results of surgical treatment, urethral strictures in children

Актуальность

Повреждения уретры происходят в 4-19% в связи с переломами таза в результате автотранспортной травмы [1, 2]. Сложность лечения обусловлена мочевыми осложнениями - как повторное образование стриктур, недержание мочи и эректильная дисфункция [3,4,5]. Сравнительный анализ Клинических рекомендации по травме мочеполовой системы Европейской ассоциации урологов (EAU), и Société Internationale d'Urologie (SIU) показал, что сегодня ещё актуальны многоцентровые исследования. Это необходимо для оптимизации, улучшения качества и повышения степени диагностики и лечения травм уретры [6, 7]. В связи с этим вопрос предупреждения формирования посттравматических стриктур и их рецидива особо остаётся актуальной проблемой детской хирургии.

Цель: Изучит результаты оперативного лечения посттравматических стриктур мочеиспускательного канала у детей.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 60 мальчиков в возрасте от трёх до 15 лет. Из них у 22 (36,7%) были стриктуры и у 38 (66,3%) облитерации. По локализации - в мембранозном отделе у 27 (45%) больных, в простатическом у 18 (30%) или обоих отделах уретры у 14 (23,3%). У одного больного (1,7%) был полный отрыв уретры от шейки мочевого пузыря с последующим развитием стриктуры заднего отдела уретры. Причиной были травмы тазовых костей у 41 детей (68%) и падение с высоты у 19 (32%). В возрастном аспекте 5 детей были от 3 до 7 лет, 34 в возрасте от 7 до 12 лет, и 21 в возрасте от 12 до 15 лет.

Ранее в клиниках по месту дислокации были оперированы 36 (60%) детей. То есть стриктуры и облитерации у них при обращении к нам были рецидивные. Из них 20 были оперированы по методу Марион-Хольцова, 16 больных - по Кройсс-Фронштейну. После этих операций 20 пациентам проводилось длительное безуспешное бужирование уретры.

Остальные 24 (38%) пациентов до госпитализации в нашу клинику была наложена лишь эпицистостома.

Всем больным выполняли восходящую и нисходящую уретрографию, УЗИ уретры и мочевого пузыря, уретроскопию. 41 пациенту проведена микционная цистоуретрография. Через цистостомический свищ 29 пациентам проводили осмотр шейки пузыря, внутреннего отверстия уретры. После операции, когда удаляли катетеры и дренажи выполняли контрольную урофлоуметрию.

У всех 60 больных при поступлении уже был надлобковый цистостомический дренаж. После забора мочи на бактериологическое исследование, выполняли замену дренажа и санацию мочевых путей. При «контролируемости» инфекции мочевых путей выполняли хирургическое лечение – модифицированную операцию Марион-Хольцова с установлением двух-диаметрового катетера - патент IDP № 05277, 19.11.2001 (рис. 1).

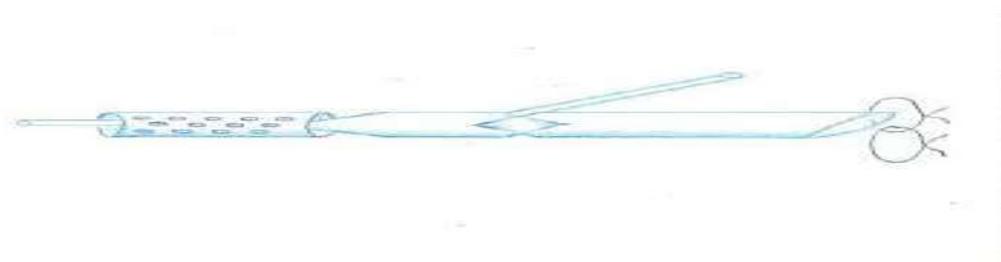


Рис. 1. Двух-диаметровый катетер для дренирования уретры и мочевого пузыря.

В отличие от В.И. Русакова (1991), который предлагает пикообразный разрез, мы применяли промежностный разрез строго по срединной линии, дающий широкий доступ к задним отделам уретры. При углублении этого разреза, в отличие от предыдущего, мышцы не повреждаются. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и обнажения поверхности луковично-кавернозной мышцы, последнюю отделяем от спонгиозной ткани луковицы уретры. Затем мышцу отводим на две стороны, максимально сохраняя ее от повреждения, так как повреждение этой мышцы чревато развитием в последующем эректильной дисфункции.

Спонгиозную часть вместе с уретрой отделяем от места фиксации, рассекая прикрепляющую к нижнему краю лобковых костей связку. При этом спонгиозную ткань от уретры не отделяем, как это рекомендует Л.А. Кудрявцев (1993), так как стенка детской уретры очень тонкая и нежная. Высвобождение луковичного отдела уретры продолжаем вглубь вместе с мембранозным отделом до предстательной железы. После этого отсекаем уретру от рубцово-измененной части (при стриктурах и облитерациях мембранозного отдела) или как можно ближе к рубцово-измененной части уретры (когда стриктура или облитерация в простатическом отделе, или при случаях отрыва уретры от шейки мочевого пузыря). Необходимо помнить, что каждый миллиметр не рубцово-измененной ткани стенки уретры очень ценная для предохранения от натяжения линии анастомоза.

В случаях повторной операции из-за многочисленных сращений и рубцов окружающих тканей, а также из-за полной облитерации мембранозного, простатического или обоих этих отделов уретры пунктуально соблюдать принцип топографо-анатомических операций не представляется возможным. Поэтому на данном этапе выполнения операции, главное внимание следует уделять аккуратному освобождению дистальной части уретры и её отсечению от облитерированной или стриктурно измененной части. Удаление рубцов в проксимальном отделе следует начинать со стороны внутренней поверхности лонного сочленения, чтобы максимально избежать повреждения простаты. После отсечения рубцовых тканей и нахождения тупого конца проксимальной части уретры, стенка последней осторожно рассекается и их концы освобождаются от окружающих тканей.

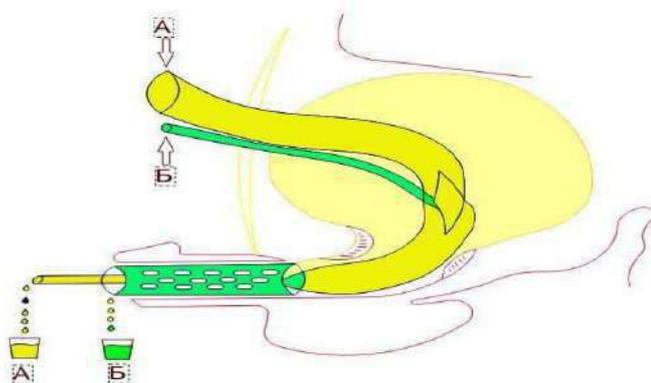


Рис. 2. Схема функционирования катетера: через вход А выполняется орошение полости мочевого пузыря, промывная жидкость выходит через выход А; через вход Б выполняется орошение зоны анастомоза, просвет между дренажом и стенкой уретры, промывная жидкость выходит через выход Б.

После тщательной подготовки обоих концов уретры к наложению анастомоза "конец в конец", проводили дренирование мочевого пузыря двух диаметровой пузырно-уретральной трубкой. Проксимальный конец которой (диаметр 0,5-0,6 см), выводится на надлобковую область, на уровне треугольника Лъето. От начальной части шейки мочевого пузыря стенка этой трубки утончается (диаметр 0,15- 0,18 см) и на нее надевается другой катетер с наружным диаметром 0,4-0,5 см, на стенке которого имеются маленькие множественные дренирующие отверстия. Конец обеих катетеров выводится через наружное отверстие уретры на 5-6 см (рис. 2).

При наложении анастомоза у детей до 7 лет накладываются 4 лигатуры и у детей 7-14 лет - 6 лигатур. Швы располагаются равномерно по окружности шейки мочевого пузыря или остатку заднего отдела уретры. Обычно, в этих случаях задний отдел уретры представляет собой остаток стенки, длиной не более 0,2-0,3 см.

По данным уретрограмм протяженность стриктур и облитераций составила в среднем $1,9 \pm 0,2$ см. Интраоперационно с большой осторожностью высвобождали измененные участки уретры. Отсечение рубцово-измененной части уретры производили как можно ближе к патологическим участкам. После иссечения диастаз между проксимальной и дистальной частями составил в среднем $3,8 \pm 0,2$ см. Поэтому для уменьшения натяжения линии анастомоза проводили максимальную мобилизацию дистальной части уретры. В одном случае, у больного с отрывом уретры от шейки пузыря, выполнили мобилизацию шейки мочевого пузыря.

Следующим этапом устанавливали полихлорвиниловый двух-диаметровый катетер, размеры которого подбирали индивидуально в каждом случае. Затем накладывали анастомоз - монофиламентные швы располагали равномерно по окружности, как было указано выше.

Результаты операции в отдаленном периоде через 3-6 месяцев (n=44) и 1 год (n=36) проверяли путем опроса, непосредственного осмотра и обследования.

Результат и обсуждения

Раннее послеоперационное лечение не отличались от общепринятых принципов. Но при этом особо акцентировали внимание на 3-х факторах. Первый фактор - это подбор парентерального антибиотика, когда основанием служил не только результат бактериологического исследования, но и особенности микробного пейзажа всей когорты больных. Это то, что у наших пациентов преобладает нозокомиальная флора, когда следует выбирать защищенный антибиотик, имеющий бактерицидные способности в отношении внутрибольничных штаммов с достаточной доказательной базой.

Второй фактор – это предлагаемое нами постоянное орошение мочевого пузыря стерильными растворами с антисептическим компонентом. Для этого, применяли хлоргексидина биглюконат или диоксидин.

Третий фактор – это регулярное орошение участка анастомоза уретры с последующим введением антибиотиков через предложенный нами микрокатетер. То есть мы осуществляли планомерную местную санацию раны и местное лечение инфекции.

Микробиологическое исследование мочи с определением возбудителя и чувствительности к антибактериальным препаратам было выполнено 57 (95%) больным. При исследовании мочи у 13 (21,7%) детей роста микрофлоры не обнаружено, положительный результат посева мочи был у 44 (73,3%) больных. Из них у 31 (51,7%) детей обнаружен рост микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae, у 16 (26,7%) больных рост микробов семейства Proteus, у 6 (10,0%) - St. saprophyticus и у 4 (6,6%) - Candida. Подобный вариант высева уропатогенов, мы объясняем тем, что непосредственно до поступления в стационар 13 (22%) детей получали антибактериальное лечение.

Анализ чувствительности выделенных микроорганизмов проводили только в отношении антибактериальных препаратов, которые разрешены к применению в педиатрической практике.

Орошение области анастомоза проводили стерильным физиологическим раствором (0,9% раствор натрия хлорида) с антисептиком. В качестве антисептического компонента использовали хлоргексидин биглюконат (во всех возрастных группах) или диоксидин (только в старшей возрастной группе). Для антисептической обработки участка раны уретры (анастомоз) 0,5% стерильный раствор готовили путём разбавления препарата в отношении 1:40 в 0,9% физиологическом растворе (натрий хлорид) со стерильным глицерином. Особенностью данного

раствора считается его способность повышать чувствительность бактерий к хлорамфениколу, канамицину, неомицину, цефалоспорином.

Для орошений 5-10 мл раствора вводили через дренаж в область анастомоза, обычно 2-3 раза в сутки. Курс лечения – 7-9 дней, ежедневно, до удаления катетера.

Благодаря использованию специального дренирующего катетера ни в одном случае не наблюдали местных осложнений инфекционного генеза, что позволило предупредить рецидив, как это отмечали другие хирурги. Только в одном случае наблюдали рецидив стриктуры. При повторной операции было обнаружено большая протяжённость диастаза между здоровыми концами уретры. Она оказалась больше 6см, и этому больному для восстановления уретры, по техническим причинам пришлось использовать лоскут из кожи мошонки на сосудистой ножке. Проводимые местные манипуляции и техника операции обусловили гладкое течение послеоперационного периода: раны заживали первично, что позволило удалять специальный дренирующий катетер из уретры не позже 8-9 суток.

После операции контролировали максимальный объём мочевого пузыря, толщину его стенки, объём остаточной мочи и время мочеиспускания. Результаты этих исследований, отклонений от возрастных критериев нормы не обнаружили. Так же достоверного различия с данными отдаленных сроков обследования так же не наблюдали. У 59 детей жалоб не было, струя мочи обычная, данные упрощенного урофлоуметрического индекса (Гольдберг В.В., 1974) оказались в пределах нормы (14,3+3,3 мл/с после удаления катетера на 10 сутки после операции; 23,6+4,9 мл/с через 3-6 месяцев после операции; 24,9+5,8 мл/с через 12 месяцев после операции, $p > 0,05$). Учитывая все объективные данные рецидива стриктуры не отмечалось.

Выводы

Правильное выполнение положений алгоритмов первой помощи при травмах уретры, тщательная подготовка и корректное исполнение этапов хирургической манипуляции анастомоза уретры с использованием двух-диаметрового дренирующего катетера, с корректным подбором антимикробных средств для парентерального и местного применения позволило достичь хороших результатов в 98,3 % случаев, включая случаи повторной коррекции при рецидивных стриктурах и облитерациях уретры. Предлагаемый двух-диаметровый дренирующий катетер предполагает обнадёживающие результаты для

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Володичев В.В. Хирургическое лечение пациентов со стриктурой уретры. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2016;11(4):84-89.
2. Павлов В.Н., Казихинов Р.А., Измайлов А.А. Опыт лечения стриктур уретры при использовании различных видов уретропластик. // Медицинский вестник Башкортостана. 2017;12(3(69)):60-62.
3. Павлов В.Н., Казихинов Р.А., Сафиуллин Р.И. Выбор оптимального метода и способы улучшения результатов хирургического лечения у пациентов с посттравматическими, воспалительными стриктурами и облитерациями уретры. // Уральский медицинский журнал. 2017;2(146):92-95.
4. Kitrey N.D. EAU Guidelines on Urological Trauma 2016. Eur Urol. 2016;47(1):1-15.
5. Waterloos M., Verla W., Spinoit A.F. Urethroplasty for urethral injuries and trauma-related strictures in children and adolescents: a single-institution experience. Journal of Pediatric Urology. 2019;15 (176):176-177.
6. Darren J. B., Lee C. Z. Guideline of guidelines: a review of urological trauma guidelines. // BJU Int. 2016;117:226–234.
7. Coccolin F. et al. Kidney and uro-trauma: WSES-AAST uidelines // World Journal of Emergency Surgery. Italy. 2019. №14.- P. 54

Поступила 10.09.2023