



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

УДК 616.62-089.844:617-053.31

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИЕЙ У
НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ**

¹Эгамназаров Н.К., ²Эргашев Б.Б.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканский перинатальный центр, Узбекистан, Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол № 223-а +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ **Резюме**

Проведено комплексное обследование 41 ребенка в возрасте от одного дня до года с экстрофией мочевого пузыря. Целью было улучшение результатов лечения путем сравнения результатов хирургических методов лечения. Предложенная схема включает в себя такие показания, как ранняя коррекция этого дефекта хирургическим путем, т.е. до 1 месяца, одномоментная радикальная одноэтапная операция цистосфинктероуретропластики путем аппроксимации симфиза. Сопутствующая операция по экстрофии мочевого пузыря снижает частоту рецидивов экстрофии и эписпадии.

Ключевые слова: ребенок, экстрофия мочевого пузыря, пластика мочевого пузыря, цистосфинктероуретропластика, уретропластика.

**СИЙДИК ҚОПИ ЭКСТРОФИЯСИ ВА ТОТАЛ ЭПИСПАДИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН
ЧАҚАЛОҚЛАР ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ
УСУЛИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ**

¹Эгамназаров Н.К., ²Эргашев Б.Б.

¹Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Богишамол кўчаси, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Республика перинатал маркази хузуридаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик маркази, Ўзбекистон, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Богишамол кўчаси 223-а-уй +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ **Резюме**

Сийдик қопи экстрофияси касаллиги билан касалланган бир кунликдан бир ёшгача бўлган 41 нафар бемор болаларни ҳар томонлама текширувдан ўтказилди. Хирургик даволаш усуллари натижаларини қиёсий таққослаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш мақсад қилиб олинди. Таклиф қилинган схема ушбу нуқсонни жарроҳлик амалиётида эрта яни 1 ойликкача коррекция қилиш, бир вақтнинг ўзида симфизни яққинлаштириб радикал бир этапли цистосфинктероуретропластика операциясини амалга ошириш каби кўрсаткичларни ўз ичига олади. Сийдик қопи экстрофиясини бир вақтда қилинадиган жарроҳлик амалиётига ўтиш экстрофия ва эписпадияни қайталаниш сонини камайтиради.

Калит сўзлар: чақалоқ, сийдик пуфаги экстрофияси, сийдик пуфаги пластикаси, цистосфинктеропластика, уретропластика.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BLADDER EXSTROPHY WITH TOTAL EPISPADIAS IN NEWBORNS AND INFANTS

¹Egamnazarov N.K., ²Ergashev B.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Republican Educational, Treatment and Methodological Center for Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center, Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street No. 223-a +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ *Resume*

Based on a comprehensive study of 41 children with bladder exstrophy at the age of 1 day to 1 year. The scheme of the proposed phasing of the operative correction of this defect includes an early age approach (1 months), simultaneous elimination of accompanying defects, drainage not of the ureters but only of the bladder, plasty of the bladder with local tissues without the knowledge of the pubic bones. Subsequently, only formed complications are eliminated, as a result of age-related changes. The effectiveness of the proposed approach lies in the early elimination of the defect, reducing various complications.

Key words: newborns, exstrophy of the urinary bladder, urinary bladder plasty, cystosphincteroplasty, urethroplasty.

Актуальность

Вопросы ранней антенатальной диагностики, тактики ведения и оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря относятся к одной из актуальных и до конца нерешённых проблем современной детской хирургии и урологии [3,5]. Экстрофия мочевого пузыря с тотальной эписпадией — тяжёлый врожденный порок развития, выявляется у одного на 40.000 — 50.000 новорожденных, причем чаще встречается у мальчиков [1,2,3]. В частности, нет единого мнения в выборе сроков и способа операции её этапности [1,4,5]. Некоторые ученые предлагают одномоментную цистосфинктуруретрапластику, а ряд ученых склонны к этапным коррекциям ЭМП.

Цель работы: Улучшение и сравнительная оценка результатов хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря с тотальной эписпадией у новорожденных и грудных детей.

Материал и методы

В основу настоящего исследования вошли результаты комплексного обследования и лечения 41 больных с экстрофией мочевого пузыря в возрасте от 1 суток до 1 года за период с 2015 г по 2023 г. Дети лечились в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ. Мальчиков было - 34(82,9%), девочек 7 (17,1%). Доношенных – 40 (97,5%), недоношенных - 1 (2,5%). Мальчиков было в пять раз больше чем девочек. В РПЦ родились – 12 (29,3%), из других учреждений поступили 29 (70,7%) детей. Все больные были с классической формой ЭМП с тотальной эписпадией. Обследования детей с ЭМП включало: клинический осмотр, оценка экстрофированной площадки, лабораторные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови и резус фактор, анализ кала), ультразвуковое исследование и доплерография с цветовым картированием внутренних органов брюшной полости, забрюшинного пространства, мочеполовой системы, сердца. Выполняли нейросонографию головного мозга. А также проводили определение расстояния между лонными костями таза, оценка тазобедренных суставов и рентгенографию костей таза. Кроме того, при подозрении на сочетанные пороки развития проводили рентгенографию грудной клетки, черепа и конечностей, а также экскреторную урографию.

Результат и обсуждения

Установка диагноза новорожденным не представляла сложности из-за выраженности симптомов. Размер экстрофированной площадки составлял от 6,0 +_3,5 см в диаметре. Паховая

грыжа была у 6 детей, причем у 2 из них грыжа была двусторонней.

Для проведения объективной оценки результатов оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря всех больных условно разделили на две группы. В основную группу (с 2017 года) вошли 19 (46,4%) детей, которым выполняли одновременно пластику мочевого пузыря, шейки и уретры, т.е. цистосфинктероуретропластику.

Группу сравнения (до 2017 года) составили 22 (53,6%) больных с ЭМП, которым проводились этапная коррекция т.е. вначале цистосфинктероластика и в следующем этапе через 2 или 3 месяца-уретроластика.

В основной группе первое оперативное вмешательство проводилось в возрасте от 10 дней до 1 месяца, а в группе сравнение в возрасте 2-3 месяцев жизни ребенка. Половой состав в обеих группах практически было одинаковыми. Так в основной группе мальчиков было 15, девочек – 4, а в группе сравнения мальчиков было 19, девочек -3. Паховая грыжа как сопутствующий в основной и в группе сравнения отмечена по 3 больных соответственно, причем в основной группе у 2 детей она была двусторонняя.

В лечения больных группы сравнения мы придерживались тактики этапного лечения ЭМП. Ранее оптимальным сроком для выполнения операции первичной пластики мочевого пузыря местными тканями без проведения остеотомии и сопоставлении лонных костей мы считали возраст 2-3 месяца жизни. Это мы мотивировали тем, что в течение этого периода ребенок набирает вес, уменьшается анестезиологический риск (становится возможным проведение операции под спинальным наркозом без интубации) и, самое важное, адаптируется кожа, а также резко уменьшается выраженность контактного дерматита, обусловленная попаданием мочи в окружающие ткани. Кроме того, в течение этого периода мы проводили коррекцию сопутствующих пороков (двухсторонние паховые и пахово– мошоночные грыжи). В этой группе мы придерживались тактики пластики мочевого пузыря без сведения костей лонного сочленения. Практически всем детям, не зависимо от размеров пузырной площадки, первым этапом коррекции порока проводили пластику мочевого пузыря местными тканями, даже при размере экстрофированной площадки 1,5 - 2,0 см. При этом мы немного видоизменяли технику дренирования мочевого пузыря. Так, в устья обоих мочеточников не устанавливали катетеры, как при классическом варианте, а в полости вновь создаваемого мочевого пузыря оставляли катетер, конец которого через верхушки пузыря выводили наружу через контрапертуру и фиксировали. Мочевой пузырь ушивали двухрядными узловыми швами (Викрил 4/0 и 5/0). Пластику шейки мочевого пузыря также усовершенствовали, суть которой заключается в следующем: после пересечения мышц урогенитальной диафрагмы и выделения тканей, в области шейки мочевого пузыря создали зону в виде узкой продольной полоски длиной и шириной 1,5 – 2 см. Далее формировали шейку мочевого пузыря и эту зону сверху укрывали слоем мышц при помощи двух П – образных швов. Вторым этапом через 2 -3 месяца выполняли уретропластику при помощи узловых швов (Викрил 6/0) над мочевым катетером и тем самым ликвидировали тотальную эписпадию. Апоневроз и кожу зашивали поперечно, так как при цистосфинктероластики без сближения лонных костей, при котором ушивать рану (апоневроз и кожу) продольно не представляется возможным.

У 3 наших больных с ЭМП группы сравнение была установлена паховая грыжа. При этом мы лечение односторонних паховых грыж (2 больных) проводили во время пластики мочевого пузыря т.е. первого этапа коррекции экстрофии (цистосфинктероластики). Если паховая грыжа была двусторонняя (1 ребенок), то в таких случаях сначала выполняли грыже сечение с двух сторон, а затем пластику мочевого пузыря через 1 месяц после первой операции. Пластику уретры, клитора и половых губ у девочек (3 больных) с ЭМП производили одновременно с пластикой мочевого пузыря.

Таким образом, до 2017 года мы всем больным с ЭМП и тотальной эписпадией выполняли этапную коррекцию: 1 этап-цистосфинктероластику, затем через 2-3 месяца уретропластику (22 больных), исключение составили только девочки с ЭМП (2 больных), у которых из-за анатомических особенностей уретры выполняли одномоментную цистосфинктероуретро пластику. В этой группе в раннем послеоперационном периоде рецидив экстрофии и эписпадии, то есть полное расхождение швов на передней брюшной стенке, стенки мочевого пузыря и уретры, было отмечено у 5 детей (22,7%), частичное расхождение – у 6(27,3%) детей. Рецидив

эписпадии в этой группе, после уретрапластики, отмечен почти у 13 (59,0%) больных. В этой группе все операции выполняли без сближения лонных костей.

Учитывая высокий процент послеоперационных осложнений при этапной коррекции ЭМП без сближения лонных сочленений, мы с 2017 года перешли на одномоментную коррекцию ЭМП у новорожденных и грудных детей. Для сближения лонных костей, использовали не рассасывающихся швов (этибонд 2/0), а для пластики мочевого пузыря и уретры – рассасывающихся шовный материал викрил 4/0, 5/0 и 6/0. Всем детям основной группы (19 больных) одномоментно выполняли пластику мочевого пузыря, шейки и уретры (одномоментная цистосфинктероуретропластика). Так если диастаз между лонными костями было до 3-3,5 см, мы сближали их без остеотомии. Так, у 15 детей мы во время операции сближали лонной сочленения и на лонную хрящ при помощи этибонда 2/0 накладывали 2 шва и завязывали. В 4 случаях из-за большого диастаза более 4 см, до начала пластики проводили заднюю остеотомию с 2 –х сторон. Все это позволяло в конце операции без натяжения продольно зашить апоневроз и кожу. У всех больных основной группы операции выполнялись в возрасте от 10 дней до 1 месяца т.е. в период новорожденности.

Анализ раннего послеоперационного периода показало, что результаты первичной пластики мочевого пузыря, шейки и уретры были значительно лучшими по сравнению с результатами этапной коррекции ЭМП. Так, в основной группе детей полное расхождение швов на стенке мочевого пузыря не было, рецидив тотальной эписпадии в раннем послеоперационном периоде отмечен только у 2 (10,5%) больных. Кроме того, суммарная продолжительность операции существенно не удлинялись по сравнению с этапной цистосфинктеро- и уретропластики.

Заключение

Таким образом, соблюдение одномоментная цистосфинктероуретропластика со сближением лонных костей при первичной пластике мочевого пузыря и уретры местными тканями позволяет значительно сократить и улучшить функциональные результаты и число рецидивов как самой экстрофии мочевого пузыря, так и тотальной эписпадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хабибьянов Р.Я. и др. Хирургическое восстановление тазового кольца при врожденной аномалии развития - экстрофии мочевого пузыря. Хабибьянов Р.Я., Андреев П.С., Акрамов Н.Р., и др. //Практическая медицина. 2017;8(109):154-156.
2. Рудин Ю.Э. и др. Комплексное этапное лечение порока полового члена у мальчиков с эписпадией и экстрофией мочевого пузыря. Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Алиев Д.К., и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2016;4:128-135.
3. Аверин В.И. и др. Экстрофия мочевого пузыря: современное состояние проблемы (обзор литературы). Аверин В.И., Кандратьева О.В., Забаровский А.В., и др. //Хирургия детского возраста. 2018;3(60):100-104.
4. Лебедев Д.А. и др. Эндоскопические вмешательства при экстрофии мочевого пузыря у детей. Лебедев Д.А., Осипов И.Б., Бурханов В.В., и др.//В книге: Воронцовские чтения. Санкт-Петербург - 2017 Материалы X юбилейной научно-практической конференции. 2017;57-58.
5. Maruf M, et al. Achieving urinary continence in cloacal exstrophy: The surgical cost. /Maruf M, Kasprenski M, Jayman J, et al. //J Pediatr Surg. Oct 2018;53(10):1937-1941. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.055. Epub 2018 Feb 24.

Поступила 20.09.2023