



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

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**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)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616.62-089.844:617-053.31

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Эгамназаров Н.К. Email: EgamnazarovN@mail.ru
Эргашев Б.Б

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

✓ Резюме

Проведено комплексное обследование 41 пациента в возрасте от одного дня до года с экстрофией мочевого пузыря (ЭКМ). Целью было улучшение результатов хирургического лечения путем сравнительного анализа результатов. Предложенная схема включает в себя такие показания, как ранняя коррекция этого дефекта в хирургической практике, т.е. до 1 мес, одномоментная радикальная одноэтапная цистосфинктероуретропластика (ЦСУП) с сближением симфиза. Сопутствующая операция по экстрофии мочевого пузыря снижает частоту рецидивов экстрофии и эписпадии.

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

СИЙДИК ҚОПИ ЭКСТРОФИЯСИ ВА ТОТАЛ ЭПИСПАДИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ВА КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛЛАШ

Эгамназаров Н.К., Эргашев Б.Б.

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

✓ Резюме

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

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

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

Egamnazarov N.K., Ergashev B.B.

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

✓ *Resume*

Based on a comprehensive study of 41 children with bladder exstrophy (BE) 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: urinary bladder plasty, newborns, exstrophy of the urinary bladder, 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. Сложности ранней диагностики связаны с невыраженными УЗ-проявлениями достаточно тяжелой патологии. [3,5]. Экстрофия мочевого пузыря с тотальной эписпадией — тяжелый врожденный порок развития, выявляется у одного на 40.000 — 50.000 новорожденных, причем чаще встречается у мальчиков [1,2,3]. Этот порок является редким и требует немедленного медицинского вмешательства. В частности, нет единого мнения в выборе сроков и способа операции её этапности [1,4,5]. Некоторые ученые предлагают одномоментную цистосфинктроуретрапластику (ЦСУП), а ряд ученых склонны к этапным коррекциям ЭМП.

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

Материалы и методы исследования

В основе нашего исследования вошли результаты комплексного обследования и лечения 41 больных с ЭМП 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. Из них 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 обсуждение

Диагностика новорожденным не представляла сложности из-за визуальной 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 ЭМП 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. ЦСУП.

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

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 обоих

группах практически было одинаковыми. Так в основной группе мальчиков было 15 (79%), девочек – 4(21%), а в группе сравнения мальчиков было 19 (86%), девочек -3(14%). 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 лечении 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 цистосфинктеропластики без сближения лонных костей, при котором ушивать рану (апоневроз и кожу) продольно не представляется возможным.

У 3 наших больных с ЭМП группы сравнения 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 (цистосфинктеропластики). 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.

И так, до 2017 года мы всем больным с ЭМП и тотальной эписпадией выполняли этапную коррекцию: 1 этап-цистосфинктеропластику, 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 ЦСУП. 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 уретропластики, отмечен почти у 13 (59,0%) больных. В этой группе все операции выполняли без сближения лонных костей.

Принимая во внимание 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 ЦСУП). 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

В заключение наших исследование, соблюдение одномоментная ЦФУП 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 ЭМП, так и тотальной эписпадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. 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; 128-135.
2. Коновалов Н.А., Назаренко А.Г., Асютин Д.С., Бринюк Е.С., Капровой С.В., Закиров Б.А. / Дегенеративный стеноз поясничного отдела позвоночника: характеристика минимально инвазивных микрохирургических методов лечения // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко – 2021; 87-95.
3. 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; 154-156.
4. Экстрофия мочевого пузыря: современное состояние проблемы (обзор литературы)/ Аверин В.И., Кандратьева О.В., Забаровский А.В., и др.//Хирургия детского возраста. 2018; 100-104.
5. 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.
6. Achieving urinary continence in cloacal exstrophy: The surgical cost./Maruf M, Kasprenski M, Jayman J, et al. //J Pediatr Surg. 2018 Oct; 53(10):1937-1941. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.055. Epub 2018; 24.
7. Michael E. Mitchell, Richard Grady. Bladder and Cloacal Exstrophy Ashcraft's Pediatric Surgery 6th Edition 2014; 773-93.

Поступила 20.03.2024