



**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. АБДУМАЖИДОВ  
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

УДК 616-008.222-053.2

## ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ РАЗВИТИЯ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Худайназаров Х. Х. <https://orcid.org/0000-0003-4097-8129>.

<sup>2</sup>Бердиев Эргаш Абдуллаевич <https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

<sup>1</sup>Усмонов Х.С. <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

<sup>1</sup>Файзуллаев Т.С. <https://orcid.org/0000-0002-6144-6108>

<sup>1</sup>Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. г. Ташкент. Узбекистан.

### ✓ Резюме

*Недержание значительно снижает качество жизни, вызывая смущение, социальную стигму, изоляцию и депрессию. В статье приведен анализ данных о диагностике, современных представлениях об этиопатогенезе и клинике данного заболевания. Авторы делают вывод о необходимости комплексной диагностики и реабилитации детей и подростков, страдающих моносимптомным недержанием мочи, а также поиска альтернативных способов лечения или новых подходов к использованию уже имеющихся для повышения качества жизни пациентов.*

*Ключевые слова: недержание мочи, мочевого пузыря, дети, качество жизни*

## PROBLEMS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF CONGENITAL DEFECTS WITH URINARY INCONTINENCE IN CHILDREN

<sup>1</sup>Худайназаров Х. Х. <https://orcid.org/0000-0003-4097-8129>.

<sup>2</sup>Berdiyev E. A. <https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

<sup>1</sup>Усмонов Х. С. <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

<sup>1</sup>Файзуллаев Т. С. <https://orcid.org/0000-0002-6144-6108>

<sup>1</sup>Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

<sup>2</sup>Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery of Children. Tashkent city. Uzbekistan.

### ✓ Resume

*Incontinence significantly reduces the quality of life, causing embarrassment, social stigma, isolation and depression. The article provides an analysis of data on diagnosis, modern ideas about the etiopathogenesis and clinic of this disease. The authors conclude that there is a need for comprehensive diagnosis and rehabilitation of children and adolescents suffering from monosymptomatic urinary incontinence, as well as the search for alternative treatment methods or new approaches to using existing ones to improve the quality of life of patients.*

*Key words: urinary incontinence, bladder, children, quality of life.*

## BOLALARDA SIYDIKNI TUTAOLMASLIK BILAN UCHRAYDIGAN TUG'MA NUQSONIARINI KOMPLEKS DAVOLASHDAGI MUAMMOLARI

<sup>1</sup>Худайназаров Х. Х. <https://orcid.org/0000-0003-4097-8129>.

<sup>2</sup>Berdiyev Ergash Abdullayevich <https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

<sup>1</sup>Усмонов Х.С. <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

<sup>1</sup>Файзуллаев Т.С. <https://orcid.org/0000-0002-6144-6108>

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi (TMA) O'zbekiston, 100109, Toshkent sh., Olmazor tumani, ko'ch. Farobiy 2, telefon: +99878 1507825, E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

<sup>2</sup>Respublika bolalarning minimal invaziv va endovizual jarrohligi ilmiy-amaliy markazi. Toshkent shahri. O'zbekiston.

✓ **Rezyume**

*Siydikni tutaolmaslik hayot sifatini sezilarli darajada pasaytirib, sharmandalik, ijtimoiy stigma, izolyatsiya va depressiyani keltirib chiqaradi. Maqolada diagnostika bo'yicha ma'lumotlar tahlili, ushbu kasallikning etiopatogenezi va klinikasi haqidagi zamonaviy g'oyalar keltirilgan. Mualliflar monosimptomatik siydikni tutaolmaslik bilan og'riq bolalar va o'smirlarni kompleks diagnostika qilish va rehabilitatsiya qilish, shuningdek, muqobil davolash usullarini izlash yoki bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun mavjud usullardan foydalanishning yangi yondashuvlarini izlash zarur degan xulosalari.*

**Kalit so'zlar:** *siydikni tutaolmaslik, siydik pufagi, bolalar, hayot sifati*

**Актуальность**

На сегодняшний день 1.3% новорожденных рождаются с различными отклонениями от нормы развития, причем более 40% из них обусловлены недостаточностью и аномалиями органов мочеполовой системы (Ю.Ф. Исаков, 1984; 1997:2004; Г. А. Байрон 1999:2001 и др.). Среди них отклонения от нормы, осложненные недержанием мочи, составляют 8,0%. Комплексное лечение пороков развития, обусловленных недержанием мочи у детей, давно привлекает внимание практикующих хирургов, и на сегодняшний день является одной из актуальнейших проблем детской хирургии (Н.Е. Сааченко, изд. 1976; А.Е. Русаков 1998).

Недержание мочи - синдром непроизвольного, неконтролируемого мочеиспускания, недержания мочи, преимущественно во время сна. Чаше встречается у детей дошкольного и раннего школьного возраста, имеющих в анамнезе сопутствующую неврологическую патологию. Вызывает психологические травмы у ребенка, конфликты со сверстниками в коллективе, наказания родителями в семье, невроты, что еще больше усугубляет течение энуреза. Часто протекает вместе с другими урологическими заболеваниями (цистит, пиелонефрит).

**Выделяют следующие формы недержания мочи:**

- В зависимости от наличия или отсутствия в прошлом «сухого» периода без непроизвольных мочеиспусканий:

Периодирующий (первичный) энурез. Первичным энурезом называется ночное недержание мочи у ребенка старше 5 лет, если в прошлом отсутствует хотя бы один «сухой» период продолжительностью более 6 месяцев.

Рецидивирующий (вторичный) энурез - состояние, при котором ребенок начинает мочиться в постель после сухого периода продолжительностью от нескольких месяцев до нескольких лет. В случаях рецидивирующего энуреза нередко прослеживается связь между непроизвольным мочеиспусканием и урологическими, эндокринологическими, неврологическими или психическими заболеваниями.

-В зависимости от времени непроизвольного мочеиспускания:

Выделяют ночной, дневной и смешанный энурез. Ночной энурез наблюдается у 85%, дневной - у 5% и смешанный - у 10% детей, страдающих непроизвольным мочеиспусканием. Ночной энурез нередко развивается у детей, которые очень крепко спят (профундосомния). Дневной и смешанный энурез может сигнализировать о том, что ребенок испытывает проблемы неврологического или эмоционального плана.

-В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии: Неосложненным считается энурез, развивающийся при отсутствии признаков инфекции или патологических изменений органов мочеполовой системы. При выявлении инфекции мочевых путей, анатомо-функциональных изменений мочевыводящих путей или патологических неврологических состояний диагностируется осложненный энурез. Принятая терминология не отражает причины и следствия патологических состояний. В данном случае вышеуказанные состояния следует рассматривать, скорее, в качестве причины недержания мочи, а не в качестве осложнений энуреза.

Ряд исследователей выделяет невротический и невротоподобный энурез. Невротический энурез

обычно развивается у пугливых, застенчивых пациентов соответствие объема мочевого пузыря возрастным нормативам (колебания объема мочи и течение суток от 60 до 160 мл);

адекватное диурезу и объему мочевого пузыря число мочеиспусканий в сутки (79 раз);

полное удержание мочи днем и ночью;

умение задерживать на время и прерывать при необходимости мочеиспускание; умение опорожнять мочевой пузырь без предшествующего позыва при малом его объеме за счет волевого регулирования акта мочеиспускания;

определенное поведение, сопровождающее акт мочеиспускания (уединение, гигиена и др.). Если наполненный мочевой пузырь может разбудить ребенка, то корковый контроль над функцией мочеиспускания сформирован. Учитывая возраст, недержание мочи, как наиболее яркое проявление расстройства мочеиспускания, считается патологией обычно у детей старше 5 лет. В этом возрасте регулярное недержание мочи требует обследования и лечения у различных специалистов. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. Нормальная функция нижних мочевых путей состоит из двух фаз: фазы накопления мочи и фазы опорожнения. И определяется сложным взаимодействием между мочевым пузырем, сфинктерным аппаратом, мочеиспускательным каналом и всеми уровнями нервной системы. Нарушения этих взаимосвязей может иметь место как в фазу накопления, так и в фазу выделения. Все эти нарушения носят название "нейрогенный мочевой пузырь" - это собирательное понятие, объединяющее большую группу нарушений резервуарной и эвакуаторной функций мочевого пузыря, которые развиваются вследствие поражения нервной системы на различных уровнях, и характеризующееся изменениями со стороны уроэпителия или поражением гладкомышечной структуры мочевого пузыря Мышцы мочевого пузыря (детрузор) могут иметь нормальную функцию патологическую: или гиперактивную, которая возникает только в фазу наполнения и проявляется произвольными сокращениями мочевого пузыря не подавляемым волевым усилием или гипоактивную, возникающую в фазу выделения и проявляющуюся снижением или отсутствием сократительной активности мочевого пузыря, что приводит к нарушению его опорожнения. Самыми крайними нарушениями накопительной и эвакуаторной функции мочевого пузыря являются различные формы недержания мочи. В настоящее время наиболее приемлемой для использования в урологии детского возраста является классификация недержания мочи, предложенная профессором Е.Л. Вишневым (2001) [3] Недержание мочи; императивное (моторное и сенсорное), стрессовое (при напряжении); рефлекторное; от переполнения: малого объема (до 150 мл), среднего объема (150-300 мл), большого объема (более 300 мл); комбинированное. Наиболее частым видом нарушения мочеиспускания у детей является гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) - состояние, характеризующееся наличием императивных позывов, которые могут сопровождаться ургентным недержанием мочи, частыми мочеиспусканиями (> 8 микций/сут) и никтурией (<1(2) микций/ночь). По данным разных авторов, во всем мире симптомами ГАМП страдают около 50-100 миллионов человек. Распространенность в России - 38%. среди детей - каждый пятый ребенок имеет императивные формы нарушений мочеиспусканий. Частота случаев составляет 17,8%. Причины развития гиперактивности мочевого пузыря отражены в ее классификации: нейрогенная гиперактивность (старый термин - гиперрефлексия детрузора), наличие неврологической патологии;

**Цель:** Анализ результатов комплексного лечения больных с тотальной и субтотальной эпизпадией, осложненной тотальным и частичным недержанием мочи.

#### **Материалы и методы исследования**

Наше исследование проводилось с 2009 по 2022 г. в Республиканском детском научно-практическом центре малоинвазивной эндовизуальной хирургии на базе клиники Ташкентской Медицинской Академии. В основу нашего научного исследования легли результаты лечения 3-4 больных с тотальной и субтотальной эпизпадией. Известно, что тотальный и субтотальный типы эпизпадии являются наиболее тяжелыми видами дефицита, на долю которых приходится более 75%. У таких больных длина полового члена в 2-2,5 раза короче нормы, кончик закручен, и на лицо естественная неспособность к мочеиспусканию. Поэтому у больных этой группы в первую очередь устраняют недержание мочи, по только после этого им проводят уретропластику. Для устранения недержания мочи у детей мы использовали операцию сфинктеропластики, предложенную Державиным. Техника этой операции заключается в следующем: производят разрез и вскрывают симфиз, полость сустава осторожно отделяют от окружающих тканей, полость сустава сужают и ушивают на катетером.

Недостаток этой операции в том, что в этом случае предпринимают попытку сформировать сфинктер только в области суставной полости, яри значительном диастазе симфиза два симфиза

сшивают ближе друг к другу.

В связи с указанными недостатками в непосредственных результатах наших операций, выполненных у 34 больных, полная задержка мочи была достигнута только в 19 случаях (55,8%), а частичная — в 6 случаях (17,6%). Также в нашем исследовании дали хорошие и клинические результаты в 88,3% случаев (Н.Е.Савченко, В.М. Державин 1976). Через 2 месяца после операции повторная рентгенография выполнена у 16 из 34 больных (47,0%) Отмечено, что диастаз симфиза был вскрыт, как и до операции.

Через 6 месяцев после сфинктеропластики, была выполнена операция «Одноэтапная ортонеоуретропластика», которая хотя и позволила за один этап выпрямить половой член и создать уретру, но не повлияла на улучшение задержки мочи.

### Выводы

Таким образом, нами были получены следующие результаты:

1. Сфинктеропластика В.М. Державина, несмотря на ее относительно малотравматичность и физиологичность, дает результаты в 26,5% случаев.
2. Отрицательные результаты этой операции в основном связаны с несовершенством техники поперечного сшивания симфиза, и у 47,0% больных с поперечным сшиванием симфиза в течение 2 месяцев после операции диастаз возвращается к прежнему состоянию. Это состояние из-за затягивания швов.
3. Хотя одноэтапная операция ортонеоуретропластики позволяет за один этап выпрямить половой член и создать уретру, она не позволяет устранить недержание мочи.
4. На основании изложенного рекомендуется усовершенствовать технику суставной аппроксимации симфиза.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Том 1. - С-Пб.; Хардфорд, 1996.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия Том 2. -С-Пб.; Хардфорд, 1997.
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия Том 3. - С-Пб.; Хардфорд 1999.
4. Баиров Г. А. Срочная хирургия у детей. Руководство для врачей - С-Пб.: Питер. - 1997.
5. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия у детей. Руководство для врачей. - Л.: Медицина - 1991.
6. Бакланова В.Ф. Филиппкин МЛ. Диагностика в педиатрии: Руководство для врачей.- М.: Медицина. 1988.
7. Дронов Л.Ф., Поддубный ИВ, Блинников О.И. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей // Лип.хвр 1996; 1:75-81.
8. Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Лапароскопические операции при кишечной непроходимости у детей. / М.: Медицина. 1999.
9. Дроков Л.Ф., Поддубный И.В., Агаев Г.А., Аль-Машат Н.А. Лапароскопия в диагностике и лечении кишечной инвагинации у детей // Детская хирургия 2000; 3:33-38.
10. Дронов Л.Ф., Поддубный ИВ., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. /М.: ГЭОТАР-МЕД,- 2002. 440 с.
11. Исаков Ю.Ф., Белобородова НВ. Сепсис у детей - М.: Медицина, - 2001.
12. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская ТВ. Абдоминальная хирургия у детей / М.: Медицина. 1988, 416 с.
13. Ковальчук В. И., Мацкевич Б. И. Этаопатогенез острого гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста // Медицинские новости – 1998; 11:16-18.
14. Кононов В.С. Гематогенный остеомиелиту детей. / МЛ Медицина, 1974.
15. Красовская Т.П., Белобородова Н.В. Хирургическая инфекция у новорожденных. / М., 1993.
16. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии. - МГЭОТАР-МЕД, 2003.
17. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология - М.: Медицина, 2001.
18. Подкаменев В.Й., Урусов В.Л. Диагностика и лечение инвагинации у детей - Иркутск, издательство Иркутского университета. 1986; 158 с.
19. Рокмцкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста, / Л.: Медицина. 1986; 280.
20. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей, // М.: Медицина. 1988.- 288 с.
21. Руководство по пульмонологии детского возраста / М.: Медицина – 1978; 459-479.
22. Сафонова МП, Красовская Т.В., Кармазановский И.И. Актуальные вопросы диагностики остеомиелита у новорожденных и грудных детей // Международный Медицинский Журнал, 1999; 218-223.
23. Хирургические болезни детского возраста; учебник пол род. Исакова Ю.Ф.. 2004,

Поступила 20.03.2024