



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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

апрель

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616-072.1-616.6.053.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Данияров Эркин Суюнович Email: DaniyarovE@mail.ru

Шамсиев Азамат Мухитдинович

Шамсиев Жамшид Азamatovich

Сувонкулов Уктаамжон Тоирович

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд,
ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Резюме**

Исследование посвящено анализу результатов применения эндоскопических методов при лечении 296 пациентов детского возраста с обструктивными уропатиями.

Эндоурологическая коррекция пузирно-мочеточникового рефлюкса выполнена 49 (16,6%) пациентам, обструктивного мегауретера – 44 (14,9%) пациентам, врожденного гидронефроза 43 (14,5%). Удаление камня нижней трети мочеточника было проведено у 28 (9,5%) пациентов, из мочевого пузыря у 12 (4,0%). Устраниено уретероцеле выполнено 16 (5,4%) пациентам, иссечение клапаны задней уретры 5 (1,7%), удаление полипов мочевого пузыря 3 (1,0%) пациентам.

Ключевые слова: обструктивные уропатии, эндоурологические вмешательства, дети.

**BOLALARDA BA'ZI OBSTRUKTIV UROPATIYALAR UCHUN BOLALAR
UROLOGIYASIDA ENDOSKOPIK USULLARDAN FOYDALANISH**

*Daniyarov Erkin Suyunovich
Shamsiyev Azamat Mukhitdinovich
Shamsiyev Jamshid Azamatovich
Suvonkulov Uktamjon Toirovich*

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Rezyume**

Tadqiqot 296 bemor bolalarda obstruktiv uropatiyani davolashda endoskopik usullarni qo'llash natijalarini tahlil qilishga bag'ishlangan.

Vezikoureteral refluksni endourologic usulda davolash 49 (16,6%) bemorda, obstruktiv megaureterda - 44 (14,9%), tugma gidronefrozda - 43 (14,5%) amalga oshirildi. Siylik chiqarish kanalining pastki qismidan toshni olib tashlash 28 (9,5%) bemorda, 12 (4,0%) bemorda siylik pufagidan olingan. 16 (5,4%) bemorda ureteroselini bartaraf qilish, 5 (1,7%) bemorda siylik yo'llari klapanlarini kesish va 3 (1,0%) bemorda siylik pufagi poliplarini olib tashlash amalga oshirildi.

Kalit so'zlar: obstruktiv uropatiya, endourologik aralashuvlar, bolalar.

USE OF ENDOSCOPIC TECHNIQUES IN PAEDIATRIC UROLOGY FOR SOME OBSTRUCTIVE UROPATHIES IN CHILDREN

*Daniyarov Erkin Suyunovich
Shamsiev Azamat Mukhitdinovich
Shamsiyev Jamshid Azamatovich
Suvonkulov Uktamjon Toirovich*

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz



✓ **Resume**

The study is devoted to the analysis of the results of the use of endoscopic methods in the treatment of 296 pediatric patients with obstructive uropathy.

Endourological correction of vesicoureteral reflux was performed in 49 (16.6%) patients, obstructive megaureter - 44 (14.9%) patients, congenital hydronephrosis - 43 (14.5%). Stone removal from the lower third of the ureter was performed in 28 (9.5%) patients, and from the bladder in 12 (4.0%). Elimination of ureterocele was performed in 16 (5.4%) patients, excision of posterior urethral valves in 5 (1.7%), and removal of bladder polyps in 3 (1.0%) patients.

Key words: *obstructive uropathies, endourological interventions, children.*

Актуальность

Методы эндоурологической интервенции выделяются своими преимуществами, такими как качественная визуализация и возможности детализации процесса с помощью многократного увеличения [2,3,5,7,10]. Указанные достоинства малоинвазивных технологий позволяют достичь минимальную инвазивность, четко контролировать операционное вмешательство на всех его этапах и как правило сократить риск осложнений [1,4,5]. Эти атрибуты полностью соответствуют основополагающим принципам современной детской урологии и при ряде патологий позиционируют эндоскопические вмешательства как более предпочтительное по сравнению с традиционными методами. Хорошие возможности детским урологам преподносят эндоскопические технологии при коррекции обструктивных уропатий [6,7,8,9].

Материал и метод исследования

Были проанализированы результаты лечения обструктивных уропатий у 296 пациентов. Лечение детей осуществлялось в отделении педиатрической урологии специализированной детской хирургической клиники при Самаркандинском государственном медицинском университете. Всем пациентам были выполнены различные эндоурологические хирургические вмешательства, в зависимости от вида выявленной патологии.

В клинике традиционно придерживались комплексного метода обследования больных, который состоял из клинико-лабораторных методов исследования, бактериологических исследований и современных методов визуализации мочевыводящей системы. Комплекс методов визуализации включал ультразвуковую сонографию, экскреторную урографию, цистографию. Из методов эндогенерализации использовалась цистоуретроскопия. Мультиспиральная компьютерная и магнитно-резонансная томографии выполнялись по показаниям, по мере необходимости.

Пациенты были распределены по возрасту следующим образом: 48 (16%) пациентов были в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, 59 (20%) в возрасте от 3 до 7 лет, 68 (23%) в возрасте от 7 до 12 лет. 121 (41%) был подростком в возрасте старше 12 лет (табл. 1).

Таблица 1

Возраст	Количество	
	абс	%
6 мес – 2 года	48	16
3 года - 6 лет	59	20
7 – 11 лет	68	23
12 лет и старше	121	41
Всего	296	100

В исследуемой когорте наблюдалось следующее распределение по полу пациентов, перенесших эндоурологические вмешательства: мальчики составили 168 (57%), девочки -168 (57%).

Результат и обсуждение

В ходе нашего исследования в качестве метода выбора диагностическая уретероцистоскопия была выполнена 96 (32,4%) детям, страдающим хроническим циститом и недержанием мочи.

Применение эндоурологических интервенций в качестве хирургического метода лечения охватывало целый спектр урологических аномалий. В частности, эндоурологическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) выполнена 49 (16,6%) пациентам, обструктивного мегауретера – 44 (14,9%) пациентам, врожденного гидронефроза 43 (14,5%). Удаление камня нижней трети мочеточника



было проведено у 28 (9,5%) пациентов, из мочевого пузыря у 12 (4,0%). Было устранино уретероцеле 16 (5,4%) пациентов, иссечены клапаны задней уретры 5 (1,7%) и полипы мочевого пузыря 3 (1,0%) пациентам. (табл.2).

Таблица 2

Диагноз	Количество пациентов	
	Абс.	%
Хронический цистит	96	32,4
Мегауретер обструктивный	44	14,9
Рефлюкс пузырно-мочеточниковый	49	16,6
Конкремент нижней трети уретера	28	9,5
Гидронефроз	43	14,5
Уретероцеле	16	5,4
Конкремент в мочевом пузыре	12	4,0
Инфравезикальная обструкция	5	1,7
Полип мочевого пузыря	3	1,0

Пациентам с ПМР эндоскопической коррекция выполнялась при выраженных степенях рефлюкса, наличии рецидивирующего течения пиелонефрита и безуспешность консервативной терапии. Метод заключался в создании запирательного механизма, путем образования болюса в подслизистом слое устья мочеточника, препятствующего обратному забросу мочи (рис. 1). Важным условием для применения метода являлось отсутствие острых воспалительных процессов в мочевом пузыре. Количество вводимого объем образующего вещества определялось во время операции, в индивидуальном порядке и варьировало от 2,0 до 4,0 мл. Вещество, образующее болюс вводилось при помощи стандартной эндоскопической иглы. Так как из 49 (16,6%) пациентов с ПМР в 9 (3%) случаях поражение было двусторонним данная операция выполнена 49 детям на 58 мочеточниках. Длительность интервенции составляла 10-15 минут.

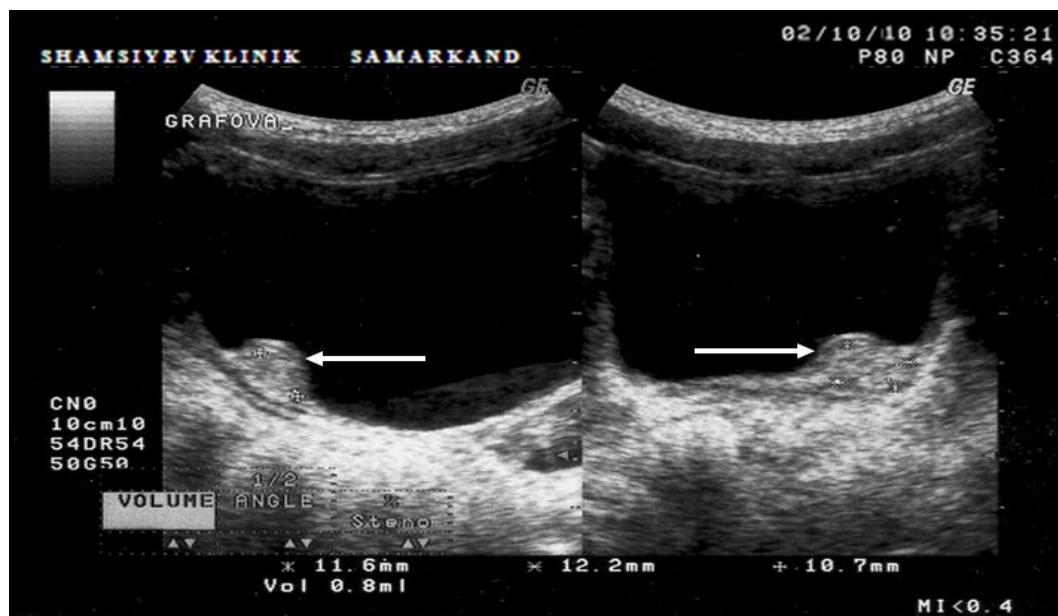


Рис. 1. Сонограмма больного на следующий день после эндоколлагенопластики левого УВС
(стрелками указан болюс)

Эндохирургические вмешательства выполнены для коррекции обструктивного мегауретерита (ОМУ) в случаях тяжёлых уродинамических нарушений в апекальных мочевых путей. При выявлении конкрементов в нижних отделах уретера поводом для эндоурологических вмешательств было наличие болевого синдрома и нарушение функции почки. При этом выполнялось внедрение «низкого» стента в мочеточник на глубину до 10 см от его устья по предварительно установленному тонкому проводнику. Время продолжительности операции колебалось от 15 до 25 минут.

Стоит отметить, что у 42% пациентов была отмечена макрогематурия, которая самопроизвольно прекратилась через 2-3 дня после вмешательства, без специального лечения. Длительность нахождения внутреннего катетера уретера при обструкции последнего составляло 1–3 месяца. У пациентов с конкрементом нижней части мочеточника стенд находился не более 10 дней. Использование транс стендового дренирования при ОМУ способствовало сокращению чашечно-лоханочной системы и уретера в 1,5-2 раза.

У пациентов с гидронефрозом при помощи трансуретерального стенда дренировалась полость лоханки. Данное вмешательство проводилось под контролем ультрасонографии, стентирование проводилось по заранее проведенному проводнику (рис. 2). Использовался специальный полиуретановый сверхгладкий уретеральный стент, имеющий на обеих концах кольцевидные концы. Размер стенда подбирался в зависимости от возраста пациента. Экспозиция стенда была сроком до 3-мес.

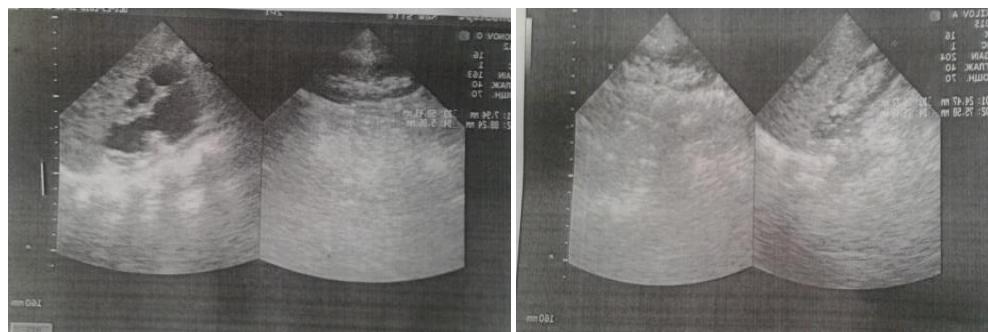


Рис. 2. УЗИ картина при гидронефрозе (а- до стентирования; б-после стентирования спустя 2 года)

Пациентам с уретероцеле проводилось эндоскопическая трансуретральная диссекция. Данная операция позволило успешно восстановить нормальную уродинамику и привело с деградации пиелоэктазии и расширения мочеточника. Для устранения клапанов задней части уретры выполнялась трансуретральная резекция их посредством детского резектоскопа.

Полипы мочевого пузыря удалялись путем эндоскопически путем резекции и коагуляции. У детей с небольшими конкрементами мочевого пузыря выполняли эндоскопическую цистолитотрипсию.

Превентивным способом профилактики воспаления у пациентов с установленными стендами являлась назначение антибиотиков и уроантисептиков на всех этапах лечения. Время пребывания пациентов на больничной койке составляло 5-6 суток. В постгоспитальном периоде пациенты наблюдались амбулаторно. При этом выполнялась контрольная ультрасонография почек и мочевыводящих путей. Микроскопия осадка мочи выполнялась 1 раз в месяц в течение 9 месяцев.

Заключение

Изучение результатов использования инновационных малоинвазивных методов коррекции обструктивных уропатий в педиатрической урологии выявило их высокую эффективность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Врублевский А.С., Поддубный И.В. Эндовидеохирургические вмешательства при патологии пузирно-мочеточникового соустья у детей. // Детская хирургия. 2017; 38-4.
2. Данияров Э.С., Шамсиев Ж. А., Сувонкулов У. Т. Значение малоинвазивных технологий в лечение пузирномочеточникового рефлюкса у детей. Журнал биомедицины и практики, спецвыпуск 262-266.
3. Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю., Балюра М.Г. Эндоскопическое лечение пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста. // Медицинский Альманах. 2019; 75-79.
4. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Мокрушина О.Г. и др. Отдалённые результаты эндоскопической коррекции патологии уретеровезикального сегмента у младенцев. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012; 41-50.
5. Adibi A., Sadatsafavi M., Ioannidis J.P.A. Validation and Utility Testing of Clinical Prediction Models: Time to Change the Approach. JAMA. 2020; 235-236.
6. Calderon-Margalit R., Golan E., Twig G., Leiba A., Tzur D., Afek A., Skorecki K., Vivante A. History of childhood kidney disease and risk of adult end-stage renal disease. New England Journal of Medicine. 2018; 428-438.
7. Hayat M.J., Powell A., Johnson T., Cadwell B.L. Statistical methods used in the public health literature and implications for training of public health professionals. PLoS One. 2017;
8. Läckgren G., Cooper C.S., Neveus T., Kirsch A.J. Management of Vesicoureteral Reflux: What Have We Learned Over the Last 20 Years? Front. Pediatr. 2021;
9. Payza A.D., Ho§gor M., Serdaroglu E., Sencan A. Can distal ureteral diameter measurement predict primary vesicoureteral reflux clinical outcome and success of endoscopic injection? J Pediatr Urol. 2019; 15
10. Yeung C.K., Chowdhary S.K., Sreedhar B. Minimally invasive management for vesicoureteral reflux in infants and young children. Clin Perinatol. 2017; 835-849.

Поступила 20.03.2024

