



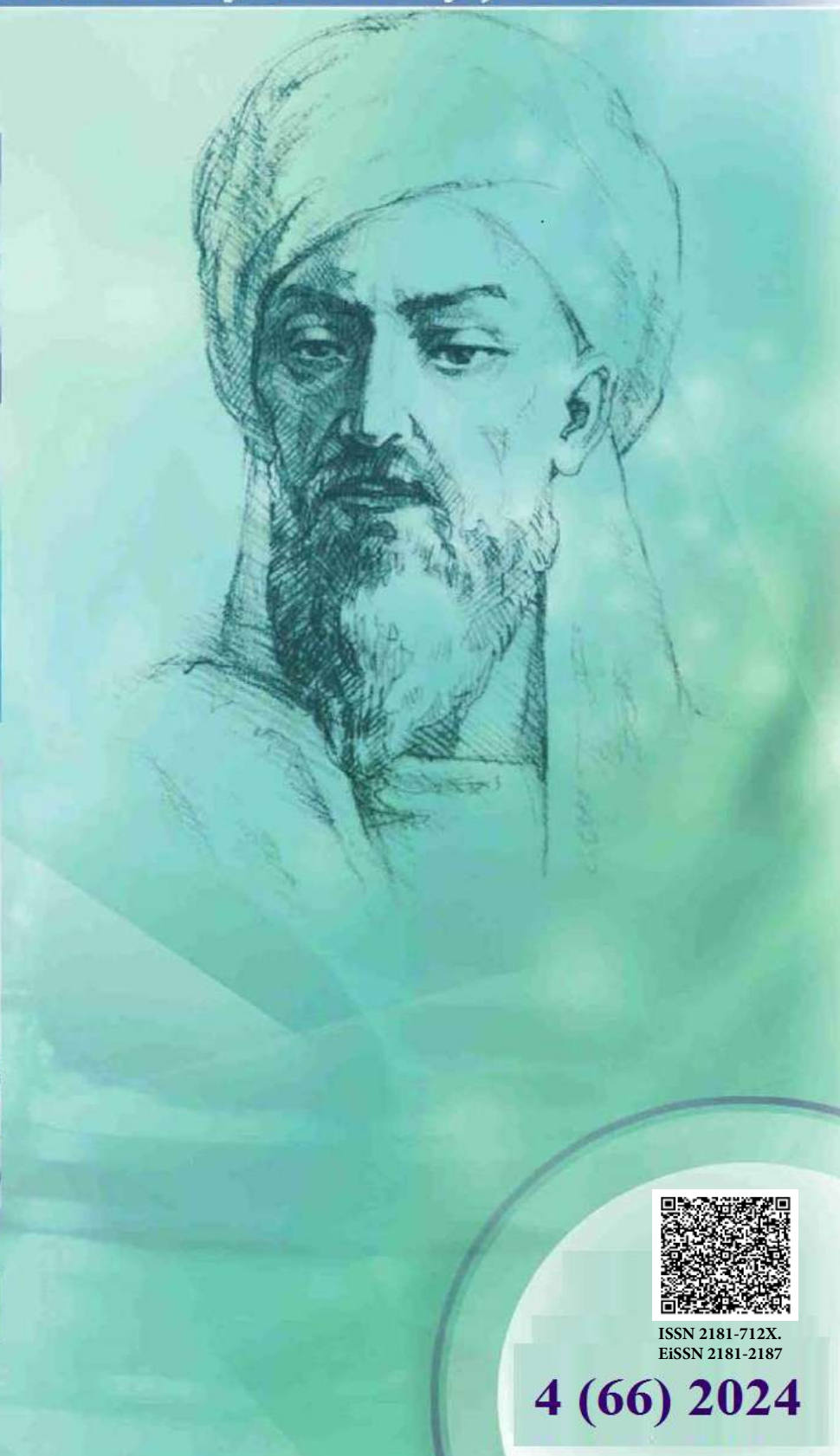
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA 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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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 616.66-007.26-053.2-089

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Юсуфжон Махмудович, <https://orcid.org/0000-0001-6893-3737>
Ибрагимов Курбонмурод Ниёзович, <https://orcid.org/0000-0002-4464-1083>

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

✓ Резюме

За период с 2015 по 2022 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 380 больных в возрасте от 1 до 18 лет с гипоспадией различной формы. В обследование были включены дети с головчатой, стволовой, и мошоночной формами гипоспадии. Всем больным в трех группах выполняли общепринятые клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, гепатит С, и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр анестезиолога при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки, всем детям произведено оперативное лечение.

Ключевые слова: оценка прогноза, профилактики послеоперационных осложнений, гипоспадия у детей

ASSESSMENT OF PROGNOSIS AND PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN HYPOSPADIAS IN CHILDREN

Akhmedov Yusufjon Makhmudovich, <https://orcid.org/0000-0001-6893-3737>
Ibragimov Kurbonmurod Niyozovich, <https://orcid.org/0000-0002-4464-1083>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura, Tel: +99818 66
2330841 E-mail: sammi@sammi.uz
Regional children's multidisciplinary medical center. Samarkand, Uzbekistan

✓ Resume

During the period from 2015 to 2022, 380 patients aged 1 to 18 years with hypospadias of various forms were examined and treated in the pediatric surgery department of the Children's Medical Center in Samarkand. The examination included children with capitate, stem, and scrotal forms of hypospadias. All patients in three groups underwent generally accepted clinical and laboratory research methods (general blood count, hepatitis C, and general urinalysis) and consultation with specialists (pediatrician anesthesiologist, if necessary, specialized specialists) before undergoing planned surgery. The children were examined and after preoperative preparation, all children underwent surgical treatment.

Key words: assessment of prognosis, prevention of postoperative complications, hypospadias in children

Актуальность

Гипоспадия - порок развития, при котором происходит изменение полового органа мальчиков, в сторону мошонки или тела полового члена в следствии недоразвития губчатой части уретры. Наружное отверстие находится на нижней поверхности головки полового члена, мошонки или промежности мальчиков. Половой член деформирован и изогнут книзу. Гипоспадия развивается в результате нарушения эмбриогенеза на 7-14 недели внутриутробного развития плода. Тяжелые формы гипоспадии могут сочетаться с нарушением развития внутренних половых органов. По классификации предложенной Vargat(1973),

выделяют три основные разновидности гипоспадии: «передняя» гипоспадия, включающая головчатую, венечную и передне-стволовую формы; «средняя» или средне-стволовая гипоспадия; наиболее тяжелая «задняя» гипоспадия с задне-стволовой, стволо-мошоночной, мошоночной и промежностной формами. Гипоспадия может сочетаться с другими аномалиями, среди которых первое место занимает крипторхизм, меатостеноз, паховая грыжа. По данным Ю.Ф. Исакова гипоспадия является самой частой аномалией уретры и встречается у 1 из 150 новорожденных мальчиков. По частоте и развития гипоспадия занимает первое место среди аномалий и пороков развития уретры. Лечение гипоспадии представляет собой значительные трудности для хирургов. На сегодняшний день существует более трёхсот разновидностей хирургического лечения при гипоспадии, однако до сих пор нет ни единого идеального варианта при лечении гипоспадии, что затрудняет работу многих детских хирургов. Основной целью первичного хирургического вмешательства при гипоспадии должно являться устранение дефекта полового члена с формированием функционирующей уретры с предотвращением образования фистулы и стриктур, с достижением приемлемого эстетического результата. Ещё одним важным вопросом оптимизации результатов хирургических вмешательств является устранение патологического влияния мочи на рану. Дальнейшие исследования должны будут решить существующие вопросы относительно оптимального возраста, показаний к выполнению различных методик хирургического вмешательства, оптимального применения дренажа мочи и других, не менее важных аспектов.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения при гипоспадии у детей.

Материалы и методы исследования

За период с 2015 по 2022 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 380 больных в возрасте от 1 до 18 лет с гипоспадией различной формы. В обследование были включены дети с головчатой, стволовой, и мошоночной формами гипоспадии. Всем больным в трех группах выполняли общепринятые клиничко-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, гепатит С, и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр анестезиолога при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки, всем детям произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы 138(36,3%) больных, стволовая форма 179(47,1%) больных, мошоночная форма 63(16,5%) больных. При гипоспадии различных форм были применены такие методы операции как МАГПИ, Дюплея, Snodgrass, П-образная уретропластика, буккальная пластика и метод Bayts-flap. На основе полученных данных о состоянии больного после операции, наблюдались такие осложнения как: расхождение швов, нагноение ран, уретральные свищи. Среди детей с головчатой формой гипоспадии, осложнения наблюдались у 17(12,3%) больных. Осложнения наблюдались в виде расхождения швов у 5(29,4%) больных, а также стеноз наружного отверстия уретры у 12(70,5%) больных. Количество больных при данной форме выздоровевших без осложнений составило 121(87,6%) При гипоспадии стволовой формы осложнения наблюдались у 44(24,5%) больных. Осложнения при данной форме гипоспадии наблюдались в виде нагноения раны у 12(27,2%) больных, уретральные свищи у 32 больных. Больные без осложнений при данной форме 135(75,4%) При гипоспадии мошоночной формы осложнения наблюдались у 15 больных (23,8%). Осложнения в виде нагноения ран, расхождение швов и уретральные свищи. Количество выздоровевших составило 48(76,1%) (Диаграмма №1). Профилактическим мероприятием в послеоперационном периоде при уретральных свищах, является использование монофиламентных нитей ПДС и монокрil 6/0-7/0. Причиной осложнений при расхождении швов, является установление не соответствующего размера диаметра нелатонного катетера в неоуретру и неполное иссечение рубцовой ткани. Для предотвращения инфильтрата, назначают антибиотики, специальные мазевые повязки и физиотерапию. Все 3 группы больных жаловались (со слов матери) на неправильный внешний вид полового члена. Жалобы на искривление полового члена при гипоспадии головчатой формы составило 9 (6,5%), при стволовой форме 89(48%), при гипоспадии мошоночной формы у 51(90,0%). Только у 13,9% детей родители обращали внимание на сужение струи при мочеиспускании и длительное время мочеиспускания (Табл 1).

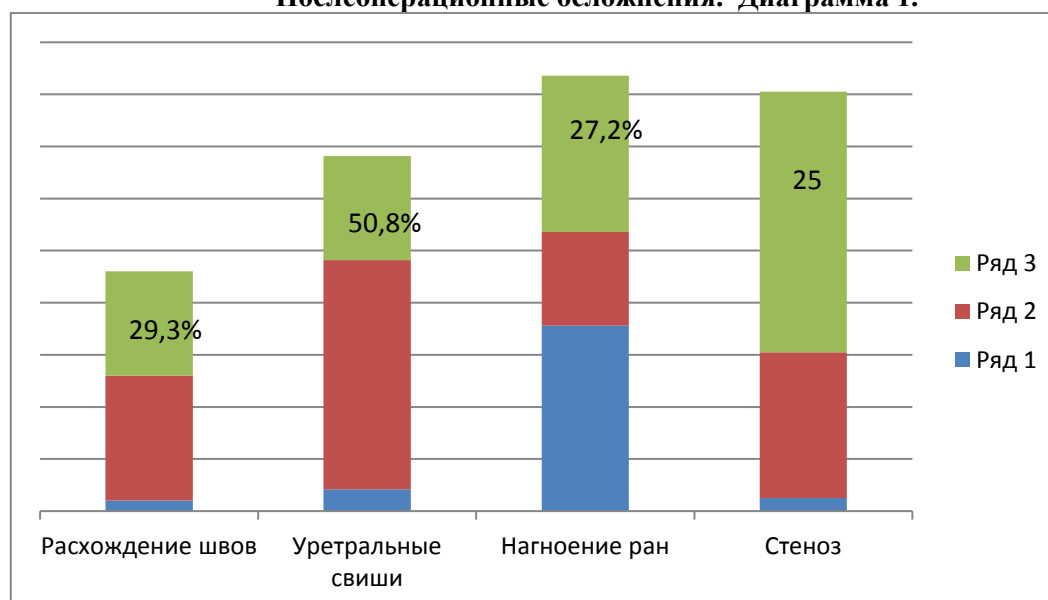
Жалобы, которые предъявили пациенты и их родители таблица 1

Жалобы	1-группа (головчатая) 138(100%)	2-группа (стволовая) 179(100%)	3-группа (мошоночная) 63(100%)	Всего 380(100%)
На неправильный внешний вид полового члена	138(100%)	179(100%)	63(100%)	380(100%)
Искривление полового члена	9(6,5%)	86(48,%)	51(90,0%)	146(38,4%)
Неправильное направление струи мочи (вниз, вбок)	15(10,8%)	156(83,7%)	63(100%)	234(61,5%)
Сужение струи при мочеиспускании (длительное мочеиспускание)	23(16,6%)	19(10,6%)	11(17,4%)	53(13,9%)

Результат и обсуждение

Всем больным которые были оперированы в нашей клинике со средней и задней форм гипоспадии после иссечение хорды и выпрямлении полового члена применяли гидротест с помощью инсулинового шприца под контролем гониометра (производства Pakistan GIMA 1-20060, Italia). Таким образом анализ полученных данных хирургической коррекции гипоспадии передних форм гипоспадии показал, что в послеоперационном периоде осложнения встречается в виде меатостеноза, в основном у больных с гипоспадией головчатой форм. Уретральные свищи встречались в основном у больных с средним и задним формами гипоспадии, искривление полового члена и ротация также наиболее часто встречалась при вышеуказанной форме гипоспадии. Расхождение швов и нагноение раны наблюдались в основном у детей с гипоспадией средней и задней формой.

Послеоперационные осложнения. Диаграмма 1.



¹Послеоперационные осложнения



Рис1. Уретральный свищ. Рис2. Нагноение раны и расхождение швов

Причиной возникновения осложнений нами выявлены следующие моменты:

1. Не соблюдения при подготовке больного принципов асептики и антисептики.
2. Применение различных шовных материалов, приводящих к уретральным свищам при всех формах гипоспадии.
3. Не соответствие диаметра уретрального катетера неоуретры при отведении мочи в послеоперационном периоде. При этом лоскуты натягиваются с последующей ишемизацией и некрозом тканей которые приводят к расхождению швов и нагноение раны.

Выводы

1. Выявлено что причиной уретральных свищей являются применение плетенных нитей. При применении монофиламентных нитей 6/0 – 7/0 (ПДС) резко снижается процент уретральных свищей. В нашем наблюдении составило с 75% до 88 % случаев.
2. При выполнении кожных швов в основном при средней и промежностной гипоспадии рекомендуем непрерывный внутрикожный шов, что снижает рубцовую деформацию кожи.
3. После иссечения хорды в обязательном порядке рекомендуем проводить гидротест под контролем гониометра, выявляющую о выправление полового члена и недостаточность иссечение хорды, которая выявляется в послеоперационном периоде, что заметно снижает искривление полового члена в после операционном периоде.
4. При наличии кожного инфильтрата на линии швов и незначительном расхождении швов нами была применена повязка с Бранолиндом-Н. Последнее резко снизила процент расхождение швов и инфильтрация с 40% по 15 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абекенов БД, Бишманов РК. Коррекция гипоспадии у детей методом формирования артифициальной неоуретры. Вестник КазНМУ. 2013;3:112-3.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т. III. Санкт-Петербург, 1999. С. 28–50, 79–105.
3. Болотова НВ, Шарков СМ, Коновалова ОЛ. Психологические нарушения у мальчиков с корригированной гипоспадией. Российский педиатрический журнал. 2015;1:20-4.
4. Барухович ВЯ. Лапароскопия в диагностике нарушений формирования пола у детей с гипоспадией. // Хирургия детского возраста. 2015;1-2:25-9.

5. Волкова О.В., Пекарский М.И. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека. Москва, 1976.
6. Дубров ВИ, Хмель РМ, Строчкий АВ. Этиология и распространённость гипоспадии в Беларуси. Здравоохранение. 2011;7:13-6.
7. Жаркимбаева АД, Аубакиров МТ, Дюсембаев АА. Сравнительный анализ методов лечения дистальной формы гипоспадии у детей. Наука и здравоохранение. 2014;6:79-83.
8. Иноятлов АШ. Характеристика частоты встречаемости врождённых патологий в Бухарской области. Вісник проблем біології і медицини. 2010;1:238-40.
9. Ивлиева ИВ, Полунин ВС. Особенности заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и приобретённой патологией половых органов. Практическая медицина. 2011;5:102-5.
10. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство. Москва, 1986. С. 217–242.
11. Люлько А.В. Хирургическая андрология. Москва, 2005. С. 159–212.
12. Рудин ЮЭ, Марухненко ДВ, Гарманова ТН. Применение аналогов цифровой шкалы для предоперационной оценки состояния полового члена у пациентов с гипоспадией. // Экспериментальная и клиническая урология. 2013;4:110-4.
13. Рудин ЮЭ, Гарманова ТН, Марухненко ДВ. Сравнительная оценка косметических результатов операции пластики уретры по Snodgrass и Methieu с применением опросников у пациентов с гипоспадией. // Экспериментальная и клиническая урология. 2014;3:96-9.
14. Москалёва Н, Рудин Ю, Яровой С. Лечение гипоспадии у детей. // Врач. 2013;1:8-11.
15. Староверов ОВ, Казанская ИВ. Перспективы развития гипоспадиологии. // Андрология и генитальная хирургия. 2016;2:76-83.
16. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Минск, 1974.
17. Севергина Л.О. Роль дизангиогенеза в пороках развития мочеполовой системы / Автореферат дисс. Москва, 2014.
18. Ташпулатов Б.К. Оценка гормонального статуса у детей с гипоспадией / Автореферат дисс. Москва, 2009.
19. Эсембаев БИ. Оптимизация лечения гипоспадии у детей в Кыргызской Республике. // Проблемы современной науки и образования. 2010;17:122-6.
20. Baskin L.S., Himes K., Colborn T. Hypospadias and endocrine disruption: is there a connection? // Environ. Health Perspect., 2011, Nov.109 (11), pp.1175–1183.

Поступила 20.03.2024