



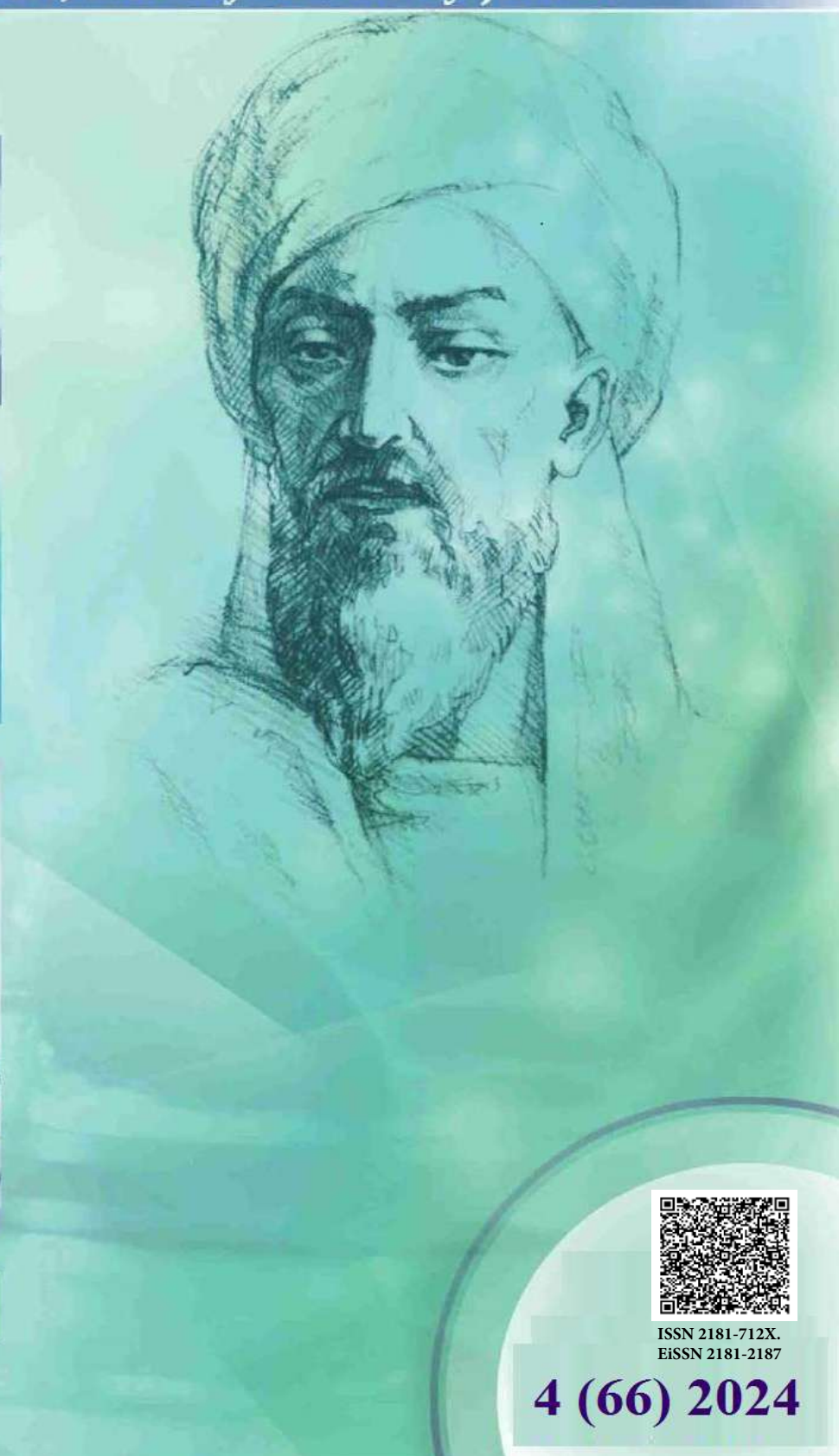
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

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. 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 617-089.844

BOLALARDA PNEVMOVEZIKOSKOPIK SIYDIK NAYI REIMPLANTATSIYASI: DASTLABKI NATIJALAR

^{1,2}Agzamhodjayev S.T., ¹Ergashev K.T., ²Rahmatullayev A.A., ^{1,2}Abdullayev Z.B.,
¹Hidoyatov K.Z., ¹Soliyev A.T., ^{1,2}Eshonqulov S.G., ²Xoltursunov D.Sh.

¹Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi, O'zbekiston Toshkent sh., Yashnobod tumani, ko'ch.
Parkentskaya, 294 Tel: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

²Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Rezyume

Dolzarbligi. Qovuq-siydik nayi refluyksi (QSR) ni davolashning oltin standarti ochiq usuldagi siydik nayi reimplantatsiyasi (SNR) hisoblanadi, bu usulning yosh bemorda qovuq travmasi va operatsiyadan keyingi davrda tiklanishi ancha uzoq muddatni talab qiladi. Shu boisdan, SNRning muvaffaqiyat darajasini saqlagan holda, minimal invaziv usuldan foydalanish yuqoridagi noqulayliklarni bartaraf etadi.

Maqsadi. Ushbu izlanishning asosiy maqsadi QSRning minimal invaziv xirurgik davosida transvezikoskopik usulning imkoniyatlarini, natijalarini tahlil qilish hamda ushbu usulning yosh chegarasini ko'rsatib berishdan iborat.

Materiali va usullari. Umumiy hisobda 22 ta bemorda transvezikoskopik SNR operatsiyasi o'tkazildi; bemorlarning 15 tasi qiz va 7 tasi o'g'il bolalardan iborat. Barcha operatsiyalar 2021 yil noyabr oyidan 2024 yil yanvar oyi oralig'ida bitta bolalar urologi tomonidan bajarilgan. Barcha bemorlarda birlamchi QSR aniqlangan va operatsiyaga ko'rsatma qilib siydik yo'llari infeksiyasi hamda yuqori darajali QSR hisoblanadi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 56 oy (13-205 oy) ni tashkil etdi. 22 ta bemorning 17 tasi ikki tomonlama (Cohen kross-trigonal usuli), 5 tasida bir tomonlama (4 tasida Politano-Leadbetter; 1 tasida Chumakov usuli) refluyks kuzatilgan.

Natijalar. Barcha operatsiyalar konversiyasiz tugatildi. Intraoperativ asoratlardan yorg'oq emfizemasi (1), pnevmoperitoneum (2) va qorin devori gematomasi (2) kuzatildi. Operatsiyadan keyingi davr asoratlardan piyelonefrit (1) va qovuq ta'sirlanishi (2) kuzatildi. O'rtacha operatsiya davomiyligi: bir tomonlama holatda 153 minut (60-200 minut) hamda ikki tomonlama holatlar uchun 211 minut (130-420 minut) ni tashkil etdi. Shifoxonada bo'lish vaqti 6.7 kun (4-9 kun) dan iborat bo'ldi. 22 ta bemorning 20 tasi (90.9%) da yoki 35 ta siydik naylarining 32 tasi (91.4%) da muvaffaqiyatga erishildi.

Xulosalar. Bolalarda transvezikoskopik SNR xavfsiz va samarali minimal invaziv usul hisoblanib, u ochiq usuldagi huddi shu turdagi operatsiyalarga nisbatan qovuq travmasining kamligi, operatsiyadan keyingi tiklanish davrining tezligi, kosmetik ko'rinishning afzalligi bilan ajralib turadi. Ushbu operatsiya usuli bir yoshdan katta bemorlarda qo'llanilishi mumkin.

Kalit so'zlar: reimplantatsiya; pnevmovezikoskopiya; qovuq-siydik nayi refluyksi

PNEUMOVESICOSCOPIC URETERAL REIMPLANTATION IN CHILDREN: EARLY RESULTS

^{1,2}Agzamhodjayev S.T., ¹Ergashev K.T., ²Rahmatullayev A.A., ^{1,2}Abdullayev Z.B.,
¹Hidoyatov K.Z., ¹Soliyev A.T., ^{1,2}Eshonqulov S.G., ²Xoltursunov D.Sh.

¹Children's National Medical Center, Uzbekistan Tashkent, Yashnabad district, st. Parkentskaya, 294
Tel: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

²Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ **Resume**

Actuality. Although the open ureteral reimplantation (UR) is the gold standard in the treatment of vesico-ureteral reflux (VUR), bladder trauma and longer postoperative recovery period are its cons features.

Aim. The main goal of this research is to analyze the possibilities and results of the transvesicoscopic method in the minimally invasive surgical treatment of VUR and to show the age limit of this method.

Materials and methods. In total, 22 patients underwent transvesicoscopic SNR surgery; 15 of the patients are girls and 7 are boys. All operations were performed by a single pediatric urologist between November 2021 and January 2024. In all patients, the primary VUR was identified and the indication for surgery was breakthrough urinary tract infection and high-grade VUR. The average age of patients was 56 months (13-205 months). 17 out of 22 patients had bilateral (Cohen cross-trigonal method), 5 had unilateral (Politano-Leadbetter in 4; Chumakov's method in 1) reflux.

Results. All operations completed without conversion. Among the intraoperative complications, emphysema of the bladder (1), pneumoperitoneum (2) and hematoma of the abdominal wall (2) were observed. Postoperative complications included pyelonephritis (1) and bladder spasms (2). The average duration of the operation was 153 minutes (60-200 minutes) in unilateral cases and 211 minutes (130-420 minutes) in bilateral cases. The hospital stay was 6.7 days (4-9 days). Success was achieved in 20 of 22 patients (90.9%) or in 32 of 35 ureters (91.4%).

Conclusion. Transvesicoscopic UR in children is considered a safe and effective minimally invasive method, and it is characterized by less trauma to the bladder, less postoperative recovery period, and the advantage of cosmetic appearance compared to the open method. This operation method can be used in patients older than one year.

Keywords: reimplantation; pneumovesicoscopy; vesico-ureteral reflux

**ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У
ДЕТЕЙ:
РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

^{1,2}Агзамходжаев С.Т., ¹Эргашев К.Т., ²Рахматуллаев А.А., ^{1,2}Абдуллаев З.Б.,
¹Хидоятлов К.З., ¹Солиев А.Т., ^{1,2}Эшонкулов С.Г., ²Холтурсунов Д.Ш.

¹Детский Национальный медицинский центр, Узбекистан г. Ташкент, Яшнабадский р-он,
ул. Паркентская, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.
Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ **Резюме**

Актуальность. Хотя открытая реимплантация мочеточника (РМ) является золотым стандартом лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), ее недостатками являются травма мочевого пузыря и более длительный послеоперационный период восстановления, особенно у детей раннего возраста.

Цель. Основная цель исследования — проанализировать возможности и результаты трансвезикоскопического метода в малоинвазивном хирургическом лечении ПМР и показать возрастные ограничения этого метода.

Материалы и методы. Общее количество пациентов 22; из больных 15 девочек и 7 мальчиков. Все операции были выполнены одним детским урологом в период с ноября 2021 г. по январь 2024 г. У всех пациентов был выявлен первичный ПМР, показанием к операции была инфекция мочевыводящих путей и ПМР высокой степени. Средний возраст пациентов составил 56 месяцев (13-205 месяцев). У 17 из 22 больных был двусторонний (метод Козна), у 5 — односторонний (Политано-Лидбеттера у 4; метод Чумакова у 1) рефлюкс.

Результаты. Все операции завершены без конверсии. Среди интраоперационных осложнений наблюдались эмфизема мочевого пузыря (1), пневмоперитонеум (2) и гематома брюшной стенки (2). Послеоперационные осложнения включают пиелонефрит (1) и спазмы/раздражения мочевого пузыря (2). Средняя продолжительность операции составила 153 минуты (60-200 минут) в односторонних случаях и 211 минут (130-420 минут) в двусторонних случаях. Срок пребывания в стационаре составил 6,7 дней (4-9 дней). Успех был достигнут у 20 из 22 пациентов (90,9%) или у 32 из 35 мочеточников (91,4%).

Закключение. Трансвезикоскопическая РМ у детей считается безопасным и эффективным малоинвазивным методом, характеризуется меньшей травматичностью мочевого пузыря, меньшим послеоперационным восстановительным периодом, преимуществом косметического вида по сравнению с открытым методом. Этот метод операции может быть использован у пациентов старше одного года.

Ключевые слова: реимплантация; пневмовезикоскопия; пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Dolzarbligi

Qovuq-siydik nayi reflyuksining (QSR) xirurgik korreksiyasi bolalar yuqori siydik yo'llarida eng ko'p bajariladigan operatsiyalardan biri hisoblanadi. QSRni davolashda bir qancha ochiq usuldagi jarrohlik amaliyotlari ishlab chiqilgan va uzoq-muddatda juda yaxshi natijalarga erishilgan [1-3]. Ushbu jarrohlik amaliyotlari yarim asr davomida qo'llanilib kelinmoqda va shuning uchun ham hozirgi kunda davolashda oltin standart hisoblanadi [1]. Aynan qaysi operatsiya turini tanlashdagi asosiy kriteriya - bu o'sha operatsiyaning muvaffaqiyat darajasi hisoblanadi. Albatta, ochiq turdagi operatsiyalar ham asoratlardan holi emas, masalan, gematuriya, siyish disfunktsiyasi, yuqori siydik yo'li obstruksiya va kam holatlarda, siydik ushlanishi. Minimal invaziv QSR davosi 1984 yilda O'Donnell va Puri [4] tomonidan taklif etilgan bo'lib, unda endoskopik usulda siydik nayi og'zi shilliqosti qismiga Teflon yuborilgan. Hozirda ushbu modda qo'llanilmasada, uning o'rnini boshqa zamonaviy gel moddalari egallagan. Shunday bo'lsada, bu usulning yuqori darajali reflyuks holatlaridagi muvaffaqiyat darajasi siydik nayi reimplantatsiyasi orqali erishilgan natijalarga nisbatan sezilarli darajada kam.

Tadqiqot Maqsadi: Shunday ekan, QSR muammosini hal etishda siydik nayi reimplantatsiyasining o'rnini katta. Uzoq yillardan beri shifokorlar ochiq usuldagi operatsiyalarning xirurgik travmasini va bemorning shifoxonada bo'lish vaqtini kamaytirish uchun harakat qilmoqdalar. Ushbu maqolaning maqsadi ham dastlabki 22 bemorda o'tkazilgan pnevmovezikoskopik operatsiyalardan keyingi natijalar tahlili.

Materiali va usullar

2021 yil noyabr va 2024 yil yanvar oylari davomida 22 bemorda pnevmovezikoskopik usulda siydik naylari reimplantatsiyasi amaliyoti bajarilgan. Bemorlarning yoshi 13-205 oy bo'lib, o'rtacha 56 oyni tashkil etadi. Bemorlarning 15 tasi qiz bolalar, qolgan 7 tasi o'g'il bolalar. Reimplantatsiya qilingan 35 ta siydik naylarining 34 tasi QSR bo'yicha, faqatgina 1 ta siydik nayi ureterovezikal obstruksiya hisobiga to'g'ri kelgan. QSR darajasi bo'yicha: I - 1; II - 2; III - 19 va IV - 6 ta bemor reimplantatsiya qilingan. Barcha bemorlar QSRni tasdiqlash maqsadida miksiya sistouretrografiya tekshiruvidan o'tkazilgan. Operatsiyada Cohen (17 bemor), Politano-Leadbetter (4 bemor) va Chumakov (1 bemor) usullari qo'llanilgan.

Operatsiya texnikasi:

Pnevmovezikoskopik usulda reimplantatsiya qilishda uchta trokar ham qovuq sohasiga - bittasi median holatda kamera uchun, ikkita lateral portlar esa instrumentlar uchun qo'llaniladi.

Barcha bemorlar operatsiya boshlanishidan avval keng-qamrovli antibiotik olgan bo'lishi lozim. Bemor litotomiya pozitsiyasida joylashgan bo'lib, sonlari abduksiya holatida, qorin va jinsiy a'zo sohasi ishlov berilgan va steril holatga keltirilgan bo'lishi kerak. Qovuqni ko'tarish maqsadida dumbalar ostiga yumshoq yostiqcha qo'yiladi. Bemor operatsion stolga mahkamlangan bo'lishi lozim; operatsiya davomida bemor pozitsiyasi o'zgartirilishi mumkin.

Jadval 1. Bemorlar demografik va perioperativ ko'rsatkichlari	
Yoshi (oy)	13-205 (56)
Jinsi	
Qiz bola	15
O'g'il bola	7
Operatsiyaga ko'rsatma (siydik nayi hisobida)	
QSR	34
UVS obstruksiyasi	1
QSR darajasi bo'yicha (siydik nayi hisobida)	
I	1
II	2
III	19
IV	6
Operativ davo usuli	
Cohen	17
Politano-Leadbetter	4
Chumakov	1

Amaliyot qovuq va uretraning sistoskopik tekshiruvi bilan boshlanadi; bunda siydik naylari og'izchasi o'lchami, shakli va sonini baholash muhim ahamiyatga ega. Terida kesma qilingandan so'ng birinchi 5-mm-diameterli trokar qo'yiladi: trokar siljib ketishini oldini olish maqsadida qovuq devori qorin old devoriga mahkamlanadi. Buning uchun qorin devori orqali qovuqqa ip o'tkaziladi; agar qorin devori yupqa bo'lsa, igna to'g'ridan to'g'ri qovuqqa o'tadi; agarda qorin devori qalin bo'lsa, u holda maxsus ip o'tkazgich moslamalardan foydalanish lozim. Birinchi 5-mm trokar sistoskopik kuzatuv ostida qo'yiladi.

Ikkita lateral trokarlar (3 yoki 5 mm) qovuqning anterolateral devoriga sistoskopik yoki vezikoskopik kuzatuv ostida qo'yiladi. Ular siydik naylari og'ziga juda yaqin qo'yilmasligi lozim. Trokarlar o'rnatilishi kerak bo'lgan nuqtalar bemor o'lchamlariga asosan har xil bo'lishi mumkin. 3 yoshdan kichkina bo'lgan bemorlarda, qovuq vertikal holatda joylashgan bo'ladi va bunda trokarlar kindikka yaqin va medial holatda joylashtiriladi. Katta bolalarda esa qovuq chuqurroq va pastroqda joylashadi, shu sababli trokarlar *pubis*ga yaqin va lateral joylashtiriladi. Keyin qovuq bo'shatiladi va sistoskop chiqariladi. Qovuqni havo bilan to'ldirish kamera port orqali amalga oshiriladi, bosim 8-12 mmHg; oqim 2-3 L/min. Bizning tajribamizda uretra orqali gaz chiqib ketishi, xattoki qizlarda ham, kuzatilmagan. Shuning uchun uretrani alohida yopilmaydi. Uretra qo'shimcha kateter (masalan, so'rish-irrigatsiya uchun) yoki 3-mm instrument kiritish uchun xizmat qiladi.

Bemor va shifokorlarning pozitsiyasi bemorning yoshiga qarab har xil bo'ladi. Xirurg uchun eng qulay ergonomik pozitsiya bemorning bosh tomonida turish (qovuq trigoni va video ekran bir

liniyada) hisoblanadi. Har xolda bu 5 yoshdan kichik bolalarda qulay pozitsiya hisoblanadi. Katta bolalarda esa xirurg bemorning chap tomonida, monitor esa bemorning o'ng oyog'ida turadi.



Figura 1. Pnevmovezikoskopik trokarlar joylashuvi.

5-mmli teleskop 0° yoki 30° linza bilan ishlatiladi, kamera tutgan assistent stol o'ng tomonida turadi. Instrumentlar: grasper, hook, dissektor, igna tutqich va aspiratsiya moslamasi; barchasi 3 mmli bo'ladi.

Klassik ochiq Kohen texnikasi bosqichlari bajariladi (ikki tomonlama amaliyotlar uchun; bir tomonlama holatlarda Politano-Leadbetter usuli qo'llanilgan) (Figura 2):

- Siydik nayi og'zi fiksatsiya ipiga (tutqich ip) olinadi (Prolen 4/0).
 - Siydik nayi og'zi atrofi aylanasi 3-mm monopolar hook yordamida kesiladi.
 - Siydik nayi hook yordamida qon bilan ta'minlanishiga zarar yetkazmagan holda disseksiya qilinadi.
 - Perivezikal bo'shliqqa havo chiqishini kamaytirish maqsadida detruzor defekti ikki yoki uch alohida 4/0 Vikril ip bilan tikiladi.
 - Siydik nayining perivezikal bo'shliqqa retraksiyasini oldini olish maqsadida detruzor mushagiga mahkamlanadi.
 - 3-mmli qaychi yordamida siydik nayi diametridan to'rt marta katta uzunlikda ko'ndalang submukozal tunnel hosil qilinadi.
 - Tutqich ipdan ushlagan holda siydik nayini tunnelga qo'yiladi.
 - Siydik nayining terminal qismi rezeksiya va/yoki spatulyatsiya qilinadi.
 - Distal siydik nayini detruzorga mustahkamlanadi.
 - Ureterovezikal anastomoz hosil qilinadi (to'rttadan oltitagacha 5/0 Vikril).
 - Dastlabki siydik nayi og'zi shilliq defekti yopiladi.
 - Trokarlar chiqariladi va teri yaralari tikib yopiladi.
- 10-Ch uretral kateter 4-5 kunga qoldiriladi.

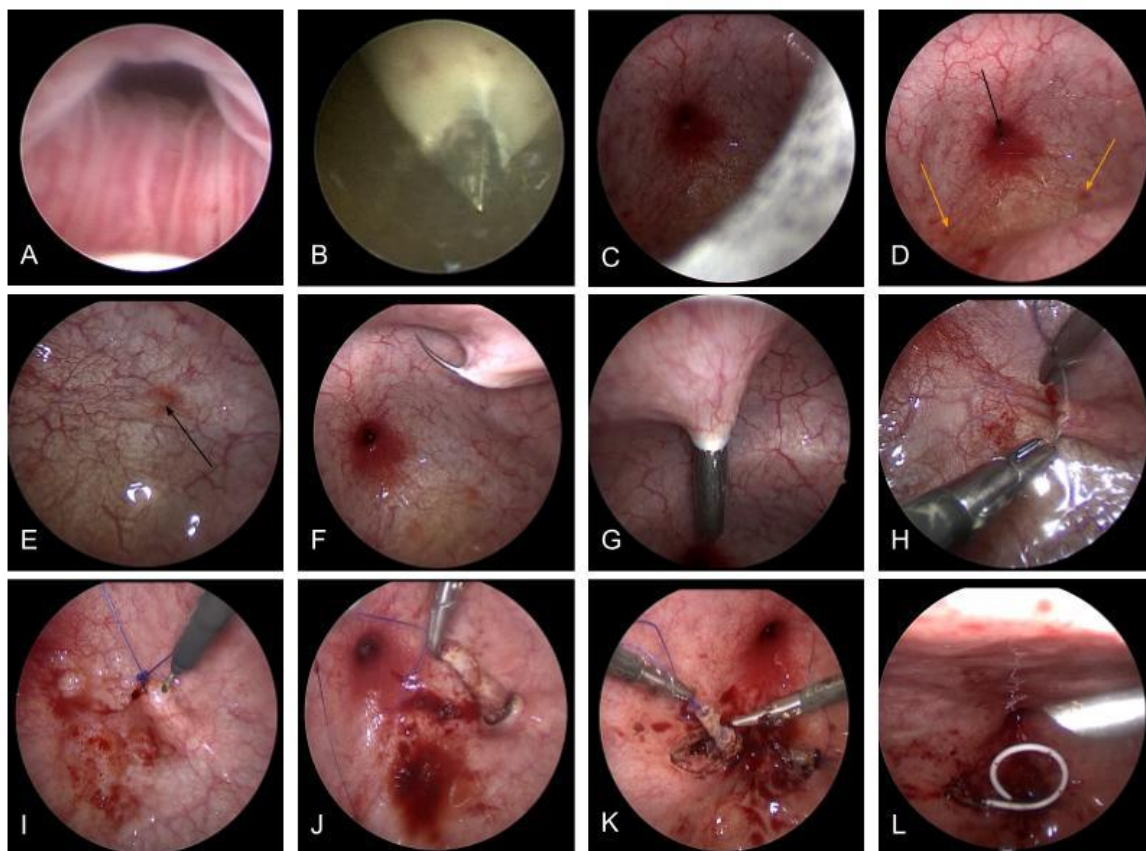


Figura 2. Pnevmovezikoskopik siydik nayi reimplantatsiyasining bosqichlari.

Natijalar:

O'rtacha operatsiya qilish vaqti unilateral holatda 153 minut, bilateral holatda 217 minutni tashkil etdi. Eng uzoq bo'lgan operatsiya 420 minutni tashkil etdi; bemor o'ng tomonlama obstruktiv megaureter, chap tomonlama to'liq ikkilanish - pastki siydik nayiga qovuq-siydik nayi reflyuksi kuzatilgan. Intraoperativ asoratlardan: yorg'oq emfizemasi (1) - o'zidan o'zi bartaraf bo'ldi, pnevmoperitoneum (2) Veress ignasi bilan havo chiqarilib bartaraf etildi va qorin devori gematomasi (2) epigastrik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keldi.

Barcha holatlar pnevmovezikoskopik yo'l bilan boshlanib shu yo'l bilan tugatildi - konversiya holati bo'lmadi. O'rtacha shifoxonada bo'lish vaqti 6.7 kunni tashkil etdi. Bemorlarning nazoratda bo'lish vaqti 8 oydan 27 oygacha davom etdi (o'rtacha 21 oy). Bemorlarning hammasi klinik tekshiruvlardan va buyraklar-siydik naylari-qovuq UTTsidan o'tgan. Nazorat miksion sistourethrografiya barcha bemorlarga o'tkazilgan.

Uchta bemorda (9%) asimptomatik siydik nayi kengayishi aniqlandi, kuzatuv davri mobaynida kamaydi. Qoldiq QSR ikkita bemorda (9%) sistografik aniqlandi. Sistografik muvaffaqiyat 20/22 bemorda (90.9%) yoki 32/35 siydik naylari (91.4%) erishildi. Muvaffaqiyatsizlik ureterosele bilan ikkilangan yosh bemorlarda kuzatildi.

Muhokamalar:

Siydik naylari reimplantatsiyasining minimal invaziv usulda davolash texnikalari yillar davomida rivojlanib kelmoqda.

Dastlab, cho'chqalarda [5, 6], bolalarda [7] va kattalarda [8] Lich-Gregoir texnikasi yordamida ekstravezikal reimplantatsiya qilishga urinishlar chop etilgan. Ushbu texnika qovuqni ochmasdan intraperitoneal yondashuv bilan amalga oshirilgan. Ushbu usulda oltita bolada jarrohlik amaliyotini o'tkazgan Janetshek va hamkasblari [9] bu yo'lning mantiqiy noto'g'ri ekanligini ta'kidlagan.

Ularning fikricha, intraperitoneal disseksiyaga hojat bo'lmagan va operatsiyaga juda ko'p vaqt sarflangan va hech qanday afzallik bermagan.

Jadval 2. Intra- va postoperatsion natijalar.	
Operatsiya davomiyligi (minut)	60-420 (182)
Bir tomonlama	60-200 (153)
Ikki tomonlama	130-420 (211)
Shifoxonada bo'lish vaqti (kun)	4-9 (6.7)
Muvaffaqiyat darajasi (%)	
Siydik naylari hisobida	32/35 (91.4%)
Bemorlar soni hisobida	20/22 (90.9%)
Siydik naylari soni	35
Ikkilangan	5/22
Bir tomon	14/22
Ikki tomon	8/22

Keyinchalik intravezikal usuldagi operatsiyalar rivojlana boshladi. Kichik ish makonida laparoskopik tikishning o'ziga xos qiyinchiliklari hisobiga dastlabki intravezikal operatsiyalar Gil Vernet trigonoplastika usulidan [10, 11] foydalanilgan. Ushbu operatsiyada ikki yoki uchta trokardan foydalanilgan. Teleskop uretra yoki qovuqustidan kiritiladi va amaliyot suyuq muhitda bajarilgan. Bu turdagi operatsiyalarning muvaffaqiyat darajasi (62-79%) [10, 12] ochiq usuldagi operatsiyalardan yuqori emas.

Gill va hamkasblari [13] keyinchalik Kohen amaliyotining endoskopik modifikatsiyasi bilan davolanagan uchta bemorni sistoskopik ko'ruv ostida suyuqlik-to'ldirilgan qovuqda operatsiya qilgan.

Pnevmovezikoskopik siydik naylari reimplantatsiyasi rivojlanishiga olib kelgan asosiy voqelik Yeung va hamkasblari [14, 15] tomonidan CO₂ insufflyatsiya va pnevmovezikum hosil qilish texnikasining ishlab chiqilish bo'ldi. Ular 2002 yilda pnevmovezikoskopik transtrigonal siydik nayi reimplantatsiyasining dastlabki natijalari e'lon qilishdi [14]. Shubhasiz, qovuqning CO₂ bilan to'ldirilishi suyuqlik bilan to'ldirilgan muhitga nisbatan ko'rish qobiliyatini sezilarli darajada oshirdi.

Pnevmovezikoskopik siydik nayi reimplantatsiyasining ustunliklari qatoriga qovuq travmasining kamligi va kosmetik ko'rinishni yaxshilanganligini keltirish mumkin. Keng sistotomiya, qovuq shilliq qavati bilan salftka kontakti, intravezikal retraksiya kabilarning yo'qligi va to'qimalar minimal manipulyatsiya kabi omillar qovuq travmasining kamayishini ta'minlaydi. Bemorlarning aksariyati (15/22) qiz bolalar ekanligini hisobga olinsa, operatsiyadan keyingi kosmetik ko'rinishning yaxshilanganligi juda muhim omil hisoblanadi.

Ushbu amaliyotning texnik qiyinchiliklari e'tibordan chetda qolmasligi kerak. Bu yondashuvning asosiy shartlaridan biri bu, albatta, intrakorporeal tika olish qobiliyatining bo'lishi. Qovuq hajmi qanchalik kichik bo'lsa, ishlash muhiti ham shunchalik kamayadi. Bizning bemorlar kohortida eng kam hajm qovuqli bemor 60 mL ni tashkil etadi. Bu turdagi amaliyotlarning texnik qiyinchiliklari hisobiga operatsiya vaqti, albatta, ochiq turdagi operatsiyalarga nisbatan uzoqroq davom etadi.

Hozirgi kunda minimal invaziv siydik nayi reimplantatsiyasi qilishda trans/ekstravezikal yo'llardan foydalanish borasida turli xil tortishuvlar kuzatilmoqda [16]. Ekstravezikal yondashuv qovuqni ochishni oldini oladi va operatsiyadan keyingi siydik tutilishi kuzatilishi mumkin. Boshqa tomondan, intravezikal yondashuv orqali trokar o'rnolari zich yopiladi.

Yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda, pnevmovezikoskopik yondashuvning rivojlanib borishi bilan boshqa kasallik turkumlari - obstruktiv megaureter, ureterosele, qovuq bo'yni xirurgiyasi, qovuq toshlari ham intravezikal usulda davolanishi mumkin.

Xulosalar

Bolalarda QSRni davolash texnikasini tanlashda alohida bir konsensus mavjud emas. Klassik texnikalarning barchasi yuqori muvaffaqiyat darajasi va kam asoratlarni havfini taklif etadi. Pnevmovezikoskopik siydik nayi reimplantatsiyasi bemor uchun qovuq travmasining kamligi, operatsiyadan keyingi tiklanish davrining tezligi, kosmetik ko'rinishning afzalligi bilan ajralib turadi. Bunda, albatta, xirurg uchun ergonomik qiyinchiliklar ham e'tibordan chetda qolmasligi zarur.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Politano V, Leadbetter WF. An operative technique for the correction of vesico-ureteral reflux. // J Urol 1958;79:932-41.
2. Gregoir W. Le traitement chirurgical du reflux vesico-ureteral congenital. // Acta Chir Belg 1964;63:432.
3. Cohen SJ. Uretero cystoneostomie: eine neue antireflux technik. // Aktuelle urologie 1975;6:1-6.
4. O'Donnell B, Puri P. Treatment of vesicoureteral reflux by endoscopic injection of Teflon. // Br Med J 1984;289:7-9.
5. Atala A, Kavoussi LR, Goldstein DS, Retik AB, Peters CA. Laparoscopic correction of vesico-ureteral reflux. // J Urol 1993; 150:748-51.
6. Mac Dougall EM, Urgan DA, Kerlb K, Clayman RV, Fadden P, Royal HD, et al. Laparoscopic repair of vesico-ureteral reflux utilizing Lich Gregoir technique in a pig model. // J Urol 1995; 153:497-500.
7. Ehrlich RM, Gershman A, Fuch G. Laparoscopic vesico-ureteroplasty in children: initial case reports. // Urology 1994;43: 255-61.
8. Reddy PK, Evans RM. Laparoscopic ureteroneocystostomy. // J Urol 1994;152:2057-9.
9. Janetschek G, Radmayr C, Batsch G. Laparoscopic ureteral antireflux plasty reimplantation. First clinical experience. // Ann Urol 1995;29:101-5.
10. Okamura K, Ono Y, Yamada Y, Kato T, Tsuji Y, Miyake K. Endoscopic trigonoplasty for primary vesico-ureteric reflux. // Br J Urol 1995;75:390.
11. Cartwright PC, Snow BW, Mansfield JC, Hamilton BD. Percutaneous endoscopic trigonoplasty: a minimally invasive approach to correct vesico-ureteral reflux. // J Urol 1996;156:661-4.
12. Okamura K, Kato N, Takamura S, Tanaka J, Nagai T, Watanabe H, et al. Trigonal splitting is a major complication of endoscopic trigonoplasty at 1-year follow up. // J Urol 1997; 157:1423-5.
13. Gill IS, Ponsky LE, Desai M, Kay R, Ross JH. Laparoscopic crosstrigonal Cohen ureteroneocystostomy: novel technique. // J Urol 2001;166:1811-4.
14. Yeung CK, Borzi PA. Pneumovesicoscopic Cohen ureteric reimplantation with carbon dioxide bladder insufflation for gross VUR. // BJU Int 2002;89(Suppl. 2):81.
15. Yeung CK, Sihoe JD, Borzi PA. Endoscopic cross-trigonal ureteral reimplantation under carbon dioxide bladder insufflation: a novel technique. // J Endourol 2005;19:295-9.
16. Riquelme M, Aranda A, Rodriguez C. Laparoscopic extravesical transperitoneal approach for vesicoureteral reflux. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2006;16:312-6.

Qabul qilingan sana 20.03.2024