



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

3 (77) 2025

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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.66-007.26-053.2-089.

**ГИПОСПАДИЯ У ДЕТЕЙ – ЭТО НЕ ТОЛЬКО СЛОЖНАЯ, НО И НЕ ДО КОНЦА
РЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА** (Современные научные взгляды)

Алимов М.М. <https://orcid.org/0009-0001-7964-6650>
Мамасалиев Н.С. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>
Мамасалиев З.Н. <https://orcid.org/0000-0002-0965-1104>
Усмонов Б.У. <https://orcid.org/0000-0001-7092-0003>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Резюме**

Был проанализирован статус пациентов, страдающих гипоспадией, а также рассмотрены вопросы, связанные с постановкой диагноза у детей с данной проблемой. В соответствии с современными данными, проведение оперативного лечения гипоспадии не приводит к полному восстановлению эстетического и функционального аспектов, что делает оптимизацию оперативного вмешательства актуальной задачей в сфере реконструктивно-пластической хирургии в детском возрасте. Особое внимание уделяется стандартизации подходов к оперативному лечению гипоспадии, унификации методов уретропластики и коррекции деформаций полового органа. Представлены результаты клинических исследований, касающихся применения различных оперативных техник.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика, порок развития полового члена, детская урология, реконструкция гениталий.

**БОЛАЛАР ГИПОСПАДИЯСИ ЕЧИМАГАН МУАММО, БАЛКИМ ТЎЛИҚ ҲАЛ
БЎЛМАГАН МУАММОДИР** (Замонавий илмий қарашлар)

Алимов М.М. <https://orcid.org/0009-0001-7964-6650>
Мамасалиев Н.С. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>
Мамасалиев З.Н. <https://orcid.org/0000-0002-0965-1104>
Усмонов Б.У. <https://orcid.org/0000-0001-7092-0003>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1
Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ **Резюме**

Гипоспадия билан оғриган беморларни даволашда мавжуд ёндашувлар таҳлили ўтказилди, шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда таххис қўйиш билан боғлиқ баъзи мунозарали масалалар таҳлил қилинди. Мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, гипоспадияни жарроҳлик йўли билан даволаш ҳали эстетик ва функционал компонентларни тиклашга олиб келмаган, бунинг натижасида замонавий шароитларда жарроҳлик даволашни оптималлаштириш болалар реконструктив пластик жарроҳликда долзарб вазифа бўлиб қолмоқда. Гипоспадия жарроҳлик йўли билан даволашга ёндашувларни стандартлаштириш, уретропластика усуларини бирлаштириш ва жинсий олатни эгрилигини тuzатиш каби соҳаларга эътибор қаратилмоқда. Турли хил жарроҳлик усулларида фойдаланиш бўйича клиник тадқиқотлар маълумотлари келтирилган.

Калит сўзлар: гипоспадия, уретропластика, жинсий олатни малформацияси, болалар урологияси, жинсий аъзоларни реконструкция қилиш.

HYPOSPADIAS IN CHILDREN IS NOT ONLY A COMPLEX PROBLEM BUT ALSO NOT FINALLY SOLVED (Modern scientific views)

Alimov M.M. <https://orcid.org/0009-0001-7964-6650>
Mamasaliev N.S. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>
Mamasaliev Z.N. <https://orcid.org/0000-0002-0965-1104>
Usmonov B.U. <https://orcid.org/0000-0001-7092-0003>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

An analysis of available approaches to the management of patients with hypospadias was carried out, as well as some controversial issues regarding diagnosis in this category of patients. As available data show, surgical treatment of hypospadias has not yet led to the restoration of aesthetic and functional components, as a result of which the optimization of surgical treatment in modern conditions continues to remain relevant the task of pediatric reconstructive plastic surgery. Attention is paid to such areas as standardization of approaches to surgical treatment of hypospadias, unification of methods of urethroplasty and correction of penile curvature. Data from clinical studies on the use of various surgical techniques are presented.

Key words: *hypospadias, urethroplasty, penile malformation, pediatric urology, genital reconstruction*

Актуальность

В современной гипоспадиологии много сложных и нерешенных проблем, расходясь современные научные взгляды. Такое заключение было сделано со многими научными школами и видными учёными [11, с. 1470 – 1474; 17, с. 374 – 358; 22, с. 112 – 121; 23, с. 1006 – 16].

В частности, в литературе сложно определить современных факторов риска (ФР), приоритетов региональных особенностей донозологической/ранней диагностики, научно обоснованных и конкретно сформулированные показания к выбору консервативной или оперативной (одномоментной или этапной) коррекции порока в зависимости от формы гипоспадии и осложняющих её факторов у детей [18, с. 990 – 994; 20, с. 1184 – 9; 21, с. 1126 – 30].

Поток научных информации об гипоспадий, в последние годы особенно, резко возросли и в них огромное внимание уделяется полученным косметическим результатам [10, с. 289 – 93; 19, с. 2 – 9].

Приведенные исследования в основном направлены на улучшение диагностики и лечения (как консервативного, так и оперативного) самой сложной категории больных с гипоспадией. Несомненно, такое видение и осознание проблемы гипоспадии актуально и имеет непосредственное практическое значение [14, с. 1077 – 82; 16, с. 1498 – 502].

Следует отметить, что гипоспадия – безусловно сложный, спорный и распространенный порок развития полового члена. Несмотря на существование более трехсот операций число после операционных осложнений (до 55 %) при гипоспадии остаются на высоких цифрах [7, с. 456 – 457; 8, с. 1188 – 91; 9, с. 255 – 257; 12, с. 296 – 298; 13, с. 295 – 297; 24, с. 399. е.2].

Бросаются в глаза довольно значимые дискутабельные диагностические, лечебные, эпидемиологические и профилактические проблемы гипоспадии. Так, отсутствует единое мнение в определении сроков операции, целесообразности предоперационной подготовки.

Кроме того, существует разногласия в вопросе выбора одномоментного метода коррекции проксимальной гипоспадии или этапного лечения. Идут споры вокруг расправления кавернозных тел, объема операций, способах предупреждения укорочения полового члена за счет чрезмерной пликация белочной оболочки полового члена по дорсальной поверхности.

Многие специалисты также утверждают, что до сих пор не определены меры профилактики вторичной деформации кавернозных тел в отдаленном после операционном периоде.

В ходе анализа литературных данных мы также убедились в том, что в литературе сложно определить научно обоснованные и ясно сформулированные показания к выбору

одномоментной или этапной коррекции порока в зависимости от формы гипоспадии и осложняющих факторов.

Таблица 1

№	Решенные и решаемые научные и практические вопросы гипоспадии у детей	Уровень доказательности
1	Предиктивное направление	Слабая
2	Превентивное направление	Слабая
3	Профилактическое направление	
4	Необходимо проводить длительное наблюдение до подросткового возраста для выявления стриктур уретры, нарушений мочеиспускания, эякуляции, рецидива искривления полового члена и оценки удовлетворенности пациента	Сильная
5	Алгоритм лечения гипоспадии (метод тубуляризированной рассеченной уретропластики – ТТР выведение наружного отверстия – МАС - РТ): разработанность	Слабая
6	Детям с проксимальными формами гипоспадии, небольшим половым членом, снижением окружности головки или короткой уретральной пластинкой перед операцией можно назначить андрогенную стимуляцию, хотя в литературе недостаточно данных по ее преимуществам и недостаткам	Слабая
7	Важно описать родителям функционально необходимые и эстетически оправданные операции (психологические, косметические показания) и возможные осложнения	Слабая
8	При рождении ребенка необходимо дифференцировать изолированную гипоспадию от НПП, которое чаще всего связано с крипторхизмом или микро пенисом	Сильная
9	Оперативное лечение первичных гипоспадий обычно проводят в возрасте 6 – 18 (24) месяцев	3
10	Цели лечения по возможности исправить искривление полового члена, сформировать новую уретру адекватного размера, подвести неомеатус к кончику головки пениса и достичь приемлемого косметического результата	4
11	Андрогенная стимуляция позволяет увеличить длину полового члена и окружности головки	1 б Сильная
12	Частота осложнений при одно этапной пластике дистальных и проксимальных форм гипоспадии составляет 10 % и 25 % соответственно. При двух этапной пластике показатели выше и сильно варьирует, от 28 % до 68 %	3
13	Сексуальная функция обычно сохранена, но пациенты высокий уровень восприятия деформации и социальной изоляции	2 б, Слабая
14	Для исключения сопутствующих аномалий у мальчиков с врожденным искривлением необходимо тщательно собирать анамнез и проводить полное клинические обследование	1 а, Сильная
15	Изолированное искривление полового члена встречается редко	2 а, Сильная
16	Врожденное искривление полового члена часто связано с гипоспадией	2 а, Сильная

(Ионизирующее излучение, микроволновые излучения, ультразвук, гипертермия и гипотермия – провокация врожденных пороков развития) и, тератогенез – как причина врожденных пороков развития, в том числе гипоспадии [5].

Можно будет согласиться с утверждениями современных исследователей о том, что нет четких критериев оценки отдаленных результатов операции, с учетом показателей уро динамики, эффективности устранения деформации кавернозных тел, отсутствия свищей уретры, дивертикулов уретры [1, с. 16 – 23; 2, с. 24 – 25; 4, с. 3 – 6; 6, с. 35; 3, с. 7 - 14].

Естественно возникает вопрос – как выбрать наиболее актуальную проблему гипоспадии у детей?! Хотя известно, что «Душа семена рождены в небесах и огненной силой. Наделены – но их отягчает косное тело» (Публий Верчилий Марон).

Однако по данным современных исследований, можно будет выделить ведущих факторов и ключевых условий, способствующих к развитию гипоспадий или других патологий, связанных с внутриутробным развитием.

При этом особую роль играют стадии внутриутробного развития (формирование бластоциты 0 – 1 неделя; имплантация с 1 – 3 до 28 – 32 недель; эмбрион – органогенез 3 – 10 недель; плод с 9 – 10 недели до родов), эмбриотоксические эффекты (ионизирующее лечение, лекарственные препараты), тератогенез (максимальный риск 3 – 10 недель гестации).

Выделяются физические и химические факторы врожденных пороков развития. Современные взгляды и вопросы для будущего в гипоспадиологии с позиции профилактической медицины (обобщены из «Клинических рекомендаций по детской урологии. Европейская ассоциация урологов», 2019).

По Radmayr C. et L. (2019) современные литературные данные о гипоспадии, в целом позволяют резюмировать или выделить следующие моменты, которые должны быть учтены в изучении эпидемиологических, клинических, фундаментальных, профилактических и прогностических аспектов проблемы гипоспадии у детей [15]: 1) оперативное лечение первичных гипоспадий обычно проводят в возрасте 6 – 18 месяцев; 2) цели лечения – по возможности исправить искривление полового члена, сформировать новую уретру адекватного размера, подвести неомеатус к кончику головки пениса и достичь приемлемого косметического результата; андрогенная стимуляция позволяет увеличить длину полового члена и окружность головки; 4) частота осложнений при одноэтапной пластике дистальных и проксимальных форм гипоспадии составляет 10 % и 25 % соответственно; 5) при двух этапной пластике показатели выше и сильно варьируют от 28 % до 68 %; 6) сексуальная функция обычно сохранена, но пациенты описывают высокий уровень восприятия деформации и социальной изоляции.

Большинство взгляды как науки, так и практики, которые отражают ключевых достижений и перспективу гипоспадиологии в будущем резюмированы в последних клинических рекомендациях по детской урологии. Они представлены в таблице 1.1, развитие которых в современной гипоспадиологии с позиций профилактической медицины/превентивной урологии на наш взгляд, в различных регионах и детских популяциях имеет крайне важное значение.

Заключение

Представленного в настоящей главе обзора литературы «Гипоспадия важнейшая медицинская и медико – социальная проблема современной науки и практики» можно резюмировать следующим образом: 1) гипоспадия наносят определенный демографический и социально экономический ущерб; 2) по прогнозам, если не будут применены эффективные предиктивные и профилактические меры, выявляемость гипоспадии и осложнений от них будет расти; 3) в условиях неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении гипоспадии у детей и подростков среди всех ведущих превентивных программ остается скрининг – с целью ранней диагностики и для последующего осуществления программ профилактического /диспансерного, дифференцированного наблюдения (на уровне регионального, индивидуального и популяционного) за детьми и подростками с гипоспадиями; 4) в представленных результатах мировых исследований показано, что гипоспадия в настоящее время непропорционально поражает страны с низким и средним уровнем дохода. Следовательно, нужны широко масштабные скрининг – эпидемиологические исследования не только в отделенных странах, но и внутри регионах страны в популяции детей и подростков в предмет гипоспадии; 5) правильно «укороненный» скрининг необходимо для предотвращения риска развития гипоспадии; 6) под фармакоэпидемиологическим мониторингом организуемая лекарственная профилактика/консервативная стратегия также является острой проблемой гипоспадии, крайне необходимым вопросам гипоспадиологии в детской урологии.

Такое мнение придерживается большинством числом не только педиатров, но и специалистами хирургического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гарманова Т.Н. Итальянские каникулы детских урологов // Дайдонет Урологии. Специальный выпуск. 2013;3:16-23.
2. Текчул С. Минимально инвазивное хирургическое лечение МКБ у детей // Дейджет Урологии. Специальный выпуск. 2013;3:24-25.
3. Текчул С. Главное в детской урологии – создание и внедрение образовательных программ // Дейджет Урологии. Специальный выпуск. 2013;3:7-14.
4. Шадеркина В.А. Детская урология – стремимся к совершенству ! II Всероссийская школа по детской урологии – андрологии // Дайужест Урологии. Специальный выпуск. 2013;3:3-6.
5. Шмаков А.Н. Анестезия и плод // Учебное пособие. – Новосибирск. – 2013.
6. Яцык С.П., Шапов Б.К., Шарков С.М., Буркин А.Г. Консервативное лечение пузырнозависимых форм мегауретера у детей // Дейджет Урологии. Специальный выпуск. 2013;3:35.
7. Akguz F.M. Tubularized incised urethroplasty for the treatment of penile fistulas after hypospadias repair // J. Pediatr. Urol. 2014; 456-457.
8. Bush N.C. DaJusta D, Snodgrass WT. Glans penis width in patients with hypospadias Compared to healthy controls. J Pediatr Urol 2013;9:1188-91.
9. Bush N., Holzer M., Zhang S., Snodgrass W. Age does not impact risk for urethroplasty complications after tabularized incised plate repair of hypospadias in prepubertal boys // J. Pediatr. Urol. 2013;9:255-257.
10. Castellan M. Gosalbez R. Devendra J. et al. Ventral corporal body grafting for correcting severe penile curvature associated with single or two – stage hypospadias repair. J Pediatr Urol 2011;7:289-93.
11. Castagnetti M., El – Choneimi A. surgical management of primary severe hypospadias in children: systematic 20 – year review // J. Urol. 2010;184:1470-1474.
12. Esposito, C., et al. Effect of metabolic syndrome and its components on prostate cancer risk: metaanalysis. J Endocrinol Invest. 2013;36:132.
13. Esposito C., Savanelli A., Escolino M., Giurin I. et al. Preputioplasty associated with urethroplasty for correction of distal hypospadias: A prospective study and proposition of a new objective scoring system for evaluation of esthetic and functional outcome // J. Pediatr. Urol. – 2014;10:295-297.
14. Leslie B, Lorenzo AJ, Figueroa V, et al. Critical outcome analysis of staged buccal mucosa graft urethroplasty for prior failed hypospadias repair in children. J Urol 2011;185:1077-82.
15. Radmayr C., Bogaert G., Dogan R., Kocvara R. et al. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona 2019. ISBN 978 – 94 – 92671 – 04 – 2.
16. Rigomonti W, Castagnetti M. On lay on albuginea: modified on lay preputial island flap urethroplasty for single – stage repair of primary severe hypospadias requiring urethral plate division. // Urology 2011;77:1498-502.
17. Shawn Dason, Nathan Wong, Luis H. Braga The contemporary role of 1 vs. 2 – stage repair for proximal hypospadias // Trend Androl. 2014;3(4):347-358.
18. Snodgrass W., Macedo A., Hoebeke P., Mouriguand P.D.E. Hypospadias dilemmas: A round table // J. Pediatr. Urol. 2011; 7-8.
19. Snodgrass W. Bush N. Tubularized incised plate proximal hypospadias repair: Continued evolution and extended applications. J Pediatr Urol. 2011;7:2-9.
20. Springer A. Kroisw, Horcher E. Trends in hypospadias surgery: results of a worldwide survey. Eur Urol 2011;60:1184-9.
21. Steven L, Cherian A, Yankovic, et al. Current practice in pediatric hypospadias surgery: a specialist survey. J Pediatr Urol 2013;9:1126-30.
22. Van Rooij, I.A., Risk factors for different phenotypes of hypospadias: results from a Dutch case – control study. BJU Int, 2013;112:121.
23. Van der Toorn F. de Jong TP, de Gier RP, et al. Introducing the HOPE Hypospadias Objective Penile Evolution score: a validation study of an objective scoring system for evaluating cosmetic appearance in hypospadias patients. J Pediatr Urol 2013;9:1006-16.
24. Zimmermann E.F., Woodward M.N. Isolated preputial reconstruction in distal hypospadias // J. Pediatr. Urol. 2014;10:399.

Поступила 20.02.2025