



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

5 (79) 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. ИСКАНДАРОВА
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
Б.З. ХАМДАМОВ
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)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.617-053.2

БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Ибрагимов Курбонмурод Ниёзович E-mail: kurbonibragimov1@gmail.com

Ахмедов Юсуфжон Махмудович E-mail: Yusufa@rambler.ru

Самарканд вилоят болалар кўп тармокли тиббиёт маркази. Ўзбекистон, Самарканд вилояти
Самарканд шаҳари Гиёсиддин Жамшед кўчаси 21-А уй. Тел: +998(66)232-21-28

E-mail: info@samodmmc.uz

Самарканд давлат тиббиёт университети. Ўзбекистон, Самарканд вилояти, Самарканд
шаҳри Амир Темур кучаси 18-А уй, 140100, Тел: 998(66)233-07-66

E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Гипоспадия-кенг тарқалган генитал аномалия. Болаларда гипоспадикни даволаш факат жарроҳлик йули билан амалга оширилади. Амалдаги даволаш усулларнинг хилма хиллиги асоратларнинг кўплиги ва гипоспадияни тузалиши учун оптимал жарроҳлик усулини излаш билан боғлиқ.

Калит сўзлар: гипоспадия, уретропластика, жинсий олатни малформатсияси, болалар урологияси, жинсий азоларни реконструкция қилиши.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Курбонмурод Ниёзович E-mail: kurbonibragimov1@gmail.com

Ахмедов Юсуфжон Махмудович E-mail: Yusufa@rambler.ru

Областной детский многопрофильный медицинский центр. Узбекистан, Самаркандская область, город Самарканд улица Гиёсиддин Жамшед 21-А дом. Тел: +998(66)232-21-28

E-mail: info@samodmmc.uz

Самаркандский Государственный медицинский университет. Узбекистан, Самарканд Самаркандская область, город Самарканд улица Амир Темур 18-А дом, 140100,

Тел: 998(66)233-07-66 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Гипоспадия относится к распространенным аномалиям половых органов. Лечение гипоспадии у детей проводится только хирургическим путем. Разнообразие применяемых методов лечения обусловлено большим количеством осложнений и поиском оптимального способа операции для коррекции гипоспадии.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика, пороки развития полового члена, детская урология, реконструкция половых органов.

SURGICAL TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN

Ibragimov Kurbonmurod Niyozovich E-mail: kurbonibragimov1@gmail.com

Akhmedov Yusufjon Maxmudovich E-mail: Yusufa@rambler.ru

Regional children's multidisciplinary medical center. Uzbekistan, Samarkand region, Samarkand city, Giyosiddin Jamshed street 21-A, house. Tel: +998(66)232-21-28 E-mail: info@samodmmc.uz

Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand Samarkand region, Samarkand city, Amir Temur Street 18-A house, 140100, Tel: 998(66)233-07-66 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ *Resume*

Hypospadias is a common genital anomaly. Treatment of hypospadias in children is performed only surgically. The variety of treatment methods used is due to the large number of interventions and the search for surgical methods to correct hypospadias

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

Актуальность

Гипоспадия – это врожденный порок развития полового члена, проявляющийся вентральным и проксимальным смещением наружного отверстия мочеиспускательного канала от верхушки полового члена. Гипоспадия является одним из наиболее распространенных пороков развития мужских половых органов. Традиционно приводится частота ее встречаемости в мире, равная 1 на 300 новорожденных мальчиков.

За последние 50 лет было много крупных исследований в разных частях света с противоречивыми результатами. На точность и достоверность полученных данных влияют многие факторы, поэтому реальную распространенность гипоспадии и тенденции к повышению заболеваемости трудно оценить. Для того чтобы представить такую картину в будущем, необходимо сотрудничество национальных и международных регистров, а также работа по стандартизации методов вычисления и обработки информации. Исходя из определения порока, данного выше, в настоящее время большинство существующих классификаций гипоспадии основаны на уточнении локализации дистопированного наружного мочеиспускательного отверстия и не имеют принципиального различия. Выделяют переднюю (дистальную) форму, когда меатус расположен на головке полового члена (имеет некоторое вентральное смещение) или венечной борозде; промежуточную (срединную) форму – меатус расположен на стволе полового члена; заднюю (проксимальную) форму – меатус расположен в члено-мошоночном углу, на мошонке или на промежности. Врожденные аномалии полового члена и уретры часто сочетаются с пороками развития других органов мочеполового тракта. В большей степени это касается уретры, которая может закончиться и открываться не на головке, а на всем протяжении нижней поверхности члена - гипоспадия (Калитеевский П.Ф; 1987г). Часто она сочетается с крипторхизмом, расщепленной мошонкой, деформацией, скручиванием полового члена и атрофией яичек. Гипоспадия возникает в результате персистенции, то есть, сохранения эмбриональных структур, в норме исчезающих к определенному периоду развития плода. Одну из форм персистенции представляет дизрафия (арафия), то есть незаращение эмбриональной щели на всем протяжении нижней поверхности полового члена, который и был обозначен термином гипоспадия. Большинство детских урологов принята деление гипоспадий на головчатую, стволовую, и мошоночную формы. При данной патологии с первых дней жизни больных происходит стойкие нарушения мочеиспускания. У таких детей происходит произвольные и непроизвольные мочеиспускания и развивается мочевого затёк промежности. По гипоспадиям достаточно много сообщений в отечественной и зарубежной литературе. Разносторонне изучены этиология, клиника и осложнения гипоспадий (Лазюк Г.И 1980; Лазюк Г.И, Черствой Е.Д 1986; Савченко Н.Е 1974; Кравцова Г.И; Плиссан С.О 1982). Однако, участвовавшие случаи данной патологии в нашем регионе, нерешенные вопросы оперативного исправления гипоспадии в зависимости от форм данной патологии и от возрастного ракурса больных детей, а также отсутствие единой тактики лечения при различных осложнениях гипоспадии, диктует необходимость ещё более углубленного и скрупулёзного изучения этой серьёзной инвалидизирующей патологии мальчиков.

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения разных форм гипоспадии у детей.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов обследования и оперативного лечения 86 больных в возрасте от 3 лет до 18 лет за период с 2020 по 2025 год. Критерии включения: мальчики с головчатой, стволовой, и мошоночной формой гипоспадии уретры.

Методы обследований. Особое значение придается осмотру наружных половых органов и детальной оценке составных элементов порока. Рекомендовано проводить определение размеров полового члена, формы головки и выраженности ладьевидной ямки, степень искривления кавернозных тел, возможные варианты ротации полового члена, выявление грубых рубцов от предыдущих хирургических вмешательств, также уделяется внимание размеру крайней плоти и мошонки

Таблица 1. Возрастной состав пациентов с гипоспадией

Возраст (лет)	1-группа (головчатой)	2-группа (стволовой)	3-группа (мошоночной)
1-3	19 (45,2%)	12 (46,1%)	10 (55,5%)
4-7	16 (38%)	9 (34,6%)	6 (33,3)
8-11	5 (11,9%)	4 (15,3%)	1 (5,5%)
12-16	2 (4,7%)	1 (3,8%)	1 (5,5%)
Всего	42(100%)	26 (100%)	18 (100%)

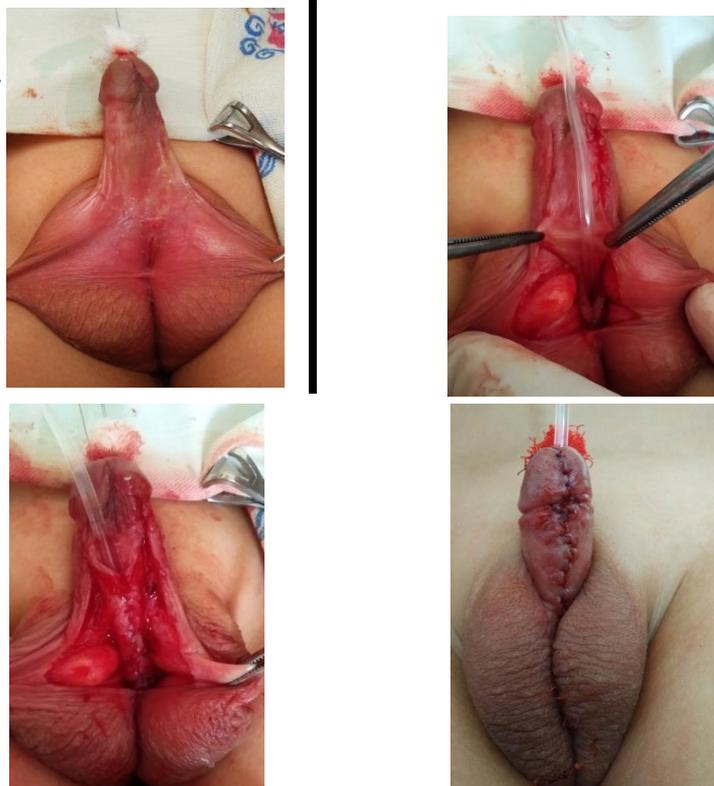
Таблица 2. Распределение больных по клиническим формам гипоспадии и метод операции.

	Головчатый	Стволовой	Мошоночный
Вид операции	МАГПИ-23 больных	П образная уретропластика-11	Ваугс flap (1-этап)-8
	Хаберлик-19	Даккет-15	Буккальная уретропластика-10

Результат и обсуждения

При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее: в основной группе по методу МАГПИ осложнения встречались у 5(11,9%) больных. Осложнения наблюдались в виде полного расхождения швов у 3 больных, у двух наших больных через месяц после операции наблюдалось сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала. Пациенты оперированы по методу Хаберлик осложнения наблюдались у двоих (4,7%) больных , в виде полного расхождения швов. Во второй группе пациентов, оперированных методом п образная уретропластика частота осложнений составила у 4 больных (15,3 %), у трёх больных наблюдалось уретральные свищи , у одного больного сужение анастомоза. В группу больных, оперированных методом Даккет процент осложнений, составил 5 (19,2%), у одого больного наблюдалось полное расхождение швов , у 4 наблюдалось уретральные свищи. У больных с мошоночной формы мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап операции по заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена , для дальнейшего создания уретры. Осложнение встречались у троих (16,6%) больных, в виде частичного некроза пересаженной кожи из крайнего плоти на тело полового члена. Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи было выполнено уретропластика, Уретральные свищи наблюдались у 4 (122,2%) больных.

Этапы операции.



Заключение

По методу МАГПИ с применением непрерывного вворачивающегося шва позволила довести до положительного результата в 84% случаях в сравнении с операцией Хаберлик. При стволовой форме гипоспадии применяемый нами метод Даккета в 82% случаях дал положительный результат и П образная уретропластика 88% положительный.

Вывод

Таким образом, наиболее часто встречающиеся осложнения при хирургической коррекции гипоспадии у детей – уретральные свищи, частичное расхождение швов, и рубцовая деформация полового члена. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения наблюдается редко. Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения -оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии. Согласно результатам проведенного исследования стволовая форма гипоспадии встречается чаще проксимальных форм, при которой дистопированный меатус расположен в средней трети ствола ПЧ, стенозирован и вызывает затрудненный отток мочи. Проведенные инструментально – лабораторные методы исследования и оперативные методы лечения, направленные на коррекцию данной аномалии с использованием трансплантатов различных тканей, не исключили возникновение часто встречающихся послеоперационных осложнений. Коррекцию гипоспадии следует проводить в раннем возрасте, учитывая повышенную способность тканей к регенерации у детей младшего возраста. Таким образом, возникновение послеоперационных осложнений предполагает проведение исследований для разработки стандартизированных подходов к оценке гипоспадии и выбора метода хирургического лечения с целью улучшения результатов уретропластики.

Учитывая выше сказанное, немаловажный эффект имеют хирургическая техника, швовный материал, выкраивание лоскутов, интрументы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болотова Н.В., Шарков С.М., Коновалова О.Л. Психологические нарушения у мальчиков с корригированной гипоспадией // Российский Педиатрический Журнал. 2015;1:20-24.
2. Каганцов И. М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей // Казанский медицинский журнал. 2012;2:255-260.
3. Badawy H. Fahmy A. Single- vs. multi-stage repair of proximal hypospadias: The dilemma continues // Arab Journal of Urology. 2013;11:174–181.
4. Коган М.И., Митусов В.В., Шангичев В.А., Сизонов В.В. Классификация осложнений уретропластики при гипоспадии // Урология. 2010;1:17-21.
5. Gollu G., Kucuk G., Karabulut A. A., Yagmurlu A., Sakmak. M. A Complication in Hypospadias Surgery Due to Anchoring Suture // Eurasian J.Med. 2015;47:155-157.
6. Лозовой В.М., Лозовая Е.А., Нугуманова А.К. Хирургическое лечение осложнений первичной коррекции гипоспадии // Астана Медициналык Журналы. 2011;5:60-62.
7. Жаркимбаева А. Д., Дюсембаев А. А., Аубакиров М. Т. и соавт. Совершенствование способа лечения дистальных форм гипоспадии у детей // Наука и здравоохранение. 2014;6:84-86.
8. Файзулин А. К., Поддубный И. К., Кононов А. В. и соавт. Пластика мочеиспускательного канала с использованием аутологических кератиноцитов на биодеградирующем матриксе у детей с проксимальными формами гипоспадии // Андрология и генитальная хирургия. - 2016.

Поступила 20.04.2025