

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
«Соғлом авлод учун» халқаро нодавлат хайрия жамғармаси
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Педиатрия

Илмий-амалий журнал

1996 йилнинг январидан
чиқа бошлаган

3
2017

Йилига 4 марта
чиқарилади

«Болалар хирургияси, анестезиология ва реаниматологиясининг
долзарб муаммолари» мавзусидаги Республика V илмий-амалий
анжуманига бағишланади

ТОШКЕНТ
2017

Муассис Тошкент педиатрия тиббиёт институти

ПЕДИАТРИЯ
№ 3, 2017

Таҳририят манзили:

100140, Тошкент,
Боғишамол кўчаси, 223
Телефон: 8 (371) 260-28-57

E-mail: peditriya_redakcia@mail.ru

Таҳрир ҳайъати:

Бош муҳаррир *Алимов А.В.*

Бош муҳаррир
ўринбосари *Ахмедова Д.И.*
 Арипова Т.У.
 Гулямов С.С.
 Даминов Б.Т.
 Джалилов Х.К.

Масъул котиб *Муратходжаева А.В.*
 Нажмутдинова Д.К.
 Туйчиев Л.Н.

Таҳрир кенгаши:

Абдуллаева М.Н. (Самарқанд)
Агзамходжаев Т.С. (Тошкент)
Алиев М.М. (Тошкент)
Арипов А.Н. (Тошкент)
Асадов Д.А. (Тошкент)
Атаниязова А.А. (Нукус)
Баранов А.А. (Россия)
Батирханов Ш.К. (Қозоғистон)
Бахрамов С.С. (Тошкент)
Бузруков Б.Т. (Тошкент)
Гафуров А.А. (Андижон)
Даминов Т.О. (Тошкент)
Джубатова Р.С. (Тошкент)
Иноятова Ф.И. (Тошкент)
Искандаров А.И. (Тошкент)
Исмаилов С.И. (Тошкент)
Камалов З.С. (Тошкент)
Камилов А.И. (Тошкент)
Камилова А.Т. (Тошкент)
Каримжанов И.А. (Тошкент)

Кудаяров Д.К. (Қирғизистон)
Махмудова Д.И. (Тошкент)
Мусабаев Э.И. (Тошкент)
Насилов А.А. (Тошкент)
Омонов Ш.Э. (Тошкент)
Ормантаев К.С. (Қозоғистон)
Раҳманкулова З.Ж. (Тошкент)
Садикова Г.К. (Тошкент)
Сатвалдиева Э.А. (Тошкент)
Саатов Т.С. (Тошкент)
Султанов А.Т. (Тошкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Тошкент)
Умарова З.С. (Тошкент)
Халимова З.Ю. (Тошкент)
Хасанов С.А. (Тошкент)
Шамсиев А.М. (Самарқанд)
Шамсиев Ф.С. (Тошкент)
Шарипов А.М. (Тошкент)
Шарипова М.К. (Тошкент)
Шомансуров Ш.Ш. (Тошкент)
Эргашев Б.Б. (Тошкент)
Эргашев Н.Ш. (Тошкент)

Таҳририят мудири
Техник муҳаррир
Муҳаррирлар:

Абдурахманова В.Р.
Мансурова М.И.
Назаров С.Х.,
Гузачева Н.И.

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан 2006 йил 29 декабрда рўйхатга олинган (№02–19)

ISSN 2091–5039

Индекс 852

Теришга берилди 07.10.2017. Босишга рухсат этилди 25.10.2017.

Формат 60x84 1/8. Офсет босма. Офсет қоғози.
«PragmaticUZ» гарнитура. 305 нусха. Буюртма № 488.
«Super-Print» хусусий босмаҳонасида чоп этилди.
Фарғона шаҳар, Қувасой кўчаси, 81/1.

МУНДАРИЖА

CONTENTS

ОРИГИНАЛ МАҚОЛАЛАР

ORIGINAL ARTICLES

- Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Джалалов М.Ж., Холметов Ш.Ш.** Сопутствующие аномалии и пороки развития при норектальной мальформации у детей 6 **Aliev M.M., Narbaev T.T., Dzhahalalov M.Zh., Holmetov Sh.Sh.** Concomitant anomalies and maldevelopments at anorectal malformation in children
- Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Теребаев Б.А.** Выбор метода промежностной проктопластики при низких свищевых формах аноректальной мальформации у детей 10 **Aliev M.M., Narbaev T.T., Turaeva N.N., Terebaev B.A.** The selection method for perineal proctoplastics with low fistular forms of anorectal malformation at children
- Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А.** Выбор метода трансуретральной коррекции рефлюксирующих аномалий уретерovesикального сегмента у детей 15 **Aliev M.M., Rakhmatullaev A.A., Terebaev B.A.** The choice of method for transurethral correction of refluxing anomalies at ureterovesical segment in children
- Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А.** Эндоскопическая коррекция стенозирующих аномалий развития уретерovesикального сегмента у детей раннего возраста 19 **Aliev M.M., Rakhmatullaev A.A., Terebaev B.A.** Endoscopic correction of stenosis anomalies for ureterovesical segment development at children of early age
- Абдикаликов Ж.А., Боронбаева Э.К., Айбашев Х.А., Кутбаев С.К.** О принципах показания к хирургическому лечению хронического тонзиллита у детей 24 **Abdikhalikov Zh.A., Boronbaeva E.K., Aybashev H.A., Kutbaev S.K.** About principles of indication to surgical treatment chronic tonsillitis at children
- Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.** Эндовизуальные эхинококкэктомии при сочетанном эхинококкозе легкого и печени у детей 27 **Abdusamatov B.Z., Salimov Sh.T., Vahidov A.Sh.** Endovisual echinococcectomy with combined echinococcus of lung and liver at children
- Акбаров Н.А., Гафуров А.А., Туйчиев Г.У., Касимов К.Л., Юлдашев М.А.** Показания к поперечно-клиновидной резекции нижнего полюса почки и ее эффективность при двустороннем нефролитиазе у детей 30 **Akbarov N.A., Gafurov A.A., Tuychiev G.U., Kasimov K.L., Yuldashev M.A.** Indices for transverse cuneate resection of lower kidney's pole and it is efficacy at bilateral nephrolithiasis at children
- Алиев М.М., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Нарбаев Т.Т., Юлдашев Р.З.** Холецисто-дуоденоанастомоз при кистозной трансформации наружных желчных протоков у детей 33 **Aliev M.M., Turaeva N.N., Tilavov U.Kh., Narbaev T.T., Yuldashev R.Z.** Cholecystitis duodenal anastomosis at cystic transformation of external biliary tructs at children
- Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю.** Оптимизация хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей 36 **Akhmedov Yu.M., Khaitov U.Kh., Mavlyanov F.Sh., Akhmedov I.Yu.** Optimization of surgery treatment of innate hydronephrosis at children
- Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Пирназаров И.П.** Бола-ларда жарроҳлик амалиётларидан сўнг битишмали жараёнларга мойилликни аниқлаш 39 **Berdiev E.A., Salimov Sh.T., Pirnazarov I.P.** Differentiated approach to prophylaxis of adhesion process in abdominal cavity at children
- Давлятов С.Б., Боходуров Дж.Т.** Лечение эхинококкоза у детей 42 **Davlyatov S.B., Bokhodurov Dj.T.** Treatment of echinococcosis at children
- Долимов К.С., Абдумажидов А.Ш., Тухтамуродов З.З.** Эвентрации после хирургических операций 45 **Dolimov K.S., Abdumajidov A.Sh., Tuxtamurodov Z.Z.** The eventration after surgical operations

- Камолов Ш.Б., Эргашев Б.Б., Бердалиева З.Б.** 47 **Kamolov Sh.B., Ergashev B.B., Berdalieva Z.B.**
 Оптимизация лечебной тактики при атрезии тонкой
 кишки у новорожденных
Optimization of medical tactics at atresia of small intestine at newborns
- Кахаров М.А., Муминов Ф.Б., Джураев Х.А., Сидиков А.У., Муродова Ш.** 50 **Kakharov M.A., Muminov F.B., Juraev Kh.A., Sidikov A.U., Murodova Sh.**
 Предоперационная подготовка больных с хроническим толстокишечным стазом
Preoperative training of patients with chronic stasis
- Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А.** 53 **Kuryazova Sh.M., Ilkhomova X.A.**
 Клинико-анамнестическая характеристика сочетанных патологий почек с заболеваниями органов пищеварения у детей региона Приаралья
Clinical-anamnestic characteristic of renal pathology combined with gastrointestinal organs diseases in children of the Aral sea region
- Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Бобоев З.А.** 56 **Makhmadzhonov D.M., Sultonov Sh.R., Boboev Z.A.**
 Определение качества жизни детей с мочекаменной болезнью после операции
Determining the life quality for children with urolithiasis after operation
- Нарзикулов У.К.** 59 **Narzikulov U.K.**
 Оценка и результаты лечения переломов проксимального эпиметафиза лучевой кости у детей и подростков
Evaluation and result of fracture for proximal epimetaphysis of radial bone at children
- Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б., Окулов Е.А., Маматкулова М.Д., Ким В.О.** 62 **Okulov A.B., Negmadjanov B.B., Okulov E.A., Mamatkulova M.D., Kim V.O.**
 Аномалии развития репродуктивных органов у детей и подростков
Maldevelopments of reproductive organs at children and adolescents
- Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б., Окулов Е.А., Маматкулова М.Д., Ким В.О.** 64 **Okulov A.B., Negmadjanov B.B., Okulov E.A., Mamatkulova M.D., Kim V.O.**
 Перманентная реабилитация после вагинопластики у детей и подростков
Permanent rehabilitation after vaginoplasty at children and adolescents
- Сапаев О.К.** 66 **Sapayev O.K.**
 Актуальные вопросы и их решение в хирургии врожденного гидронефроза у детей
Topical questions and their solution in surgery of congenital hydronephrosis in children
- Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Абдуллоев М.Ф., Ахмедов Р.Ш.** 72 **Sultonov Sh.R., Rasulov S.S., Abdulloev M.F., Ahmedov R.Sh.**
 Эндовидеохирургия в диагностике и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей
Endovideosurgery in diagnosis and treatment of acute diseases for small pelvis at children
- Султонов Ш.Р., Сафаров А.И., Атоев И.К.** 75 **Sultonov Sh.R., Safarov A. I., Atoyev I.K.**
 Выбор тактики хирургического лечения уретероцеле у детей
The choice of tactics for surgical treatment ureterocele at children
- Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Талипов М.Г.** 78 **Salikhodjaev Sh.N., Ismailova M.U., Talipov M.G.**
 Гемодинамические показатели на этапах комбинированной общей анестезии с применением пропофола при малотравматичных хирургических вмешательствах у детей
Hemodynamic parameters at the stages of combined general anesthesia with use propofol in low-traumatic surgical interventions at children
- Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Мирзакаримов Б.Х., Косимов К.Л., Нарбаев Т.Т., Исаков Н.З.** 82 **Tuychiev G.U., Gafurov A.A., Mirzakarimov B.Kh., Kosimov K.L., Narbaev T.T., Isakov N.Z.**
 Жигар циррози портал гипертензиясида бемор болалар ҳаёт сифатини аниқлаш
Determination of life quality for children with cirrosis of the liver
- Умарбекова Н.Ф., Тошметова Б.Р.** 84 **Umarbekova N.F., Toshmetova B.R.**
 Особенности состояния сердечно-сосудистой системы у детей на разных стадиях заболеваний почек
Features of cardiovascular system condition in children with different stages of kidney diseases

- Умарходжаев Ф.Р., Искандаров М.М., Юлдашев А.Ж., Эргашев Б.Н., Умарходжаева К.Ф.** Комплексное хирургическое лечение сколиоза у детей и подростков 87 **Umarchodzhaev F.R., Iskandarov M.M., Yuldashev A.Zh., Ergashev B.N., Umarchodzhaeva K.F.** Complex surgical treatment of scoliosis in children and adolescents
- Умарходжаев Ф.Р.** Разработка двухэтапного метода хирургического лечения сколиоза у детей 90 **Umarchodzhaev F.R.** Development of a two-stage method of surgical treatment scoliosis in children
- Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Умаров К.М.** Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений легкого 93 **Usmanov Kh.S., Abdusamatov B.Z., Umarov K.M.** Videothoracoscopy effectiveness in diagnosis and treatment of lung injuries
- Усманов Х.С., Салимов Ш.Т., Пирназаров И.П.** Применения видеоторакоскопии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний лёгких и плевры у детей 95 **Usmonov X.C., Salimov Sh.T., Pirnazarov I.P.** Videothoracoscopy applications in treatment of purulent inflammatory diseases at lungs and pleuras at children
- Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Мирзахмедов У.М.** Хирургические аспекты лечения хронических колостазов у детей 97 **Khamraev A.Zh., Karimov I.M., Mirzakhmedov U.M.** Surgical aspects of treatment chronic colostasis at children
- Худайназарова С.Р., Алимухамедова М.Р.** Педиатрия амалиётида дисметаболик нефропатия ва уни олдини олиш 102 **Khudaynazarova C.R., Alimukhamedova M.R.** Dymethabolic nephropathy prophylaxis in pediatric practice
- Чўлиев М.С.** Эрта ёшдаги болаларда ўткир гематоген эпиметафизар остеомиелитни диагностикаси ва давоси 104 **Chuliyev M.S.** Acute hematogenic epimethaphysis osteomyelitis at infants. diagnosis and treatment
- Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П.Ш., Абдулоев С.Я.** Консервативное лечение патологического вывиха бедра новорожденных и детей грудного возраста 108 **Shernazarov I.B., Sultonov Sh.R., Rakhmonov Sh.J., Sharipov P.Sh., Abduloev S.Ya.** Conservative treatment of the pathological hip dislocation at infants and the children of breast age
- Эргашев Б.Б., Рўзमतов И.Б.** Чақалоқларда омфалоцеленинг клиник кечиш хусусиятлари 110 **Ergashev B.B., Ruzmatov I.B.** Clinical features of omphalocele course newborns
- Эргашев Н.Ш., Отамуратов Ф.А.** Анатомические особенности основных клинических форм аноректальных мальформаций у девочек 113 **Ergashev N.SH., Otamuradov F.A.** Anatomic characteristics of main clinical forms for anorective malformations at girls
- Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б.** Частота встречаемости и аспекты диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей 117 **Ergashev N.Sh., Sattarov J.B.** Frequency of occurrence and aspects of malrotation diagnosis and abnormalities of intestinal fixation at children
- Агзамходжаев С.Т.** Современное состояние проблемы лечения врожденного гидронефроза у детей 121 **Agzamkhodjaev S.T.** The current problems of the treatment of congenital hydronephrosis
- Дехконбоев А.А., Юсупалиева Г.А.** Методы визуализации ранних осложнений некротизирующего энтероколита 126 **Dehqonboev A.A., Yusupalieva G.A.** Imaging methods of early complications for necrotizing enterocolitis
- Ниязова З.А., Бузрукон В.Т., Абзалова Ш.Р., Абдуллаев Ш.О.** Травматическое повреждение органа зрения как активный фактор в развитии инвалидности среди населения 131 **Niyazova Z.A., Buzrukov B.T., Abzalova Sh.R., Abdullayev Sh.O.** Traumatic damage to the organ of vision as an active factor in the development of disability among the population

АЛИЕВ М.М., РАХМАТУЛЛАЕВ А.А., ТЕРЕБАЕВ Б.А.

ВЫБОР МЕТОДА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФЛЮКСИРУЮЩИХ АНОМАЛИЙ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Уточнение показаний к выбору метода трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Материал и методы. В основу исследовательской работы положен опыт обследования и лечения 226 детей с рефлюксирующими аномалиями развития уретеровезикального сегмента (УВС) в возрасте от 3 мес. до 15 лет. Исследования выполнены на кафедре факультетской хирургии детского возраста (2009-2017 гг.) ТашПМИ и на базе кафедры в отделе детской хирургии (2013-2017 гг.) РСНПМЦП.

Результаты. Исследования показало, что при всех степенях тяжести РА УВС могут быть использованы болюсные методы эндоскопической коррекции ПМП. Выбор метода STING, HIT 1 или HIT 2 зависит от степени тяжести нарушений уродинамики и анатомических особенностей аномалии УВС.

Уретеровезикальный сегмент (УВС) представляет собой в анатомическом и функциональном отношении образование, основными компонентами которого являются устье мочеточника, подслизистый, интрамуральный (внутримышечный) и юкставезикальный отделы. Анатомическая связь указанных компонентов и мочевого пузыря определяет основную функцию сегмента - беспрепятственный транспорт мочи из мочеточника в мочевой пузырь и предотвращение обратного тока мочи. Нарушение анатомических связей этих компонентов приводит к развитию обратного оттока мочи от мочевого пузыря к почке, то есть пузырно-мочеточниковому рефлюксу [1, 5, 7].

Впервые о малоинвазивном эндоскопическом способе коррекции ПМП заявил E. Matouschek в 1981 г. Он выполнил введение тefлоновой пасты ребенку 8 лет в область устья рефлюксирующего мочеточника. В 1984 г. P. Puri и O'Donnell экспериментальными исследованиями, вводя тefлон в устья рефлюксирующих мочеточников лабораторных животных, обосновали механизм эндоскопического устранения ПМП. Это послужило мощным толчком для последующего развития эндоскопических технологий в лечении ПМП как в Европе, так и в Северной Америке. Методика получила название STING (Subureteral Transurethral Injection). В основе метода лежит инъекция объемобразующего вещества в стенку мочевого пузыря до смыкания устья и удлинения интрапузырного отдела мочеточника [3, 4, 11].

С учетом возрастных особенностей течения болезни у детей методы коррекции аномалий претерпели определенные изменения, что позволило разработать ряд новых способов введения полимера под устье мочеточника при тяжелых степенях рефлюксирующих аномалий [2, 6, 12].

Подобные данные приводит и N. Carozza (2004 г). В его исследовании по лечению ПМП III степени родителям были предложены 3 способа коррекции: эндоскопическая, терапевтическая и хирургичес-

кая. В результате 80% родителей выбрали эндоскопическое лечение, антибактериальную терапию предпочли 5%, а открытую операцию — 2%. 13% родителей не смогли предпочесть тот или иной вид лечения. Недостатком эндоскопического лечения по методикам STING и HIT является относительно низкая эффективность при высоких степенях ПМП [8-10].

Таким образом, не разработаны дифференциально-диагностические критерии для поиска оптимального способа лечения к конкретному виду аномалий развития УВС у детей, определения показаний к широкому применению эффективных высокотехнологичных эндоскопических методов операций, решение которых, несомненно, улучшит результаты лечения больных и качество их жизни.

Цель работы — уточнение показаний к выбору метода трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Материал и методы

В основу исследовательской работы положен опыт обследования и лечения 226 детей с рефлюксирующими аномалиями развития уретеровезикального сегмента (УВС) в возрасте от 3 мес. до 15 лет. Исследования выполнены на кафедре факультетской хирургии детского возраста (2009-2017 гг.) ТашПМИ и на базе кафедры в отделе детской хирургии (2013-2017 гг.) РСНПМЦП.

Результаты проведенных эндоскопических и морфофункциональных исследований позволили разработать рабочую классификацию аномалий развития УВС у детей. Необходимость данной разработки продиктована тем, что существующие классификации нарушений функций УВС отражают не само сущность аномалии, а ее осложнения, проявляющиеся в виде мегауретер или уретерогидронефроза (рис.).

Разработанная нами рабочая классификация, основанная на эндоскопических и морфологических признаках аномалий развития УВС у детей, обсуждена и одобрена на заседании научного

общества детских хирургов республики (май 2015 г.) и на IV съезде педиатров республики Узбекистан (ноябрь 2015 г.), на I съезде детских хирургов России (октябрь 2015 г.).

Повторная госпитализация проводилась через 3-6 месяцев, в зависимости от сохранения или купирования клинических признаков заболевания. Результаты коррекции оценивались по экскреторной урографии и микционной цистографии.



Рис. Клинико-анатомическая рабочая классификация аномалий развития УВС у детей

Эндоскопическую трансуретральную коррекцию рефлюксирующих аномалий (РА) УВС осуществляли при всех трех степенях тяжести РА: легкой, средней и тяжелой степени по разработанному нами алгоритму исследований (табл. 1.).

Послеоперационное пребывание больных в стационаре составило в среднем $1,93 \pm 0,32$ дней (1-3 дней). В 23% случаях в ближайший послеоперационный период развившиеся транзиторные осложнения (обострение цистита и пиелонефрита, дизурия) удалось ликвидировать консервативными мероприятиями, с использованием антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины II и III поколения) и уросептиков (канефрон, тутукон), а также селективных спазмолитиков (Оксибутинин), эффективно расслабляющих детрузоры.

Характер выполненных эндоскопических вмешательств при РА у детей

Степень тяжести РА УВС	Эндоскопические методы лечения			Всего
	STING	НIT I	НIT II	
Лёгкая	24 (35)	-	-	24 (35)
Средняя	84 (122)	29 (37)	12 (13)	125 (172)
Тяжелая	21 (30)	14 (17)	42 (45)	77 (92)
Итого	129 (187)	43 (54)	54 (58)	226 (299)

Примечание. В скобках указано количество мочеточников

На начальных этапах исследования при всех степенях тяжести РА УВС пользовались методом STING, который, как показал опыт, не всегда обеспечивает положительный результат, особенно при средней и тяжелой степени ПМР. В последующем, при средних и тяжелых степенях РА УВС, эндоскопическую коррекцию осуществляли по методике НIT I и НIT II.

Больные выписывались с рекомендацией обильного питьевого режима и приема уросептиков. Динамика опорожнения чашечно-лоханочной системы и мочеточника оценивалась под контролем ультразвука, которое проводили через 1 месяц.

Таблица 1

Как видно из таблицы 2, из наиболее часто наблюдаемых осложнений ближайшего послеоперационного периода можно отметить обострение пиелонефрита и цистита при выполнении методик НIT I и НIT II с гидродилатацией. Эти осложнения наблюдались на ранних этапах освоения методики, до внедрения в практику длительного дооперационного лечения антибиотиками широкого спектра (до 2-х недель) и диуретической терапии (в течении 3-5 дней).

В сроки 3-6 мес. после коррекции по методике STING, всем 129 больным (187 мочеточников)

проведена экскреторная урография и микционная цистограмма. На экскреторной урографии у всех больных расширение ВМП не отмечено. При микционной цистографии в 148 (79%) случаях находили положительный результат при легкой и средней степени РА УВС. На 31 (16,7%) мочеточнике зарегистрировано снижение тяжести рефлюкса в среднем на 1 степень, в 8 (4,3%) — без изменений, т.е. степень рефлюкса сохранялась.

При оценке результатов коррекции по НIT 1 в сроки 3-6 мес. после лечения средней степени РА, у всех 43 больных (54 мочеточников) на экскретор-

ной урографии расширение ВМП не отмечено. На 45 (83,3%) мочеточниках отмечен положительный результат, на 6 (11,1%) зарегистрировано снижение степени рефлюкса на 1-2 степени, на 3 (5,6%) — без изменений, т.е. степень рефлюкса сохранялась.

ных размеров происходило к 30-40-й минуте. В отдаленные сроки исследования расширение мочеточника не превышало 1,0 см в диаметре, что свидетельствовало об адекватной проходимости УВС.

Вторичный ПМР II IV степени, обусловленный аномалиями развития УВС, после эндоскопической коррекции (299 мочеточников) диагностирован в 47 наблюдениях (15,7%). При контрольной цистоскопии выявлена недостаточность УВС, снижение градиента профильного давления до 40-50%. 34 (11,4%) рецидива ПМР имели место после коррекции по методике STING, причиной

Таблица 2
Осложнения ближайшего периода после эндоскопической коррекции при рефлюксирующей аномалии УВС

Методы эндоскопической коррекции	Виды осложнений		
	Лейкоцитурия (в поле зрения)	Протеинурия (г/л)	Дизурия
STING n=24	15,3±0,75	0,18±0,9	7 (33,3%)
НIT I n=14	27,1±0,69	0,05±0,1	8 (33,3%)
НIT II n=12	28,3±0,52	0,07±0,07	4 (50%)

Примечание. P<0,05.

Лучшие результаты эндоскопической коррекции РА достигнуты при выполнении операции по НITII у больных со средней и тяжелой степенью. Положительные результаты в сроки 3-6 мес. после вмешательства отмечены на 51 (87,9%) мочеточнике, на 5 (8,6%) — снижение степени рефлюкса лишь на одну степень, в 2 (3,4%) наблюдениях сохранялась тяжелая степень рефлюкса.

Уродинамические характеристики положительных результатов после эндоскопической коррекции РА УВС в сроки 3-6 месяца, свидетельствовали о четкой зависимости результатов лечения от метода формирования болюса в области УВС: при легкой степени тяжести РА эффективным был метод STING, при средней степени — НIT I и при тяжелой степени — НIT II (табл. 3). Так, доплерометрическая оценка мочеточнико-пузырного выброса мочи показала практически одинаковые характеристики. Лишь у 2-х детей после НIT I и 3-х больных после НIT II прослеживался обратный заброс мочи.

которых стала эвакуация пасты до окончания ее инкапсуляции и смещение сформированного болюса.

Причиной 8 (2,7%) рецидивов ПМР III степени после коррекции по НIT I явились недостаточное введение объёмобразующего вещества, не обеспечившего плотное смыкание устья мочеточника.

Причиной 5 (1,6%) рецидивов ПМР после коррекции по НIT II явились отек слизистой мочеточника и мочевого пузыря, вследствие чего возникла эвакуация пасты до окончания ее инкапсуляции.

При эндоскопической коррекции ПМР у больных с выраженными структурно-анатомическими отклонениями УВС, такими как тяжелая латерализация или эктопия устья, экстравезикализация устья мочеточника, отсутствие подслизистого отдела мочеточника возникали определенные сложности в точном размещении имплантата, что на наш взгляд, стало причиной рецидива ПМР. Шестеро больных перенесли частые обострения пиелонефрита и были оперированы через 6 месяцев после первичной коррекции. Остальные 41 больной повторно оперированы в сроки от 12 до 48 месяцев. После 2-х и 3-х кратных попыток повторного эндоскопического вмешательства по НIT II изменить конфигурацию УВС не удалось на 6 мочеточниках и больные были подвергнуты открытой хирургической коррекции: 4 — операции Politano-Leadbetter и 2 — Lich-Gregoir.

Таблица 3
Уродинамические характеристики положительных результатов эндоскопической коррекции РАУВС

Методы эндоскопической коррекции	Кол-во мочеточников	Допплерометрия МПВМ			ТЭП		
		Частота выброса в мин.	T _c (сек)	V _{max} (м/с)	T _{max} (мин)	P _{max} (%)	T _i (мин)
STING	187	2,3±0,47	1,45±0,17	0,34±0,04	9,3±0,67	29,6±0,37	34,4±0,89
НIT 1	54	2,5±0,36	1,37±0,2	0,33±0,02	8,6±0,75	26,5±0,87	31,2±0,78
НIT 2	58	2,6±0,27	1,28±0,16	0,36±0,04	7,4±0,34	28,7±0,47	37,6±0,69

Примечание. T_c — время продолжительности одного выброса мочи; V_{max} — максимальная скорость выброса мочи; T_{max} — время достижения максимального расширения ЧЛС (мин); P_{max} — максимальное расширение ЧЛС (%); T_i — время возвращения (время сокращения) размеров ЧЛС к исходным значениям (мин); — P<0,01

Анализ трансформационной эхопелоскопии показал, что расширение ЧЛС не выражено после коррекции ПМР по STING и НIT 1. Максимальное расширение дистального отдела мочеточника (25-30%) отмечалось к 7-10-й минутам исследования от начальных размеров и восстановление исход-

Один рецидив ПМР после операции Politano-Leadbetter и 1 рецидив ПМР после операции Lich-Gregoir удалось устранить эндоскопической коррекцией.

Выводы

1. Результаты исследований дают основание

считать, что при всех степенях тяжести РА УВС могут быть использованы болюсные методы эндоскопической коррекции ПМР.

2. Выбор метода STING, HIT 1 или HIT 2 зависит от степени тяжести нарушений уродинамики и анатомических особенностей аномалии УВС.

3. При правильно выбранной методике эндоскопической коррекции транзиторные осложнения ближайшего послеоперационного периода легко купируются консервативными мерами, включающими антибактериальную, уросептическую и селективную спазмолитическую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А., Саттаров Х.А., Султанов А.К. «Отдаленные результаты оперативной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей». Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015: 89-95.
2. Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А., Султанов А.К., Рузиев М.Ю. «Эндоскопическое лечение при высоких степенях пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей». Российский съезд детских хирургов» г. Москва. 2015: 23-24.
3. Зоркин С.Н. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Медицинский научный и учебно-методический журнал. 2001; 3: 29-44.
4. Москалева Н.Г. Интермиттирующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей: Дис... канд. мед.наук. Моск НИИ урологии. Москва. 2002: 140.
5. Павлов А.Ю., Маслов С.А., Поляков Н.В., Лисенок А.А., Симонян Г.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Леч. врач. 2006: 7.
6. Aubert D. Vesicoureteric reflux treatment by implant of polydimethylsiloxane (Macropastique): review of the literature. Prog urol 2010; 20 (4): 251-9.
7. Brakeman P. Vesicoureteral Reflux, Reflux Nephropathy, and End-Stage Renal Disease. Advances in Urology. 2008: 508-949.
8. Capozza N., Lais A., Nappo S., Caione P. The role of endoscopic treatment of vesicoureteral reflux: a 17-year experience. J Urol. 2004; 172: 1626-1629.
9. Chertin B., Mohanan N., Farkas A., Puri P. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux associated with ureterocele. J Urol 2007; 178: 1594-7.
10. Haferkamp A. Pitfalls of reposed subureteral boving collagen injection for the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux. J. Urology. 2000; 163: 1919.
11. Khoury AE, B?gli DJ. Vesicoureteral reflux. In AJ Wein et al., eds., Campbell-Walsh Urology, 10th ed. 2012: 3267-3309.
12. Lee J.H., Son C.H., Lee M.S. et al. Vesicoureteral reflux increases the risk of renal scars: a study of unilateral reflux. Pediatr Nephrol. 2006; 21: 1281-1287.

Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А.

УРЕТЕРОВЕЗИКАЛ СЕГМЕНТНИНГ РЕФЛЮКСЛАНУВЧИ АНОМАЛИЯЛАРИДА ТРАНСУРЕТРАЛ КОРРЕКЦИЯ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Калит сўзлар: қовуқ — сийдик найи рефлюкси, урология, трансуретрал коррекция, болалар.

Текшириш асосига 3 ойликдан 15 ёшгача бўлган уретеровезикал сегментнинг рефлюксланувчи аномалияси билан даволанган 226 та бемор киритилган. Тадқиқот ТошПТИ факультет болалар хирургия кафедрасида (2009-2017 йй.) РИИАТПМ болалар хирургия бўлими базасида (2013-2017 йй.) амалга оширилган.

Текшириш шуни кўрсатдики, рефлюксланувчи аномалияларнинг ҳамма даражасида эндоскопик коррекциянинг болюс усулини қўллаш мумкин. STING, HIT 1 ёки HIT 2 усулларни танлаш уродинамика бузилиш даражасига ва УВС анатомик тузилишига боғлиқ.

Aliev M.M., Rakhmatullaev A.A., Terebaev B.A.

THE CHOICE OF METHOD FOR TRANSURETHRAL CORRECTION OF REFLUXING ANOMALIES AT URETEROVESICAL SEGMENT IN CHILDREN

Key words: vesicoureteral reflux, urology, transurethral correction, children

The research was based on experience of examination and treatment 226 children with refluxive anomalies at development of ureterovesical segment (UVS) at the age from 3 months. to 15 years. The research was carried out at Department of Faculty Surgery of Childhood (from 2009 to 2017) at TashPMI, and, on the base of Department for Pediatric Surgery (from 2013 to 2017) at RSSPMPC.

The studies showed that bolus method of endoscopic correction PMR can be used at all degrees of severity for RA of UVS. The choice of the method is STING, HIT 1 or HIT 2, and it depends on severity of urodynamic disturbances and the anatomical features of UVS' anomaly.