

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

Тахририят манзили:

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

E-mail: peditriya_redakcia@mail.ru

Тахрир 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.

Тахрир 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)
Насиров 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)

Тахририят 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
- Абдихаликов 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., Бузрукوف 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.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ URETEROVESICAL SEGMENT У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение результатов лечения стенозирующих аномалий развития уретерovesикального сегмента у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт обследования и лечения 88 детей в возрасте 0,5-3 лет со стенозирующими аномалиями развития уретерovesикального сегмента (УВС).

Результаты. Исследование показало об эффективности эндоскопических методов коррекции стенозирующих аномалий УВС у детей. Главным преимуществом предложенных методов вмешательства является обеспечение адекватного отведения мочи из всех отделов собирательной системы почки.

В последние годы большинство исследователей отказывается от открытых хирургических операций в пользу консервативных и эндоскопических способов ведения больных с аномалиями развития УВС у детей. Вместе с тем результаты ряда мультицентровых исследований свидетельствуют, что консервативное лечение способно улучшить состояние лишь ограниченного контингента больных [2, 4, 9].

Эндохирургические способы лечения детей с аномалиями развития УВС, хотя и приобретают все большее число сторонников, однако недостаточно изученные механизмы нарушения уродинамики снижают положительные результаты этих вмешательств [10, 12]. Наличие различных форм аномалий развития УВС, с преимущественным преобладанием среди детей стенозирующих аномалий предопределяет дифференцированный подход к тактике лечения этих больных [1, 6, 8].

Признание получила методика трансуретральной уретеропластики при стенозирующих аномалиях УВС, которая включает бужирование или баллонную дилатацию УВС со стентированием мочеточника и рассечение уретероцеле [11, 13]. Впервые в детской практике подобный подход к лечению obstructивного мегауретера опубликован в работе N.V.Dorasvely (1990), где приведены два случая успешной эндоскопической уретеропластики с использованием баллонного дилататора Фогерти. Однако, до настоящего времени сохраняются разночтения результатов этих вмешательств, выполненных у детей раннего возраста [3, 5, 7].

Цель работы — изучение результатов лечения стенозирующих аномалий развития уретерovesикального сегмента у детей раннего возраста.

Материалы и методы

В основу работы положен опыт обследования и лечения 88 детей в возрасте 0,5-3 лет со стенозирующими аномалиями развития уретерovesикального сегмента (УВС). Эндоскопическое стентирование осуществлялось антирефлюксными стентами фирмы «BioradMedisysPVT» (Индия) и после стентирования мочеточника заканчивалось дренированием мочевого пузыря уретральным катетером на 1-2 сутки в катетером Фолея 8-12 Fr возрастных размеров.

Показания к эндоскопической трансуретральной коррекции органических стенозирующих аномалий (СА) УВС определяли по характеру функциональных нарушений: легкой, средней и тяжелой степени согласно разработанного нами алгоритма диагностических исследований.

У 88 больных (125 мочеточников) с СА выполнены 3 варианта эндоскопической коррекции УВС (табл. 1).

Таблица 1
Характер выполненных эндоскопических вмешательств при СА УВС у детей

Типы аномалии УВС	Эндоскопические методы лечения			Всего
	Бужирование УВС**	Баллонная дилатация УВС**	Рассечение уретероцеле	
СА ОХ*	8 (11)	21 (29)	16 (18)	53 (66)
СА ФХ*	21 (35)	22 (32)	-	35 (59)
Итого	29 (46)	43 (61)	16 (18)	88 (125)

Примечание. В скобках указано количество мочеточников. * — СА - стенозирующие аномалии; ОХ — органического характера; ФХ — функционального характера. ** — Бужирование и баллонная дилатация УВС осуществлялись с обязательным стентированием нижней трети мочеточника

Как видно из таблицы 1, мы в своей практике отдавали предпочтение баллонной дилатации УВС со стентированием нижней трети мочеточника. У 16 детей (18 мочеточников) выполнено рассечение уретероцеле только при его интрапузырной форме.

При смотровой цистоскопии устье катетеризировалось гибким проводником на глубину 8-10 см. По нему последовательно выполняли бужирование устья коническими бужами фирмы «Biorad Medisys

PVT» (Индия) 6-8-10-12 Fr, на всем протяжении УВС под двойным видео+УЗИ контролем. У детей в возрасте до 3-х лет бужирование проводили до 6 Fr.

Баллонную дилатацию проводили с помощью баллонированного катетера фирмы «Biorad Medisys-PVT» (Индия), баллон-катетер проводили по гибкому проводнику, дилатацию УВС выполняли до 6Fr с давлением до 2 Atm/bar. Критерием эффективности дилатации считали обильное поступление мутной мочи с провалом бужа или баллона (Purielal P., 1991).

Результаты и обсуждение

После бужирования или дилатации УВС по проводнику при помощи «толкателя» проводился полиуретановый стент диаметром 4-10Fr той же фирмы, устанавливаемый одним концом в нижнюю треть мочеточника, другим — в полость мочевого пузыря (рис.1). Стенты в мочеточник устанавливались сроком на 20-30 дней.

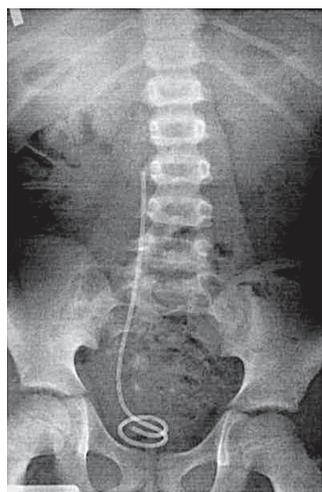


Рис. 1. Обзорная урография. Адекватное стояние «низкого» стента

УВС и устанавливали стент следующего размера сроком на 20-30 дней.

Ведение детей с двойным J (JJ) стентированием было более успешным, чем высокая деривация мочи с помощью чрезкожной пункционной нефростомии. Показания к чрезкожной пункционной нефростомии определялись выраженной девиацией мочеточника и резким уменьшением его сократительной способности, когда деривация мочи из нижнего отдела мочеточника осуществлялась недостаточно. Учитывая это была разработана модификация стентов, отвечающая условиям адекватного дренирования верхних мочевых путей. Для этой цели использовались т.н. «низкие стенты», вводимые после эндохирургичес-

кого вмешательства до средней трети мочеточника или первого коленообразного изгиба.

Для рассечения уретероцеле использовали эндоскопическое оборудования фирмы «KARL STORZ» (Германия): электрорезектоскоп 10 CH с петлевидными электродами и крючкообразным холодным ножом. Рассечение производили коротким разрезом, длина которого не превышала длину рабочей части электрода и крючка холодного ножа (3 мм). Заканчивали вмешательство дренированием мочевого пузыря уретральным катетером Фолея 8-12Fr на 1-2 сутки.

Эндохирургическое вмешательство на УВС проводилось всегда на фоне антибактериальной профилактики, в течение 1-2 суток перед вмешательством, в зависимости от результатов анализов мочи и бактериального посева мочи с определением чувствительности флоры к антибиотикам.

У всех больных в ближайший послеоперационный период развившиеся транзиторные осложнения (атония мочеточника, геморрагический цистит, обострение пиелонефрита, дизурия) удалось ликвидировать консервативными мероприятиями, состоящими из антибактериальной, противовоспалительной терапии и физиотерапевтических процедур, стимулирующих сократительную способность мочеточника (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, из наиболее часто наблюдаемых осложнений ближайшего послеоперационного периода можно отметить обострение пиелонефрита и транзиторные нарушения уродинамики. Инфузионная и антибактериальная терапия привели к нормализации температуры тела, анализов мочи и ликвидации дизурий.

Для оценки результатов эндоскопического бужирования УВС с низким стентированием, в сроки 1-3 мес. после лечения, 29 больному (46 мочеточников) проведена экскреторная урография. Из 46 обследованных почек и мочеточников в 35(76,1%) случаях зарегистрировано снижение степени расширения ВМП в среднем на $47,5 \pm 1,1\%$ (рис.2-4.), в 9 (19,6%) — без изменений и в 2 (4,3%) отмечено расширение размеров ВМП.

Таблица 2

Осложнения ближайшего периода после эндоскопической коррекции при стенозирующей аномалии УВС у детей

Методы эндоскопической коррекции	Виды осложнений			
	Лейкоцитурия (в поле зрения)	Протеинурия (г/л)	Атония мочеточника (выброс мочи/мин)	Дизурия
Бужирование УВС, n=17	19,3±1,25	0,18±0,9	1,83±0,06	7 (33,3%)
Баллонная дилатация УВС, n=27	17,1±0,69	0,05±0,1	1,55±0,07	8 (33,3%)
Рассечение уретероцеле, n=11	28,3±0,52	0,07±0,07	1,9±0,05	4 (50%)

Примечание. P<0,05.

Для оценки результатов эндоскопической баллонной дилатации УВС с низким стентированием мочеточника, в сроки 1-3 мес. после лечения, у 43 больных (61 мочеточников) изучены показатели

экскреторной урографии. Из 61 обследованных почек и мочеточников в 54 (88,5%) случаях зарегистрировано снижение степени расширения ВМП на $58,4 \pm 1,2\%$ (рис.5, 6), в 5 (8,2%) — без изменений и в 2 (3,3%) отмечено расширение размеров ВМП.



Рис.2а. Больной А. 7 лет
Экскреторная урография. Мегауретер III степени слева. До бужирования УВС с низким стентированием слева



Рис.2б. Тот же больной
Экскреторная урография через 1 мес. после бужирования УВС с низким стентированием слева



Рис.2в. Тот же больной
Экскреторная урография через 3 мес. после повторного бужирования УВС с заменой низкого стента слева через 30 дней

Для изучения уродинамики положительных результатов после эндоскопической коррекции при СА УВС в сроки 1-3 месяца нами проведены специальные методы исследования: УЗИ мочеточнико-пузырного выброса мочи (МПВМ) с помощью импульсно-волновой доплерометрии и трансформационная эхопелоскопия (ТЭП) с диуретической нагрузкой (табл. 3.).

При импульсно-волновой доплерометрии мочеточнико-пузырных выбросов мочи у детей с положительными результатами частота, продолжительность и максимальная скорость МПВМ были близки к нормальным значениям. Анализ трансформационной эхопелоскопии показал, что чем выраженнее

исходная дилатация мочеточника, тем меньше его расширение в момент исследования.

Максимальное расширение дистального отдела мочеточника (35-40%) отмечалось к 5-8 минутам исследования от начальных размеров и восстановление исходных размеров происходило к 35-45-й минуте. У этой группы больных в период исследования расширение мочеточника не превышало 1,5 см в диаметре, что свидетельствовало о сохранности тонуса его стенки.

Послеоперационное пребывание больных в стационаре составило в среднем $2,06 \pm 0,49$ дней (1-3 дней). Больные выписывались с рекомендацией обильного питьевого режима и приема уросептиков и антигистаминного препарата (для предотвращения сенсibilизации к материалу стента) на весь период (20-30 дней) до удаления стента на амбулаторное наблюдение. Динамика опорожнения нижней трети мочеточника и чашечно-лоханочной системы оценивалась под контролем ультразвука, который проводился раз в 10 дней в течение 1 месяца. Как правило, тенденция к уменьшению диаметра нижней трети мочеточника уже в течение 2-х недель свидетельствовала об обратимости изменений в расширенном мочеточнике. Повторная госпитализация проводилась на 20-30 суток после стентирования мочеточника для удаления или замены стента. Осуществляли контрольную экскреторную урографию, 1-2 снимка в зависимости от исходного состояния ВМП, а после рассечения уретероцеле исследование дополняли микционной цистографией.

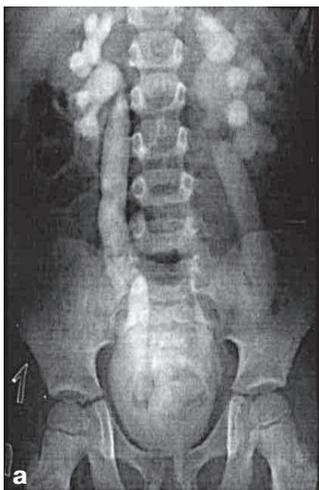


Рис.3а. Больной В. 5 лет
Экскреторная урография. Мегауретер II степени справа, III степени слева. До баллонной дилатации УВС



Рис.3б. Тот же больной
Экскреторная урография через 3 мес. Положительная динамика

Для оценки результатов эндоскопической операции при уретероцеле модифицированным методом рассечения в виде перевернутой буквы «V» на экскреторной урографии 16 больному (18 мочеточников) в сроки 1-3 мес после вмешательства отмечено уменьшение просвета уретероцеле в среднем на 68,3%, на 14 (77,8%) мочеточниках сокращение мочеточников в среднем на 57,8% ($p < 0,05$) (рис.



Рис. 4а. Больной С., 6 лет

Экскреторная урография. Интрапузырное уретероцеле справа

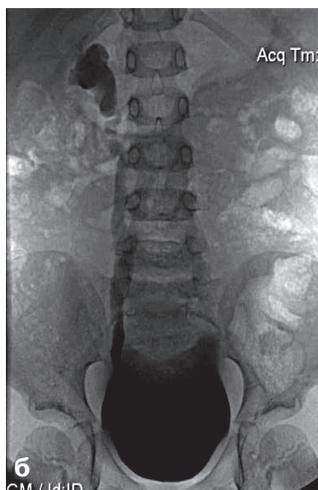


Рис. 4б. Тот же больной

Цистография. Неудовлетворительный результат. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс справа



Рис. 5. Больной Ф., 4 года

Экскреторная урография. Сокращение мочеточника и уменьшение просвета уретероцеле

способствовавшая обострению пиелонефрита (1 случай). При рассечении уретероцеле модифицированным способом выявлено сращение краев разреза и избытка рассеченной ткани уретероцеле, приведший к ПМР.

Рассечение уретероцеле осуществляли поперечно или полулуно, при этом верхняя стенка уретероцеле сокращалась между двумя точками фиксации (влагилицем Вальдейера и проксимальной уретрой), свободный край искусственного устья смещался в проксимальном направлении, вследствие чего устье приобретало дугообразную форму. Подслизистый отдел мочеточника укорачивался обратно пропорционально длине разреза, что не могло обеспечить плотное смыкание его стенок в области устья.

Учитывая этот недостаток общепринятого метода нами разработан вариант рассечения уретероцеле в виде перевернутой буквы «V». При этом сокращающаяся верхняя стенка уретероцеле, сохраняя обе точки фиксации, не смещает проксимальную границу искусственного устья, так как оно не имеет свободных краев,

ориентированных перпендикулярно к оси мочеточника. Поэтому длина подслизистого отдела мочеточника остается неизменной и зависит только от длины нанесенного разреза. После сокращения верхняя и нижняя стенки уретероцеле плотно смыкаются, что улучшает антирефлюксную функцию.

Выводы

1. Ближайшие и отдаленные результаты лечения свидетельствуют об эффективности эндоскопических методов коррекции стенозирующих аномалий УВС у детей.

2. Главным преимуществом предложенных методов вмешательства является обеспечение адекватного отведения мочи из всех отделов собирательной системы почки.

3. Выявленные причины консервативно купируе-

Таблица 3
Уродинамические характеристики положительных результатов в ближайшие сроки после эндоскопической коррекции детей с СА УВС

Методы эндоскопической коррекции	Кол-во мочеточников	Допплерометрия МПВМ			ТЭП		
		Частота выброса в 1 мин.	T _c (сек)	V _{max} (м/с)	T _{max} (мин)	P _{max} (%)	T _i (мин)
Бужирование УВС	46	1,93±0,56	1,56±0,18	0,31±0,04	7,3±0,78	39,2±0,46	44,2±0,89
Баллонная дилатация УВС	61	2,9±0,2	1,8±0,4	0,34±0,03	5,8±1,1	36,5±3,6	41,1±0,78
Рассечение уретероцеле	18	2,4±0,36	1,2±0,1	0,33±0,02	6,4±0,44	35,8±0,37	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<0,01ф



Анализ причин неудовлетворительных результатов при дилатации УВС с низким стентированием показал выпадение стента в просвет мочевого пузыря (рис. 6.), миграция стента в просвет мочеточника (1 случай) и инкрустация стента солями и его обтурация,

Рис. 6. Больная П. 3 года, обзорная урография.

Выпадение стента в мочевой пузырь

мых осложнений и неудовлетворительных результатов зависели, главным образом, от выраженности мочевого инфекции, что требовало усиления консервативного лечения детей с СА УВС.

4. Изучение механизмов нарушения уродинами-

ки способствовало пересмотру существующей концепции о только открытом хирургическом лечении больных со стенозирующей аномалией и расширению показаний к эндоскопическим вмешательствам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Ф.К., Николаев В.В., Кулаев В.Д., Гусейнов А.Я. Эндоскопическое лечение детей с уретероцеле. Детская хирургия. 2008; 5: 29-34.
2. Айнакулов А.Д., Майлыбаев Б.М. Дифференцированный подход к лечению первичного обструктивного мегауретера у детей. Журнал Детская хирургия. 2014: 16.
3. Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ибрагимов К.Н., Курбанов Ж.Ж. Рентгендиагностика обструктивных уропатий на современном этапе. Материалы В Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва. 2006: 505-506.
4. Зоркин С.Н., Хворостов И.Н., Смирнов И.Е., Дворяковский И.В. Патогенетические основы формирования и принципы лечения обструктивных уропатий у детей. Монография. Педиатр. 2013: 184.
5. Теребаев Б.А. Выбор метод антирефлюксной защиты при хирургическом лечении обструктивного мегауретер у детей: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Ташкент, 2007.
6. Хворостов И.Н., Зоркин С.Н., Смирнов И.Е. Обструктивная уропатия. Урология. 2005; 4: 73-76.
7. Aknes G., Imaji R., Dewan P.A. Primary megaureter, results of surgical treatment. ANZ J. Surg. 2002; 72(12): 877-880.
8. Becker A., Baum M. Obstructive uropathy. Early Human Development. 2006; 82: 15-22.
9. Caione P., Capozza N. Is primary obstructive megaureter repair at risk for contralateral reflux. J. Urol. 2000; 164(3): 1061-1063.
10. Manzoni C. Megaureter. Rays. 2002; 27(2): 83-85.
11. Mungnirandr A., Zeeh U. Results of surgical repair of primary obstructive megaureter. J. Med. Assoc. Thai. 2006; 89(3): 329-333.
12. Perdzynski W., Kalicinski Z.H. Long-term results after megaureter folding in children. J. Pediatr. Surg. 1996; 31(9): 1211-1217.
13. Simoni F., Vino L. Megaureter: classification, pathophysiology, and management. Pediatr. Med. Chir. 2000; 22(1): 15-24.

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

ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА УРЕТЕРОВЕЗИКАЛ СЕГМЕНТНИНГ СТЕНОЗЛОВЧИ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ ЭНДОСКОПИК КОРРЕКЦИЯСИ

Калит сўзлар: эндоскопия, стенозловчи аномалия, даволаш, болалар

Текшириш асосига 6 ойдан 3 ёшгача бўлган уретеровезикал сегментнинг стенозловчи аномалияси билан даволанган 88 та бемор киритилган. Болаларда стенозловчи аномалияларни даволашда эндоскопик усулнинг самарадорлиги кўрсатиб берилди. Бу усулнинг афзал томони — сийдик ажратув тизими аъзоларининг барча қисмидан адекват сийдик оқимини таъминлаш мумкин.

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

ENDOSCOPIC CORRECTION OF STENOSIS ANOMALIES FOR URETEROVESICAL SEGMENT DEVELOPMENT AT CHILDREN OF EARLY AGE

Key words. Endoscopy, stenosis anomalies, treatment, children.

The study deals with treatment results of stenosis anomalies in development of ureterovesical segment at children. The work was based on experience of examination and treatment 88 children aged from 0,5 to 3 years, with stenosis anomalies at development ureterovesical segment (UVS). The study showed effectiveness of endoscopic correction methods of stenosis anomalies at children with UVS. The main advantage of proposed methods for intervention was to ensure adequate urine drainage from all parts of collecting system for kidney.