

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК:616-08.;616+617.002+611+612. (575.3).

На правах рукописи

МИРАКОВ ХУРШЕД МАХМАДОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ
ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ
(Экспериментально – клиническое исследование)**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук по специальности

14.01.19 – Детская хирургия

Душанбе – 2023 г.

Работа выполнена на кафедре детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель:

Ибодов Хабибулло

доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты:

Салимов Шавкат Тешаевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры общей и детской хирургии «Ташкентской медицинской академии», город Ташкент, Республика Узбекистан

Сафедов Фахриддин Холниёзович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Оппонирующая организация: Государственное образовательное учреждение «Таджикский национальный университет»

Защита диссертации состоится 29 декабря 2023 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан « _____ » _____ 2023 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета
д.м.н.**

Шарипов А. М.

Введение

Актуальность темы исследования. Одним из факторов развития уретерогидронефроза у детей является обструкция уретеровезикального сегмента (УВС), который по частоте среди других врождённых пороков мочевой системы занимает одно из ведущих мест [Адаменко О. Б., 2015, Азизов А. А. и др., 2020]. Значительная дилатация просвета мочеточника по всей протяжённости, начиная от надпузырного отдела до проксимальной части и далее с расширением полостной системы почки, в литературе носит название мегауретер (МУ), уретерогидронефроз (УГН), ахалазия мочеточника, атоничный, диспластичный, дилатированный, гидроуретер, мегадолихоуретер обструктивный и/или необструктивный [Бачу М. Р., 2005; Юшко Е. И., 2012; Баженов И. В. и др., 2013]. Все эти названия соответствуют процессам нарушения уродинамики в дистальном отделе мочеточников и выбор методов лечения зависит от причины развития патологии, а также от органических или функциональных изменений дистального отдела мочеточников. [Румянцева Г. Н. и др., 2015; Врублевский С. Г. и др., 2018]. В этой связи считают, что многие спорные высказывания в отношении диагностики и коррекции нарушения уродинамики в дистальном отделе мочеточников, а также медицинской реабилитации и диспансеризации, связаны с путаницей в неопределённости трактовки терминологии. Впервые J. Coulk 1923 г. при выявлении расширения мочеточников на всём протяжении предложил термин «мегауретер». Он предлагал применение терминологии мегауретер ко всем расширенным мочеточникам.

На современном этапе развития медицины, с внедрением новых технологий, диагностирование УГН улучшилось и в этой связи некоторые авторы высказывают мнение об увеличении врождённой патологии мочеточников среди детского населения. А с другой стороны, увеличение врождённого УГН связывают с влиянием окружающей среды на формирование плода в период органогенеза [Иванов Н. М. и др., 2008; Дерюгина Л. А. и др., 2012]. По данным авторов МУ среди врождённых пороков развития МВС составляет 20–30% [Леонова Л. В., 2009; Лолаева Б. М., 2010].

Несмотря на то, что имеется много научных исследований в направлении диагностики и лечения врождённой патологии дистального отдела мочеточника у детей, до сих пор данная работа не потеряла свою актуальность [Айнакулов А. Д. и др., 2014; Юшко Е. И. и др., 2016].

Инструментальная диагностика, в частности ультразвуковая (УЗ), позволяет при внутриутробном развитии плода (с 16–23 недель) в 76 % диагностировать врождённую патологию дистального отдела мочеточника [Дыбунов А. Г., 2001; Бетанов З. В., 2019; Дубров В. И. и др., 2020; Shimada K. et al., 2004].

С учётом роста заболеваемости детей с врождёнными патологиями мочевыделительной системы на сегодняшний день стало необходимо разработать и внедрение в практику здравоохранения рациональных планов постнатального обследования, что является объективной реальностью [Дерюгина Л. А. и др., 2012; Савченков А. Л. и др., 2019].

Установлено, что при МУ эффективность лечения и благоприятный исход

обеспечивается своевременным проведением вмешательств, которое можно достичь путём применения внутриутробной диагностики видов обструкции уретера, считающейся весьма перспективным на современном этапе [Айнакулов А. Д. и др., 2014; Савченков А. Л. и др., 2019]. В этой связи с каждым годом выявляются новые случаи врождённых УГН у новорождённых и детей раннего возраста [Исакова Ю. Ф. и др., 2009; Юшко Е. И. и др., 2011].

С учётом сложности лечения врождённого УГН прибегают к применению новых методов лечения, одним из которых являются этапный метод коррекции. Частота послеоперационных осложнений (уретерогидронефроз) в случае чрезпузырной уретероцистостомии, проведённой в один этап варьируется в пределах 8 - 40%. Летальность после повторных операций составляет до 9% [Ганиев Ш. С. и др., 2011; Истокский К. Н., 2011; Осипов И. Б. и др., 2015; Меновщикова Л. Б. и др., 2015; Nemat A. K. et al., 2003]. Это диктует необходимость пересмотра и разработки современных способов диагностики и тактики оперативного лечения МУ у детей первого года жизни.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. На современном этапе достаточно полно представлена информация относительно клинических проявлений, течения, а также способов выявления и терапии патологии дистального отдела мочеточников у детей [Антонов Д. В., 2005; Дерюгина Л. А. и др., 2012; Адаменко О. Б., 2015; Шарипов Ш. Ф. и др., 2019; Farrugia M. K. et al., 2014; Canning D. A., 2015; Ortiz R. et al., 2018]. Однако данные литературы, касающиеся внутриутробной диагностики вышеуказанной патологии, в частности в сроке до 20–22 недель развития плода гестации, а также клинических особенностей нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников у младенцев, малочисленны [Дерюгина Л. А. и др., 2007; Пыков М. И. и др., 2009; Лолаева Б. М., 2011; Юшко Е. И. и др., 2016; Cromie W. J. et al., 2001; Shukla A. R. et al., 2005; Arena S. et al., 2012; Nef S. et al., 2016]. Имеются лишь единичные научные работы оптимизации лечения антенатально диагностированного уретерогидронефроза. Также очень скудны сведения об оценке степени непроходимости верхних отделов уретера по количественному показателю ряда факторов роста, включая сравнительные результаты исходов оперативных и инструментальных (эндовидео) способов лечения [Краснова Е. И., Дерюгина Л. А., 2012; Дубров В. И., Качанцов И. М., 2020; Anderson C. B. et al., 2012; Kart Y. et al., 2013; Bujons A. et al., 2015; Landa-Juárez S. et al., 2017; Doudt A. D., Pusateri C. R., Christman M., 2018; Teklali Y. et al., 2018].

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Тема настоящей диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательских работ ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», посвящённый изучению темы «Инновационные технологии в диагностике и лечения детей с хирургическими заболеваниями и критическими состояниями» ГР № 0116ТJ00525.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Оптимизация лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточника у детей, путём усовершенствования метода экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Задачи исследования.

1. Изучить функциональное состояние почек при врождённой обструкции терминального отдела мочеточников у детей.

2. Усовершенствовать на экспериментальных животных оптимальный способ экстравезикальной реимплантации мочеточника при обструкции везикоуретерального сегмента.

3. Оценить применение реимплантации мочеточника в клиническую практику, определить показания консервативного и/или оперативного лечения обструкции везикоуретерального сегмента у детей.

4. Изучить отдалённые результаты лечения обструкции везикоуретерального сегмента мочеточника у детей.

Объект исследования. Цель достигалась с помощью проведения анализа экспериментального исследования (кролики (21) породы Фландр) и сравнительного ретроспективного исследования клинических проявлений, эхографических параметров и лабораторных показателей детей (110) с нерефлюксирующим мегауретером (НРМУ). Исследование проведено с соблюдением принципов доказательной медицины (отбор пациентов и статистическая обработка результатов). Работа выполнена в рамках ретроспективного когортного исследования с использованием клинических, инструментальных, лабораторных и статистических методов.

Научная новизна исследования. На эксперименте доказана эффективность усовершенствованного способа реимплантации мочеточника при обструкции везикоуретерального сегмента у кроликов семейства Фландр.

На достаточном материале проведено сравнительный анализ методов хирургического лечения мегауретера у детей.

В зависимости от степени уретерогидронефроза, функциональной способности почек, а также инфицированности мочевой системы разработаны методы дренирования мочевых путей для разгрузки и санации.

Разработан способ лечебной тактики у детей с нерефлюксирующим мегауретером в зависимости от возраста и степени нарушения функции почек.

Настоящая работа является первым в Таджикистане экспериментально-клиническим научным исследованием по изучению эффективности усовершенствованного метода реимплантации мочеточника у детей с мегауретером.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Резекция везикоуретерального сегмента мочеточника при нерефлюксирующем мегауретере у детей с экстравезикальной реимплантацией мочеточника является обоснованным оперативным вмешательством. В качестве подготовки в предоперационном периоде при уретерогидронефрозах III - IV степени и сопровождающейся инфицированием - проведение дренирование верхних мочевых путей является методом выбора. При мегауретере выполнение внутреннего стен-

тирования способствует более благоприятные условия для проведения дальнейшей коррекции патологии терминального отдела мочеточника. Восстановление функциональной способности почек после корригирующей операции зависит от срока выполненного хирургического вмешательства, активности воспалительного процесса в почках, степени уретерогидронефроза и тяжести поражения паренхимы почки.

Основные положения диссертации, вносимые на защиту.

1. На основе ранней клинико-лабораторной и инструментальной диагностики можно выявить степень нарушения функции почек, стадии уретерогидронефроза, протяжённость участка обструкции мочеточника и активность воспалительного процесса.

2. Диагностика функциональной и/или органической обструкции уретеро-везикального сегмента является важным звеном для выбора методов консервативного и/или оперативного лечения мегауретера у детей.

3. При нерефлюксирующим мегауретере выбор оперативного вмешательства осуществляется по принципу устранения обструкции и снижения послеоперационных осложнений.

4. Применение разработанной методики реимплантации мочеточника в эксперименте и в клинике, также стентирование и отведение мочи верхней мочевыводящей системы с учётом давности заболевания и уровня обструкции, уровень нарушения почечной функции, позволяет достичь хороших конечных результатов в отдалённом периоде лечения.

Степень достоверности результатов. Разработанная в процессе исследования схема диагностики и лечения новорождённых и детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером позволила создать алгоритм диагностики и лечения, который был внедрён в практику работы детских хирургических отделений ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» и ГУ «РНҚЦ Урологии». Полученные в ходе исследования результаты, положения и выводы внедрены в учебный процесс кафедры детской хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» и НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Соответствие диссертации паспорту научных специальностей. Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.19 – Детская хирургия: подпункт 3.1. Этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика врождённых и приобретённых заболеваний почек и мочевого пузыря у детей. 3.4. Инфекции в детской хирургии: септический шок, сепсис, гнойные заболевания мягких тканей и др. 3.8. Предоперационная подготовка детей и ведение послеоперационного периода.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследование. Автор диссертации самостоятельно определял цель и задачи исследования, разработал методику и программу исследования, изучал первичные учётные статистические документы. Соискатель активно участвовал в проведении экспериментальной работы, внедрении усовершенствованного способа реимплантации при обструкции везикоуретерального сегмента мочеточника в клиническую практику, обследовании больных, проводил анализ результатов инструментальных и лабораторных исследований паци-

ентов, определял выбор метода лечения с последующей оценкой его эффективности. Соискатель самостоятельно проводил экспериментальную работу и 60% клиническую часть работы. Автор научно обосновал выводы и практические рекомендации (вклад 100 %).

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения работы были доложены на заседании «Общества детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Республики Таджикистан» (2021, 2022 годы, г. Душанбе); на международной научно-практической конференции «Педиатрия Казахстана: вчера, сегодня и завтра» (2022 год, г. Алматы); на II конференции НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» с международным участием (2022 год, г. Душанбе), на конференции детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистан с международным участием, «Актуальные вопросы детской хирургии» (2023 год, г. Ташкент)

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 13 печатных работ в центральных медицинских журналах и сборниках научных трудов, из них 7 в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан, а также 2 рационализаторских предложения.

Структура диссертации и объём. Научная работа изложена на 152 страницах компьютерного текста, состоит из оглавления, перечень сокращений и условных обозначений, введения, общей характеристики работы, 6 основных глав, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования, список использованных источников, публикации по теме диссертации. Диссертационная работа иллюстрирована 56 рисунками и 9 таблицами. Список литературы содержит 216 источников, в том числе 140 работу русскоязычных и 76 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа: экспериментальный и клинический. Экспериментальная часть исследования (21 кроликов породы Фландр, самцы) проводилась в ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», клиническая часть в ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» г. Душанбе Республики Таджикистан, который является клинической базой кафедры детской хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Нами изучены перспективные и ретроспективные результаты лечения 110 детей с УГН.

У экспериментальных животных (21) для изучения результатов лечения реимплантации мочеточников в мочевой пузырь была создана модель обструкции уретерovesикального сегмента мочеточников.

У изучаемых нами больных (110) диагностировано нарушение уродинамики в дистальном отделе мочеточников, то есть врождённая нейромышечная дисплазия. Из 110 детей, всего оперированных – 84 (76,4%), с диагнозом нейромышечная дисплазия дистального отдела мочеточников, которая установлена на основании клинических, рентген-лучевых и гистологических исследований. Согласно материалам, мальчиков было – 70 (63,6%), девочек – 40 (36,4%). У исследуемых, нейромышечная дисплазия слева была у 62 (56,4%), справа – у 40 (36,3%)

и двусторонняя – у 8 (7,3%) детей. Возрастной аспект был следующий: от 0 до 1 года – 45 (40,9%), от 1 года до 3 лет – 34 (30,9%), от 3 до 7 лет – 22 (20,0%), от 7 до 16 лет – 9 (8,2%).

У 28 (25,5%) детей нейромышечная дисплазия уретерovesикального сегмента с развитием уретерогидронефроза диагностирована антенатально. При этом выявили обструктивный уретерогидронефроз следующей степени: I ст. у – 5 (17,9%), II ст. – 9 (32,1%), III ст. – 10 (35,7%) и IV ст. у – 4 (14,3%) больных.

У 82 (74,5%) диагноз мегауретер установлен после рождения до 16 лет. При этом диагностирован уретерогидронефроз I ст. – 20 (24,4%), II ст. – 34 (41,5%), III ст. – 21 (25,6%) и IV ст. – 7 (8,5%).

При исследовании суммируя общее количество больных выявлено: УГН I ст. – 25 (22,7%), II ст. – 43 (39,1%), III ст. – 31 (28,2%), IV ст. – 11 (10,0%). У 85,5% (94) больных диагностирован инфицированный УГН: хронический пиелонефрит (I ст. – у 22 (23,4%), II ст. – у 40 (42,6%) и III ст. – у 32 (34,0%). Хронический пиелонефрит II и III ст. часто встречался у детей с УГН III – IV ст.

У 14,5% детей при обструкции дистального отдела мочеточников с развитием УГН инфицирование не диагностировано и течение заболевания, в значительной степени, протекало относительно удовлетворительно, жалоб особых со стороны родителей не было. Довольно большой процент инфицированности зависит в основном от поздней диагностики и проведения неадекватной терапии.

У 110 обследованных больных с обструкцией дистального отдела мочеточников, хроническая болезнь почек (ХБП) диагностирована в следующих стадиях: I ст. – у 45 (40,9%); II ст. – у 34 (30,9%); III а ст. – 12 (10,9%); III б ст. – 7 (6,4%), IV ст. – 10 (9,1%); V ст. – 2 (1,8%). В зависимости от стадий ХБП грубые нарушения функции почек отмечались у детей с двусторонним поражением почек, IV степенью уретерогидронефроза и давностью заболевания >7 лет.

Больные в зависимости от вида выполненной операции были распределены на 3 группы сопоставимыми друг с другом: I группа оперированные по методу Политано-Лидбеттера, II группа оперированные по методу Коэна, III группа оперированные усовершенствованным методом экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой.

Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное (ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, уретера, мочевого пузыря; рентгенография почек, уретера, мочевого пузыря; эндоскопия почек, уретера, мочевого пузыря) исследование. Функция мочевыводящей системы оценивалась на основании определения СКФ, УЗИ почек и рентгенологического исследования. С целью более глубокого изучения состояния дистального отдела мочеточников, определение локализации и протяженности участка патологически изменённого, нами у 45 детей проведено мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием в 3D изображение.

Результаты исследования

Экспериментальная часть работы. Эксперименты проведены на 21 кролике породы Фландр, самцы весом от 6 до 7 кг, в среднем 6300 ± 750 гр. в ЦНИЛ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (Справка № 10 от 30.06.2020 г. выданной «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ЦНИЛ о выполнении экспериментальной работы). Вся экспериментальная часть проведена согласно одобренным Региональным этическим комитетом «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (протокол № 1 от 18.01.2019 г.) о нормативно-правовых документах. До проведения эксперимента

штатным ветеринаром проводилось клиническое исследование крови и мочи, УЗИ почек и МВС обследуемых кроликов, которые находились в отдельных клетках с соблюдением установленных для них санитарно-эпидемиологических норм, касающийся условий содержания и рациона питания. До выполнения операции, патологии у кроликов не выявлено.

В качестве обезболивающего препарата использован кетамин в дозе 4 - 5 мг/кг внутривенно, однократно. Разрез производился в правой и/или левой подвздошной области. Межмышечным доступом послойно вскрывалась околопузырная клетчатка. После обнаружения мочеточника проводили алкоголизацию околопузырной клетчатки 70° спиртом. На этом первый этап эксперимента по созданию модели обструкции дистального отдела мочеточника завершился.

Всем кроликам назначена антибактериальная терапия и обезболивающие средства. На 20-сутки всем кроликам было проведено УЗИ. При этом выявили расширение мочеточника на всём протяжении: дистальная часть до 8 мм, средняя 7 мм, проксимальная 6 мм. Правая почка увеличена в размере, что составляет 63/31 мм (первоначально 39/16 мм), паренхима толщиной 3 мм, лоханка размером 15 мм, чашечки расширены до 7 мм. Все это свидетельствует о имеющемся месте уретерогидронефрозе IV ст. у кроликов. С учётом выше изложенного цель модели обструктивного УГН была достигнута.

Резекция уретеровезикального сегмента у экспериментальных животных с экстравезикальной реимплантацией мочеточника.

На 21 день после алкоголизации околопузырной клетчатки и развития УГН кролики оперированы. Найден расширенный мочеточник и взят на держалку. Ход оперативного вмешательства схематично приведён на рисунках 1, 2, 3, где указаны все этапы реимплантации, начиная от выделения, резекции, имплантации и антирефлюксной защиты.

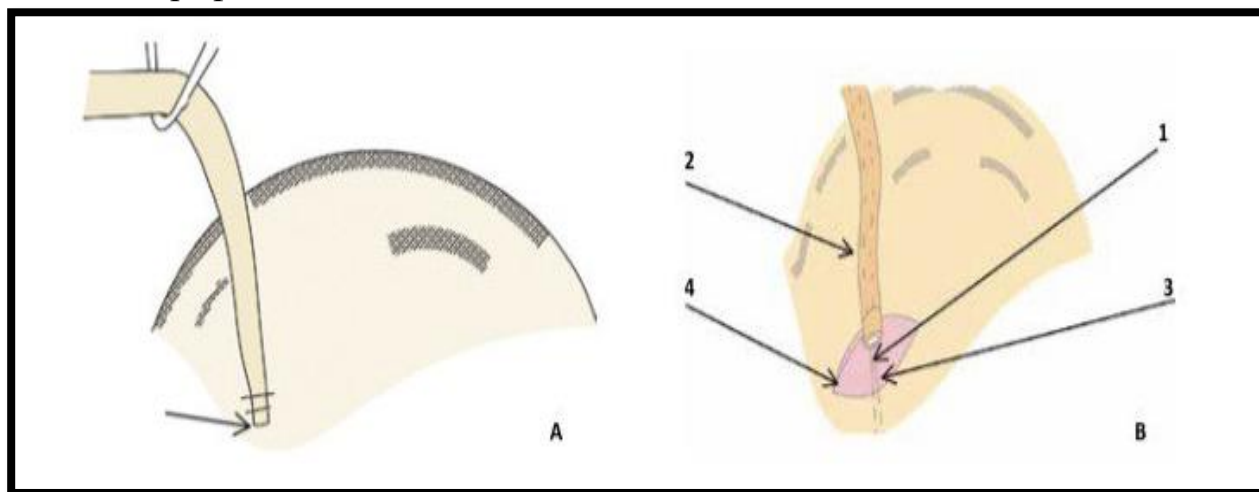


Рисунок 1. – Схематическое изображение этапов операции реимплантации мочеточника: А: отсечение мочеточника у стенки мочевого пузыря. В: 1 – мочеточник после резекции и стентирования; 2 – стент в мочеточнике; 3 – отверстие на слизистой для пересадки мочеточника; 4 – разрез на стенке мочевого пузыря в пределах мышечных слоёв.

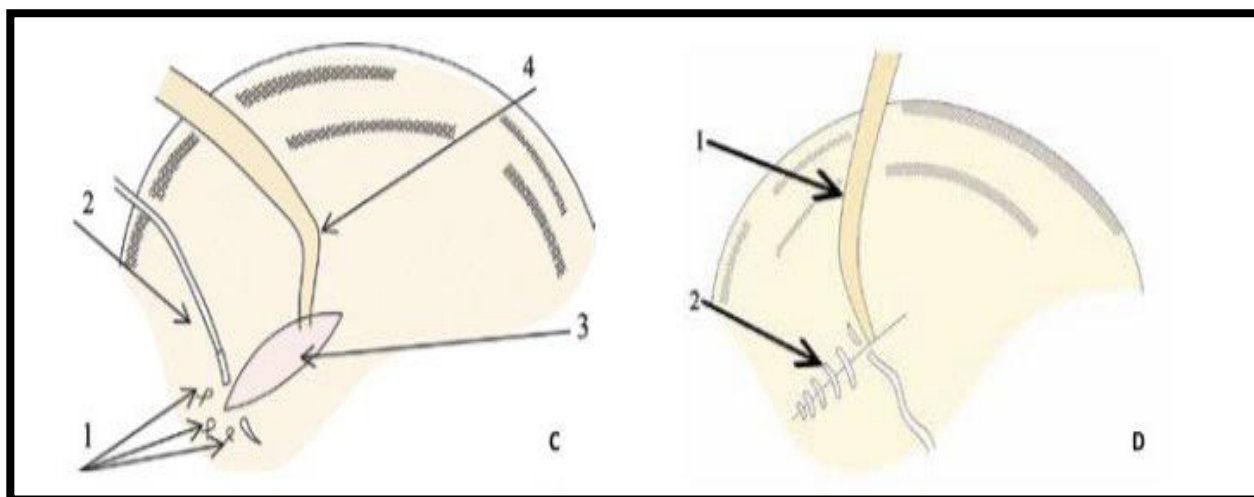


Рисунок 2. – Схематическое изображение этапов реимплантации мочеточника: С: 1 – П-образные швы между концом мочеточника и стенкой мочевого пузыря (узлы завязаны снаружи на стенке мочевого пузыря); 2 – игла с нитью для вшивания мышечных слоёв; 3 – разрез серозно-мышечного слоя стенки мочевого пузыря – ложа для антирефлюксной защиты; 4 – мочеточник. D: 1 – мочеточник; 2 – линия швов на стенке мочевого пузыря.

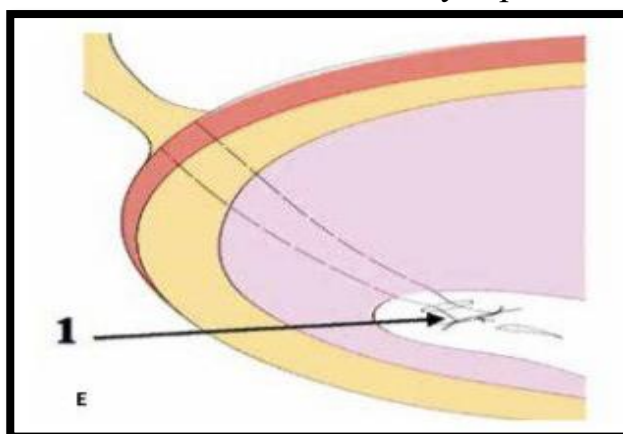


Рисунок 3. – Схематическое изображение этапов реимплантации мочеточника: E – вид анастомоза со стороны слизистой мочевого пузыря.

Произведена резекция дистального отдела мочеточника. Рана на мочевом пузыре ушита двухрядными викриловыми швами. Затем по задней стенке мочевого пузыря в косопоперечном направлении сделан разрез мышечных слоёв мочевого пузыря до пролобирования слизистого слоя. Разрез в косопоперечном направлении длиной 3 см, нижний угол раны доходил до уровня прежнего устья мочеточника. После формирования мышечно-слизистой ложи для реимплантации мочеточника сделан прокол слизистой оболочки у нижнего угла раны. Конец резецированного мочеточника с трёх сторон взят на три П-образных швов, а стенка обращённая к полости мочевого пузыря полуовально иссечена на глубине 2 мм. В просвет мочеточника вставлен стент и ретроградно проведён до лоханки и дистальная часть введена в мочевой пузырь. Конец мочеточника введён в мочевой пузырь. Затем все три шва на глубине 0,5 см от края раны фиксированы к стенке мочевого пузыря через все слои и концы швов выведены наружу и перевязаны у стенки мочевого пузыря. С целью антирефлюксной защиты мочеточник укладывался в сформированную слизисто-мышечную ложу и сверху ушивались

края мышечных слоёв. В конце операции мочеточник дополнительно 3 швами фиксировался к стенке мочевого пузыря. Ход оперативного вмешательства у подопытных животных показан на рисунках 4, 5, 6, 7.

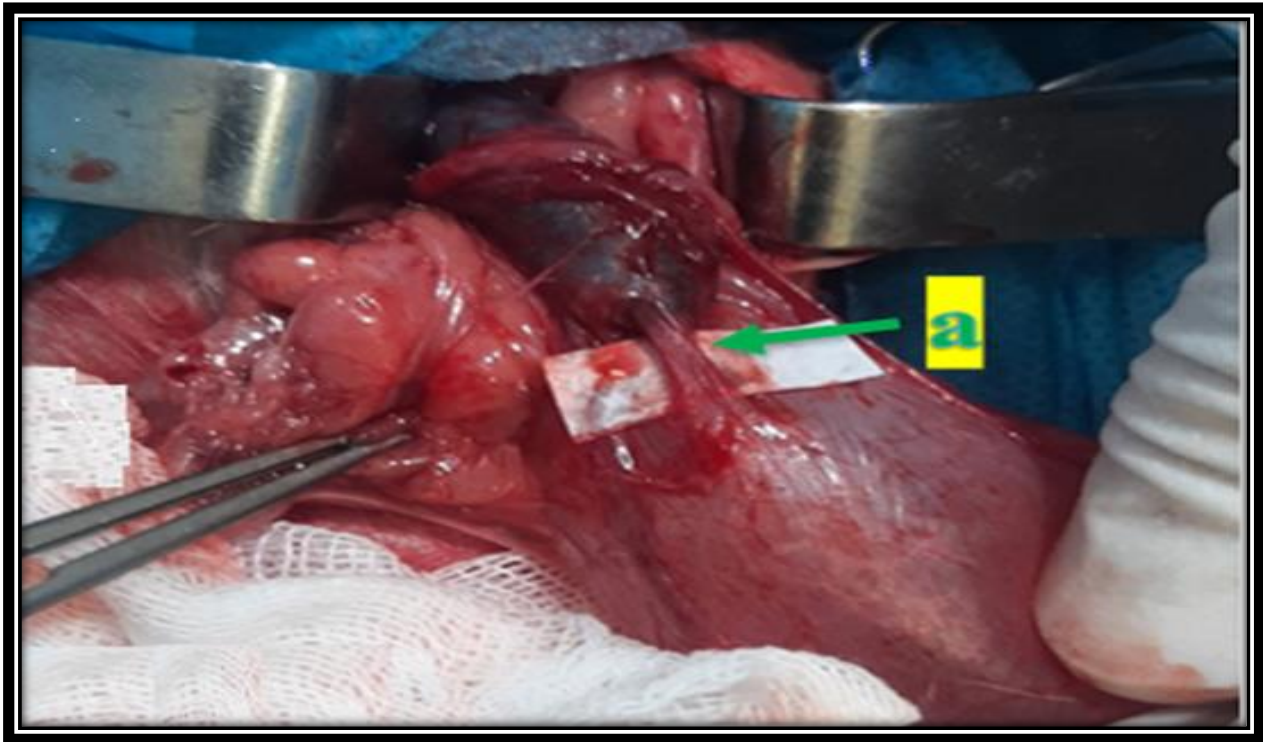


Рисунок 4. – Ход операции: а - склеротически изменённый дистальный участок мочеточника (зелёная стрелка);

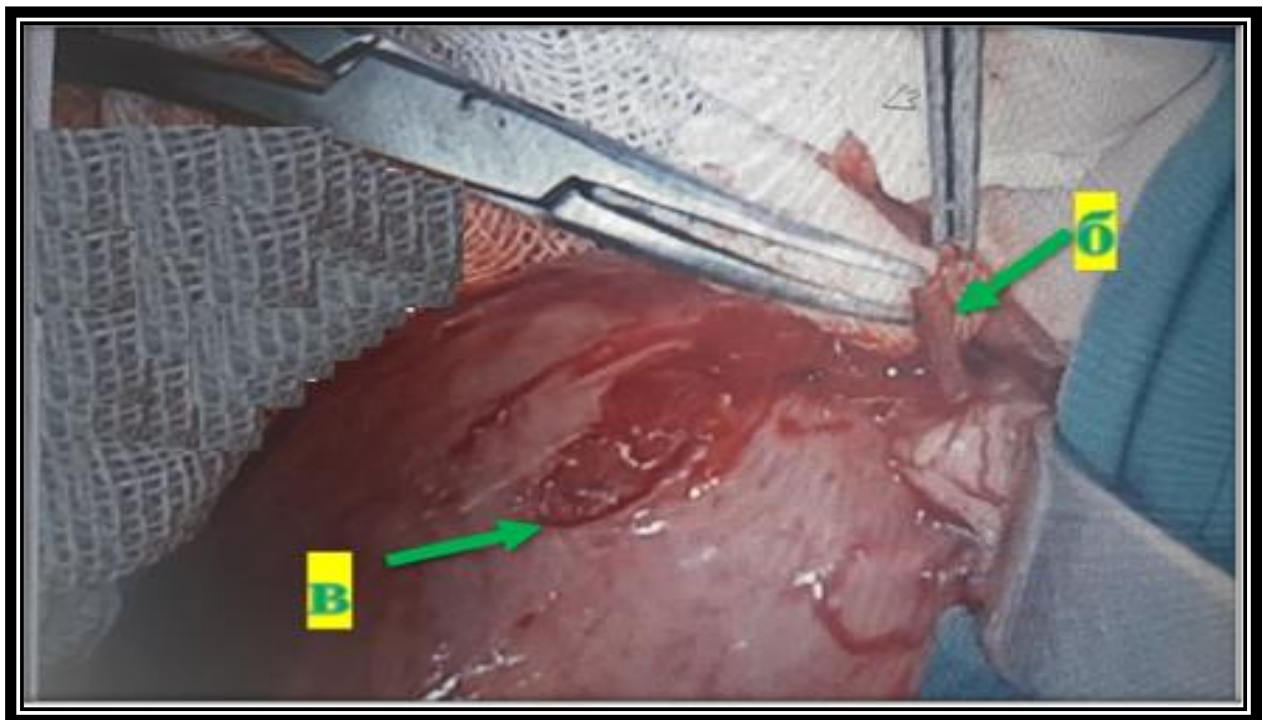


Рисунок 5. – Ход операции: б – отсечённый правый мочеточник; в – разрез серозно-мышечного слоя мочевого пузыря по задней стенке

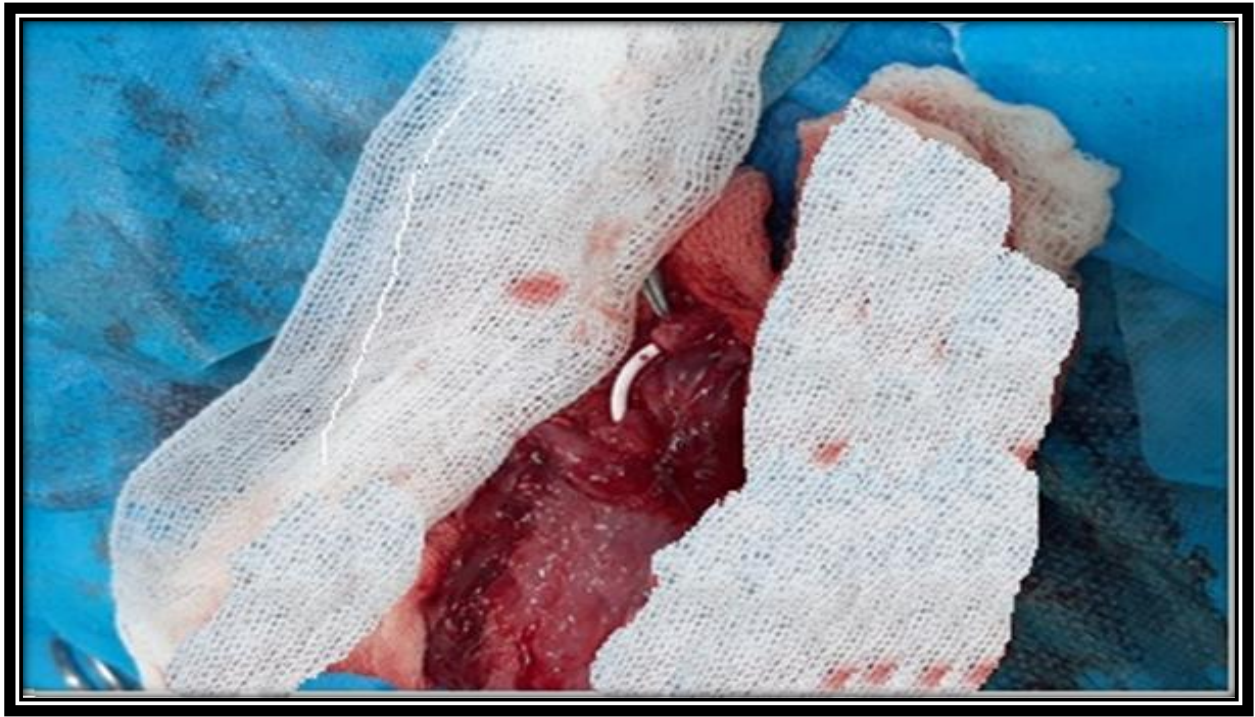


Рисунок 6. – Ход оперативного вмешательства: Пересадка мочеточника со стентированием

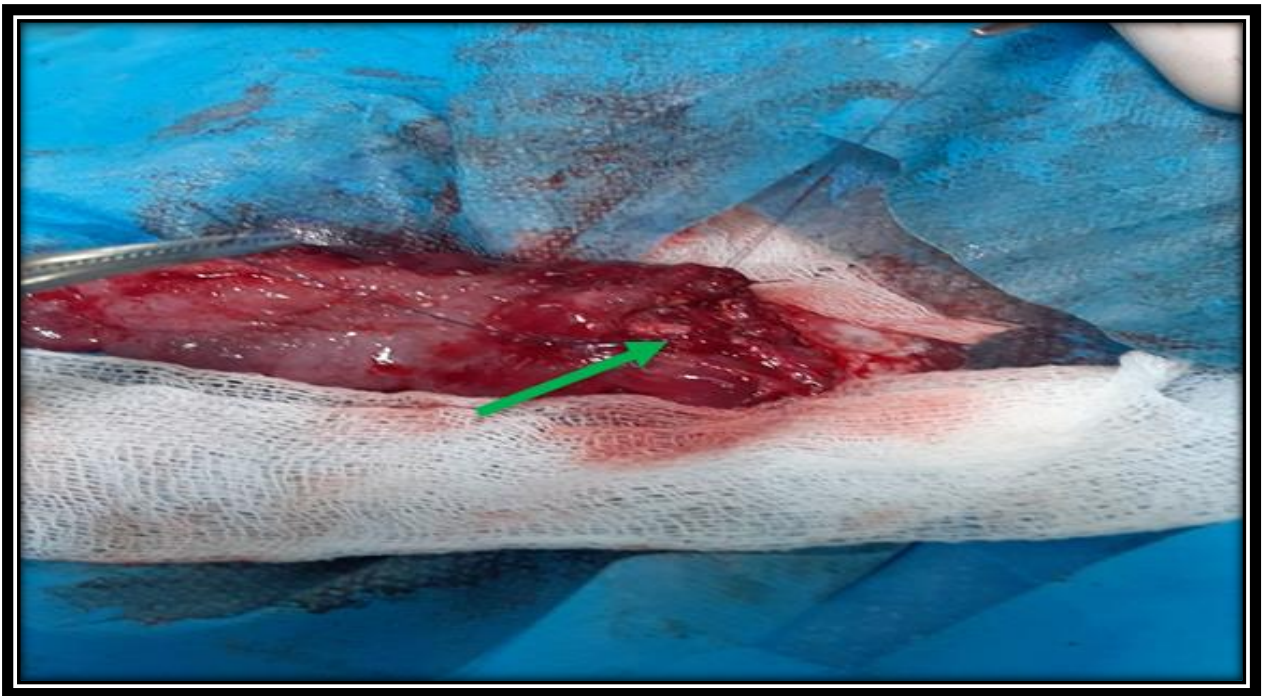


Рисунок 7. – Ход операции: Зона анастомоза мочеточника с мочевым пузырём (зелёная стрелка)

На $22 \pm 3,5$ день после операции сделано УЗИ почки, отмечается сокращение размера почки, что составляет: толщина паренхимы – 6 мм, размер чашечек-верхний 5 мм, средний 4 мм, нижний 4 мм, лоханка размером – 5 мм, размер

почки справа 39/16 мм. ЧЛС с обеих сторон одинаково размера. Учитывая давность стентирования, отсутствие инкрустации, нормализации показателей ультразвукового исследования стенты были удалены на $22 \pm 3,5$ день после операции. После операции велось наблюдение за животными. У I - группы кроликов (7) через месяц после удаления стента выполнено УЗИ почек, на котором размеры почек соответствуют норме, то есть 47/25 мм, чашечки 5 мм, лоханка 7 мм.

С целью контроля эффективности, проводимой экстравезикальной реимплантации по усовершенствованной методике и исключение рефлюкса сделана цистография. Из 7 кроликов ни у одного, рентгенологического признака пузырно-мочеточникового рефлюкса не выявлено.

Для контроля ликвидации и/или уменьшение воспалительного процесса зоны анастомоза и проведения морфологического исследования, повторно кролики оперированы и произведена резекция зоны анастомоза с последующей реимплантацией мочеточника в мочевой пузырь. При гистологическом исследовании выявили участок фиброзной дисплазии, кровоизлияние и воспаление. Это свидетельствует об имеющимся воспалительном процессе в зоне созданного анастомоза.

II - группа кроликов (7) обследовалась через 2 месяца после выполнения экстравезикальной реимплантации мочеточника в мочевой пузырь. На УЗИ отмечается следующее: чашечки размером, нижние $3,0 \pm 0,5$ мм, средний $3,8 \pm 0,8$ мм, верхнее $3,0 \pm 0,5$ мм, лоханка размером $6,1 \pm 0,7$ мм, паренхима почки толщиной $5,2 \pm 0,5$ мм. На цистограмме с использованием омнепак в качестве контрастного вещества определяется ровные контуры мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс отсутствует. Для определения морфологии тканей, зоны анастомоза оперированных кроликов, были резецированы. По результатам гистологического исследования выявлено, что через 2 месяца всё ещё держится воспалительный процесс в зоне анастомоза.

Проводя экспериментальное исследование было необходимо определить состояние везикоуретерального анастомоза по истечению 90 дней. III-группа кроликов (7) исследована по истечению 3 месяцев. На УЗИ почки размеры: - нижняя чашечка $2,2 \pm 0,4$ мм, верхняя $2,6 \pm 0,8$ мм, лоханка размером $5,5 \pm 0,8$ мм, размер почки $43/20 \pm 5,4$ мм, толщина паренхимы $5,3 \pm 0,7$ мм. Выполнена цистография с использованием контрастного вещества – омнепак: ПМР рефлюкса нет. Результаты гистологического исследования в динамике показали, что устранение воспалительного процесса зоны анастомоза достигается за 3 месяца после экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Таким образом, предлагаемый метод реимплантации мочеточника в мочевой пузырь при обструкции дистального отдела мочеточника у экспериментальных животных, показали хорошие результаты. В этой связи данная методика рекомендована к применению в клинической практике. О чем получена справка №10, от 30 июня 2020 года.

Функциональные нарушения почек и уродинамики дистального отдела мочеточника у детей

Функциональное состояние почки при уретерогидронефрозе, на фоне обструкции дистального отдела мочеточника является определяющим при выборе способов лечения, как в дооперационном периоде, во время операции и в послеоперационном периоде. С учётом этого нами изучено функциональное состояние почек у всех больных с нарушением уродинамики дистального отдела мочеточников. В основном исследование базировалось на изучении продуктов метаболизма в крови и моче.

У больных с III – IV ст. мегауретера в клиническом анализе мочи были проявления выраженной лейкоцитурии, протеинурии и гипоизостенурии (1,018-1,004), свидетельствующие о хроническом пиелонефрите. Исследованием клинических анализов выявили фазу активного воспаления у 72 (65,5%) детей, латентную фазу – у 2 (1,8%) и фазу острого воспаления - у 9 (8,2%).

У детей с нарушением выделительной функции почек, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является очень важным. Для детей определение клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину считается оптимальным методом.

Согласно рекомендациями NKF/DOQI – National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative 2003 года для расчёта скорости клубочковой фильтрации рекомендована формула Шварца (1976 г).

При I степени уретерогидронефроза у детей наблюдается достоверное снижение ($p < 0,001$) удельного веса мочи, однако при этом отмечалось не достоверное снижение клубочковой фильтрации, которая составляла $89,1 \pm 3,4$ мл/мин. Всё это указывает на то, что в I стадии уретерогидронефроза функция почек в отношении концентрации и реабсорбции не нарушена.

Во II степени УГН заметные нарушения функции почек не выявлены. Несмотря на это всё же отмечается тенденция к снижению СКФ ($84,3 \pm 3,6$ мл/мин.), гемоглобина крови ($112,4 \pm 3,7$ г/л), при увеличении уровня креатинина крови на 4,9%. У этих больных явных клинических проявлений болезни не отмечается. Вторая стадия уретерогидронефроза с учётом клинических проявлений и лабораторных показателей соответствует стадии компенсации. При УГН I и II степени снижение скорости клубочковой фильтрации считается лёгким нарушением функции почек: I ст. – оптимальная, II ст. – незначительное снижение. Почки у детей обладают определённым компенсаторным свойством в отношении снижения скорости клубочковой фильтрации и поэтому часто при I, II степени УГН на фоне нейромышечной дисплазии, как токовые грубые нарушения функции почек не определяются.

В III степени уретерогидронефроза отмечается незначительное нарушение функции почек. В этой стадии всё же отмечается тенденция к снижению СКФ - $66,7 \pm 2,4$ мл/мин., уровень канальцевой реабсорбции составляет - $70,6 \pm 3,1$ %, гемоглобин крови – $112,4 \pm 3,7$ г/л, при увеличении уровня креатинина до $148,7 \pm 6,9$ мкмоль/л. У этих больных явных клинических проявлений болезни не отмечено. Третья стадия УГН с учётом клинических проявлений и лабораторных показателей соответствует стадии субкомпенсации.

Четвертая стадия уретерогидронефроза характеризуется значительным нарушением скорости клубочковой фильтрации, который в среднем составляет - $43,3 \pm 2,1$ мл/мин., при уровне канальцевой реабсорбции - $62,1 \pm 4,7$ %. В этой стадии уровень креатинина крови доходил до $176,8 \pm 9,4$, а мочевины до $15,6 \pm 2,1$ мкмоль/л.

При выборе тактики терапии огромное значение придавали функциональному состоянию почек. Тяжёлые стадии ХБП наблюдались у детей с IV-V ст. УГН с длительным течением заболевания. При одностороннем процессе даже при тяжёлой степени МУ грубые нарушения функции почки не выявлены. Это говорит, о компенсаторной способности почек у детей с мегауретером. У детей с двусторонним МУ IV ст. осложнившимся ХБП III б, IV, V ст., выявленные клинические проявления, были отражением выраженной эндогенной интоксикации и синдромом поли органной недостаточности.

Таким образом, исследуя функциональное состояние почек у детей выявлена прямая зависимость от стадии УГН, тяжести воспалительного процесса мочевыводящих путей, стадии хронической болезни почки и сопутствующих патологий.

Основными УЗ критериями диагностики мегауретера в перинатальном периоде являются: расширение передне заднего размера лоханки, визуализация расширенного мочеточника и при цветном доплеровском картировании (ЦДК) выявление ослабленного почечного кровотока в поражённой стороне. При проведении УЗИ детей до одного года 45 (41,0%) были выявлены: мегауретер I ст. у 9 (20,0%) больных, характеризующийся незначительным увеличением размеров почки $48,2 \pm 1,5$ мм, эхогенность паренхимы не нарушена, толщина до $8,1 \pm 0,9$ мм. Размер лоханки составляет $9,6 \pm 0,5$ мм. Расширение мочеточника на всём протяжении, в терминальном отделе $8,3 \pm 0,6$ мм, а в проксимальной части $3,4 \pm 0,5$ мм. При ЦДК почечный кровоток не нарушен. У 16 (35,6%) детей с мегауретером II ст. на УЗИ длина почек $50,4 \pm 2,3$ мм, эхогенность паренхимы нормальная, толщина $8,3 \pm 0,4$ мм. Размер лоханки $11,4 \pm 0,8$ мм. Мочеточник расширен в дистальной части $8,6 \pm 0,6$ мм, а в проксимальной $5,2 \pm 0,5$ мм. Перистальтика мочеточника сохранена. Кровоток в почке сохранён. У 14 (31,1%) новорождённых с III ст. мегауретера размеры почки на УЗИ $52 \pm 2,9$ мм. Эхогенность паренхимы повышена, толщина составляет $4,6 \pm 0,4$ мм. Размер лоханки $15,2 \pm 0,7$ мм. Дилатация уретера отмечена в дистальном отделе $10,3 \pm 0,8$ мм, а в проксимальном $5,5 \pm 0,9$ мм. Почечный кровоток обеднён. Уретерогидронефроз IV степени у детей до одного года был у 6 (13,3%) больных, у которых на УЗИ отмечалось уменьшение толщины паренхимы до $3,2 \pm 0,4$ мм. Лоханка расширена (больше 15 мм). Мочеточник расширен в терминальной части и составляет $12,4 \pm 1,8$ мм, проксимальная часть $8,2 \pm 0,7$ мм.

Рентгенологические исследования детей с дисплазией надпузырного отдела мочеточника начинается с обзорной урографии почек и мочевыделительной системы. Обзорная урография выполнена у 110 детей, при этом у 35 (31,8%) выявлена только нефрограмма.

При экскреторной урографии (ЭУ) у 102 (92,7%) детей с односторонним уретерогидронефрозом выделение контраста определяется на $7 \pm 1,0$ минуте в

здоровой стороне, а на поражённой, то есть на стороне уретерогидронефроза I ст - 25 (22,7%) и II ст. – 41 (37,3%) выделение контраста на $18,2 \pm 3,4$ минуте. У 28 (25,4%) детей с УГН III ст. на стороне уретерогидронефротической трансформации через $30 \pm 5,5$ минут выявлено появление следов контраста. Полное заполнение ЧЛС произошло на $90 \pm 7,8$ минуте. При УГН IV ст. у 8 (7,3%) больных выделение контраста с поражённой почки отмечалось на 90 минуте в виде нефрограммы и заполнения дилатированного мочеточника на всём протяжении. Снимки выполнялись в двух проекциях (прямой и боковой), с целью выявления участка сужения мочеточника и его протяжённости.

У детей с двусторонним УГН 8 (7,3%) выделительная функция почек определялась при II степени 2 (1,82%) на $14 \pm 2,5$ минуте, что оценено как начало контрастирования. Полное заполнение контрастом собирательной системы почек на $30,6 \pm 6,2$ минуте, на $60 \pm 8,4$ минуте заполнился контрастом мочеточник. При III ст. у 3 (2,74%) с двусторонним уретерогидронефрозом отмечена значительная задержка выделительной функции почек, то есть контраст начал выделяться на $36 \pm 4,1$ минуте, а полное заполнение контрастом ЧЛС отмечено на $55 \pm 3,6$ минуте. Контрастирование мочеточников происходило на $95 \pm 6,6$ минуте.

Необходимо отметить, что с двусторонним УГН IV ст. были 3 (2,74%) больных, где имеются значительные нарушения функции почек, выделение контраста при ЭУ замедлено, только на $66 \pm 6,0$ минуте началось контрастирование, а полное заполнение полостной системы почек на $95 \pm 5,7$ минуте.

Как и другие методы лучевой диагностики мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) в 3D изображении считается важным, с помощью которого можно получить исчерпывающий ответ в функциональном отношении при диагностике обструкции дистального отдела мочеточников.

Контрастирование органов мочевыделительной системы выполняется методом болюсного введения контрастного вещества с применением инжектора.

При введении контрастного вещества через инжектор определяются фазы контрастирования сосудистой сети почек. Накапливается контрастное вещество сначала в артериальных, а затем в венозных сосудах. В последующем заполняются контрастом полостные образования почки и мочеточник.

Нами по данной методике обследовано 45 детей с нарушением уродинамики дистального отдела мочеточников. Этим больным, с целью определения состояния гемоциркуляции и выявления артериальной фазы при скорости введения контраста 5 мл/мин., начальные снимки сделаны через 25 секунд после введения контрастного вещества - омнепак. Через 60 секунд томография показывает венозную фазу контрастирования. В дальнейшем выявление накопления контрастного вещества в чашечно-лоханочной системе, определялось выполнением снимков через 5 минут после введения контраста.

Компьютерная экскреторная урография позволяет: диагностировать точное состояние кровеносных сосудов, зоны сужения мочеточников и длины места сужения, объём дилатированных участков мочеточников. Следует отметить положительные характеристики МСКТ с болюсным контрастом: можно дать точную оценку проходимости сосудов, включая степени снижения кровотока и её характеристики.

Лечение нарушения уродинамики терминального отдела мочеточника у детей

Одним из методов мини инвазивного лечения обструктивного уретерогидронефроза является стентирование мочеточников у детей.

Стентирование мочеточников проведено с целью динамического наблюдения за сокращением мочевыделительной системы. При цистоскопии после оценки топографического расположения устья со стороны патологии везикоуретерального сегмента выполняется расширение устья мочеточника путём баллонной дилатации, затем проводится проводник размером 0,014 дюйма (1 Fr). Затем по проводнику выполняется бужирование устья. После свободной проходимости везикоуретерального сегмента проводится стент в мочеточник и далее до лоханки возрастного размера. Нами проведена мини инвазивная манипуляция, то есть стентирование мочеточника у 78 детей, из них стентирование оказалось эффективным у 26 (33,3%) детей.

Из 20 (25,6%) детей, у которых был установлен уретерогидронефроз антенатально в раннем возрасте выполнено стентирование, эффективность которого оказалось выше чем у детей, которым стентирование было проведено после трёхлетнего возраста. У 18 (90,0%) этих детей восстановилась уродинамика и в течение от 6 месяцев до 1,5 года признаки уретерогидронефроза устранились. У 2 детей с IV степени уретерогидронефроза эффекта от проведённого стентирования не было. Всего у 26 из 78 больных стентирование дало положительные результаты. Повторное стентирование проведено у 25 (32,1%) из 78 детей с уретерогидронефрозами II – III степени. Однако проведение повторного стентирования оказалось неэффективным. Отмечалось нарастание процесса обструкции, увеличение размеров ЧЛС и дилатация уретера, присоединение вторичной инфекции, что вызвало в дальнейшем проведение радикального хирургического вмешательства, то есть экстравезикальной реимплантации мочеточников с антирефлюксной защитой. У 12 детей с III степенью и у 7 с IV степенью уретерогидронефроза после установления диагноза, выполнено стентирование мочеточника. Однако стентирование оказался не эффективным. Отмечалось нарастание уретерогидронефроза и присоединение вторичной инфекции у 5 больных. Длительность нахождения стента в мочеточнике у детей составила $23 \pm 3,0$ дней. По истечении этого срока стенты удалялись. В двух случаях отмечалась самостоятельная дислокация стента, после чего они были удалены и повторно выполнено стентирование мочеточника. У 3 пациентов на фоне стентированного мочеточника отмечалось повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, лейкоцитурия и протеинурия в анализе мочи. Все это удалось ликвидировать путём применения антибактериальной терапии с учётом выявленной микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, а также применением уросептиков в возрастной дозировке.

После удаления стентов дети в течение 2 лет находились на диспансерном наблюдении.

Надо отметить, что внутреннее стентирование при нейромышечной дисплазии может быть эффективным в раннем детском возрасте, когда нет органических изменений и параллельно со стентированием происходит дозревание па-

тологического участка, то есть везикоуретерального сегмента. Все это способствует устранению обструкции, нормализации моче выведения и улучшение функционирования почечной системы. Стентирование мочеточника в определённом случае может привести к положительным результатам и не потребуются оперативное лечение. Нейромышечная дисплазия терминального отдела мочеточника в силу процесса дозревания может устраниться.

В нашем исследовании лечение детей с УГН заключалось в проведении консервативной терапии, применении мини инвазивной хирургии и радикального оперативного вмешательства.

Таким образом, при нейромышечной дисплазии мочеточников у детей первого года жизни бужирование, баллонная дилатация уретерovesикального соустья с последующим стентированием мочеточника и ЧЛС у 34,0% пациентов приводят к значимому улучшению уродинамики.

Эффективность стентирования оценивалась по ликвидации инфекционно-воспалительных осложнений, уменьшение размеров полостных образований почек и мочеточников, восстановление паренхимы почки и её функции.

Другим немало важным методом малой хирургии является перкутанная пункционная нефростомия, с помощью которой отводится моча и это способствует разгрузке мочевыделительной системы, частичное восстановление паренхимы почек, уменьшение объёма ЧЛС и мочеточника. Пункционная нефростомия в основном показана при уретерогидронефрозе III – IV степени и при инфицированном мегауретере. Данная методика нами применялась как метод предоперационной подготовки у 8 (7,2%) больных. У 6 из 8 отмечалось инфицированный УГН и у 2 пионефроз. Давность заболевания составляла от 3 до 10 лет. Полостные системы почек промывались ежедневно растворами декосан, фурацилин и озонированным раствором натрия хлорида 0,9%.

Нефростомическая трубка держалась в течение $30 \pm 5,0$ дней. За это время чашечно-лоханочная система очистилась от гноя, ликвидировался активный воспалительный процесс. В анализе мочи взятый из нефростомы отмечался белок 0,033%, лейкоциты 25-35 в п/з, эритроциты 12-16 в п/з, плоский эпителий 1-2 в п/з. Нефростомическая трубка сохранялась вплоть до выполнения основного этапа операции, и удалялась только на вторые сутки после реимплантации мочеточника. Однако данная методика мало влияет на сокращение мочеточников, уменьшение их размеров, что в дальнейшем при выполнении реимплантации мочеточника может отрицательно влиять на более адекватное проведение операции и течение послеоперационного периода. В этой связи нами применено двойное дренирование мочевыделительной системы при уретерогидронефрозе III – IV степени осложнённым инфицированием и пионефрозом. Двойное дренирование выполнено у 20 детей, у которых были инфицированный уретерогидронефроз у 11 больных и пионефроз у 9 больных. Из 8 больных с двухсторонним уретерогидронефрозом у 4 (уретерогидронефроз III ст. – 3, IV ст. - 1) были инфицированные с осложнившимся пионефрозом. Этим больным одномоментно с двух сторон произведена перкутанная нефростомия и стентирование мочеточников. Затем по улучшению состояния, стихание активного воспалительного процесса,

очищение почек от гноя, сокращение собирательной системы почек, улучшение функции почек, через 25 дней от момента двойного дренирования проведено поэтапное радикальное хирургическое лечение. В функциональном отношении имелись нарушения скорости клубочковой фильтрации ($55 \pm 8,4$ мл/мин.), высокий креатинин в сыворотке крови ($220 \pm 10,7$ мкмоль/л) и мочевины крови ($11,2 \pm 1,0$ мкмоль/л).

Больные (84) в зависимости от проведённого хирургического лечения были разделены на 3 группы: I - оперативные вмешательства по методу Политано – Лидбеттера (29), II – методика Коэна (20) и III – экстравезикальная реимплантация мочеточника с антирефлюксной защитой, разработанной в клинике детской хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (35). Больные всех трёх групп по тяжести, течения заболевания и степени обструкции были сопоставимы. С учётом сложности патологии у детей, учёные прибегают к внедрению и применению новых методов лечения.

Оперативные вмешательства по методу Политано – Лидбеттера и Коэна в нашей практике применяются нередко. Оба метода в отдалённом сроке наблюдения показали не плохие результаты, однако в процентном отношении осложнения высоки 27,6% и 20,0% соответственно.

С учётом высокого процента осложнений после операции нами была разработана методика экстравезикальной реимплантации мочеточника при нарушении уродинамики в дистальном отделе мочеточников с антирефлюксной защитой. Эта методика как мы уже рассмотрели в разделе экспериментальных работ апробирована на кроликах семейства Фландр.

По этой методике нами были оперированы 35 (41,7%) детей с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточника. Всем больным при экстравезикальной реимплантации мочеточника выполнено стентирование МВС. Стенты удалялись на $23 \pm 2,5$ день после операции. Послеоперационные осложнения составляют 8,6 %.

Таким образом, выполнение экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой, является менее травматичным, легко выполнимым и достаточно эффективным методом.

Результаты проводимых хирургических коррекций, при обструкции дистального отдела мочеточника, изучены нами в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде.

У 82 детей проанализированы результаты хирургического лечения УГН на фоне нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде после выписки из стационара были следующие: 1, 3, 6, 12 месяцев, 1 год 6 месяцев и 2 года. При оценке результатов лечения учитывалось состояние ЧЛС, толщина паренхимы почек, состояние мочеточников и уродинамики.

По данным УЗИ положительная динамика отмечалась у 65% больных и выражалась в уменьшении к 12-ым суткам размеров дилатированного мочеточ-

ника. В тоже время у 3 детей, после оперативного вмешательства по методу Политано – Лидбеттера (1) и Коэна (2), наблюдалась макрогематурия (нарушение гемостаза), купированная на 3 сутки.

В нашем наблюдении в послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: обострение пиелонефрита у 19 (22,6%), гематурия у 3 (3,6%), цистит у 5 (6,0%) и дислокация стента у 1 (1,2%) больного.

У 1 ребёнка на 7 сутки после операции отмечалась дислокация стента, который в последующем был удалён. После удаления стента проблем с уродинамикой не было. У 7 детей на 12 сутки стенты были удалены в связи с некупирующимся обострением хронического процесса.

У 5 детей в раннем послеоперационном периоде отмечались признаки расширения мочеточника и явления цистита, которые сохранялись на протяжении $18 \pm 4,3$ дней. После проведения антибактериальной терапии, применения уро-септиков, озонотерапии и физиолечения у 3 детей сократился расширенный просвет мочеточника и соответственно нормализовалась уродинамика. У 2 детей сохранялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вследствие чего им было эндоскопическим методом осуществлено введение объём образующего биополимера ДАМ⁺ синтетического (НЦ Биофарм–Россия) в устья мочеточника.

Осложнение в отдалённом периоде после коррекции нарушения уродинамики, то есть реимплантации мочеточника при нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента, было у 15 детей. Из них после операции Политано – Лидбеттера у 8, Коэна у 4 и после экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой у 3. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдался у 6 детей после операции Политано-Лидбеттера, у 2-х больных после операции Коэна и у 1 больного после экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой. Стриктура вновь сформированного устья мочеточника было у 2 больных после операции Политано-Лидбеттера, у 2 после операции Коэна и у 2 после экстравезикальной реимплантации мочеточника.

В отдалённом периоде после операции результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошие результаты после операции Политано-Лидбеттера были у 19 (65,5%), после операции Коэна у 15 (75,0%) и экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой у 28 (80,0%) детей, при этом отмечалось значительное уменьшение диаметра мочеточников и чашечно-лоханочной системы, улучшилась функция почек, отсутствовали признаки пузырно-мочеточникового рефлюкса. Удовлетворительные результаты после операции Политано – Лидбеттера были у 2 (6,9%), операция Коэна у 1 (5,0%) и после операции экстравезикальной реимплантации составляли у 4 (11,4%) больных. Неудовлетворительные результаты после хирургической коррекции нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников выявили 8 (27,6%); 4 (20,0%); 3 (8,6%) соответственно. У этих детей сохранилась дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточников, которые определялись пузырно-мочеточниковым рефлюксом (6;2;1) и сужением вновь сформированного устья мочеточника (2;2;2).

Нами после резекции патологической зоны мочеточника в дистальном отделе все резецированные части мочеточников подверглись гистологическому исследованию. Исследование показало наличие нейромышечной дисплазии мочеточника врождённого характера, при котором выявили, во всех случаях, изменение структуры мышц и элементов соединительной ткани со склеротическими, деструктивными изменениями, а также гипоплазия и неравномерная дезориентация мышечных пучков стенки мочеточников. У 23 материалов гистологии выявлены локальная гиперплазия мышц, распад и фрагментация аргирофильных волокон.

Основными показаниями для проведения оперативного лечения у детей с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточника являются органические изменения в везикоуретеральном сегменте, который не поддаётся устранению после мини инвазивных манипуляций, грубые нарушения почечной микроциркуляции, нарастание уретерогидронефроза.

ВЫВОДЫ

1. Основными критериями диагностики нарушения функции почек являются показатели клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, уровень креатинина и мочевины крови, ультразвуковое исследование почек и мочевыделительной системы, мульти спиральная компьютерная томография мочевой системы в режиме 3D изображения с контрастированием [2-А, 5-А, 9-А, 10-А].
2. Современные диагностические методы исследования позволяют своевременно определить степень уродинамических нарушений на всех этапах возрастного развития детей и способствуют в выборе консервативного и/или оперативного лечения больных с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников [1-А, 2-А, 6-А, 7-А, 11-А, 12-А, 13-А].
3. Применением мини инвазивных методов лечения (бужирование, баллонная дилатация со стентированием мочеточника и ЧЛС) у детей до 3 лет, при функциональной форме НРМУ на ранних стадиях (I, II, и часть III), возможно достичь высокие положительные результаты. При органической форме НРМУ III, IV стадии с инфицированием и пионефрозом необходимо проведение пункционной нефростомии и двойное дренирование МВС, с целью санации, сокращение ЧЛС и мочеточников и подготовки для дальнейшего оперативного вмешательства [3-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А].
4. Метод экстравезикальной реимплантации мочеточника, разработанный в клинике детской хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» в эксперименте и апробированный в клинике, является достаточно эффективным способом лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников у детей. Данная методика высокоэффективна у детей возрасте от 1 до 3 лет, что составляет 91,4% [4-А, 11-А, 13-А, 14-А, 15-А].
5. Отдалённые результаты разработанного метода хирургической коррекции неретрофлексующего УГН показывают высокую эффективность и низкие послеоперационные осложнения - 8,6% [4-А, 5-А, 7-А, 8-А, 10-А, 11-А, 13-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Для установления врождённого мегауретера, функциональной оценки состояния мочевыделительной системы, в частности её верхних и нижних отделов, включая инфекционные осложнения, необходимо (до и после рождения) осуществление своевременных комплексных диагностических обследований с использованием высокотехнологического инструментального оборудования (УЗИ, ДГ, ЦДК, КТ, МСКТ).
2. При нейромышечной дисплазии мочеточников у детей первого года жизни бужирование, баллонная дилатация уретерovesикального соустья с последующим стентированием мочеточника и полостной системы почек у 34,0% пациентов приводят к значимому улучшению уродинамики.
3. Показаниями для оперативного лечения являются: значительные угнетения функции почек, чрезмерная дилатация мочеточника и чашечно-лоханочной системы, длительный не корригирующий воспалительный процесс почек и МВС.
4. Критерием эффективности реимплантации мочеточника при мегауретере и восстановление уродинамики везикоуретерального сегмента является сокращение чашечно-лоханочной системы, значительное развитие паренхимы, сокращение общей площади почки, восстановление и/или улучшение скорость клубочковой фильтрации.
5. Динамические наблюдения в отдалённом сроке после операции необходимо проводить в сроки 3, 6, 12 месяцев, 1 год 6 месяцев и 2 года. Обследование должно включать клинко-биохимические и рентген-лучевые исследования.

Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых научных журналах

- [1-А] Мираков, Х. М. Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей [Текст] / Х. Ибодов, Х. М. Мираков, Т. Ш. Икромов, К. М. Сайёдов, Р. Рофиев, С. К. Асадов // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2021. – № 3, Том 350. – С. 21 – 27.
- [2-А] Мираков, Х. М. Лечение нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Р. Давлатов, Н. С. Ибодов // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2022. - №3, Том 354. – С. 34 – 41.
- [3-А] Мираков, Х. М. Нарушения функции почек при обструкции дистального отдела мочеточников у детей [Текст] / Х. М. Мираков // Журнал «Наука и инновация». – Душанбе, 2022. – № 3. – С. 75 – 80.
- [4-А] Мираков, Х. М. Усовершенствование метода экстравезикальной реимплантации мочеточника [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Р. Давлатов, З. Р. Абдуллоев // Журнал «Вестник Авиценны». – Душанбе, 2022. – № 4, Том 24. – С. 471– 479.
- [5-А] Мираков, Х. М. Диагностика нарушений уродинамики у детей с нерефлюксирующим мегауретером (обзор литературы) [Текст] / Х. Ибодов, Х. М. Мираков

// Журнал «Вестник педагогического университета». – Душанбе, 2022. – № 4, Том 16. – С. 295 – 301.

[6-А] Мираков, Х. М. Мини инвазивные методы лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Т. Ш. Икромов, Н. С. Ибодов, Р. Рофиев // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2023. - №1, Том 356. – С. 29 – 33.

[7-А] Мираков, Х. М. Методы отведения мочи у детей с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников [Текст] / Х. Ибодов, Х. М. Мираков, Т. Ш. Икромов, Н. С. Ибодов, С. К. Асадов, Р. Рофиев // Журнал «Медицинский вестник Национальной Академии наук Таджикистана». – Душанбе, 2023. – № 1, Том 13. – С. 27 – 32.

Статьи в научных сборниках, материалы конференции

[8-А] Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей [Текст] / С. А. Асадов, Х. Ибодов, Х. М. Мираков, Р. Рофиев, К. М. Сайёдов // Материалы конгресса. IX Конгресс педиатров стран СНГ. Ребёнок и общество: проблемы здоровья. «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения». – Душанбе, 2019. – С. 51.

[9-А] Мираков, Х. М. Диагностика и лечения обструкции везикоуретерального сегмента мочеточников у детей [Текст] / Х. М. Мираков, Х. И. Ибодов, Т. Ш. Икромов, Н. С. Ибодов // Материалы международной научно-практической конференции. «Педиатрия Казахстана: вчера, сегодня и завтра». – Алмата, 2022. – С. 63 – 65.

[10-А] Мираков Х. М. Диагностика функциональных нарушений почек при уретерогидронефрозе у детей [Текст] / Х. Ибодов, Х. М. Мираков, Т. Ш. Икромов, Н. С. Ибодов, Г. Х. Ибодова // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием. Медико-социальное учение-новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в республике Таджикистан. – Душанбе, 2022. – С.102 – 104.

[11-А] Мираков, Х. М. Экстравезикальная реимплантация мочеточника [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Р. Давлатов // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе, 2022. – С. 106 – 107.

[12-А] Мираков, Х. М. Лечение нерефлюксирующего мегауретера у детей [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Р. Рофиев, А. Р. Давлатов // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». – Душанбе, 2022. – С. 107 – 108.

[13-А] Мираков, Х. М. Нерефлюксирующий мегауретер как порок развития мочевыделительной системы в антенатальном и постнатальном периодах [Текст] / Х. М. Мираков, Х. Ибодов, Т. Ш. Икромов, Р. Рофиев, Н. С. Ибодов // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». –

Рационализаторское предложение

[14-А] Мираков Х. М., Рофиев Р. Р., Ибодов Х. И., Давлатов А. Р., Асадов С. К. «Способ создания модели уретерогидронефроза в эксперименте и реимплантации мочеточников у экспериментальных животных». Рационализаторское предложение № 000453, выданное ГОУ «ИПО в СЗ РТ» от 16.11.2022 г.

[15-А] Мираков Х. М., Асадов С. К., Рофиев Р. Р., Давлатов С. Б., Ибодов Х. И., Давлатов А. Р. «Способ экстравезикальной реимплантации мочеточников у детей с мегауретером». Рационализаторское предложение № 000460, выданное ГОУ «ИПО в СЗ РТ» от 02.02.2022 г.

Перечень сокращений и условных обозначений

ДГ	– Допплерография
КТ	– Компьютерная томография
МВС	– Мочевыводящая система
МСКТ	– Мульти спиральная компьютерная томография
МУ	– Мегауретер
НРМУ	– Нерезфлюксирующий мегауретер
ПМР	– Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
СКФ	– Скорость клубочковой фильтрации
УВС	– Уретеровезикальный сегмент
УГН	– Уретерогидронефроз
УЗ	– Ультразвуковая
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
ХБП	– Хроническая болезнь почек
ЧЛС	– Чашечно-лоханочная система
ЦДК	– Цветное доплеровское картирование
ЭУ	– Эскреторная урография

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

УДК:616-08.;616+617.002+611+612. (575.3).

Бо ҳуқуқи дастнавис

МИРАКОВ ХУРШЕД МАҲМАДОВИЧ

**ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАБОБАТИ ВАЙРОНШАВИИ
УРОДИНАМИКАИ ҚИСМИ ДИСТАЛИИ ҲОЛИБ ДАР КЎДАКОН
(Тадқиқоти эксперименталӣ – клиникӣ)**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб
аз рӯи ихтисоси 14.01.19 – Ҷарроҳии атфол

Душанбе – 2023 с.

Тадқиқоти илмӣ дар кафедраи ҷарроҳии атфоли МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ:

Ибодов Ҳабибулло

доктор илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии атфоли МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризони расмӣ:

Салимов Шавкат Тешаевич

доктор илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии умумӣ ва атфоли «Академияи тиббии Тошканд», шаҳри Тошканд Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Сафедов Фахриддин Холниёзович

номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия 29 декабри соли 2023 соати 13:00 дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-040 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734003, ш. Душанбе, кучаи Сино 29-31, [www.tajmedun.@tj](mailto:www.tajmedun.tj)

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ 2023 сол ирсол гардид.

**Котиби илмии
Шӯрои диссертатсионӣ
д.и.т.**

Шарипов А. М.

Муқаддима

Муҳимияти мавзӯи тадқиқот.

Яке аз омилҳои рушди уретерогидронефроз дар кӯдакон бандшавии сегменти везикоуретералӣ (СВУ) мебошад, ки дар байни дигар нуқсонҳои модарзодии системаи пешоббарор яке аз ҷойҳои аввалро ишғол мекунад [Адаменко О. Б., 2015; Азизов А. А. ва дигарон, 2020]. Ба таври назаррас васеъшавии ҳолиб дар тамоми дарозияш, саркарда аз қисми болои масонагӣ то қисми проксималӣ ва минбаъд бо васеъшавии системаи ҳавзаку ҷомчаҳо дар адабиёт бо мегауретер (МУ), уретерогидронефроз (УГН), ахалазияи ҳолиб, ҳолиби атоникӣ, диспластикӣ, васеъшуда, гидроуретер, мегадолихоуретери обструктивӣ ё ғайриобструктивӣ номбари карда мешавад. [Бачу М. Р., 2005; Юшко Е. И., 2012; Баженов И. В. ва дигарон, 2013]. Ҳамаи ин номҳо ба раванди вайроншавии уродинамикӣ дар қисми дисталии ҳолибҳо мувофиқат мекунанд ва интиҳоби усулҳои табобат аз сабаби пайдоиши инхироф, инчунин аз тағйиротҳои органикӣ ё функционалии қисми дисталии ҳолибҳо вобаста аст. [Румянцева Г. Н. ва дигарон, 2015; Врублевский С. Г. ва дигарон, 2018]. Дар робита ба ин, чунин мешуморанд, ки бисёре аз изҳоротҳои баҳсбарангез дар бораи ташхисот ва ислоҳотҳои вайроншавии уродинамикӣ дар қисми дисталии ҳолибҳо, инчунин барқарорсозии тиббӣ ва диспансеризатсия ба иштибоҳ дар номуайянии тафсири истилоҳот алоқаманданд. Бори аввал Ҷ. Кулк соли 1923 ҳангоми ошкор кардани васеъшавии ҳолибҳо истилоҳи «мегауретер»-ро пешниҳод кард. Ӯ истифодаи истилоҳоти мегауретерро дар ҳамаи ҳолатҳои васеъшавии ҳолибҳо мувофиқ меҳисобад.

Дар марҳалаи кунунии рушди тиб бо ворид намудани технологияҳои нав ташхисоти УГН такмил ёфтааст ва баъзе муаллифон бар ин назаранд, ки зиёдшавии инхирофи модарзодии ҳолибҳо дар байни кӯдакон ба ин алоқаманд мебошад. Аз тарафи дигар афзоиши уретерогидронефрозҳои модарзодӣ, бо таъсири муҳити зист ба ташаккули ҷанин дар давраи органогенез, вобаста мебошад [Иванов Н. М. ва дигарон, 2008; Дерюгина Л. А. ва дигарон, 2012;]. Ба гуфтаи муаллифон, МУ дар байни нуқсонҳои модарзодии системаи пешоббарор (СПБ) 20-30% -ро ташкил медиҳад [Леонова Л. В., 2009; Лолаева Б. М., 2010].

Сарфи назар аз он, ки дар самти ташхисот ва табобати инхирофи модарзодии қисми дисталии ҳолибҳо дар кӯдакон тадқиқотҳои зиёди илмӣ мавҷуданд, то ҳол ин кор аҳамияти илмӣ худро гумона кардааст [Айнақулов А. Д. ва дигарон, 2014; Юшко Е. И. ва дигарон, 2016].

Ташхисоти инструменталӣ, аз ҷумла ташхиси ултрасадоӣ (ТУС) имкон медиҳад, ки дар давраи инкишофи дохилибатнӣ (аз 16-23-юм ҳафта) патологияи модарзодии қисми дисталии ҳолибҳо дар 76 % ташхис карда шавад [Дибунов А. Г., 2001; Бетанов З. В., 2019; Дубров В. И. ва дигарон, 2020; Shimada K. ва дигарон 2004].

Бо дарназардошти афзоиши гирифтورشавии кӯдакон бо патологияҳои

модарзодии СПБ, имрӯз зарурати таҳия ва татбиқи нақшаҳои таҳхиси оқилонаи баъдитаваллуд дар амалияи тандурустӣ ба миён омадааст, ки ин воқеияти объективӣ мебошад [Дерюгина Л. А. ва дигарон, 2012; Савченков А. Л. ва дигарон, 2019].

Муқаррар гардидааст, ки ҳангоми МУ самаранокии табобату натиҷаҳо бо саривақт гузаронидани амалиёт таъмин карда мешавад ва онро тавассути истифодаи таҳхисоти дохилибатнии намудҳои бандшавии ҳолиб, ки дар марҳилаи муосир хеле умедбахш ба ҳисоб меравад, ба даст овардан мумкин аст [Айнақулов А. Д. ва дигарон, 2014; Савченков А. Л. ва дигарон, 2019]. Дар робита ба ин, ҳамасола ҳолатҳои нави уретерогидронефрозҳои модарзодӣ дар навзодон ва кӯдакони хурдсол ошкор карда мешаванд [Исакова Ю. Ф. ва дигарон, 2009; Юшко Е. И. ва дигарон, 2011].

Бо назардошти мураккабии табобати УГН-и модарзодӣ табибон аз усулҳои нави муолиҷа истифода мекунанд, ки яке аз онҳо усули ислоҳи марҳилавӣ мебошад. Басомади оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ (уретерогидронефроз) дар ҳолати уретеросистонеостомияи трансвезикалии дар як марҳила гузаронидашуда аз 8 то 40 % мерасад. Фавт баъди ҷарроҳҳои такрорӣ то 9 %-ро ташкил медиҳад [Ганиев Ш. С. ва дигарон, 2011; Истокский К. Н., 2011; И. Б. Осипов ва дигарон, 2015; Л. Б. Меновщикова ва дигарон, 2015; Nemat A. K. ва дигарон, 2003]. Ин зарурати аз нав дида баромадан ва таҳияи усулҳои муосири таҳхисот, тактикаи табобати ҷарроҳиғии мегауретерро дар кӯдакони соли аввали ҳаёт талаб мекунад.

Дараҷаи инкишофи илмии проблемаи тадқиқшаванда.

Дар марҳилаи муосир маълумот, дар бораи зухуроти клиникӣ, усулҳои ошкор ва табобати патологияи қисми дисталии ҳолибҳо дар кӯдакон, комилан мукамал оварда шудааст [Антонов Д. В., 2005; Дерюгина Л. А. ва дигарон, 2012; Адаменко О. Б., 2015; Шарипов Ш. Ф. ва дигарон, 2019; Farrugia M. K. ва дигарон, 2014; Canning D. A., 2015; Ortiz R. ва дигарон, 2018]. Бо вучуди ин, маълумоти адабиётҳо оид ба таҳхисоти дохилибатнии патологияи дар боло зикршуда, хусусан то давраи 20 - 22 ҳафтаи инкишофи дохилибатнӣ, инчунин хусусиятҳои клиникӣ тағйирёбиҳои уродинамикии қисми дисталии ҳолибҳо дар навзодон каманд [Дерюгина Л. А. ва дигарон, 2007; Пыков М. И. ва дигарон, 2009; Лолаева Б. М., 2011; Юшко Е. И. ва дигарон, 2016; Cromie W. J. ва дигарон., 2001; Shukla A. R. ва дигарон, 2005; Arena S. ва дигарон, 2012; Nef S. ва дигарон, 2016]. Дар бораи оптимизатсияи табобати уретерогидронефроз, ки пеш аз таваллуд таҳхис шудааст, танҳо якчанд корҳои илмӣ мавҷуданд. Инчунин оид ба арзёбии дараҷаи бандшавии қисми болоии ҳолибҳо аз рӯи нишондиҳандаи миқдории як қатор омилҳои афзоиш, аз ҷумла натиҷаҳои муқоисавии даҳолати ҷарроҳиғӣ ва инструменталӣ (эндовидео) маълумоти кам мавҷуд аст [Краснова Е. И., Дерюгина Л. А., 2012; Дубров В. И., Качанцов И. М., 2020; Anderson C. B. ва дигарон, 2012; Kart Y. ва дигарон, 2013; Vujons A. ва дигарон, 2015; Landa-Juárez S. ва дигарон, 2017; Doudt A. D., Pusateri C. R., Christman M., 2018; Teklali Y. ва дигарон, 2018].

Пайвастанӣ тадқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ.

Мавзӯи рисолаи мазкур порчае аз корҳои илмӣи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» мебошад, ки ба мавзӯи «Технологияҳои инноватсионӣ дар таҳсилот ва табобати кӯдакони гирифтори беморҳои ҷарроҳӣ ва ҳолатҳои терминалӣ» бахшида шудааст. БД № 0121ТҶ1090.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАДҚИҚОТ

Мақсади омӯзиш.

Оптимизатсияи муолиҷаи вайроншавии уродинамикии қисми дисталии ҳолибҳо дар кӯдакон, тавассути такмил додани усули реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб.

Ҳадафҳои тадқиқот.

1. Омӯзиши ҳолати функционалии гурдаҳо ҳангоми бандшавии модарзодии қисми терминалии ҳолибҳо дар кӯдакон.

2. Ба таври таҷрибавӣ такмил додани усули оптималии реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб дар ҳолати бандшавии сегменти везикоуретералӣ.

3. Арзёбии истифодаи реимплантатсияи ҳолиб дар амалияи клиникӣ, муайян кардани нишондодҳои табобати консервативӣ ё ҷарроҳии бандшавии сегменти везикоуретералӣ дар кӯдакон.

4. Омӯзиши натиҷаҳои дарозмуддати табобати бандшавии сегменти везикоуретералии ҳолиб дар кӯдакон.

Объекти омӯзиш.

Ҳадаф тавассути таҳлили тадқиқоти таҷрибавӣ (харгӯшҳо (21) зоти Фландр) ва омӯзиши муқоисавии ретроспективии зӯҳуроти клиникӣ, параметрҳои эхографӣ ва параметрҳои лаборатории кӯдакони (110) бо мегауретери берефлюкс (МУБР) ба даст оварда шуд. Тадқиқот бо риояи принципҳои тиббӣ далелҳо (интиҳоби беморон ва коркарди омории натиҷаҳо) гузаронида шуд. Кор дар доираи тадқиқоти ретроспективии когортӣ бо истифода аз усулҳои клиникӣ, инструменталӣ, лабораторӣ ва омӯрӣ анҷом дода шуд.

Навоварии илмӣ тадқиқот.

Дар таҷриба самаранокии усули такмилдодашудаи реимплантатсияи ҳолиб, ҳангоми бандшавии сегменти везикоуретералӣ дар харгӯшҳои оилаи Фландр, исбот карда шуд.

Таҳлили муқоисавии усулҳои табобати ҷарроҳии мегауретер дар кӯдакон бо истифода аз маводи кофӣ гузаронида шуд.

Вобаста ба дараҷаи уретерогидронефроз, қобилияти функционалии гурдаҳо, инчунин сирояти системаи пешоб, усулҳои дренажгузории роҳҳои пешоббарор бо мақсади озодгардонӣ ва санатсия таҳия карда шуданд.

Усули тактикаи табобатӣ дар кӯдакони гирифтори мегауретерҳои берефлюкс, вобаста ба синну сол ва дараҷаи вайроншавии кори гурда, таҳия

карда шуд.

Ин кор аввалин тадқиқоти илмии таҷрибавӣ-клиникӣ дар Тоҷикистон, оиди омузиши самаранокии усули такмилдодашудаи реимплантациаи ҳолиб дар кӯдакони гирифтори мегауретер, мебошад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот.

Резектсияи сегменти везикоуретералии ҳолиб ҳангоми мегауретери берефлюкс дар кӯдакон бо реимплантатсияи ҳолиб яке аз ҷарроҳҳои асосноккардашуда ҳисобида мешавад. Дар омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, ҳангоми уретерогидронефрози дараҷаи III – IV бо сироятёбиаш – дренажгузории роҳҳои болоии пешоббарор усули интиҳоб аст. Дар мавриди мегауретер, ҳамчун омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, татбиқи стентгузории дохилӣ барои гузаронидани ислоҳи реконструктивӣ – пластикии патологияи қисми терминалии ҳолиб шароити мусоидтар фароҳам меорад. Барқарорсозии фаъолияти гурда пас аз ҷарроҳии ислоҳӣ, аз давомнокии даҳолати ҷарроҳигӣ, фаъолнокии раванди илтиҳобӣ дар гурдаҳо, дараҷаи уретерогидронефроз ва вазнинии осеби паренхимаи гурда, вобаста аст.

Муқаррароти асосии рисолаи ба ҳимоя пешниҳодшуда

1. Дар асоси ташхисоти барвақти клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ дараҷаи вайроншавии функсияи гурда, марҳилаи уретерогидронефроз, дарозии қисми тангшудаи ҳолиб ва фаъолияти раванди илтиҳобиро муайян кардан мумкин аст.

2. Ташхисоти бандшавии функционалӣ ё органикии сегменти уретеровезикалӣ пайванди муҳим дар интиҳоби усулҳои таъобати консервативӣ ё ҷарроҳигии мегауретер мебошад.

3. Ҳангоми мегауретери берефлюкс интиҳоби даҳолати ҷарроҳигӣ аз рӯи нуқтаи назари рафъи тангшавӣ ва кам кардани мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ сурат мегирад.

4. Истифодаи усули таҳияшудаи реимплантатсияи ҳолиб дар таҷриба ва клиника, инчунин стентгузорӣ ва дренажгузории узвҳои пешоббарори болоӣ бо дарназардошти давомнокии беморӣ ва мавқеи тангшавӣ, сатҳи вайроншавии фаъолияти гурда имконият медиҳад, ки натиҷаҳои хуби ниҳой дар давраи дурдасти таъобат ба даст оварда шавад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо.

Нақшаи ташхисот ва таъобати кӯдакони навзод ва хурдсоли гирифтори мегауретери берефлюкс, ки дар рафти тадқиқот таҳия шудааст, имкон дод, ки алгоритми ташхис ва таъобат сохта шавад ва он дар амалияи шӯъбаҳои ҷарроҳии кӯдаконаи МД Маҷмааи тиббии «Истиқлол» ва МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии урологӣ» ҷорӣ карда шуд. Натиҷаҳо, муқаррарот ва хулосаҳои, ки дар рафти тадқиқот ба даст оварда шудаанд, ба ҷараёни таълимии кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва МҒТ «Донишқадаи тиббӣ – иҷтимоии Тоҷикистон» ворид карда шуданд.

Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисосҳои илмӣ.

Тадқиқот мувофиқат мекунад ба шиносномаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.19 – Ҷарроҳии атфол: зербанди 3.1. Этиология, патогенез, ташхис, табобат ва пешгирии бемориҳои модарзодӣ ва пайдошудаи гурда ва масона дар кӯдакон. 3.4. Сироятҳо дар ҷарроҳии кӯдакона: шоки септикӣ, сепсис, бемориҳои фасодии бофтаҳои нарм ва ғайра. 3.8. Тайёрии пеш аз ҷарроҳии кӯдакон ва нигоҳбинии давраи пас аз ҷарроҳӣ.

Саҳми шахсии доктараби дараҷаи илмӣ дар тадқиқот.

Муаллиф мақсад ва вазифаҳои тадқиқот, методологияро мустақилона муайян намуда, барномаи тадқиқотиро тартиб дода, ҳуҷҷатҳои ибтидоии оморию баҳисобгириро омӯхтааст. Унвонҷӯ дар корҳои таҷрибавӣ, ҷорӣ намудани усули такмилёфтаи реимплантатсия ҳангоми бандшавии сегменти везикоуретералӣ дар амалияи клиникӣ, муоинаи беморон фаъолона иштирок намуда, натиҷаҳои тадқиқоти инструменталӣ ва лаборатории беморонро таҳлил намуда, интихоби усули табобату арзёбии минбаъдаи самаранокии онро муайян намуд. Доктараб кори таҷрибавӣ ва 60% қисми клиникии корро мустақилона иҷро кардааст. Муаллиф ҳулоса ва тавсияҳои амалиро (100% саҳм) аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардааст.

Санҷиш ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия.

Муқаррароти асосии кор дар ҷаласаи «Ҷамъияти ҷарроҳони кӯдакона, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон» (2021, 2022 солҳо, ш. Душанбе); дар конференси байналмилалӣ илмию амалии «Педиатрияи Қазоқистон: дирӯз, имрӯз ва фардо» (2022 сол, ш. Алматы); дар конференси дуҷуми МФТ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон» бо иштироки байналмилалӣ (2022 сол, ш. Душанбе), дар конференси ҷарроҳони атфол ва анестезиологҳо-реаниматологҳои Ҷумҳурии Узбекистон бо иштироки байналмилалӣ, «Саволҳои актуалии ҷарроҳии кӯдакона» (2023 сол, ш. Тошканд) пешниҳод карда шудааст.

Нашрияҳо оид ба мавзӯи рисола.

Дар асоси маводҳои диссертатсионӣ 13 кори ҷопӣ дар маҷаллаҳои марказии тиббӣ ва маҷмӯаҳои мақолаҳои илмӣ, аз онҳо 7 адад дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшаванда ва нашрияҳои аз ҷониби ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсияшуда ва 2 тақлифи ратсионализаторӣ ба таърифи расидаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.

Кори илмӣ дар ҳаҷми 152 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз мундариҷа, рӯйхати ихтисорот ва аломатҳо, муқаддима, тавсифи умумии кор, 6 боби асосӣ, ҳулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои тадқиқот, рӯйхати манбаъҳои истифодашуда, нашрияҳо оид ба мавзӯи рисола иборат аст. Кори диссертатсионӣ бо 56 расмҳо ва 9 ҷадвалҳо тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 216 сарчашма, аз ҷумла 140 асари русзабон ва 76 муаллифи хориҷӣ, иборат аст.

МУҲТАВОИ ТАДҚИҚОТ

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.

Тадқиқот дар ду марҳила гузаронида шуд: таҷрибавӣ ва клиникӣ. Қисмати таҷрибавии тадқиқот (21 харгӯши зоти Фландр, нарина) дар лабораторияи марказии илмӣ-тадқиқотии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», қисми клиникӣ дар МД Маҷмааи тандурустии «Истиқлол», шаҳри Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд, ки базаи клиникии кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» мебошад. Мо натиҷаҳои перспективӣ ва ретроспективии табоботи 110 кӯдаки гирифтори УҒН-ро омӯхтем.

Дар ҳайвоноти таҷрибавӣ (21) барои омӯзиши натиҷаҳои табоботи реимплантатсияи ҳолибҳо ба масона модели обструксияи сегменти уретеровезикалӣ сохта шуд.

Дар беморони аз ҷониби мо омӯхташуда (110) вайроншавии уродинамика дар қисми дисталии ҳолибҳо, яъне дисплазияи модарзодии нейромушакӣ ташхис карда шуд. Аз 110 кӯдак ба 84 (76,4%) нафарашон ҷарроҳӣ бо ташхиси дисплазияи нейромушакии қисми дисталии ҳолибҳо гузаронида шуд, ки дар асоси тадқиқоти клиникӣ, рентгенӣ ва гистологӣ муайян карда шудааст. Аз руи маводҳо 70 нафар писарон (63,6%) ва духтарон 40 нафар (36,4%) буданд. Дар кӯдакони муоинашуда дисплазияи нейромушакӣ аз тарафи чап дар 62 (56,4%), дар тарафи рост дар 40 (36,3%) ва дутарафа дар 8 (7,3%) кӯдак мушоҳида шудааст. Аз рӯи синну сол кӯдакон чунинанд: аз 0 то 1 сола - 45 (40,9%), аз 1 сола то 3 сола - 34 (30,9%), аз 3 то 7 сола - 22 (20,0%), аз 7 сола то 16 сола - 9 (8,2%).

Дар 28 (25,5%) кӯдакон дисплазияи нейромушакии сегменти уретеровезикалӣ бо уретерогидронефроз дар давраи антенаталӣ (пеш аз таваллуд) ташхис карда шуд ва уретерогидронефрозҳои обструктивии дараҷаҳои зерин ошкор карда шуданд: дараҷаи I - 5 (17,9%), дараҷаи II - 9 (32,1%), дараҷаи III - 10 (35,7%) ва дараҷаи IV - 4 (14,3%) беморон.

Дар 82 нафар (74,5%) ташхиси мегауретер дар давраи пас аз таваллуд (постнаталӣ) то синни 16-солагӣ муайян карда шудааст. Ҳамзамон уретерогидронефрозҳои муайянкардашуда бо дараҷаҳои зеринанд: дараҷаи I - 20 (24,4%), дараҷаи II - 34 (41,5%), дараҷаи III - 21 (25,6%) ва дараҷаи IV - 7 (8,5%).

Дар рафти тадқиқот шумораи умумии беморонро ҷамъбаст карда нишондодҳои зерин муайян карда шуд: УҒН-и дараҷаи I - 25 (22,7%), дараҷаи II - 43 (39,1%), дараҷаи III - 31 (28,2%), дараҷаи IV - 11 (10,0%). УҒН-и сироятнокшуда дар 85,5% (94) беморон ташхис шудааст: пиелонефрити музмини дараҷаи I - дар 22 (23,4%), дараҷаи II - дар 40 (42,6%) ва дараҷаи III - дар 32 (34,0%) кӯдакон. Пиелонефрити музмини дараҷаи II ва III нисбатан зиёд дар кӯдакони гирифтори УҒН-ҳои дараҷаи III – IV дида мешавад.

Дар 14,5% кӯдакони гирифтори бандшавии қисми дисталии ҳолибҳо

бо пайдоиши УГН сироятгирӣ муайян карда нашудааст, ҷараёни беморӣ дар аксари ҳолатҳо нисбатан қаноатбахш идома дошт ва аз ҷониби волидон шикоятӣ махсус набуд. Фоизи хеле зиёди сироятгирӣ асосан аз ташхисоти дер ва гузаронидани табобати нокифоя вобаста аст.

Дар 110 беморони муоинашуда бо бандшавии қисми дисталии ҳолибҳо, бемории музмини гурдаҳо (БМГ) дар марҳилаҳои зерин ташхис карда шуд: марҳилаи I - дар 45 нафар (40,9%); марҳилаи II – дар 34 (30,9%); марҳилаи III а – дар 12 (10,9%); марҳилаи III б – дар 7 (6,4%), марҳилаи IV – дар 10 (9,1%); марҳилаи V – дар 2 (1,8%) кӯдакон. Вобаста ба марҳилаҳои БМГ, дар кӯдакони гирифтори иллатнокии дутарафаи гурдаҳо, дараҷаи IV уретерогидронефроз ва давомнокии беморӣ >7 сол, вайроншавиҳои вазнини фаъолияти гурдаҳо мушоҳида шуданд.

Беморон вобаста ба намуди ҷарроҳии гузаронидашуда ба 3 гурӯҳи бо ҳам муқоисашаванда тақсим карда шуданд: гурӯҳи I - кӯдакони бо усули Политано-Лидбеттера ҷарроҳишуда, гурӯҳи II - бо усули Коэн ҷарроҳишуда, гурӯҳи III - кӯдакони бо усули такмилдодашудаи реимплантатсияи экстравезикалӣ бо ҳимояи зиддирефлюксӣ ҷарроҳишуда.

Кӯдакони гирифтори вайроншавиҳои уродинамикӣ дар қисми дисталии ҳолибҳо пурра аз муоинаи клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ (ташхиси ултрасадоии (ТУС) гурда, ҳолиб, масона; рентгенографияи гурда, ҳолиб, масона; эндоскопияи гурда, ҳолиб, масона) гузаронида шуданд. Фаъолияти системаи пешоббарор дар асоси муайян кардани суръати филтратсияи гломерулярӣ (СФГ), ТУС-и гурдаҳо ва ташхиси рентгенӣ арзёбӣ карда шуд. Бо мақсади амиқтар омӯختани ҳолати қисми дисталии ҳолибҳо, муайян кардани мавқеъ ва дарозии минтақаи таъғирёфтаи патологӣ, мо ба 45 кӯдак дар тасвири 3D бо контрастгузаронӣ томографияи компютерӣ мултиспиралӣ (ТКМС) гузаронидем.

НАТИҶАҲОИ ТАДҚИҚОТ

Қисми таҷрибавии кор.

Таҷрибаҳо дар 21 харгӯши зоти Фландр, ки вазнашон аз 6 то 7 килограмм, ба ҳисоби миёна 6300 ± 750 грамм буд, дар лабораторияи марказии илмӣ-тадқиқотии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Шаҳодатномаи №10 аз 30.06.2020 с., додашуда аз тарафи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, лабораторияи марказии илмӣ-тадқиқотӣ (ЛМИТ) оиди иҷроиши корҳои таҷрибавӣ) гузаронида шуд. Тамоми қисми таҷрибавӣ тибқи ҳуҷҷатҳои меъёрии тасдиқнамудаи Кумитаи этикии регионарии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (протоколи №1 аз 18 январи соли 2019) гузаронида шуд. Қабл аз таҷриба духтури ветеринарии ЛМИТ-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ташхиси клиникӣ хун ва пешоб, ТУС-и гурда ва СПБ-и харгӯшҳои таҷрибавиро гузаронидааст, ки дар қафасҳои алоҳида бо риояи шароити санитарӣ эпидемиологӣ, қоидаҳои шароити зист ва хуроқхӯрии барои онҳо муқарраршуда нигоҳдорӣ мешуданд. Пеш аз

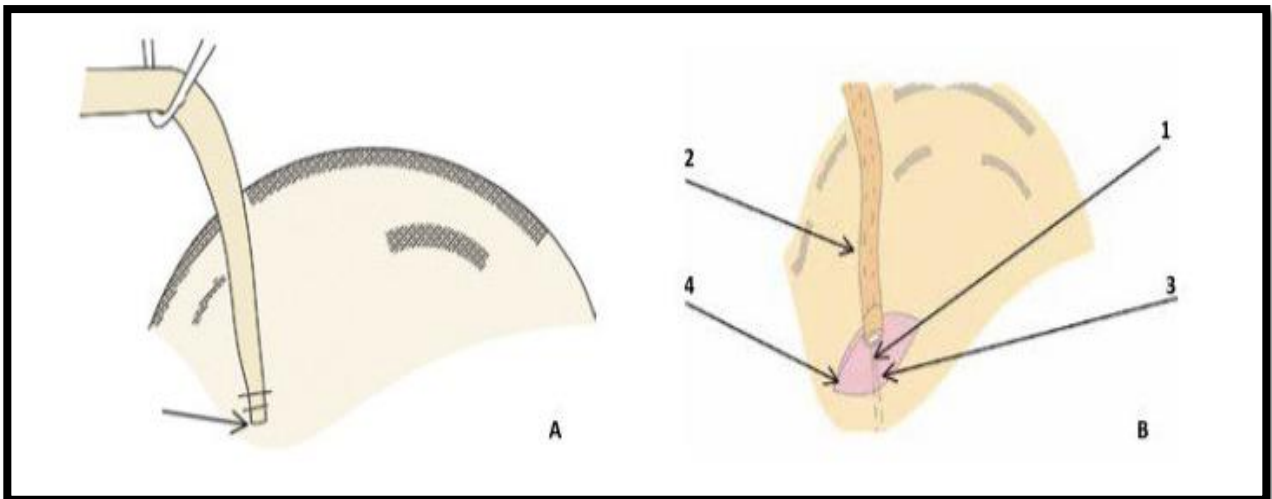
амалиёт дар харгӯшҳо ягон патология ошкор карда нашуд.

Кетамин ҳамчун доруи бедардкунанда дар вояи 4-5 мг/кг ба дохили вена яккарата истифода мешуд. Буриши пӯст ва бофтаҳои зери пӯстӣ дар минтақаи рост ё чапи тиҳигоҳ гузаронида мешавад. Бо дастрасии байнимушакӣ бофтаҳои наздимасонагӣ қабат ба қабат кушода мешаванд. Пас аз дарёфти ҳолиб алкоголизатсияи бофтаҳои наздимасонагӣ бо спирти 70° гузаронида шуд. Бо ин марҳилаи якуми таҷриба оид ба сохтани модели обструктсияи қисми дисталии ҳолиб анҷом ёфт.

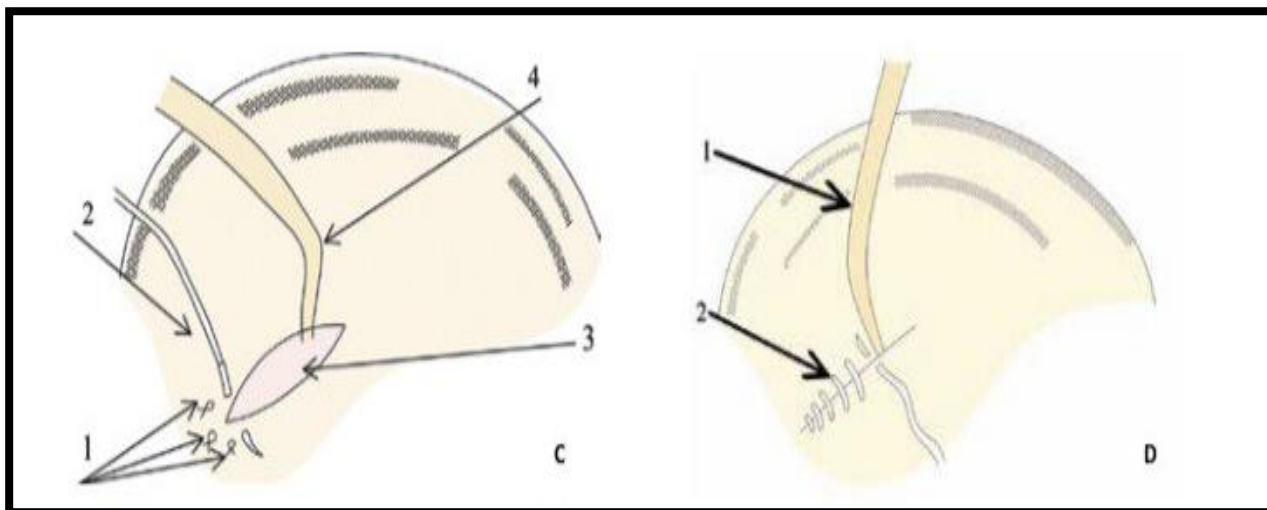
Ба ҳамаи харгӯшҳо табобати антибактериалӣ ва доруҳои бедардкунанда таъин карда шуд. Дар рӯзи 20-ум ба харгӯшҳо ТУС гузаронида шуд. Дар баробари ин, васеъшавии ҳолиб ошкор карда шуд: қисми дисталӣ то 8 мм, қисми мобайнӣ 7 мм ва қисми проксималӣ 6 мм. Андозаи гурдаи рост калон шуда ба 63/31 мм (аввал 39/16 мм) баробар аст, ғафсии паренхима 3 мм, ҳавзак то андозаи 15 мм ва косачаҳо то 7 мм васеъ шудаанд. Ҳамаи ин аз ҷой доштани уретерогидронефрози дараҷаи IV дар харгӯшҳо шаҳодат медиҳад. Бо дарназардошти гуфтаҳои дар боло зикршуда ҳадафи сохтани модели УГН-и обструктивӣ ба даст омад.

Резектсияи сегменти уретеровезикалӣ дар ҳайвоноти таҷрибавӣ бо реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб.

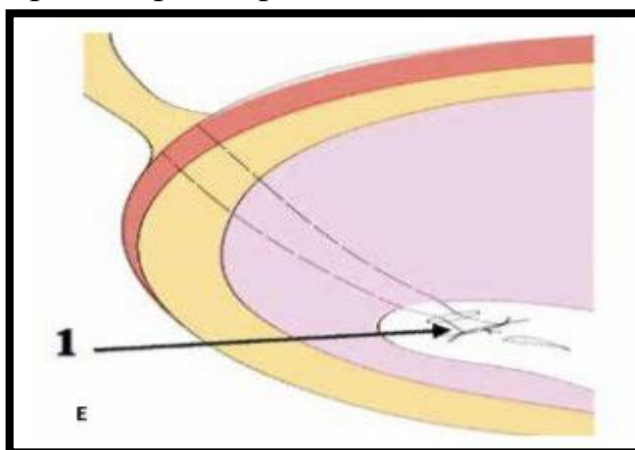
Дар рӯзи 21-уми баъди алкоголизатсияи бофтаҳои наздимасонагӣ бо УГН-и сохташуда ба харгӯшҳо ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Ҳолиби васеъшуда пайдо карда шуда ба қапак гирифта шуд. Ҷараёни даҳолати ҷарроҳии анҷомдодашуда дар расмҳои 1, 2, 3 схематикӣ оварда шудааст ва ҳамаи марҳилаҳои реимплантатсияи ҳолиб аз ҷудокунӣ, буридан, имплантатсия ва муҳофизати зиддирефлюксӣ нишон дода шудаанд.



Расми 1. Тасвири схематикӣ марҳилаҳои амалиёти реимплантатсияи ҳолиб: А: Буриши ҳолиб дар назди девори масона. В: 1 - ҳолиб пас аз буридан ва стентгузорӣ; 2 - стент дар ҳолиб; 3 – буридани девораҳои масона дар ҳудуди қабатҳои мушакӣ. 4 – мавқеи сӯрохи дар луобпардаи масона барои трансплантатсияи ҳолиб.



Расми 2. Тасвири схематикии марҳилаҳои амалиёти реимплантатсияи ҳолиб: С: 1 - дарзҳои П-шакли байни ҳолиби бурида ва девори масона (гирехҳо аз берун ба девори масона баста шудаанд); 2 - сӯзан бо ришта барои дӯхтани қабатҳои мушакӣ; 3 - буриши қабатҳои серозӣ-мушакии девори масона – ҷои сохташуда барои муҳофизати антирефлюксӣ; 4 - ҳолиб. D: 1 - ҳолиб; 2 - хати дарзҳо дар девори масона.

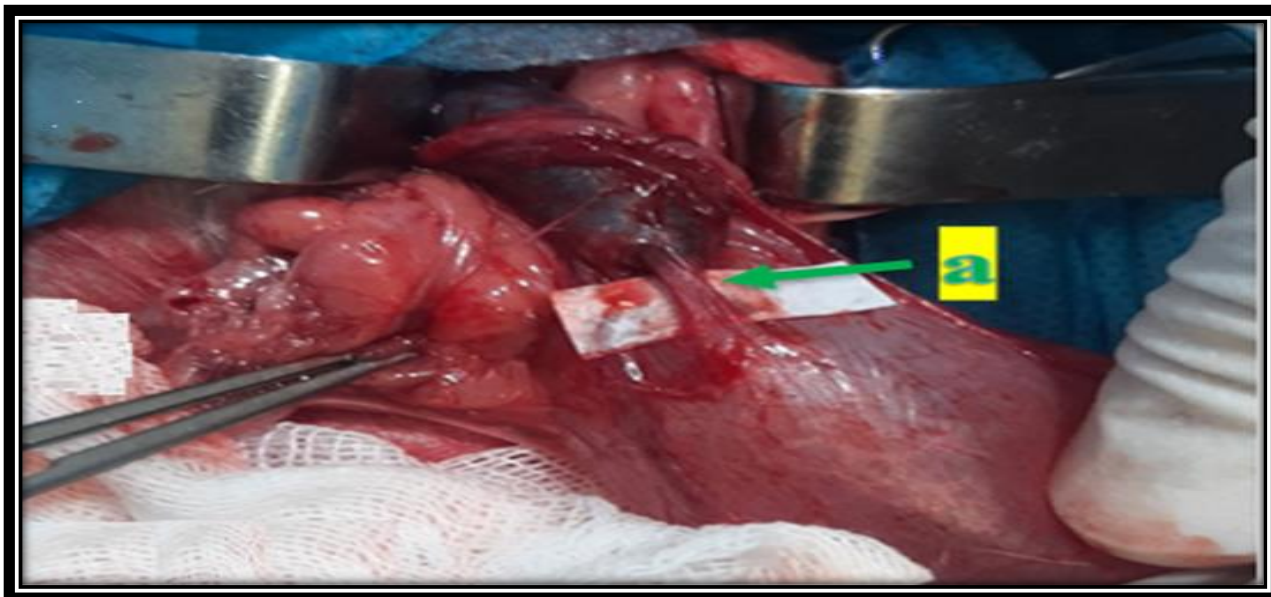


Расми 3. Тасвири схематикии марҳилаҳои амалиёти реимплантатсияи ҳолиб:

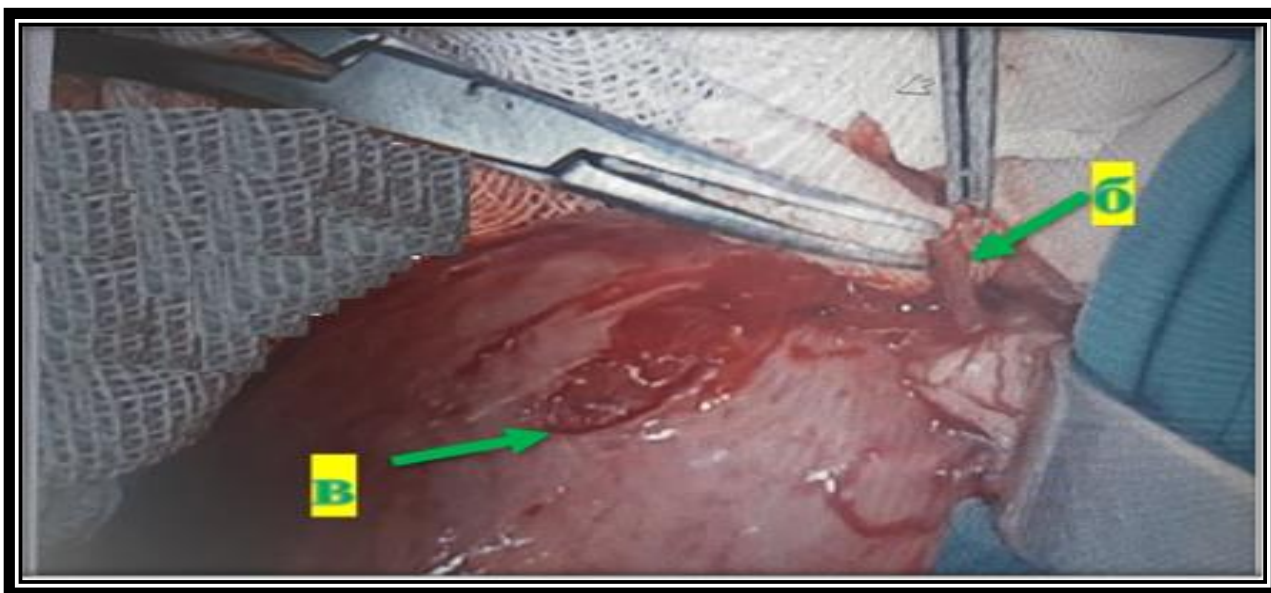
Е – намуди анастомоз аз тарафи луобпардаи масона.

Ҳолиб дар қисми дисталиаш бурида мешавад ва ҷароҳати масона бо дарзҳои дуқабатаи викрилӣ дӯхта мешавад. Сипас, дар девори паси масона ба самти қачу кӯндаланг дар қабатҳои мушакии масона то қабати луобпардаи масона буриш карда мешавад. Буриш дар самти қачу кӯндаланг бо дарозии 3 см, кунҷи поёнии ҷароҳат то маҷеи аслии буридаи резишгоҳи ҳолиб мерасад. Пас аз сохтани ҷойгоҳи мушакӣ-луобӣ барои реимплантатсияи ҳолиб дар кунҷи поёни ҷароҳат пардаи луобии масона сӯрох карда мешавад. Нӯги ҳолиби буридашуда аз се тараф бо дарзҳои П-шакл гирифта шуда, тарафи ба суи масона нигаронидашуда дар чуқурии 2 мм нимбайзашакл бурида шуд. Ба дохили ҳолиб стент гузошта шуда, ба таври ретроградӣ то ҳавзаки гурда гузаронида шуд, қисми дисталии он ба масона ворид карда шуд. Нӯги ҳолиб ба масона ворид карда шуд. Баъдан

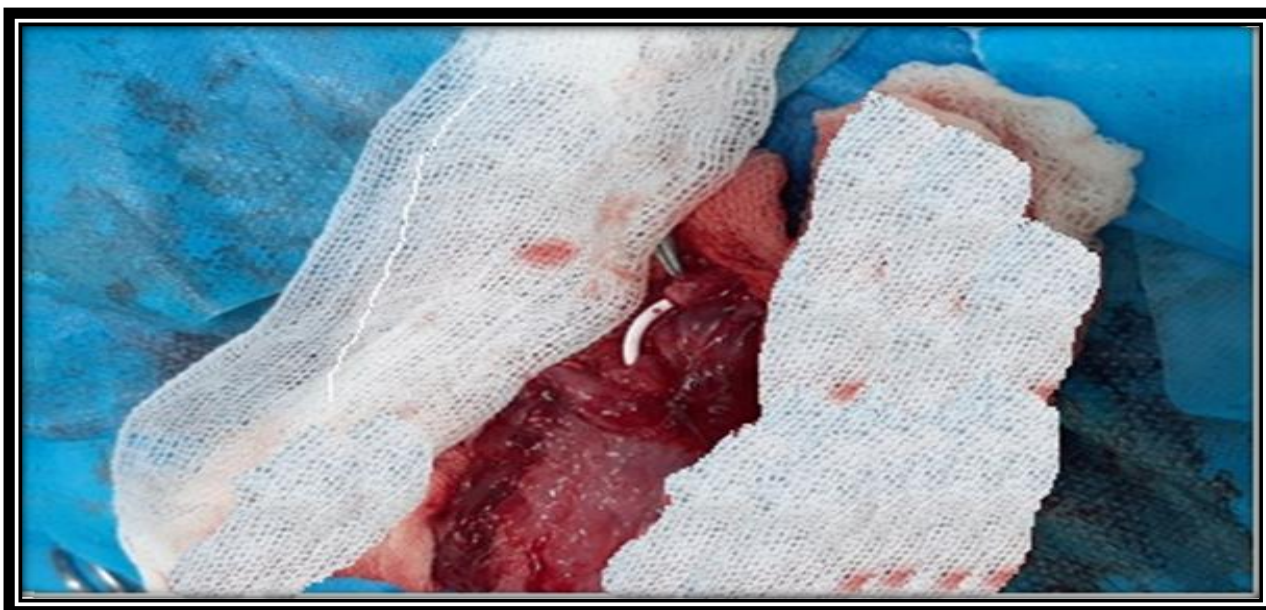
ҳар се дарзҳо дар чуқурии 0,5 см аз ҳамаи қабатҳои масона гузаронида шуда, нӯги дарзҳо бароварда ба девори берунаи масона баста шуданд. Бо мақсади ҳифзи зидди рефлюксӣ ҳолиб дар ҷойгоҳи мушакӣ-луобии сохташуда ҷойгир карда шуда, аз боло қабатҳои мушакӣ дӯхта шуданд. Дар охири ҷарроҳӣ ҳолиб ба таври иловагӣ бо 3 дарз ба девори масона дӯхта, мустаҳкам карда шуд. Раванди амалиёт дар ҳайвоноти таҷрибавӣ дар расмҳои 4, 5, 6, 7 нишон дода шудааст.



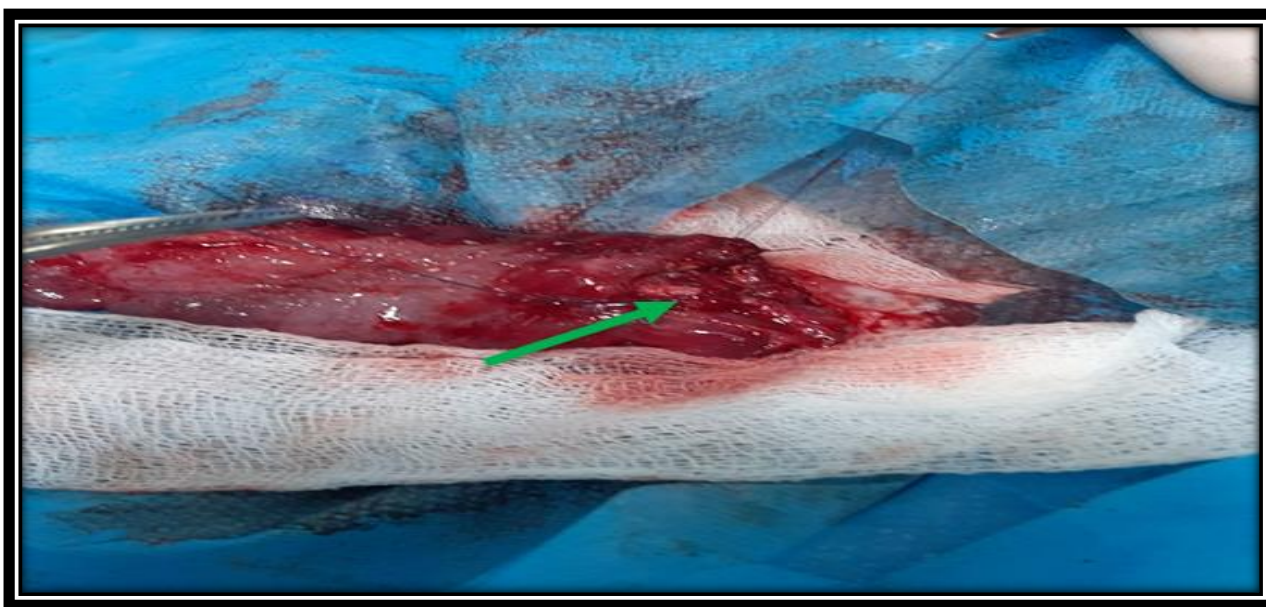
Расми 4. Раванди ҷарроҳӣ: а – бо таври склеротикӣ тағйир ёфтани қисми дисталии ҳолиб (тирчаи сабз);



Расми 5. Раванди ҷарроҳӣ: б – ҳолиби буридашудаи рост; в - буридани қабати серозӣ-мушакии масона дар баробари девори қафо



Расми 6. Раванди амалиёти ҷарроҳӣ: Стентгузорӣ бо реимплантатсияи ҳолиб



Расми 7. Раванди амалиёт: Мавқеи анастомози ҳолиб бо масона (тирчаи сабз)

Дар рӯзи $22 \pm 3,5$ пас аз ҷарроҳӣ ТУС-и гурда гузаронида шуд, коҳиши андозаи гурда қайд карда мешавад, ки: ғафсии паренхима 6 мм, андозаи ҷомчаҳои боло 5 мм аст, миёна 4 мм, поён 4 мм, андозаи ҳавзак - 5 мм, гурда аз тарафи рост 39/16 мм – ро ташкил медиҳад. СХЧ дар ҳарду тараф як андоза доранд. Бо дарназардошти давомнокии стентгузорӣ, набудани инкрустатсия ва ба эътидол омадани параметрҳои ташхиси ултрасадоӣ стентҳо дар $22 \pm 3,5$ рӯзи пас аз ҷарроҳӣ гирифта шуданд. Пас аз амалиёт ҳайвонҳо назорат карда шуданд. Дар гурӯҳи якуми харгӯшҳо (7) як моҳ пас аз гирифтани стент

ТУС-и гурда гузаронида шуд, ки дар он андозаи гурда дар меъёр, яъне ба 47/25 мм, ҷомчаҳо 5 мм, ҳавзак 7 мм аст.

Бо мақсади назорат кардани самаранокии реимплантатсияи экстравезикалӣ бо усули мукамалгардонида ва истисноӣ рефлюкс, цистография гузаронида шуд. Дар 7 харгӯш ягон аломати рентгени рефлюкси везикоуретералӣ ошкор карда нашуд.

Барои назорати бартараф ё кам кардани раванди илтиҳобии мавқеи анастомоз ва гузаронидани тадқиқоти морфологӣ, харгӯшҳоро дубора ҷарроҳӣ карда, минтақаи анастомоз бурида гирифта шуд ва баъд аз нав реимплантатсияи ҳолиб ба масона гузаронида шуд. Дар тадқиқоти гистологӣ минтақаи дисплазияи нахдор (фиброзӣ), хунравӣ ва илтиҳобӣ муайян карда шуд. Ин аз мавҷудияти раванди илтиҳобӣ дар минтақаи анастомоз шаҳодат медиҳад.

Ба харгӯшҳои гурӯҳи дуюм (7), пас аз 2 моҳи реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб ба масона, муоина гузаронида шуд. Ҳангоми ТУС муайян карда шуд: ҷомчаҳои поёнӣ $3,0 \pm 0,5$ мм, мобайнӣ $3,8 \pm 0,8$ мм, болоӣ $3,0 \pm 0,5$ мм, ҳавзак $6,1 \pm 0,7$ мм, ғафсии паренхимаи гурда $5,2 \pm 0,5$ мм. Дар систограмма бо истифода аз маҳлули омнепак ҳамчун воситаи контрастӣ, контурҳои ҳамвори масона муайян карда мешавад, рефлюкси везикоуретералӣ вучуд надорад. Барои муайян кардани морфологияи бофтаҳо, минтақаҳои анастомози харгӯшҳои ҷарроҳишуда, резексия карда шуд. Дар тадқиқоти гистологӣ маълум шуд, ки баъди 2 моҳ раванди илтиҳобӣ дар минтақаи анастомоз ҳоло ҳам вучуд дорад.

Ҳангоми гузаронидани тадқиқоти таҷрибавӣ пас аз 90 рӯз ҳолати анастомози везикоуретералиро муайян кардан лозим буд. Гурӯҳи сеюми харгӯшҳо (7) баъди 3 моҳ таҳис карда шуданд. Ҳангоми ТУС андозаҳои гурда: – ҷомчаи поёнӣ $2,2 \pm 0,4$ мм, болоӣ $2,6 \pm 0,8$ мм, ҳавзак $5,5 \pm 0,8$ мм, андозаи гурда $43/20 \pm 5,4$ мм, ғафсии паренхима $5,3 \pm 0,7$ мм. Систография бо истифода аз маҳлули контрастӣ – омнепак гузаронида шуд. Рефлюкси везикоуретералӣ (РВУ) нест. Натиҷаҳои омӯзиши гистологӣ дар динамика нишон доданд, ки бартарафсозии раванди илтиҳобӣ дар минтақаи анастомоз баъди 3 моҳи пас аз реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб ба даст меояд.

Ҳамин тавр усули пешниҳодшудаи реимплантатсияи ҳолиб ба масона, ҳангоми бандшавии қисми дисталии ҳолиб дар ҳайвоноти таҷрибавӣ, натиҷаҳои хуб дод. Аз ин лиҳоз ин усул барои истифода дар амалияи клиникӣ тавсия дода шудааст. Оиди он шаҳодатномаи №10 аз 30 июни соли 2020 гирифта шудааст.

Вайроншавии функционалии гурдаҳо ва уродинамикаи қисми дисталии ҳолиб дар кӯдакон

Ҳолати функционалии гурда ҳангоми уретерогидронефроз, дар заминаи бандшавии қисми дисталии ҳолиб, барои интиҳоби усулҳои табобат дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ, ҳангоми ҷарроҳӣ ва давраи баъди

ҷарроҳӣ, муайянкунанда мебошад. Бо дарназардошти ин мо ҳолати функционалии гурдаҳоро дар ҳамаи беморони гирифтори вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии ҳолибҳо омӯхтем. Тадқиқот бо омӯзиши натиҷаи мубодилаи моддаҳо дар хун ва пешоб асоснок карда шудааст.

Дар беморони гирифтори мегауретери дараҷаҳои III – IV дар таҳлили клиникӣ пешоб зухуроти лейкоцитурӣ зиёд, протеинурия ва гипоизостенурия (1,018 - 1,004) ба назар мерасад, ки нишондодҳои пиелонефрити музмин мебошанд. Ҳангоми омӯзиши таҳлилҳои клиникӣ марҳилаи илтиҳоби фаъол дар 72 (65,5%), марҳилаи ниҳонӣ дар 2 (1,8%) ва марҳилаи илтиҳоби шадидро дар 9 (8,2%) кӯдакон муайян карда шуд.

Дар кӯдакони гирифтори вайроншавии фаъолияти ихроҷии гурдаҳо, муайян кардани суръати филтратсияи гломерулярӣ (СФГ) хеле муҳим аст. Тавассути креатинини эндогенӣ муайян кардани филтратсияи гломерулярӣ дар кӯдакон усули мувофиқ ҳисобида мешавад.

Тибқи тавсияҳои NKF/DOQI – National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative аз соли 2003 барои ҳисоби суръати филтратсияи гломерулярӣ формулаи Schwartz (1976 сол) тавсия шудааст.

Ҳангоми уретерогидронефрози дараҷаи I дар кӯдакон коҳиши назарраси вазни хоси пешоб ($p < 0,001$) мушоҳида мешавад, аммо коҳиши безътимоди филтратсияи гломерулярӣ ба қайд гирифта шудааст, ки $89,1 \pm 3,4$ мл/дақ. буд. Ҳамаи ин аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳангоми уретерогидронефрози дараҷаи I фаъолияти гурдаҳо аз ҷиҳати концентратсия ва реабсорбтсия вайрон намешавад.

Ҳангоми УГН-и дараҷаи II вайроншавии назарраси фаъолияти гурдаҳо муайян карда нашудааст. Новобаста ба ин тамоюли пастшавии СФГ ($84,3 \pm 3,6$ мл/дақ.), гемоглобини хун ($112,4 \pm 3,7$ г/л), бо афзоиши креатинини хун то 4,9% мушоҳида мешавад. Дар ин беморон зухуроти баръалои клиникӣ беморӣ вучуд надорад. Уретерогидронефрози дараҷаи II бо назардошти зухуроти клиникӣ ва нишондодҳои лабораторӣ ба марҳилаи компенсаторӣ мувофиқат мекунад. Ҳангоми УГН-и дараҷаи I ва II пастшавии суръати филтратсияи гломерулярӣ ҳамчун вайроншавии сабуки фаъолияти гурдаҳо ҳисобида мешавад: дараҷаи I - оптималӣ, дараҷаи II – нисбатан пастшавӣ. Гурдаҳо дар кӯдакон дорой хосияти муайяни компенсаторӣ нисбат ба пастшавии суръати филтратсияи гломерулярӣ мебошанд ва аз ин рӯ, аксар вақт ҳангоми УГН-и дараҷаи I, II дар заминаи дисплазияи нейромускулӣ, вайроншавии назарраси фаъолияти гурдаҳо муайян карда намешавад.

Дар марҳилаи сеюми уретерогидронефроз каме вайроншавии кори гурдаҳо мушоҳида мешавад. Дар ин марҳила, тамоюли коҳиши СФГ - $66,7 \pm 2,4$ мл/дақ., сатҳи реабсорбтсияи найчагӣ - $70,6 \pm 3,1$ %, гемоглобини хун - $112,4 \pm 3,7$ г/л, бо баланд шудани сатҳи креатинин то $148,7 \pm 6,9$ мкмол/л мушоҳида мешавад. Дар ин беморон ҳеҷ гуна зухуроти клиникӣ беморӣ ба назар намерасид. Марҳилаи сеюми УГН бо назардошти зухуроти клиникӣ ва параметрҳои лабораторӣ ба марҳилаи субкомпенсаторӣ мувофиқат мекунад.

Марҳилаи чоруми уретерогидронефроз бо вайроншавии назарраси суръати филтратсияи гломерулярӣ тавсиф меёбад, ки ба ҳисоби миёна - $43,3 \pm 2,1$ мл/дақ. ва сатҳи реабсорбтсияи найчагӣ - $62,1 \pm 4,7$ % баробар аст. Дар ин давра баландшавии креатинини хун то $176,8 \pm 9,4$ ва мочевина то $15,6 \pm 2,1$ мкмол/л мерасид.

Ҳангоми интихоби тактикаи табобат ба ҳолати функционалии гурдаҳо аҳамияти калон дода шуд. Дар кӯдаконе, ки УГН-и дараҷаи IV-V бо давомнокии тӯлонии беморӣ буд, марҳилаҳои вазнини БМГ мушоҳида карда шуд. Дар раванди яктарафаи беморӣ, ҳатто бо дараҷаи вазнини МУ, вайроншавии дағали фаъолияти гурдаҳо ошкор карда нашудааст. Ин қобилияти компенсатории гурдаҳо дар кӯдакони гирифтори мегауретер нишон медиҳад. Дар кӯдаконе, ки МУ-и дутарафа дараҷаи IV ва мураккабшуда бо БМГ марҳилаҳои III б, IV, V буданд. зухуроти клиникаи муайяншуда, инъикоси захролудшавии баръалои эндогенӣ ва мувофиқан синдроми норасоии полиорганӣ мебошад.

Ҳамин тариқ, ҳангоми муоиноти ҳолати функционалии гурдаҳо дар кӯдакон, вобастагии мустақим аз марҳилаи УГН, шиддатнокии раванди илтиҳобӣ, марҳилаҳои бемории музминии гурда ва патологияҳои ҳамроҳшаванда, ошкор карда шуд.

Меъёрҳои асосии УС-и ташхисоти мегауретер дар давраи перинаталӣ инҳоянд: васеъшавии андозаи пешу қафои ҳавзак, визуализатсияи ҳолиби васеъшуда ва бо харитасозии доплерии ранга (ХДР) муайян кардани ҷараёни сусти хунгардии гурда дар тарафи осебдида. Ҳангоми гузаронидани ТУС-и кӯдакони то яксола 45 нафар ($41,0\%$) муайян карда шуд: мегауретери дараҷаи I дар 9 ($20,0\%$) кӯдак, ки бо андаке зиёд шудани андозаи гурда $48,2 \pm 1,5$ мм тавсиф мешавад, эхогенияти паренхима вайрон нашудааст, ғафсии он то $8,1 \pm 0,9$ мм аст. Андозаи ҳавзак $9,6 \pm 0,5$ мм мебошад. Васеъшавии пурраи ҳолиб, дар қисмати терминалӣ $8,3 \pm 0,6$ мм ва дар қисми проксималӣ $3,4 \pm 0,5$ мм. Дар ХДР ҷараёни хунгардии гурда вайрон нашудааст. Дар 16 ($35,6\%$) кӯдаконе, ки бо мегауретери дараҷаи II буданд. дар ТУС андозаи гурдаҳо $50,4 \pm 2,3$ мм, эхогенияти паренхима муътадил, ғафсиаш $8,3 \pm 0,4$ мм. Андозаи ҳавзак $11,4 \pm 0,8$ мм. Ҳолиб васеъ шуда дар қисми дисталӣ ба $8,6 \pm 0,6$ мм ва дар қисми проксималӣ ба $5,2 \pm 0,5$ мм баробар аст. Перисталтикаи ҳолиб вайрон нашудааст. Ҷараёни гардиши хун дар гурда нигоҳ дошта шудааст. Дар 14 ($31,1\%$) навзодони бо мегауретери дараҷаи III дар ТУС андозаи гурда $52 \pm 2,9$ мм. Эхогенияти паренхима баланд шуда, ғафсиаш ба $4,6 \pm 0,4$ мм баробар аст. Андозаи ҳавзак $15,2 \pm 0,7$ мм. Васеъшавии ҳолиб дар қисми дисталӣ $10,3 \pm 0,8$ мм ва дар қисми проксималӣ $5,5 \pm 0,9$ мм ба қайд гирифта шуд. Ҷараёни гардиши хун дар гурда суст шудааст. Уретерогидронефрози дараҷаи IV дар кӯдакони то яксола дар 6 ($13,3\%$) беморон буд, ки ҳангоми ТУС ғафсии паренхима то $3,2 \pm 0,4$ мм коҳиш ёфтааст. Ҳавзак васеъшуда (зиёда аз 15 мм). Ҳолиб дар қисми терминалӣ васеъ шудааст ва $12,4 \pm 1,8$ мм мебошад, қисми проксималӣ $8,2 \pm 0,7$ мм.

Муоинаи рентгени кӯдакони гирифтори дисплазияи нейромушакии қисми болоимасонагии ҳолиб аз ташхиси урографияи умумии гурдаҳо ва системаи пешоббарор оғоз мешавад. Урографияи умумӣ ба 110 кӯдак гузаронида шуда дар 35 (31,8%) нафар танҳо нефрограмма муайян карда шуд.

Ҳангоми урографияи ихроҷӣ (УИ) дар 102 (92,7%) кӯдакони гирифтори уретерогидронефрози яктарафа, баровардани контраст дар давоми $7 \pm 1,0$ дақиқа дар тарафи солим ва дар тарафи зарардида, яъне дар тарафи уретерогидронефрози дараҷаи I - 25 (22,7%) ва дараҷаи II - 41 (37,3%), баромади контраст дар $18,2 \pm 3,4$ дақиқа муайян мешавад. Дар кӯдакони бо УГН-и марҳилаи III - юм 28 нафар (25,4%) беморон, дар тарафи трансформатсияи уретерогидронефротикӣ баъди $30 \pm 5,5$ дақиқа пайдоиши пайҳои контраст дида мешавад. Пуршавии пурраи СҲЧ дар $90 \pm 7,8$ дақиқа маълум шуд. Ҳангоми УГН-и дараҷаи IV дар 8 (7,3%) беморон хоричшавии контраст аз гурдаи зарардида дар давоми 90 дақиқа дар шакли нефрограмма ва пуршавии ҳолиби васеъшуда дар тамоми қисмҳои қайд карда шуд. Тасвирҳо дар ду проексия (рост ва паҳлӯӣ), бо мақсади муайян кардани мавқеи тангшудаи ҳолиб ва дарозии он, гирифта шуданд.

Дар кӯдакони бо УГН-и дутарафа 8 (7,3%) фаъолияти ихроҷии гурда дар дараҷаи II 2 (1,82%) бемор дар $14 \pm 2,5$ дақиқа муайян шуд, ки ҳамчун ибтидои контрастгузаронӣ ҳисобида шуд. Пурра пуршавии системаи чамъоварандаи гурдаҳо бо контраст дар $30,6 \pm 6,2$ дақиқа, дар $60 \pm 8,4$ дақиқа ҳолиб бо контраст пур шуд. Бо уретерогидронефрози дутарафаи дараҷаи III 3 (2,74%) бемор буд, ки сустшавии назарраси фаъолияти ихроҷии гурдаҳо қайд карда шуд, яъне баромадани контраст дар $36 \pm 4,1$ дақиқа намоён шуда ва бо контраст комилан пуршавии СҲЧ дар $55 \pm 3,66$ дақиқа муайян шуд. Бо маҳлули контрастӣ пуршавии ҳолибҳо дар $95 \pm 6,6$ дақиқа ба амал омад.

Бояд қайд кард, ки бо УГН-и дутарафаи дараҷаи IV 3 (2,74%) бемор буд, дар онҳо вайроншавии назарраси фаъолияти гурдаҳо, сустшавии барориши контраст дар УИ, ихроҷи контраст танҳо дар $66 \pm 6,0$ дақиқа оғоз ёфта, пурра пур шудани системаи ҳавзаку қомчаҳо дар $95 \pm 5,7$ дақиқа.

Мисли дигар усулҳои тасвирии ташхисотӣ томографияи компютери мултиспиралӣ (ТКМС) бо тасвири 3D муҳим ҳисобида мешавад ва бо воситаи он дар ташхиси бандшавии қисми дисталии ҳолибҳо ҷавоби ҳамаҷониба аз назари функционалӣ гирифтани мумкин аст.

Контрастгузаронии узвҳои системаи пешоббарор бо усули воридкунии болусии моддаи контрастӣ бо истифода аз инжектор анҷом дода мешавад.

Ҳангоми ворид кардани моддаи контрастӣ тавассути инжектор марҳилаҳои контрастгузаронии маҷмӯи рағҳои хунгарди гурда муайян карда мешавад. Маводи контрастӣ аввалан дар артерияҳо, баъдан дар рағҳои венагӣ чамъ мешавад. Минбаъд ковокии гурда ва ҳолиб бо маҳлули контрастӣ пур мешаванд.

Бо ин усул мо 45 кӯдаконро, ки бо вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии ҳолибҳо буданд, муоина кардем. Ба ин беморон бо мақсади муайян кардани ҳолати гемосиркулятсия ва муайянкунии марҳилаи артериалӣ бо суръати воридкунии маҳлули контрастӣ 5 мл/дақиқа, тасвирҳои аввалин дар 25-ум сония пас аз оғози воридкунии маводи контрастии омнепак гузаронида шуд. Баъди 60 сония томография марҳилаи венозии контрастгузарониро нишон медиҳад. Дар оянда барои муайян кардани ҳамъшавии моддаи контрастӣ дар системаи ҳавзаку чомчаҳо, он тавассути гирифтани суратҳо 5 дақиқа пас аз оғози тазриқи контраст муайян карда шуд.

Урографияи компютерии экскреторӣ имкон медиҳад, ки ҳолати дақиқи рағҳои хунгузар, мавқеи бандшавии ҳолибҳо ва дарозии ҷои тангшавӣ, ҳаҷми қисмҳои васеъшудаи ҳолибҳо, ташхис карда шавад. Хусусиятҳои мусбии ТКМС бо контрасти болусиро бояд қайд кард: имконят медиҳад, ки баҳои дақиқи гузариши рағҳои хунгузар, аз ҷумла дараҷаи пастшавии гардиши хун ва хусусиятҳои он, дода шавад.

Таботати вайроншавии уродинамикаи қисми терминалии ҳолиб дар кӯдакон

Яке аз усулҳои таботати каминвазивии уретерогидронефрозҳои обструктивӣ дар кӯдакон стентгузории ҳолибҳо мебошад.

Стентгузории ҳолибҳо бо мақсади ба таври динамикӣ назорат кардани кашиши системаи пешоббарор гузаронида шуд. Ҳангоми систоскопия пас аз баҳодиҳии ҷойгиршавии топографии резишгоҳ аз тарафи патологияи бандаки везикоуретералӣ сӯроҳии ҳолиб бо воситаи дилататсияи баллонӣ васеъ карда шуда, баъдан роҳнамои андозаи 0,014 дюйм (1 Fr) гузаронида мешавад. Сипас бо роҳнамо бужгузаронии резишгоҳ иҷро карда мешавад. Баъди гузариши озоди сегменти везикоуретералӣ стент ба ҳолиб ва минбаъд то ҳавзак, бо дарназардошти андозаи синну солӣ, гузошта мешавад. Мо амалиёти каминвазивӣ, яъне стентгузории ҳолибро дар 78 кӯдакон гузаронидем, ки дар 26 (33,3%) нафари онҳо стентгузорӣ самаранок буд.

Дар 20 (25,6%) кӯдаконе, ки ба онҳо дар давраи антенаталии барвақтӣ ташхиси уретерогидронефроз гузошта шуда буд, стентгузорӣ гузаронида шуд, ки самаранокии он нисбат ба кӯдаконе, ки пас аз сесолагӣ стент гузошта шудаанд, баландтар буд. Дар 18 (90,0%) нафари ин кӯдакон уродинамика барқарор шуда ва дар давоми аз 6 моҳ то 1,5 сол нишонаҳои уретерогидронефроз аз байн рафтаанд. Дар 2 кӯдаки бо уретерогидронефрози дараҷаи IV стентгузорӣ бенатича буд. Ҳамагӣ дар 26 нафар аз 78 беморон стентгузорӣ натиҷаи мусбӣ дод. Ба 25 (32,1%) нафар аз 78 кӯдакони бо уретерогидронефрози дараҷаи II - III такроран стент гузошта шуд. Аммо стентгузории такрорӣ бесамар буда бо зиёдшавии раванди тангшавӣ, васеъшавии андозаи СҲҶ, дилататсияи ҳолиб, илова шудани сирояти дуюмдараҷа аён гашт, ки боиси даҳолати минбаъдаи ҷарроҳии радикалӣ, яъне реимплантатсияи экстравезикалии ҳолибҳо бо муҳофизати

зиддирефлюксӣ гардид. Ба 12 кӯдаки гирифтори уретерогидронефрози дараҷаи III ва 7 кӯдаки бо уретерогидронефрози дараҷаи IV баъд аз муайян кардани ташхис, стентгузории ҳолиб гузаронида шуд. Лекин стентгузорӣ дар онҳо бенатиҷа буд. Дар 5 бемор зиёдшавии уретерогидронефроз ва илова шудани сирояти дуҷумдараҷа ба қайд гирифта шуд. Давомнокии мондани стенти ҳолиб дар кӯдакон $23 \pm 3,0$ рӯз буд. Бо анҷомёбии ин муҳлат стентҳо гирифта мешуданд. Дар ду маврид дислокатсияи мустақилонаи стент ҷой дошт, ки баъдан онҳо гирифта шуда ва стентгузории такрорӣ ҳолиб гузаронида шуд. Дар 3 нафар беморон ҳангоми ҷой доштани стент дар ҳолиб баландшавии ҳарорати бадан то $38,4^\circ\text{C}$, лейкоцитурия ва протеинурия дар таҳлили пешоб мушоҳида шуд. Ҳамаи ин тавассути истифодаи терапияи антибактериалӣ бо назардошти микрофлораи муайяншуда ва ҳассосият ба антибиотикҳо, инчунин истифодаи уросептикҳо дар воёи синну соли бартараф карда шуд.

Пас аз гирифтани стентҳо кӯдакон дар тӯли 2 сол таҳти назорати диспансерӣ қарор доштанд.

Бояд қайд кард, ки стентгузории дохилӣ ҳангоми дисплазияи нейромушакӣ дар давраи барвақтии кӯдакӣ, вақте ки таъғиротҳои органикӣ вучуд надорад ва дар баробари стентгузорӣ макони патологӣ, яъне сегменти везикоуретералӣ ба камол мерасад, метавонад самаранок бошад. Ҳамаи ин ба рафъи тангшавӣ, ба эътидол овардани пешоббарорӣ ва беҳтар шудани фаъолияти системаи гурда мусоидат мекунад. Стент гузоштани ҳолиб дар ҳолати муайян метавонад ба натиҷаҳои мусбӣ оварда расонад ва табобати ҷарроҳигӣ лозим нашавад. Дисплазияи нейромушакии қисми терминалии ҳолибҳо метавонад бо қувваи раванди камолотӣ бартараф карда шавад.

Дар тадқиқоти гузаронидаи мо табобати кӯдакони гирифтори УГН аз терапияи консервативӣ, истифодаи амалиётҳои каминвазивӣ ва ҷарроҳигии радикалӣ иборат буд.

Ҳамин тариқ, ҳангоми дисплазияи нейромушакии ҳолибҳо дар кӯдакони соли аввали ҳаёт бужгузаронӣ, дилататсияи балонии бандаки уретеровезикалӣ бо баъдан стентгузории ҳолиб ва СҲҶ, дар 34,0% беморон боиси беҳбудии назарраси уродинамика мегардад.

Самаранокии стентгузорӣ бо рафъи оризаҳои сироятӣ ва илтиҳобӣ, кам кардани васеъшавии ковокии гурдаҳо ва ҳолибҳо, барқарорсозии паренхимаи гурда ва фаъолияти он арзёбӣ карда шуд.

Дигар усули хеле муҳими ҷарроҳии хурд ин нефростомияи пунксионии перкутанӣ мебошад, ки бо воситаи он пешоб аз гурда берун бароварда мешавад ва ба озодшавии системаи пешоббарор, қисман барқарорсозии паренхимаи гурда, кам шудани васеъшавии СҲҶ ва ҳолиб, мусоидат мекунад. Нефростомияи пунксионӣ асосан барои уретерогидронефрози дараҷаи III-IV ва барои мегауретери сироятшуда нишондод шудааст. Мо ин усулро ҳамчун усули омодагии пеш аз ҷарроҳӣ дар 8 (7,2%) беморон истифода бурдем. Аз 8 нафар дар 6 бемор УГН-и сироятӣ ва дар 2 нафар пионефроз ҷой дошт. Давомнокии беморӣ аз 3 то 10

сол буд. Ковокиҳои гурдаҳо ҳамарӯза бо маҳлулҳои декосан, фурацилин ва маҳлули озононидашудаи хлориди натрий 0,9% шуста мешуданд.

Найчаи нефростомӣ дар давоми $30 \pm 5,0$ рӯз нигоҳ дошта мешуд. Дар ин муддат системаи ҳавзаку чомчаҳо аз фасод тоза карда шуда, раванди фаъоли илтиҳобӣ бартараф карда шуд. Дар таҳлили пешоби аз нефростома гирифташуда сафеда 0,033%, лейкоцитҳо 25-35 дар м/б, эритроцитҳо 12-16 дар м/б, эпителияҳои ҳамвор 1-2 дар м/б. Найчаи нефростомӣ то марҳилаи асосии ҷарроҳӣ нигоҳ дошта шуда ва танҳо дар рӯзи дуюми пас аз реимплантатсияи ҳолиб гирифта мешуданд. Бо вучуди ин, ин усул ба кашиши ҳолибҳо, хурдшавии андозаи онҳо таъсири кам мерасонад, ки дар оянда ҳангоми реимплантатсияи ҳолиб метавонад, таъсири манфӣ ба амалиёти пешбинишуда ва рафти давраи пас аз ҷарроҳӣ, расонад. Дар робита ба ин мо найчагузории дутарафаи системаи пешоббарорро дар уретерогидронефрозҳои дараҷаи III–IV, ки бо сироятёбӣ ва пионефроз мураккаб шудааст, истифода бурдем. Ба 20 нафар кӯдаконе, ки 11 нафарашон бо уретерогидронефрози сироятнокшуда ва 9 нафарашон бо пионефроз буданд, найчагузории дутарафа гузаронида шуд. Аз 8 нафар беморони гирифтори уретерогидронефрози дутарафа дар 4 нафарашон (уретерогидронефрози дараҷаи III - 3, дараҷаи IV - 1) сироятнокшавӣ бо пионефроз мураккабшуда ҷой дошт. Ба ин беморон ҳамзамон нефростомияи пунксионӣ ва стентгузории ҳолибҳо аз ҳарду тараф гузаронида шуд. Сипас бо беҳтар шудани ҳолат, бартарафшавии ҷараёни фаъоли илтиҳобӣ, тозашавии гурдаҳо аз фасод, кам шудани васеъшавии системаи чамъоварандаи гурдаҳо, беҳтар шудани фаъолияти гурдаҳо, 25 рӯз баъд аз найчагузории дутарафа табобати ҷарроҳигии радикалии марҳилавӣ гузаронида шуд. Аз ҷиҳати функционалӣ вайроншавии суръати филтратсияи гломерулярӣ ($55 \pm 8,4$ мл/дақ.), баландшавии креатинин ($220 \pm 10,7$ мкмол/л) ва мочевинаи ($11,2 \pm 1,0$ мкмол/л) зардоби хун ба назар мерасид.

Беморон (84), вобаста ба ҷарроҳҳои анҷомдодашуда, ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: I – амалиётҳои ҷарроҳӣ бо усули Политано-Лидбеттер (29), II – бо усули Коэн (20) ва III - реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб бо ҳифзи зиддирефлюксӣ (35), ки дар клиникаи ҷарроҳҳои кӯдакони МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» таҳия шудааст. Беморони ҳар се гурӯҳ аз рӯи вазнинӣ, ҷараёни беморӣ ва дараҷаи тангшавӣ муқоисашаванда буданд. Бо назардошти мураккабии патология дар кӯдакон, олимон оиди воридсозӣ ва истифодаи усулҳои нави табобат ҳаракат мекунанд.

Дар амалияи мо амалиётҳои ҷарроҳӣ бо усули Политано-Лидбеттер ва Коэн аксар вақт истифода мешаванд. Ҳарду усул дар пайгирии дарозмуддат натиҷаҳои хуб нишон доданд, аммо фоизи мушкilot баланд аст: мутаносибан - 27,5 % ва - 20,0 %.

Бо дарназардошти фоизи баланди оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, мо усули

реимплантатсияи экстравезикалии ҳолибро бо ҳифзи зиддирефлюксӣ дар ҳолати вайрон шудани уродинамика дар қисми дисталии ҳолибҳо таҳия кардем. Ин усул, чунон ки мо аллақай дар фасли кори таҷрибавӣ баррасӣ кардем, дар харгӯшҳои оилаи Фландр озмуда шуд.

Бо истифода аз ин усул мо 35 (41,7%) кӯдаконро, ки бо вайроншавии уродинамика дар қисми дисталии ҳолибҳо буданд, ҷарроҳӣ кардем. Ба ҳамаи беморон ҳангоми реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб стентгузори СПБ гузаронида шуд. Стентҳо баъд аз $23 \pm 2,5$ рӯзи пас аз ҷарроҳӣ гирифта шуданд. Оризаҳои баъдичарроҳӣ 8,6 % - ро ташкил медиҳад

Ҳамин тариқ, реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб бо ҳифзи зиддирефлюксӣ кам осебпазир, иҷрошаш осон ва хеле самаранок аст.

Аз ҷониби мо ислоҳи натиҷаҳои ҷарроҳии гузаронидашуда, ҳангоми бандшавии қисми дисталии ҳолиб, дар давраи аввал ва деринаи баъди ҷарроҳӣ омехта шуданд.

Дар 82 кӯдакон натиҷаҳои табобати ҷарроҳии УҒН, ки бо дисплазияи нейромушакии сегменти везикоуретералӣ буданд, таҳлил карда шуд. Муҳлати назоратӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ баъди аз беморхона ҷавоб шудан инҳо буданд: 1, 3, 6, 12 моҳ, 1 солу 6 моҳ ва 2 сол. Ҳангоми арзёбии натиҷаҳои табобат ҳолати СХЧ, ғафсии паренхимаи гурда, ҳолати ҳолибҳо ва уродинамика ба назар гирифта шудааст.

Мувофиқи маълумоти ТУС, динамикаи мусбӣ дар 65% беморон қайд карда шуд ва бо хурдшавии андозаи ҳолиби васеъшуда дар рӯзи 12-ум ифода ёфтааст. Ҳамзамон дар 3 кӯдак пас аз ҷарроҳӣ бо усули Политано-Лидбеттер (1) ва бо усули Коэн (2) макрогематурия (вайроншавии гемостаз) мушоҳида карда шуд, ки дар рӯзи 3 - юм бартараф карда шуд.

Дар мушоҳидаҳои мо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ оризаҳои зерин ба қайд гирифта шуданд: авҷгирии пиелонефрит дар 19 (22,6%) бемор, гематурия дар 3 (3,6%) бемор, илтиҳоби масона дар 5 (6,0%) бемор ва дислокатсияи стент дар 1 (1,2%) бемор.

Рӯзи 7 - уми пас аз ҷарроҳӣ дар 1 кӯдак дислокатсияи стент ҷой дошт, ки он баъдан гирифта шуд. Пас аз гирифтани стент мушкилоти уродинамика вучуд надошт. Дар 7 кӯдак рӯзи 12 - ум стентҳо, аз сабаби табобати бенатиҷаи илтиҳоби музмини авҷгирифта, гирифта шуданд.

Дар 5 кӯдак дар давраи аввали баъди ҷарроҳӣ аломатҳои васеъшавии ҳолиб ва систит мушоҳида карда шуд, ки $18 \pm 4,3$ рӯз давом кард. Пас аз табобати антибактериалӣ, истифодаи уросептикҳо, озонотерапия ва физиотерапия дар 3 кӯдакон ковокии васеъшудаи ҳолиб ба эътидол омада мувофиқан уродинамика барқарор шуд. Дар 2 кӯдаки бемор рефлюкси везикоуретералӣ идома дошт, ки дар натиҷа ба онҳо бо усули эндоскопӣ биополимери ҳаҷмсози ДАМ+ синтетикӣ (НЦ Биофарм-Россия) ба резишгоҳи ҳолиб ворид карда шуд.

Ориза дар давраи деринаи пас аз ислоҳоти вайроншавии уродинамики, яъне реимплантатсияи ҳолиб ҳангоми дисплазияи нейромушакии сегменти везикоуретерали дар 15 кӯдак ҷой дошт. Аз онҳо пас аз ҷарроҳии Политано-Лидбеттер дар 8, пас аз амалиёти Коэн дар 4 ва пас аз реимплантатсияи экстравезикали бо ҳифзи зиддирефлюксӣ дар 3 бемор муайян шуд. Рефлюкси везикоуретерали дар 6 кӯдак пас аз ҷарроҳии Политано-Лидбеттер, дар 2 бемор пас аз ҷарроҳии Коэн ва дар 1 бемор пас аз реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб бо ҳифзи зиддирефлюксӣ ҷой дошт. Дар 2 бемор пас аз ҷарроҳии Политано-Лидбеттер, дар 2 нафар пас аз ҷарроҳии Коэн ва дар 2 нафар пас аз реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб структураи резишгоҳи ҳолиби азнавсохташуда муайян шуд.

Дар давраи деринаи пас аз ҷарроҳӣ натиҷаҳои табобат хуб, қаноатбахш ва ғайриқаноатбахш баҳо дода шуд. Натиҷаҳои хуб баъди ҷарроҳии Политано-Лидбеттер дар 19 (65,5%), баъди ҷарроҳии Коэн дар 15 (75,0%) ва баъди реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб бо ҳифзи зиддирефлюксӣ дар 28 (80,0%) бемор буд, ки бо коҳиши назарраси диаметри ҳолибҳо ва системаи ҳавзаку ҷомчаҳо, беҳтар шудани фаъолияти гурдаҳо, ҷой надоштани рефлюкси везикоуретерали муайян карда шуд. Натиҷаҳои қаноатбахш пас аз амалиёти Политано-Лидбеттер дар 2 (6,9%), амалиёти Коэн дар 1 (5,0%) ва пас аз реимплантатсияи экстравезикали дар 4 (11,4%) нафар беморон буданд. Натиҷаҳои ғайриқаноатбахш баъд аз ислоҳоти ҷарроҳигии вайроншавии уродинамика дар қисми дисталии ҳолибҳо мутаносибан дар 8 (27,6%); 4 (20,0%); 3 (8,6%) бемор ошкор гардиданд. Дар ин кӯдакон васеъшавии системаи ҳавзаку ҷомчаҳо ва ҳолибҳо баргараф нашуд, ки бо рефлюкси везикоуретерали (6;2;1) ва бандшавии резишгоҳи ҳолиби азнавсохташуда (2;2;2) муайян шуданд.

Аз тарафи мо, пас аз буридани минтақаи патологӣ ҳолиб дар қисмати дисталии, ҳамаи қисмҳои буридашудаи ҳолиб аз ташҳиси гистологӣ гузаронида шуданд. Тадқиқот мавҷудияти дисплазияи нейромушакии модарзодии ҳолибро нишон дод, ки дар ҳама ҳолатҳо тағйирёбии сохтори мушакҳо ва таркиби бофтаҳои пайваस्तкунанда бо тағйироти склеротикӣ, харобиовар, инчунин гипоплазия ва вайроншавии нобаробари бастаҳои мушакии девори ҳолибҳо муайян шуд. Дар 23 материали гистологӣ гиперплазияи маҳаллии мушакҳо, парокандашавӣ ва аз ҳам ҷудошавии нахҳои аргирофили ошкор карда шудааст.

Нишондодҳои асосӣ барои гузаронидани табобати ҷарроҳигии кӯдакон бо вайроншавии уродинамика дар қисми дисталии ҳолиб, тағйиротҳои органикӣ дар сегменти везикоуретерали, ки пас аз амалиётҳои миниинвазивӣ баргараф намешаванд, вайроншавии дурушти микросиркулятсияи гурдаҳо, афзудани уретерогидронефроз, ҳисобида мешаванд.

ХУЛОСА

1. Меъёрҳои асосии таъхисоти вайроншавии фаъолияти гурдаҳо, нишондодҳои филтратсияи гломерулярӣ, реабсорбсияи найчагӣ, сатҳи креатинин ва мочевинаи хун, таъхиси ултрасадоии гурдаҳо ва системаи пешоббарор, томографияи компютери мултиспиралии системаи пешоб дар тасвири 3D бо контрастгузаронӣ, ҳисобида мешаванд [2-М, 5-М, 9-М, 10-М].

2. Истифодаи усулҳои муосири таъхис имкон медиҳад, ки дараҷаи вайроншавии уродинамикӣ дар ҳама марҳилаҳои инкишофи синнусолии кӯдакон сари вақт муайян карда шавад ва ҳангоми интиҳоби таъоботи консервативӣ ё ҷарроҳии беморони гирифтори вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии ҳолибҳо мусоидат мекунад [1-М, 2-М, 6-М, 7-М, 11-М, 12-М, 13-М].

3. Бо истифодаи усулҳои миниинвазивии таъобот (бужгузаронӣ, дилататсияи баллонӣ бо стентгузори ҳолиб ва СХЧ) дар кӯдакони то 3 сола, ҳангоми намуди функционалии МУБР дар марҳилаҳои аввалӣ (I, II ва қисми III), натиҷаҳои баланди мусбӣ ба даст овардан мумкин аст. Ҳангоми намуди органикии МУБР дараҷаҳои III, IV бо сироятёбӣ ва пионефроз гузаронидани нефростомияи пунксионӣ ва дренажгузори дутарафаи СПБ, бо мақсади санатсия, кашишхурии СХЧ, ҳолибҳо ва тайёри барои таъоботи ҷарроҳии оянда, лозим аст [3-М, 6-М, 7-М, 8-М, 9-М].

4. Усули реимплантатсияи ҳолиб, ки дар клиникаи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «Донишкадаи таъсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» таъхия шуда дар таҷриба ва дар клиника санҷида шудааст, роҳи басо самараноки таъоботи вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии ҳолибҳо дар кӯдакон мебошад. Ин усул дар кӯдакони аз синни 1 то 3 сола самаранок аст, ки 91,4% - ро таъкил медиҳад [1-М, 13-М, 14-М, 15-М].

5. Натиҷаҳои дарозмуддати назорати усули таъхезишудаи коррексияи ҷарроҳии уретерогидронефрози берефлюкс, самаранокии баланд ва оризаҳои пасти баъди ҷарроҳӣ то 8,6% - ро нишон медиҳад [4-М, 5-М, 7-М, 8-М, 10-М, 11-М, 13-М].

ТАВСИЯҲОИ АМАЛӢ

1. Барои муқаррар намудани мегауретери модарзодӣ, арзёбии ҳолати функционалии системаи пешоббарор, аз ҷумла қисмҳои болоӣ ва поёнии он, оризаҳои сироятиро илова карда, зарур аст ки сари вақт (пеш ва баъд аз таваллуд) тадбирҳои муоиноти ҳамаҷонибаи таъхисотӣ бо истифода аз таъхизотҳои инструменталии баландиқтидор (ТУС, ДГ, ХДР (ЦДК), ТК, ТКМС) гузаронида шаванд.

2. Ҳангоми дисплазияи нейромушакии ҳолибҳо дар кӯдакони соли аввали ҳаёт бужгузаронӣ, васеъкунии балонии бандаки везикоуретералӣ бо минбаъд стентгузори ҳолиб ва системаи ҳавзаку ҷомчаҳо дар 34,0 % беморон боиси хеле беҳтар шудани уродинамика мегардад.

3. Нишондодҳо барои табобати ҷарроҳигӣ инҳоянд: пастшавии назарраси фаъолияти гурдаҳо, аз ҳад зиёд васеъшавии ҳолиб ва системаи ҳавзаку чомчаҳо, раванди илтиҳобии ислоҳнашавандаи дарозмуддат дар гурда ва СПБ.

4. Меъёри самаранокии реимплантатсияи ҳолиб ҳангоми мегауретер ва барқароршавии уродинамикаи сегменти везикоуретералӣ ин кашишхурии системаи ҳавзаку чомчаҳо, рушди назарраси паренхима, камшавии майдони умумии гурда ва барқароршавӣ ё беҳтаршавии суръати филтратсияи гломерулярӣ, мебошад.

5. Назорати динамикии дарозмуддат дар давраи пас аз ҷарроҳӣ бояд дар давоми 3, 6, 12 моҳ, 1 солу 6 моҳ ва 2 сол гузаронида шавад. Муоинот бояд тадқиқоти клиникӣ биохимиявӣ ва рентгению шуъоиро дар бар гирад.

Наشريёт дар мавзӯи диссертатсия Мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ

[1-М] Мираков, Х.М. Табобати рефлюкси везикоуретералӣ дар кӯдакон [Матн] / Х.М.Мираков, Х.Ибодов [ва дигарон] // Маҷаллаи «Ниғаждорӣи Тандурустӣи Тоҷикистон». – 2021. - № 3, наشري 350. - С. 21 - 27.

[2-М] Мираков, Х.М. Табобати дисплазияи нейромушакии сегменти везикоуретералии ҳолибҳо дар кӯдакон [Матн] / Х.М.Мираков, Х.Ибодов [ва дигарон] // Маҷаллаи «Ниғаждорӣи Тандурустӣи Тоҷикистон». – Душанбе, 2022. - № 3, наشري 354. - С. 34 - 41.

[3-М] Мираков, Х.М. Вайроншавии фаъолияти гурда ҳангоми обструксияи қисми дисталии ҳолибҳо дар кӯдакон [Матн] / Мираков Х.М. // Маҷаллаи «Илм ва фановарӣ». - Душанбе, 2022. - № 3. - С.75 - 80.

[4-М] Мираков, Х.М. Такмили усули реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб [Матн] / Х.М.Мираков, Х.Ибодов [ва дигарон] // Маҷаллаи «Паёми Сино». – Душанбе, 2022. – № 4, наشري 24. – С.471 – 479.

[5-М] Мираков, Х.М. Ташхисоти вайроншавиҳои уродинамикӣ ҳангоми мегауретери берефлюкс дар кӯдакон (шарҳи адабиётӣ) [Матн] / Х.М.Мираков, Х.Ибодов // Маҷаллаи «Паёми Донишгоҳи Педагогӣ». – Душанбе, 2022. – №4, наشري 16. – С.295 – 301.

[6-М] Мираков, Х.М. Усулҳои каминвазивии табобати уретерогидронефрозҳои обструктивӣ дар кӯдакон [Матн] / Х.М.Мираков, Х.Ибодов [ва дигарон] // Маҷаллаи «Ниғаждорӣи Тандурустӣи Тоҷикистон». 2023. - № 1, наشري 356. - С. 29 - 33 .

[7-М] Мираков, Х.М. Усулҳои интиқоли пешоб дар кӯдакони гирифтори вайроншавиҳои уродинамикӣ дар қисми дисталии ҳолибҳо [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маҷаллаи «Паёми тиббии Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон». – Душанбе, 2023. – № 1, наشري 13. – С. 27 – 32.

Мақолаҳо дар маҷмӯаҳои илмӣ, материалҳои конференсия

[8-М] Табобати рефлюкси везикоуретералӣ дар кӯдакон [Матн] / С.А. Асадов, Х.И. Ибодов, Х.М. Мираков, Р.Р. Рофиев // Маводҳои конгресс. IX Конгресси педиатрҳои мамлакатҳои ИДМ. Кӯдак ва ҷомеа: мушкилоти саломатӣ. «Ташаккули саломатии кӯдакон дар шароити муносири тиб». Маҷаллаи «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ». – Душанбе. 2017. С. 51.

[9-М] Мираков, Х.М. Ташхисот ва табобати бандшавии сегменти везикоуретералии ҳолибҳо дар кӯдакон [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маводҳои конгресси илмию амалии байналмилалӣ «Педиатрияи Қазокистон: дирӯз, имрӯз ва фардо». – Алмаато, 2022. – С. 63 – 65.

[10-М] Мираков Х.М. Ташхисоти вайроншавиҳои функционалии гурдаҳо ҳангоми уретерогидронефроз дар кӯдакон [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маводҳои ҳамасолаи конгресси II-юми илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ. Омӯзиши тиббию иҷтимоӣ – самти нави рушди маориф, амалия ва илм (комёбиҳо, мушкилот ва рушди он) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Маҷаллаи «Паёми донишкадаи тиббӣ – иҷтимоии Тоҷикистон». – Душанбе, 2022. – С.102 – 104.

[11-М] Мираков, Х.М. Реимплантатсияи экстравезикалии ҳолиб [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маводҳои ҳамасолаи конгресси XXVIII-уми илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ. «Тамоюлҳои илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ». Маҷаллаи «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ». – Душанбе, 2022. – С. 106 – 107.

[12-М] Мираков, Х.М. Табобати мегауретери берефлюкс дар кӯдакон [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маводҳои ҳамасолаи конгресси XXVIII-уми илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ. «Тамоюлҳои илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ» Маҷаллаи «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ». – Душанбе, 2022. – С. 107 – 108.

[13-М] Мираков, Х.М. Мегауретери берефлюкс ҳамчун нуқсони системаи пешоббарор дар давраи пеш аз таваллуд ва баъд аз таваллуд [Матн] / Х.М. Мираков, Х.И. Ибодов [ва дигарон] // Маводҳои ҳамасолаи конгресси XXVIII-уми илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ. «Тамоюлҳои илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ». Маҷаллаи «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ». – Душанбе, 2022. – С. 127 – 128.

Пешниҳоди ратсионализаторӣ

[14-М] Мираков Х.М., Рофиев Р.Р., Ибодов Х.И., Давлатов А.Р., Асадов С.К. «Усули сохтани модели уретерогидронефроз дар эксперимент ва реимплантатсияи ҳолибҳо дар ҳайвонҳои таҷрибавӣ». Пешниҳоди

ратсионализатории № 000453, ки аз ҷониби Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз 16.11. 2022 сол дода шудааст.

[15-М] Мираков Х.М., Асадов С.К., Рофиев Р.Р., Давлатов С.Б., Ибодов Х.И., Давлатов А.Р. «Усули реимплантатсияи экстравезикалии ҳолибҳо дар кӯдакони бо мегауретер». Пешниҳоди ратсионализатории № 000460, ки аз ҷониби Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз 02.02. 2022 сол дода шудааст.

Феҳрести ихтисорҳо

БМГ	– Бемории музмини гурдаҳо
ДГ	– Допплерография
МУ	– Мегауретер
МУБР	– Мегауретери берефлюкс
РВУ	– Рефлюкси везикоуретералӣ
СПБ	– Системаи пешоббарор
СФГ	– Суръати филтратсияи гломерулярӣ
СВУ	– Сегменти везикоуретералӣ
ТК	– Томографияи компютерӣ
ТКМС	– Томографияи компютерии мултиспиралӣ
ТУС	– Ташхиси ултрасадоӣ
УГН	– Уретерогидронефроз
УС	– Ултрасадоӣ
УИ	– Урографияи ихроҷӣ
ХДР	– Харитасозии доплерии ранга
СҲҶ	– Системаи ҳавзаку ҷомчаҳо

АННОТАЦИЯ

Мираков Хуршед Маххмадович

Оптимизация лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточника у детей (Экспериментально-клиническое исследование)

Ключевые слова: нерефлюксирующий мегауретер, перкутанная нефростомия, пионефроз, стентирование, двойное дренирование, уретерогидронефроз, дети.

Цель исследования. Оптимизация лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточника у детей, путём усовершенствования метода экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Методы исследования: Научная работа проведена в 2 этапа. При первом этапе проведено анализ экспериментального исследования (кролики (21) породы Фландр). Второй этап: проведено сравнительное ретроспективное исследование клинических проявлений, эхографических параметров и лабораторных показателей детей (110) с НРМУ. Также 45 больным проведено МСКТ. Среди оперированных у 35 больных проведено экстравезикальная реимплантация мочеточника. При исследовании соблюдены принципы доказательной медицины (отбор пациентов и статистическая обработка результатов). Работа выполнена в рамках ретроспективного когортного исследования с использованием клинических, инструментальных, лабораторных и статистических методов.

Полученные результаты и их новизна. На эксперименте доказана эффективность усовершенствованного способа реимплантации мочеточника при обструкции УВС у кроликов семейства Фландр. Проведено сравнительный анализ методов хирургического лечения МУ у детей. В зависимости от степени УГН, функциональной способности почек, а также инфицированности мочевой системы разработаны методы дренирования мочевых путей для разгрузки и санации. Разработан способ лечебной тактики у детей с НРМУ в зависимости от возраста и степени нарушения функции почек. Данная работа является первым в Таджикистане по изучению эффективности усовершенствованного метода реимплантации мочеточника у детей с МУ.

Рекомендации по использованию. Стадии УГН, протяжённость участка обструкции мочеточника, активность воспалительного процесса и степень нарушения функции почек, можно выявить проведением ранней клиничко-лабораторной и инструментальной диагностики. Определение функциональной и/или органической обструкции УВС является важным звеном для выбора методов лечения МУ у детей. Применение разработанной методики реимплантации мочеточника в эксперименте и в клинике, также стентирование и отведение мочи верхней мочевыводящей системы с учётом давности заболевания и уровня обструкции, уровень нарушения почечной функции, позволяет достичь хороших конечных результатов в отдалённом периоде лечения.

Область применения: Детская хирургия, педиатрия.

АННОТАТСИЯ

Мираков Хуршед Махмадович

Оптимизатсияи табобати вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии холиб дар кӯдакон (Тадқиқоти таҷрибавӣ-клиникӣ)

Вожаҳои калидӣ: мегауретери беревфлюкс, нефростомияи перкутанӣ, пионефроз, стентгузорӣ, дренажгузори дутарафа, уретерогидронефроз, кӯдакон.
Мақсади омӯзиш. Оптимизатсияи табобати вайроншавии уродинамикаи қисми дисталии холиб дар кӯдакон тавассути такмил додани усули реимплантатсияи экстравезикалии холиб.

Усулҳои тадқиқот: Кори илмӣ дар 2 марҳила гузаронида шуд. Дар марҳилаи аввал таҳлили тадқиқоти таҷрибавӣ (харгӯшҳо (21) зоти Фландр) гузаронида шуд. Марҳилаи дуюм: омӯзиши муқоисавии ретроспективии зухуроти клиникӣ, параметрҳои эхографӣ ва параметрҳои лаборатории кӯдакони гирифтори МУБР (110) гузаронида шуд. Инчунин ба 45 нафар беморон ТКМС гузаронидем. Дар байни онҳое, ки ҷарроҳӣ шудаанд, ба 35 нафар беморон реимплантатсияи экстравезикалии холиб гузаронида шуд. Тадқиқот аз рӯи принципҳои тиббӣ далелҳо (интиҳоби беморон ва коркарди омории натиҷаҳо) сураат гирифт. Кор дар доираи омӯзиши ретроспективии когорти бо истифода аз усулҳои клиникӣ, инструменталӣ, лабораторӣ ва оморӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигарии онҳо. Дар таҷриба самаранокии усули такмилёфтаи реимплантатсияи холиб, ҳангоми бандшавии СВУ дар харгӯшҳои оилаи Фландр, исбот карда шуд. Таҳлили муқоисавии усулҳои табобати ҷарроҳии МУ дар кӯдакон гузаронида шуд. Вобаста ба дараҷаи УГН, қобилияти функционалии гурдаҳо, инчунин сироятёбии системаи пешоббарор, усулҳои дренажгузори роҳҳои пешоббарор барои озодгардонӣ ва санатсия коркард карда шуд. Усули тактикаи табобат барои кӯдакони гирифтори МУБР вобаста ба синну сол ва дараҷаи вайроншавии фаъолияти гурда таҳия шуд. Ин кор дар Тоҷикистон аввалин буда, самарайи усули такмилёфтаи реимплантатсияи холибро дар кӯдакони гирифтори МУ меомузад.

Тавсияҳо барои истифода. Марҳилаҳои УГН, дарозии мавқеи бандшавии холиб, фаъолнокии раванди илтиҳобӣ ва дараҷаи вайроншавии фаъолияти гурдаро тавассути ташхиси барвақтии клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ муайян кардан мумкин аст. Муайян кардани бандшавии функционалӣ ё органикии СВУ як пайванди муҳим барои интиҳоби усулҳои табобати МУ дар кӯдакон мебошад. Истифодаи усули таҳияшудаи реимплантатсияи холиб дар таҷриба ва дар клиника, инчунин стентгузорӣ ва дренажгузори системаи болоии пешоббарор бо назардошти давомнокии беморӣ ва мавқеи тангшавӣ, дараҷаи вайроншавии функцияи гурда имкон медиҳад, ки дар давраи дурдасти табобат ба натиҷаҳои хуби ниҳойноил гардем.

Доираи татбиқ: ҷарроҳии кӯдакона, тибби атфол.

ANNOTATION

Mirakov Khurshed Makhkhmadovich

Optimization of treatment of urodynamic disorders of the distal ureter in children (Experimental and clinical study)

Key words: non-refluxing megaureter, percutaneous nephrostomy, pyonephrosis, stenting, double drainage, ureterohydronephrosis, children.

Purpose of the study. Optimization of the treatment of urodynamic disorders of the distal ureter in children by improving the method of extravesical reimplantation of the ureter.

Research methods: Scientific work was carried out in 2 stages. At the first stage, an analysis of the experimental study (rabbits (21) of the Flanders breed) was carried out. Second stage: a comparative retrospective study of clinical manifestations, echographic parameters and laboratory parameters of children (110) with NRMU was conducted. Also, 45 patients underwent MSCT. Among those operated on, 35 patients underwent extravesical reimplantation of the ureter. The study followed the principles of evidence-based medicine (selection of patients and statistical processing of results). The work was carried out as part of a retrospective cohort study using clinical, instrumental, laboratory and statistical methods.

The results obtained and their novelty. The experiment proved the effectiveness of an improved method of ureteral reimplantation for obstruction of the urinary tract in rabbits of the Flanders family. A comparative analysis of methods of surgical treatment of MU in children was carried out. Depending on the degree of UGN, the functional capacity of the kidneys, as well as the infection of the urinary system, methods of drainage of the urinary tract have been developed for unloading and sanitation. A method of treatment tactics has been developed for children with NRMU depending on age and degree of renal dysfunction. This work is the first in Tajikistan to study the effectiveness of an improved method of ureteral reimplantation in children with MU.

Recommendations for use. The stages of UGN, the length of the area of ureteral obstruction, the activity of the inflammatory process and the degree of renal dysfunction can be identified by early clinical, laboratory and instrumental diagnostics. Determination of functional and/or organic obstruction of the UVS is an important link for the selection of treatment methods for MU in children. The use of the developed method of ureteral reimplantation in experiment and in the clinic, as well as stenting and urine diversion of the upper urinary system, taking into account the duration of the disease and the level of obstruction, the level of renal dysfunction, allows us to achieve good final results in the long-term period of treatment.

Scope of application: Pediatric surgery, pediatrics.