

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН РЕФЛЮКСЛАНУВЧАН УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ БИЛАН БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХУСУСИЯТЛАРИНИ КИЁСИЙ ТАХЛИЛИ



Тўхтаев Фирдавс Мухиддинович, Мавлянов Фарход Шавкатович, Мавлянов Шавкат Хўжамкулович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКСИРУЮЩИМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Тухтаев Фирдавс Мухиддинович, Мавлянов Фарход Шавкатович, Мавлянов Шавкат Хужамкулович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

COMPARATIVE ANALYSIS OF REHABILITATION FEATURES OF CHILDREN WITH REFLUX URETEROHYDRONEPHROSIS AFTER SURGERY

Tukhtaev Firdavs Mukhiddinovich, Mavlyanov Farhod Shavkatovich, Mavlyanov Shavkat Khuzhamkulovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sammu@info.uz

Резюме. Операциядан кейинги дастлабки даврнинг хусусиятларини аниқлаш учун рефлюксли уретерогидронефрозли 30 нафар болада истиқболли тадқиқот ўтказилди. Таҳлил везикоуретерал рефлюксияни тузатишга қараб ўтказилди, бунинг учун болалар 2 та тенг гуруҳга бўлинган. 1-гуруҳдаги беморлар анъанавий жарроҳлик муолажасидан ўтказилди, 2-гуруҳ - эндоурологик тузатиш. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, жарроҳлик амалиётига минимал инвазив аралашувларни жорий этиш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш ва беморларнинг ушбу тоифасини травматик операциялардан, шунингдек, операциядан кейинги эрта даврда юзга келадиган асоратлардан қутқариши мумкин.

Калит сўзлар: Ковуқ-сийдик найи рефлюкси, болалар, даволаш, операциядан кейинги давр.

Abstract. In order to identify the features of the immediate postoperative period, a prospective study was conducted in 30 children with reflux ureterohydronephrosis. The analysis was carried out depending on the correction of vesicoureteral reflux, for this the children were divided into 2 equal groups. Patients of group 1 underwent traditional surgical treatment, group 2 underwent endourological correction. The results of the study showed that the introduction of minimally invasive interventions into surgical practice significantly improves the results of treatment and saves this category of patients from traumatic operations, as well as related complications that occur in the early postoperative period.

Key words: Vesicoureteral reflux, children, treatment, postoperative period.

Тадқиқотнинг долзарблиги. Ҳозирги вақтда ковуқ-сийдик найи рефлюкси (Қ-СНР) ни жарроҳлик даволашнинг турли усуллари ишлаб чиқилган, аммо уларнинг барчаси болалар жарроҳлигининг асосий тенденцияси яъни, асоратлар ва қайталанишлар сонининг камайиши билан паст инвазивлик ва травма билан тикланишга эришишга мос келмайди.

Кўп ҳосил қилувчи моддаларни имплантация қилиш билан эндоскопик тузатиш Қ-СНРни даволашда энг ёш операция бўлди, бу биринчи марта 1981 йилда Е. Матоусчек томонидан консерватив терапия ва очик жарроҳлик муқобиллиги сифатида таклиф қилинган. Техника ЎДоннелл Б. ва Пури Р. томонидан янада такомиллаштирилди ва оммалаштирилди, улар 1984 йилда тефлон пастасини жорий этиш натижаларини нашр этишди. Ўшандан бери Қ-СНР билан касалланган минглаб болалар турли имплантлар билан даволанган.

Даволашнинг ушбу турига бўлган қизиқишнинг ортиши унинг бир қатор муҳим афзалликлари билан боғлиқ эди - кам травма, жарроҳлик аралашувнинг қисқа муддати, уни амбулатория шароитида қўллаш имконияти, турли хил реконструктив пластик неоимплантацияларга хос бўлган асоратларнинг минимал хавфи, сийдик йўллари ва узок муддатли ангибиотик терапияга эҳтиёжнинг йўқлиги.

Турли муаллифларнинг фикрига кўра, эндоскопик усулнинг самарадорлиги 52,4% дан 86,7% гача ўзгариб туради, шунинг учун бу муаммони тўлиқ ҳал қилинган деб ҳисоблаш мумкин эмас.

Мақсад. Жарроҳлик даволаш усулига қараб рефлюксли уретерогидронефрозли болаларда операциядан кейинги яқин даврни киёсий таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. Бизнинг ишимизда туғма уретерогидронефрозли 30 нафар бо-

лада операциядан кейинги эрта даврнинг қиёсий таҳлили ўтказилди. Қ-СНР тузатиш турига қараб, болалар 2 гуруҳга бўлинган (жадвал 1).

Дистал сийдик йўллариининг интравезикал изоляцияси билан асосий салбий омил Лъето уч-бурчагининг травматизацияси ҳисобланади. Бундан ташқари, сийдик пуфагига сийдик пуфагини имплантация қилиш соҳасида детрузорни кейинчалик сийдик йўлига тикиш билан кесиш керак ва бу анастомоз ҳудудида чандиқ пайдо бўлиши учун шароит яратади. Шу муносабат билан биринчи гуруҳга сийдик пуфаги кенг очилмаган ва юқоридаги камчиликларга эга бўлмаган экстравезикал уретероцистон анастомози қилинган 15 нафар бемор киритилди (1-расм).

Бугунги кунга келиб, Қ-СНРни жарроҳлик тузатишнинг қўплаб турли усуллари ишлаб чиқилган. Бироқ, даволашнинг юқори технологияли усуллариини жорий етиш туфайли, антирефлюкс операциялари травмасини минималлаштириш, асоратлар ва релапслар сонини камайтириш тенденцияси мавжуд. Қ-СНРни йўқ қилишнинг машҳур усули - бу ҳажм ҳосил қилувчи материални имплантация қилиш орқали уретеровезикал анастомозни эндоскопик моделлаштириш.

Иккинчи гуруҳга Қ-СНРнинг эндоурологик коррекциясидан ўтган 15 нафар бемор киритилган (2-расм).

Цистоскопия хонасида ҳажм ҳосил қилувчи материални имплантация қилиш орқали уретеровезикал оқмани эндоскопик моделлаштириш амалга оширилди. Анестезия усули умумийдир. Қувикқа камида 10 Фр диаметрли цистоскоп киритилди, бу

цистоскопнинг ишчи канали орқали мослашувчан эндоскопик игнани киритиш имконини беради. 0,9% натрий хлорид эритмасини йетказиб беришни амалга ошириб, цистоскопия ўтказилди. Патологик уретернинг оғзига, теришнинг соат 6 ҳолатида ҳажм ҳосил қилувчи модда билан тўлдирилган игна келтирилди. Игнани тахминан 1 см чуқурликда (игнанинг металл учининг узунлиги) сийдик йўлининг интравезикал қисмининг орқа деворига ўткир бурчак остида киритиш орқали шиллиқ қават тешилди. Кейин игнанинг қарама-қарши учи биополимер билан тўлдирилган инсулин шприцига уланган. УВС майдонини визуал назорат қилиб, препарат аста-секин АОК қилинди (2-расм).

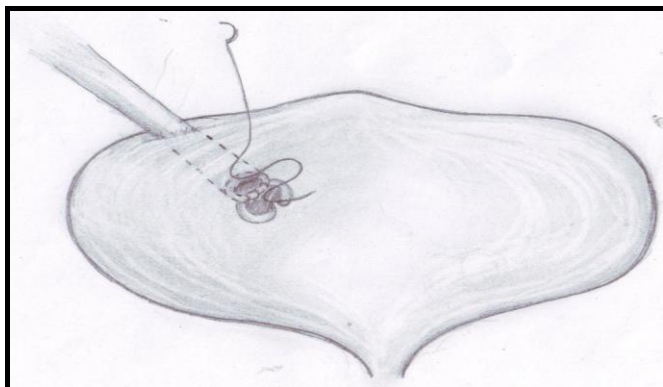
Боладаги оғриқ синдромининг зўравонлигини баҳолаш қийин, аммо жуда муҳим вазифадир, чунки даволаш тактикаси бунга боғлиқ. Операциядан кейинги эрта даврда оғриқнинг оғирлиги 2008 йилда Вонг-Бакер оғриқ интенсивлигини баҳолаш тизими ёрдамида аниқланган (3-расм).

Вонг-Бейкер юз испания рейтинглари шкаласи болалардаги оғриқнинг интенсивлигини баҳолаш учун яратилган. У юзларнинг расмларини ўз ичига олади - табассумли юз, бу оғриқ йўқлигини билдиради (5 баллдан 0 балл), йиғлаётган юзнинг бузук буришиши, бу энг кучли оғриқни англатади (5 баллдан 5 балл). Вонг-Бакер шкаласи, шунингдек, визуал аналог шкаласи ва юз оғриғи шкаласи кўрсаткичлари билан яқин алоқада.

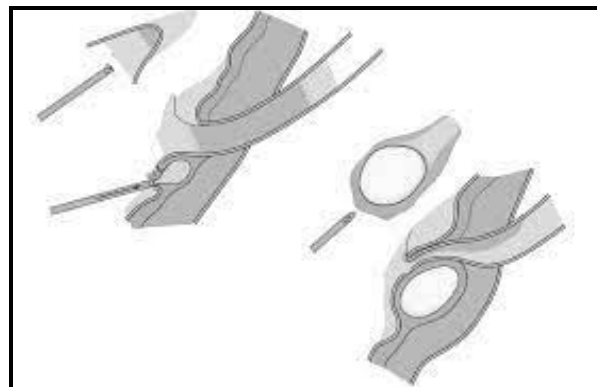
Натижалар. Тадқиқот 24 соатдан кейин, операциядан кейинги 2 ва 3 кунларда ўтказилди. Ўртача балл ҳисоблаб чиқилди (4-расм).

Жадвал 1. Жарроҳлик аралашув турлари

Операция тури	жинс		жами
	ўғил болалар	қиз болалар	
Экстравезикал уретероцистоанастомоз	8	7	15
Қ-СНРни эндоурологик тузатиш	7	8	15



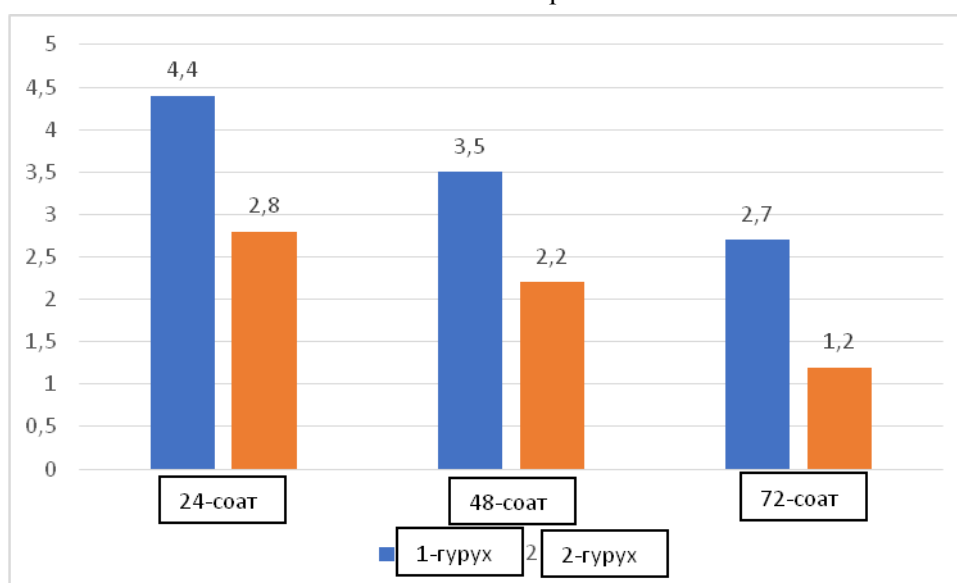
Расм 1. Экстравезикал уретероцистоанастомоз схемаси



Расм 2. Катталаштирувчи воситанинг эндоскопик киритилиши



Расм 3. Вонг-Бэйкер шкаласи



Расм 4. Рефлюксловчи уретерогидронефроз билан оғриган болаларда жарроҳликдан кейин Вонг-Бейкернинг шкаласи бўйича ўртача баллар йиғиндиси

Диagramмадан кўришиб турибдики, Вонг-Бейкер шкаласи бўйича оғриқ синдромини ўрганишда 1-гурӯх болаларида операциядан 24 соат ўтгач, ўртача балл 4,3, 2-куни - 3,5, 3-куни эса ўртача балл 2,7. Эндоурологик даволанишдан ўтган 2-гурӯхдаги беморларда оғриқ синдроми энг кам аниқланган ва шкала бўйича ўртача балл операциядан кейинги даврда текширув вақт оралиғида мос равишда 2,8, 2,2 ва 1,2 ни ташкил этган.

1-гурӯхдаги болаларда аниқ оғриқ синдроми мавжудлиги сабабли, анестезия кунига 3 марта мушак ичига ёки томир ичига юбориш орқали гиёҳванд бўлмаган аналжезиклар билан амалга оширилди. 2-гурӯх болалари, оғриқ синдроми аҳамиятсиз бўлганлиги сабабли, кунига 1-2 марта ректал шамлар билан беҳушлик ўтказилди.

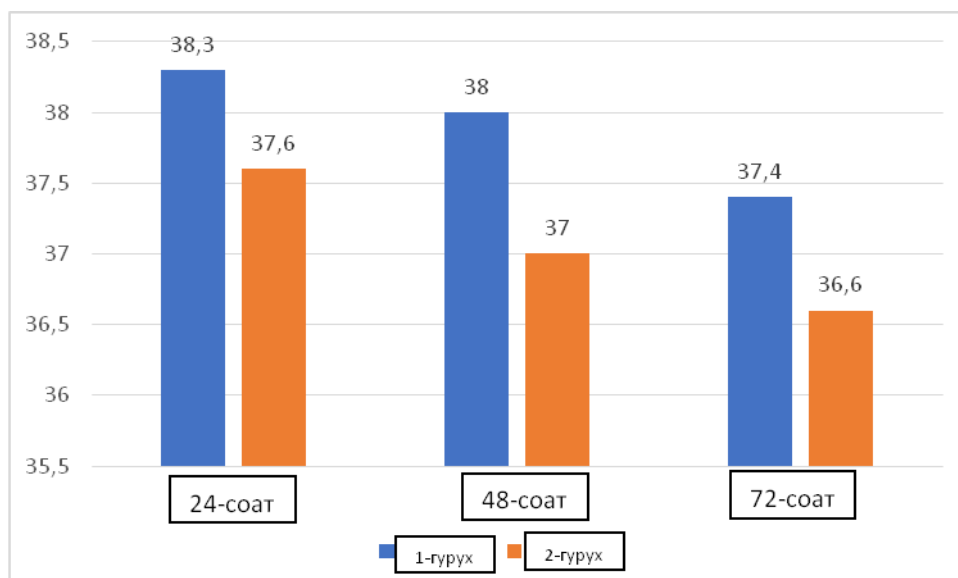
Даволаш усулига қараб рефлюксли уретерогидронефрозли болаларда операциядан кейинги дастлабки даврда тана ҳарорати кўрсаткичлари ҳам турли қийматларга эга эди.

Шундай қилиб, антирефлюксдан ҳимоя қилишнинг очиқ (анъанавий) усулларида -

экстравезикал уретероцистон анастомозидан ўтказилган болаларда операциядан 24 соат ва 2 кун ўтгач, ҳароратнинг фебрил қийматларга кўтарилиши кузатилди. Операциядан кейинги 3-куни беморларнинг тана ҳарорати субфебрил даражагача пасайган (5-расм).

Тақдим этилган графикда шуни таъкидлаш мумкинки, операциядан кейинги даврда ҳажм ҳосил қилувчи материал имплантациясидан ўтган 2-гурӯх болаларида тана ҳарорати деярли кўтарилмаган.

1-гурӯхдаги болаларда ётоқда дам олишни бекор қилиш операциядан кейинги 3-4-кунларда, тана ҳарорати нормал ҳолатга келганда ва операциядан кейинги яра ҳудудида оғриқнинг интенсивлиги пасайганда содир бўлди. Сийдик чиқариш йўлларида ўрнатилган катетерлар 7-8-куни, операциядан кейинги 8-10-куни сийдик пуфагидан Фолей типидagi уретрали катетер олиб ташланди. Жарроҳлик даволашдан 9-10 кун ўтгач тикувлар олиб ташланди. Касалхонада бўлиш муддати, операция тугаганидан то бўшатишгача, бу гуруҳлардаги беморлар учун 9 дан 11 кунгача, ўртача $9,6 \pm 0,7$ ётоқ кунини ташкил этди.



Расм 5. Рефлюкслорчи уретерогидронефроз билан оғриган болаларда операциядан кейинги якин даврда тана харорати кўрсаткичлари

2- гуруҳдаги беморларда ётоқда дам олишни бекор қилиш 1-2 кундан кейин содир бўлди, лекин қоида тарикасида, болалар операциядан кейинги кун ўрнидан туришди. Эндоурологик аралашувдан сўнг 3-кун сийдик пуфагидан сийдик йўл катетери чиқарилди, катетер сийдик йўлларига киритилмаган. Ушбу гуруҳдаги беморлар учун операция тугаганидан то бўшашишгача бўлган касалхонада қолиш муддати 3 кундан 5 кунгача, ўртача $3,6 \pm 0,6$ ётоқ кунини ташкил этди.

Хулосалар. Обструктив уропатияни даволашда минимал инвазив аралашувларни жарроҳлик амалиётига жорий этиш даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш ва беморларнинг ушбу тоифасини травматик операциялардан, шунингдек операциядан кейинги эрта даврда юзага келадиган асоратлардан қутқариши мумкин.

Адабиётлар:

1. Айнакулов А. Дж., Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х. Современное лечение врожденной обструкции верхнего мочевыводящего тракта (обзор литературы) // UJCR. 2022. №2.
2. Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х. Результаты хирургического лечения обструктивных уропатий у детей в зависимости от уровня и степени обструкции // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Естественные и медицинские науки. 2022. №2.
3. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
4. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии брүцеллез-

ного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

5. Шмыров О.С., Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С. / Эндохирургические вмешательства в коррекции патологии уретерovesикального сегмента у детей // Детская хирургия, 2014.-N 4.-С.25-28.

6. Capozza N., Patricolo M., Lais A., Matarazzo E., Caione P. Endoscopic treatment of vesico-ureteral reflux: twelve years' experience // Urol Int. -2001. – Vol.67,N3. –P. 228-231

7. Katherine Moore, Stéphane Bolduc / Prospective Study of Polydimethylsiloxane vs Dextranomer/Hyaluronic Acid Injection for Treatment of Vesicoureteral Reflux // the Journal of Urology. December 2014 Volume 192, Issue 6, Pages 1794–1800

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКСИРУЮЩИМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Тухтаев Ф.М., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х.

Резюме. С целью выявления особенностей ближайшего послеоперационного периода проведено проспективное исследование у 30 детей с рефлюксирующим уретерогидронефрозом. Анализ проводился в зависимости коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса, для этого дети были разбиты на 2 равные группы. Пациентам 1 группы было проведено традиционное хирургическое лечение, 2 группы – эндоурологическая коррекция. Результаты исследования показали, что внедрение в хирургическую практику малоинвазивных вмешательств значительно позволяет улучшить результаты лечения и избавить данную категорию больных от травматичных операций, а также связанных с ним осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дети, лечение, послеоперационный период.