

12. Belpomme D. Thermal and non-thermal health effects of low intensity non-ionizing radiation: An international perspective. *Environmental pollution*, 2018, No. 242, pp. 643-658.

13. Rubik B., Brown R.R. Evidence for a connection between coronavirus disease-19 and exposure to radiofrequency radiation from wireless communications including 5G. *Journal of Clinical and Translational Research*, 2021, No. 7 (5), pp. 666-681.

#### ХУЛОСА

С.Н. Даровских, П.М. Шоназаров,  
Н.В. Вдовина, Ю.С. Шишкова,  
И.И. Прокопов

#### ТЕХНОЛОГИЯ И МУОЛИЧАИ БЕМОРИИ ОДАМ ДАР АСОСИ ИСТИФОДАИ ШУОЗА- НИИ АМСИЛАШУДАИ МИКРОМАВЧҶОИ ОФТОБ

**Мақсади таҳқиқ.** Асоснок кардани сабаби нисбатан эҳтимолии шиддат гирифтани ҷафолнокии вирус ва боз намудани муҳтавои асосии технологияи аслаш табиӣ муолиҷаи одам ҳангоми истифодаи шуозани амсилашудаи микромавҷи Офтоб, ки ба сатҳи Замин мерасад.

**Мавод ва усули таҳқиқ.** Шарҳи воситаҳои дастгоҳӣ-барномавии шуозани микромавҷи Оф-

тоб ба амал оварда шуд, ки барои ба таври сунъӣ «рехтан»-и шуозани микромавҷи Офтобро аз якҷанд сония то даҳҳо дақиқа ҳам бо қутбнокии раҳрах ва ҳам бетартибона дар диапазони басомади аз 4,0 то 4,3 ГГц имконпазир мегардонад. Зимнан спектри амплитудавии ҷунин шуозанӣ метавонад ҳам аз рӯйи вусъат, шакл ва шиддатнокии на зиёда аз 100 мкВт/см<sup>2</sup> тағйир ёбад.

**Натиҷаҳои таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо.** Механизми таъсири ислохкунандаи шуозани мазкур ба организми одам дар мақола баррасӣ шудааст. Он бо табиллобии энергияи электромагнитӣ ба энергияи лаппишҳои шиддатнокиаш пасти паҳнхати ҷандири алоқаманд мебошад, ки организм онро фуру мебарад. Ин ҷиз метавонад барои дар шароити гипоксия ғайриҷафол намудани комплексҳои ферментиро, ки дар сохтори ҳуҷайравӣ иқтидори энергияи озодро барқарор мекунад, шароит фароҳам орад.

**Хулоса.** Далелҳои зимни мақола овардашуда, истифодаи шуозани мазкурро ҳангоми илтиҳоб дар сатҳи клиникӣ, токлиникӣ ва микробиологӣ асоснок намуда, пешгӯӣ намудани онро, ки ҳангоми бемориҳои вирусии одам таъсири самаранок дорад, бо далелҳо исбот менамояд.

**Калимаҳои калидӣ:** коронавирус, микромавҷ, Офтоб, самаранокӣ, пандемия, вакцина, масуният, вибриатсия.

УДК 616.617-007.17-089.819.943-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-34-41

Х. Ибодов<sup>1</sup>, Х.М. Мираков<sup>2</sup>, Р. Рофиев<sup>2</sup>, А.Р. Давлатов<sup>1</sup>, Н.С. Ибодов<sup>1</sup>

#### ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕКМЕНТА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

<sup>2</sup>ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения в Республике Таджикистан»

Ибодов Хабибулло - д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»; Тел.: 900-99-11-77. E-mail: ibodov49@mail.ru

**Цель исследования.** Оптимизация консервативного и хирургического лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента у детей.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 110 детей с нейромышечной дисплазией везикоуретерального сегмента мочеточников. Мегауретер антинатально диагностирован у 28 (25,5%) детей: I степени - у 5 детей, II степени - у 9 детей, III степени - у 10 детей, IV степени - у 4 детей.

Основными критериями диагностики мегауретера в перинатальном периоде являются: расширение передне-заднего размера лоханки, визуализация расширенного мочеточника и при ЦДК – выявление ослаблений почечного кровотока в пораженной стороне.

**Результаты исследования и их обсуждения.** В результате проведения консервативной и мининвазивной терапии, то есть стентирование мочеточников, в течении 2 лет уродинамика восстановилась и устранились

явления уретерогидронефроза у 30 (27,2%) пациентов. У 32 (29,0%) больных выполнена чрезкожная пункционная нефростомия, направленная на сокращение собирательной системы почки, мочеточника, а также подготовка к оперативному лечению. Оперированные больные (84) разделены на 3 группы: I группа - по методу Политано-Ледбеттера (29); II группа - по Коэну (20); III группа по методу экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой, разработанной в клинике детской хирургии (35).

После операции Политано-Ледбеттера осложнения отмечены у 8 (27,5%) больных, по методу Коэна - у 4 (20,0%) и по методу экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой - у 5 (14,2%).

**Выводы.** Метод реимплантации мочеточника, разработанный и апробированный в клинике детской хирургии является достаточно эффективным способом лечения мегауретера у детей. Данная методика высокоэффективна у детей старше 1-3 лет, и составляет 85,8%.

**Ключевые слова:** нейромышечная дисплазия, мегауретер, реимплантация, дети.

H. Ibodov<sup>1</sup>, Kh.M. Mirakov<sup>2</sup>, R. Rofiev<sup>2</sup>, A. Davlatov<sup>1</sup>, N.S. Ibodov<sup>1</sup>

# **TREATMENT OF NEUROMUSCULAR DYSPLASIA OF THE VESICoureTERAL SEGMENT OF THE URETERS IN CHILDREN**

<sup>1</sup>SEI «Medico-Social Institute of Tajikistan»

<sup>2</sup>SEI «Institute of Postgraduate Education in Healthcare in the Republic of Tajikistan»

**Ibodov Khabibullo** - Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Pediatric Surgery, SEI Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan. Tel.: 900-99-11-77. E-mail: ibodov49@mail.ru

**Aim.** To optimize conservative and surgical treatment of neuromuscular dysplasia of the vesicoureteral segment in children.

**Materials and methods.** Study included 84 operated children with neuromuscular dysplasia of the vesicoureteral segment of the ureters. Megaureter antenatally diagnosed in 28 (25.4%) children: I degree - in 5, II degree - in 9, III degree - in 10, IV degree - in 4 children.

The main criteria for diagnosing a megaureter in the perinatal period are an expansion of the anterior-posterior size of the pelvis, visualization of the dilated ureter, and in CFM - identification of weakening of the renal blood flow in the affected side.

**Results and discussion.** As a result of the conservative and minimally invasive therapy - stenting of the ureters for up to 2 years, urodynamics were restored and the phenomena of ureterohydronephrosis were eliminated in 30 (27.2%) patients. In 32 (29%) patients, percutaneous puncture nephrostomy was performed, aimed at reducing the collecting system of the kidney, and ureter, as well as preparing for surgical treatment. The operated patients (84) were divided into 3 groups: Group I - operated according to the Politano-Ledbetter method (29); Group II - according to Cohen (20); Group III operated according to the method of extravesical reimplantation of the ureter with antireflux protection, developed in the clinic of pediatric surgery (35).

Complications were noted in 8 (27.5%) patients after the Politano-Ledbetter operation; in 4 (20%) cases after the Cohen method operation; and in 5 (14.2%) cases after the extravesical reimplantation with antireflux protection.

**Conclusion.** The method of ureteral reimplantation, developed and tested at the Clinic of Pediatric Surgery, is a fairly effective way to treat megareteral disease in children. This technique is highly effective in children older than 1-3 years, which makes 85.8%.

**Keywords:** neuromuscular dysplasia, megaureter, reimplantation, children.

**Актуальность.** Уретерогидронефроз на фоне обструкции уретеровезикального сегмента у детей по частоте, среди других врожденных пороков мочевой системы, занимает один из ведущих мест [1, 2]. Мегауретер, как врожденный порок мочевого выделительной системы, характеризуется значительным расширением мочеточника на всем протяжении, начиная от везикоуретерального сегмента и далее трансформируется в чашечно-лоханочную систему за счет обструкции терминального отдела мочеточника [3, 4].

Исследования авторов показывают, что частота врожденной патологии мочеточника имеет тенденцию к увеличению. Это связывают с внедрением новых современных технологических методов в диагностике мегауретера и, с другой стороны, влиянием окружающей среды на формирование плода в период органогенеза, что приводит к увеличению частоты врожденных пороков развития, в частности, мочеточников [4-6].

Поскольку автором доказано, что чем раньше осуществляется лечения порока, тем лучше

достигаются хорошие отдаленные результаты и прогноз болезни, именно антенатальная диагностика врожденного обструктивного процесса дистального отдела мочеточника является наиболее перспективным направлением [7].

С учетом сложности лечения врожденного уретерогидронефроза, прибегают к применению новых методов лечения, одним из которых является этапный метод коррекции. Послеоперационные осложнения с уретерогидронефрозом после одноэтапной неимплантации мочеточника колеблется от 8 до 40% [8, 9].

Показанием к оперативному лечению уретерогидронефроза является прогрессирование расширения мочеточника, обострение хронического воспалительного процесса в почках и появление признаков нарушения функции почек [10-12].

Предложено множество различных методов хирургической коррекции обструктивного мегауретера, но остаются спорными вопросы о показаниях к операции, оптимальных сроках её проведения, целесообразности радикального вмешательства у новорожденных [13-15]. В этой связи проблема лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников остаётся актуальной.

**Цель исследования.** Оптимизация консервативного и хирургического лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей.

**Материалы и методы исследования.** За период 2016 по 2021 гг. в нашей клинике находились на обследовании и лечении 110 детей с нейромышечной дисплазией везикоуретерального сегмента мочеточников (нерефлексирующий мегауретер). Среди наблюдаемых нами детей: мальчиков было 70 (63,6%), девочек - 40 (36,4%), в возрасте от 0 до 1 года было 45 (40,9%), от 1 года до 3 лет – 34 (31,0%), от 3 до 7 лет – 22 (20,0%) и от 8 до 16 лет – 9 (8,1%) больных. Нейромышечная дисплазия слева обнаружена у 62 детей (56,3%), справа - у 40 детей (36,4%), двухсторонний - у 8 (7,3%) пациентов. Мегауретер антенатально диагностирован у 28 (25,4%) детей: I степень - у 5, II степень - у 9, III степень - у 10, IV степень - у 4.

При поступлении в отделение оценивалось общее состояние пациентов, выявлялось наличие или отсутствие инфекционных осложнений, проводилась оценка функционального состояния почек по данным биохимических анализов крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, СКФ, моче́вая кислота, натрий, калий, хлор). Всем детям проводилось

УЗИ почек, у 53 выполнена мультиспиральная КТ с контрастным усилением в 3D-режиме.

Основными критериями диагностики мегауретера в перинатальном периоде являются: расширение переднезаднего размера лоханки, визуализация расширенного мочеточника и при ЦДК – выявление ослаблений почечного кровотока в пораженной стороне. Доплерография дала нам возможность определить почечную гемодинамику антенатально и после рождения ребенка, то есть в постнатальном периоде.

Большое значение имеет доскональное изучение гемодинамики почек детей с обструкцией мочевыводящих путей, по данным которых проводится разработка критериев его нарушения.

Полученные результаты были обработаны с помощью программного статистического пакета «Statistica 10.0», разработанного компанией StatSoft (USA).

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

После проведения комплексного обследования больных в зависимости от возраста, сроков заболевания, степени уретерогидронефроза и наличия моче́вой инфекции выбирался способ консервативного и/или оперативного лечения. В результате проведения консервативной и миниинвазивной терапии, то есть стентирование мочеточников в течении до 2 лет, уродинамика восстановилась и устранились явления уретерогидронефроза у 30 (27,2%) пациентов. У 32 (29%) детей выполнена чрезкожная пункционная нефростомия, направленная на ликвидации моче́вой инфекции, сокращение собирательной системы почки, мочеточников, а также подготовка к оперативному лечению. Оперированные больные (84) разделены на 3 группы: I группа - по методу Политано-Ледбеттера (29); II группа - по Коэну (20); III группа по методу экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой, разработанной в клинике детской хирургии (35).

После операции Политано-Ледбеттера осложнения отмечены у 8 (27,5%) больных, по методу Коэна - у 4 (20%) и по методу экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой – у 5 (14,2%). Данная методика заключалась в:

резекция надпузырного отдела мочеточника и ушивание раны на стенке мочевого пузыря двухрядными викриловыми швами;

далее разрез по задней стенке мочевого пузыря в косопоперечном направлении длиной 2,5 см в пределах мышечных слоев стенки мочевого пузыря до слизистый (рис 1);

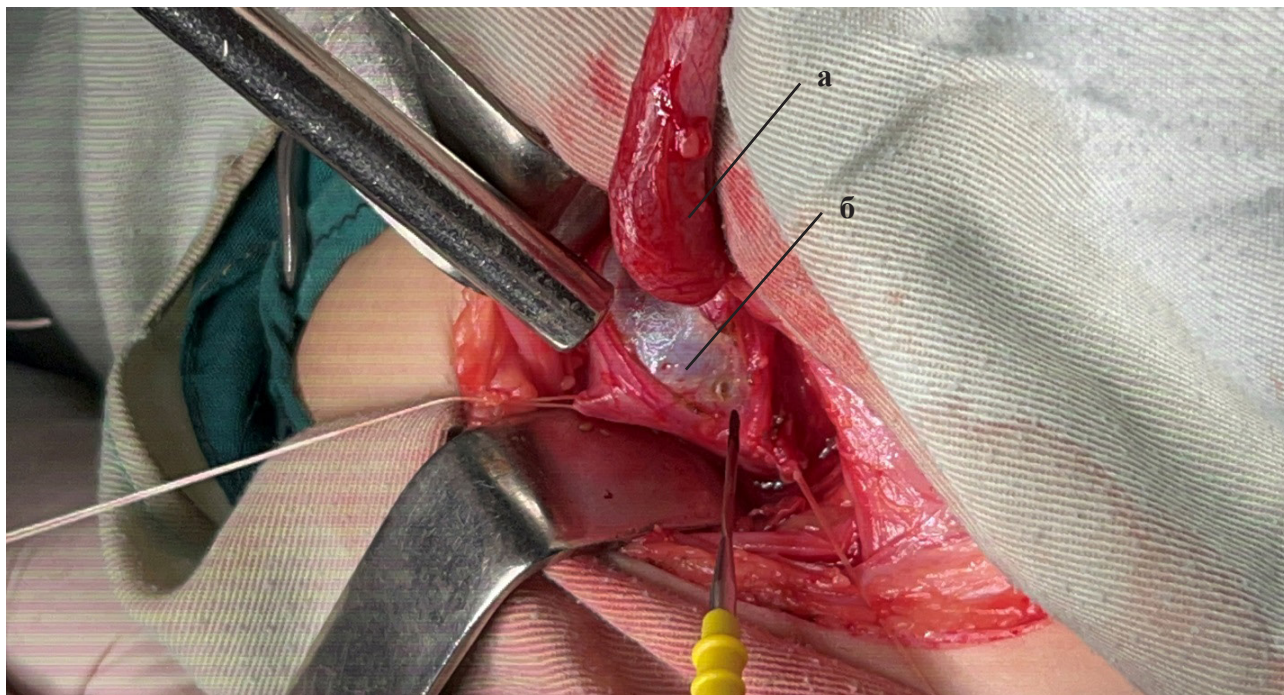


Рисунок 1. Разрез мышечных слоев до слизистой мочевого пузыря.  
а - отсеченный мочеточник; б - ложа для пересадки мочеточника.

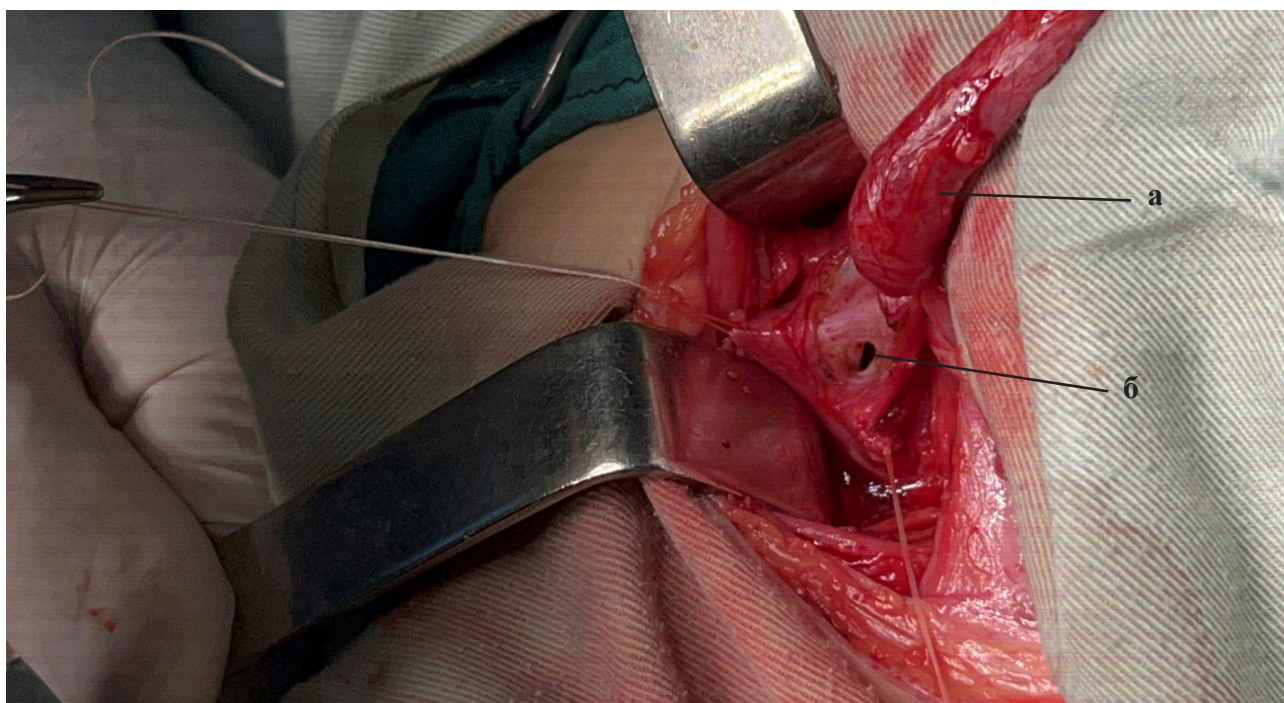


Рисунок 2. Перфорирувание нижнего угла раны и подведение конца резецированного мочеточника.  
а - перфорация слизистой мочевого пузыря; б - мочеточник.

перфорация слизистого слоя у нижнего угла раны и подведение к ней конца резецированного мочеточника и полуовальное иссечение конца мочеточника обращенной к полости мочевого пузыря (рис 2);

фиксации конца мочеточника тремя викриловыми швами на глубине 5 мм через все слои

мочевого пузыря и завязывание узлов снаружи на мочевом пузыре (рис 3).

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 учитывались состояние чашечно-лоханочной системы, толщи-

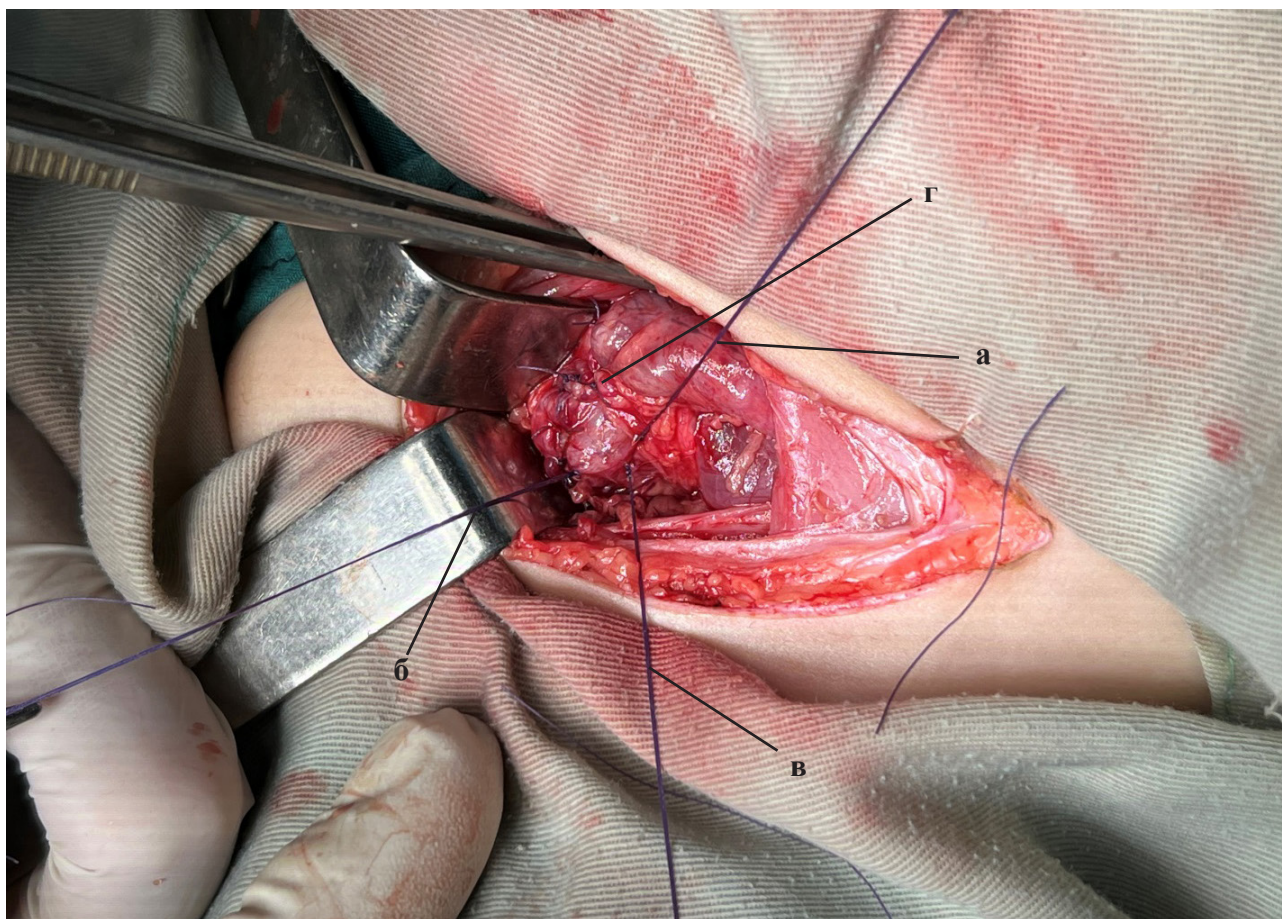


Рисунок 3. Фиксации конца мочеточника тремя викриловыми швами к стенке мочевого пузыря.  
а, б, в - нити швов фиксирующий конец мочеточника к стенке мочевого пузыря;  
г - ушивание мышечных слоев после укладки мочеточника в ложу.

на паренхимы почек, состояние мочеточников и уродинамики. Уже на 2 сутки, по данным УЗИ, отмечалось сокращение диаметра мочеточника (65%). У 3 детей в ближайшем послеоперационном периоде по методике Политано-Лидбеттера (1) и методике Козна (2) отмечалась макрогематурия, которая была купирована на 3 день. Наличие макрогематурии возможно за счет недостаточный гемостаз во время операции.

Необходимо отметить, что у детей после операции были осложнения в ближайшем и в отдаленном периоде наблюдений. В нашем наблюдении в послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: обострения пиелонефрита у 19 (23,1%) детей, гематурия - у 3 (2,7%), цистит - у 5 (6,11%) и дислокация стента - у 1 (2,8%) ребёнка.

У 1 ребенка на 7 сутки после операции отмечалась дислокация стента, в связи с этим стент был удалён. После удаление стента нарушение уродинамики не отмечалось. У 7 детей в связи с некупирующимися обострение хронического процесса на 12 сутки стенты были удалены.

У 5 детей на раннем послеоперационном периоде отмечалось расширение мочеточника и явление цистита, который держался в течение  $23 \pm 1$  дней. После проведение антибактериальной терапии, применение уросептиков, озонотерапии и физиолечение у 3 детей восстановилась уродинамика и сократился мочеточник. У 2 детей держался пузырно-мочеточниковый рефлюкс, в последующем им проведено эндоскопическое ведение объемобразующего вещества ДАМ+.

С целью профилактики послеоперационных осложнений больным проведена адекватная антибактериальная терапия согласно чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, уросептики, иммуномодуляторы, озонотерапия и квантовая терапия. Профилактика осложнений начиналась в предоперационном периоде и продолжалась после операции. После выписки из стационара лечение детей продолжалось в амбулаторных условиях под контролем детского хирурга и/или детского уролога. Лечение проводили непрерывно с применением антибактериальной терапии и уросептиков, кото-

рые менялись каждый 14-15 дней. Лечение пиелонефрита продолжалось в течение 12 месяцев и к лечению добавлена фитотерапия и физиотерапия.

Осложнений в отдаленном периоде после коррекции нарушения уродинамики, то есть реимплантации мочеточника при нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников, отмечалось у 17 детей. После операции Политана-Лидбеттера данное осложнение возникало у 8 детей, после операции Козна - у 4 и после экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой - у 5 детей. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдался у 6 детей после операции Политано-Лидбеттера, у 2 детей после операции Козна и у 3 детей после экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой. Стриктура вновь сформированного устья мочеточника у 2 детей развивалась после операции Политано-Лидбеттера, у 2 детей после операции Козна и у 2 детей после экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Анализируя осложнения в отдаленном периоде после операции мы выявили следующие причины: одним из основным факторов является сохранившийся воспалительный процесс в мочевом пузыре, то есть недолеченный цистит; другим немало важным моментом является недостаточно правильно выполненная операция, то есть формирование короткого тоннеля при операции Политано-Лидбеттера и недостаточно сформированное ложе при экстравезикальной реимплантации; другим моментом мы считали недостаточную интубацию и/или стентирование мочеточника.

В этой связи все эти ошибки были учтены в дальнейшей нашей работе. При выполнении экстравезикальной реимплантации длина слизистомышечной ложи составляла от 2,5 до 3 см, а конец мочеточника полуовально иссечена для того, чтобы не наступила стриктура устья мочеточника.

В отдаленном периоде после операции результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошие результаты после операции Политана-Лидбеттера были у 19 (65,5%) детей, после операции Козна - у 15 (75,0%) и после экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой - у 28 (80,0%). При этом отмечалось значительное уменьшение диаметра мочеточников и чашечно-лоханочной системы, улучшилась функция почек, отсутствовали признаки пузырно-мочеточникового рефлюкса. Удовлетворительные результаты после операции Политана-Лидбеттера были отмечены у 2 (6,8%)

детей, после операции Козна - у 1 (5,0%) ребенка и после операции экстравезикальной реимплантации составляет - у 2 (5,7%) детей. Отмечались значительные улучшение уродинамики дистального отдела мочеточников, однако диагностировано явление пузырно-мочеточникового рефлюкса первой степени.

Неудовлетворительные результаты после хирургической коррекции нарушение уродинамики дистального отдела мочеточников выявили у 8 (27,5%), 4 (20,0%) и 5 (14,2%) соответственно. У этих детей сохранилась дилатация лоханочно-чашечной системы и мочеточников, отмечались пузырно-мочеточниковый рефлюкс (6;2;3) и сужение вновь сформированного устья мочеточников (2;2;2).

**Заключение.** Таким образом, метод реимплантации мочеточника, разработанный в клинике детской хирургии ГОУ «ИПОВСЗ РТ» в эксперименте и апробированный в клинике является достаточно эффективным способом лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей. Данная методика высокоэффективна у детей старше 1-3 лет, что составляет 85,8%.

## ЛИТЕРАТУРА

### (пп. 10-14 см. REFERENCES)

1. Айнакулов А.Д. Дифференцированный подход к лечению первичного обструктивного мегауретера / А.Д. Айнакулов, Б.М. Майлыбаев // Детская хирургия. – 2014. – Т.18. – № 5. – С. 16–18.
2. Гельдт В.Г. Постнатальная оценка обструктивных уротатий, выявленных пренатально / В.Г. Гельдт, Е.В. Юдина, Г.И. Кузовлева // Детская хирургия. – 2005. – № 6. – С. 12-16;
3. Довлатян А.А. Оперативное лечение нервно-мышечной дисплазии мочеточника / А.А. Довлатян // Урология. – 2005. – № 3. – С. 38–43., 38.
4. Коган М.И. Сравнительный анализ эффективности и безопасности открытой и лапароскопической техники пластики дистального мочеточника по Боари. / М.И. Коган, В.Н. Павлов, И.И. Белоусов и др. // Урология. 2020.6.75-80.
5. Левитская М.В. Дифференциальный подход к лечению нерефлюксирующего мегауретера у новорожденных / М.В. Левитская, Н.В. Голоденко, Т.В. Красовская, и др. // Детская хирургия. – 2003. – № 6. – С. 22–25.,
6. Меновщикова Л.Б. Малоинвазивный метод лечения нерефлюксирующего мегауретера у младенцев / Л.Б. Меновщикова, М.В. Левицкая, А.И. Гуревич, З.В. и др. // Пермский медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 19–24.
7. Осипов И.Б. Результаты реимплантации мочеточника ниппельным методом при врожденном обструктив-

ном мегауретере терминальной стадии / И.Б. Осипов, А.А. Федоткина, Д.А. Лебедев, С.Т. Агзамходжаев // Профилактическая и клиническая медицина. – 2013. – № 3. – С. 36–38.

8. Султонов Ш.Р. Диагностика и тактика хирургического лечения уретероцеле у детей / Ш.Р. Султонов, А.И. Сафаров, И.К. Атоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. 8, №2 (26). – С. 249-255.

9. Юшко Е.И. Оптимизация диагностической и лечебной тактики при первичном мегауретере у детей / Е.И. Юшко, А.В. Строчкий, И.А. Скобеус, А.И. Герасимович // Урология. – 2007. – № 3. – С. 81-87.

## REFERENCES

1. Aynakulov A.D. Differentsirovanny podkhod k lecheniyu pervichnogo obstruktivnogo megauretera [Differential approach to treatment of primary obstructive megaureteral disease]. *Detskaya khirurgiya - Russian journal of pediatric surgery*, 2014, Vol. 18, No. 5, pp. 16-18.

2. Geldt V.G. Postnatalnaya otsenka obstruktivnykh uropatiy, vyavlenykh prenatalno [Postnatal evaluation of prenatally detected obstructive uropathies]. *Detskaya khirurgiya - Russian journal of pediatric surgery*, 2005, No. 6, pp. 12-16.

3. Dovlatyan A.A. Operativnoe lechenie nervno-myshechnoy displazii mochetochnika [Surgical treatment of neuromuscular dysplasia of the ureter]. *Urologiya - Urology*, 2005, No. 3, pp. 38-43.

4. Kogan M.I. Sravnitelnyy analiz effektivnosti i bezopasnosti otkrytoy i laparoskopicheskoy tekhniki plastiki distalnogo mochetochnika po Boari [Comparative analysis of effectiveness and safety of open and laparoscopic technique of distal ureteroplasty according to Boarie]. *Urologiya - Urology*, 2020, No. 6, pp. 75-80.

5. Levitskaya M.V. Differentsialnyy podkhod k lecheniyu nereflyuksiruyushchego megauretera u novorozhdennykh [Differential approach to treatment of neonatal non-refluxing megaureter in newborns]. *Detskaya khirurgiya - Russian journal of pediatric surgery*, 2003, No. 6, pp. 22-25.

6. Menovshchikova L.B. Maloinvazivnyy metod lecheniya nereflyuksiruyushchego megauretera u mladentsev [A minimally invasive treatment for non-refluxing megaureteral disease in infants]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal*, 2015, No. 2, pp. 19-24.

7. Osipov I.B. Rezultaty reimplantatsii mochetochnika nippelnym metodom pri vrozhdennom obstruktivnom megauretere terminalnoy stadii [Results of ureteral reimplantation by by nipple method in terminal obstructive congenital megaureteritis]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina - Prophylactic and clinical medicine*, 2013, No. 3, pp. 36-38.

8. Sultonov SH.R. Diagnostika i taktika khirurgicheskogo lecheniya ureterotsele u detey [Diagnostics and surgical treatment tactic of the ureterocele among children]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of*

*the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 2 (26), pp. 249-255.

9. Yushko E.I. Optimizatsiya diagnosticheskoy i lechennoy taktiki pri pervichnom megauretere u detey [Optimization of diagnostic and treatment tactics with primary megaureter in children]. *Urologiya - Urology*, 2007, No. 3, pp. 81-87.

10. Landa-Juárez S., Guerra-Rivas A., Salgado-Sangri R. Laparoscopic ureterovesical repair for megaureter treatment. *Circulation*, 2017, Vol. 85 (3), pp. 196-200.

11. Liu W., Du G., Guo F. Modified ureteral orthotopic reimplantation method for managing infant primary obstructive megaureter: a preliminary study. *International Journal of Urology and Nephrology*, 2016, Vol. 48 (12), pp. 1937-1941.

12. Stehr M., Metzger R., Schuster T. Management of the primary obstructed megaureter (POM) and indication for operative treatment. *European Journal of Pediatric Surgery*, 2002, Vol. 12, No. 1, pp. 32-37.

13. Nagy V., Baca M., Boor A. Primary obstructed megaureter (POM) in children. *Bratislavské lekárske listy*, 2013, Vol. 114 (11), pp. 650-656.

14. Hodges S.J., Werle D., McLorie G. Megaureter. *Scientific World Journal*, 2010, Vol. 10, pp. 603-612.

## ХУЛОСА

**Х. Ибодов, Х. Мираков, Р. Рофиев, А. Давлатов, Н.С. Ибодов**

## ТАБОБАТИ ДИСПЛАЗИЯИ НЕЙРОМУШАКИИ БАНДАКИ ВЕЗИКОУРЕТЕРАЛИИ ҲОЛИБҲО ДАР КӮДАКОН

**Мақсади омӯзиш.** Оптимизатсияи (муносибгардони) табобати консервативӣ ва ҷарроҳии дисплазияи нейромушакии бандаки везикоуретералии дар кӯдакон.

**Мавод ва усул.** Ба 110 нафар кӯдакони гирифтори дисплазияи нейромушакии бандаки везикоуретералии ҳолибҳо ҷарроҳӣ гузаронида шудаст. Дар 28 (25,4%) кӯдак мегауретер дар давраи антинаталӣ муайян карда шудааст; дараҷаи I - дар 5, дараҷаи II - дар 9, дараҷаи III - дар 10, дараҷаи IV - дар 4. Меъёрҳои асосии ташхиси мегауретер дар давраи перинаталӣ инҳоянд: васеъшавии андозаи пеш ва қафои ҳолиб, визуализатсияи ҳолиби васеъшуда ва дар тасвири доплерии ранга (ЦДК) - муайян кардани сустшавии гардиши хуни гурда дар тарафи осебдида.

**Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо.** Дар натиҷаи табобати консервативӣ ва миниинвазивӣ, яъне стентгузории ҳолибҳо дар муддати то 2 сол уродинамика барқарор шуда уретерогидронеф-

роз дар 30 (27,2%) беморон бартараф шуд. Бо максади бартарафкунии васеъшавии системаи чамъоварандаи гурда, ҳолиб ва инчунин омодагӣ ба табобати чарроҳӣ ба 32 (29%) беморон нефростомияи пункциони (перкутанӣ) гузаронида шудааст. Беморони чарроҳишуда (84) ба 3 гуруҳ тақсим карда шуданд: гуруҳи I - бо усули Политано-Ледбеттер (29); гуруҳи II - бо усули Коэн (20); гуруҳи III бо усули реимплантатсияи экстравезикии ҳолиб бо хифзи зиддирефлюкси, ки дар клиникаи чарроҳии қудакона таҳия шудааст (35).

**Оризаҳои баъдичарроҳӣ:** бо усули Политано-Ледбеттер дар 8 (27,5%) бемор, бо усули Коэн

дар 4 (20%) бемор ва бо усули реимплантатсияи экстравезикии бо муҳофизати зиддирефлюкси дар 5 (14,2%) бемор ба қайд гирифта шуданд.

**Хулоса.** Хамин тавр, усули реимплантатсияи ҳолиб, ки дар клиникаи чарроҳии қудакона тарҳрези шудааст, дар ҳайвонҳои таҷрибавӣ озмоиш гузаронида шуда ва дар клиника тасдиқ карда шудааст, ки ин усули хеле самарабахши табобати мегауретер дар қудакон мебошад. Усули пешниҳодшуда дар қудакони аз 1-3 сола боло самаранок аст, ки 85,8%-ро ташкил медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** дисплазияи нейромушаки, мегауретер, реимплантатсия, қудакон.

УДК 616-007.618-43

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-41-47

Б.Т. Мирзабекова<sup>1</sup>, Х.О. Сандова<sup>1</sup>, С.М. Мухаммадиева<sup>1</sup>, Ш.Дж. Сайдахмадова<sup>2</sup>

## ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

<sup>1</sup>*Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Таджикистан»*

<sup>2</sup>*Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Республиканский медицинский колледж»*

**Мирзабекова Бахаргуль Токторбаевна** – докторант, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ИПОвСЗ РТ»; Тел.: +992903331454; Email: t.bahargul@mail.ru

**Цель исследования.** Установить частоту и структуру врожденных пороков развития в новых социально-экономических условиях региона за период 2014-2018 гг.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы ежегодные статистические данные формы 32 «Отчет по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным», утвержденная №54 от 11.11.2014 года, центра медицинской статистики и информации Министерства Здравоохранения и Социальной Защиты Республики Таджикистан за период 2014-2018 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В новых социально-экономических условиях страны установлена высокая частота врожденных пороков развития, имеющая неустойчивую тенденцию к снижению. Полученные данные свидетельствуют, что врожденные пороки развития имеют место в основном среди недоношенных новорожденных, родившихся после спонтанного развития родовой деятельности. Среди доношенных младенцев преобладают пороки сердечно-сосудистой системы, что возможно связано с поздней диагностикой данной патологии.

**Заключение.** Проведение перинатального скрининга позволит своевременно выявить врожденные пороки развития плода, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, синдром Дауна, центральная нервная система, аномалии развития, частота.

B.T. Mirzabekova<sup>1</sup>, H.O. Saidova<sup>1</sup>, S.M. Mukhamadiev<sup>1</sup>, Sh.J. Saydahmadova<sup>2</sup>

## FREQUENCY AND STRUCTURE OF CONGENITAL FETAL MALFORMATIONS IN THE NEW SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS

<sup>1</sup>*Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the State Institution "Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan"*

<sup>2</sup>*The Department of Obstetrics and Gynecology of the State Institution "Republican Medical College"*