

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616-053,2+616.6+616-089

На правах рукописи

**САФЕДОВ ФАХРИДДИН ХОЛНИЁЗОВИЧ**

**ДИАГНОСТИКА И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ  
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ  
ДИСПЛАЗИЯХ ТРИГОНАЛЬНО-ШЕЕЧНЫХ И ПУЗЫРНО-  
УРЕТЕРАЛЬНЫХ ЗОН У ДЕТЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук  
14.01.19-Детская хирургия

**Душанбе – 2024**

Диссертационная работа выполнена на кафедре детской хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный университет имени Абуали ибни Сино», Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

**Научный консультант:** Азизов Азам – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

**Официальные оппоненты:** Зоркин Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель НИИ детской нефроурологии, заведующий урологическим отделением с группами репродуктологии и трансплантации, профессор кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ибодзода Хабибулло Ибод – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии, ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Юсупов Шухрат Абдурасулович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии №1 Самаркандского государственного медицинского университета

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА - 040 при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, р. Сино, ул. Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), (+992) 928217755.

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

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г.

**Учёный секретарь  
диссертационного совета,  
к.м.н., доцент**

**Али-Заде С.Г.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Патологические состояния при врожденных обструктивных уропатиях, обусловленных нарушением функции запирающего механизма шейечно-тригональной и пузырно-мочеточниковой зоны, приводят к глубоким структурно-функциональным нарушениям. Практически не проходит и года, чтобы в одной из стран мира не обсуждались различные аспекты данной проблемы (Пулатов А.Т., Азизов А.А, Махмаджанов Д.М., 1994; А.А. Азизов, 2005, 2007; М.М. Алиев и соавт., 2007; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов и соавт., 2009; Л.М. Левитская и соавт., 2011; К.М. Матюшина и соавт., 2014; А.П. Тарасов и соавт., 2016; С.Н. Зоркин и соавт., 2016; Икромов Т.Ш. и соавт., 2017; Азизов А.А. и соавт., 2019, 2020; Ибодов Х.И. и соавт., 2021; Retik A.V., Campbell 2007; Esposito L. Masieri L. I both., 2019;).

Своевременная диагностика и успешное лечение больных детей с пороками развития и дисфункцией мочевых систем и их последствий представляют довольно трудную и очень важную медицинскую, социально-экономическую и общегосударственную проблему (Абделаев Ф.К., 2013; Дутов В.В., 2014; Л.А. Дерюгина и соавт., 2015; Азизов А.А. с соавт., 2016; О.Л. Морозова и соавт., 2019., Рахматова Р.А. и соавт. 2020; Adorisio O., 2011). В области детской хирургии достигнут значительный прогресс в понимании этиопатогенеза, в совершенствовании диагностических методов и разработке лечебных подходов к дисплазиям шейечно-тригональной и пузырно-мочеточниковой зон. Несмотря на накопленный обширный клинический опыт и внедрение профилактических мер, данная патология по-прежнему представляет серьезную проблему для педиатрической нефрологии и урологии. Особую озабоченность вызывает высокий риск прогрессирования заболевания до стадии хронической почечной недостаточности. Согласно современным данным, частота развития этого осложнения варьирует в широких пределах – от 16% до 40% случаев (Трапезникова М.Ф., 2002; Ческис А.Л., 2004; Осипов И.А., 2016; Азизов А.А. с соавт., 2019, 2020).

Дисфункция шейечно-тригональной или пузырно-мочеточниковой зоны сопровождается глубокими морфофункциональными изменениями почек и мочевых путей. Нередко такие дети поздно госпитализируются в специализированные хирургические отделения, уже в запущенной стадии, когда наступает полиорганная недостаточность, прежде всего, нарушается состояние гомеостаза и иммунного статуса. Причина поздней госпитализации - поздняя диагностика (В.И. Говалло, 1987; С.И. Рябов, И.А. Ракитянская, А.Н. Шутко., 1989; Ю.М. Ахмедов, 1992; Ю.Э. Рудин, 2002; М.П. Разин и соавт., 2007; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов и соавт., 2009; Б.М. Лолаева и соавт., 2011; А.А. Азизов, 2014, 2020; Яцык С.П. и соавт. 2021).

В лечении больных с дисфункцией мочевых систем, обусловленной дисплазией пузырно-мочеточникового сегмента и шейечно-тригональной зоны у детей, ведущее место занимают хирургические методы коррекции. Из хирургических вмешательств при лечении дисплазий пузырно-мочеточникового сегмента и шейечно-тригональных зон у детей в настоящее время находят применение различные пластические методы, как

цистоуретеропластика, цистопластика в различных модификациях и т.д. Неудовлетворительные результаты данной категории больных обусловлены недостаточной радикальностью хирургической коррекции врожденного порока, вирулентностью инфекции, перифокальными изменениями тканей, несвоевременным выполнением операций (Азизов А.А. и соавт., 2008-2009; Азизов Б.А. и соавт., 2009; И.Л. Бабанин, В. Г. Гельд, И.В.Казанская, 2016; В.И. Руненко, В.А.Быковский, Ю.Ю.Соколов, 2016; Яцык С.П. и соавт 2020,2021).

Не учитываются особенности строения мочеточников, специфичность мочеточника [Ю.А. Пытель 1960; Ю.Б. Бабаев 1968; С.А. Бакунц 1970; Д.В. Кан 1973; И. Литтманна 1982; Ф. Хинман 2001; М.В. Шумихина и соавт. 2016; И.М. Каганцов и соавт. 2018], показавшие, что на уровне физиологических сужений в стенке мочеточника имеются сосудистые «сфинктеры», состоящие из скопления в подслизистом слое и межмышечной соединительной ткани особых сосудистых образований. Эти сосудистые образования по своему строению напоминают строение пещеристых тел, почему они и были названы кавернозно-подобными. Значения анатомофизиологических образований недостаточно изучены, не учитываются они и при операции.

Также недостаточно учитывается иммунодефицитное состояние при дисфункции мочевыводящих систем (Ю.М. Ахмедов, 1992; М.П. Разин и соавт., 2007; А.А. Азизов, 2008, 2009; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов и соавт., 2009; М.Н. Шатохин и соавт., 2019).

Существующие многочисленные способы реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях развития мочевых путей нуждаются в переосмыслении и усовершенствовании из-за неудовлетворенности хирургов в результатах операций, то есть процент послеоперационных осложнений остается высоким. Проблемы возникают при установлении выраженной дилатации мочеточника с множественными эмбрионально-фиброзными коленообразными изгибами, гидроуретеронефрозом – мегадолихоуретером, сопровождающимся врожденной почечной болезнью (ВПБ). Этим больным многие урологи до сих пор производят чрескожную пункционную нефростомию (Н.А. Лопаткин., А.Г. Пугачёв., 1990; А.Ю. Павлов, Ш.И. Салихар и др., 2008; А.В. Писклаков, Ю.Е. Зайцев, и соавт., 2009; Л.Б. Меновщикова и соавт., 2016; А.Г. Мартов и соавт., 2018; Азизов А.А., и соавт., 2009, 2017, 2020), считая, что эта тактика позволяет объективно оценить функциональные возможности почек и мочеточников на этапе деблокирования почки. Однако данный подход имеет ряд ограничений. В случаях, когда после деблокады почки не наблюдается уменьшения дилатации, антирефлюксные операции часто признаются неэффективными. В таких ситуациях некоторые специалисты предлагают радикальное решение: создание уретеро-уретероанастомоза по типу "конец в конец" с установкой пожизненной нефростомы в наиболее пораженную почку.

Однако встречаются дети раннего возраста, которые поступают в тяжелом состоянии ВПН терминальной стадии. В подобных случаях необходима минимальная операция - наложение уретерокутанеостомии с целью декомпрессии мочевыводящих путей и подготовка к радикальной операции.

Поиск методов улучшения реконструктивно-восстановительных операций непрерывно растёт. Однако существует множество нерешенных вопросов.

Неудачи и осложнения при лечении последствий дисплазий пузырно-мочеточникового сегмента и шеечно-тригональных зон наблюдаются у 8,7 - 48% (Лопаткин Н.А. с соавт., 2010; Зоркин С.Н. с соавт., 2012; Шарков С.М. с соавт., 2012; А.А. Азизов и соавт., 2019, 2020; В.В. Сизонов и соавт., 2020).

Наше исследование направлено на оптимизацию и совершенствование существующих методик реконструктивно-восстановительных операций в области шеечно-тригональной и пузырно-уретеральной зон. Конечной целью является значительное улучшение результатов хирургического лечения мегауретера у детей, что представляет собой одну из наиболее сложных задач в детской хирургии.

В современной практике наблюдается значительное разнообразие хирургических подходов к коррекции дисфункций, вызванных дисплазией пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны. Эти разноречивые тактики свидетельствуют о необходимости разработки более дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства.

Разработка дифференцированных новых тактических и технических методов хирургического лечения при врождённых обструкциях уретерovesикальных и шеечно-тригональных зон, обуславливающих уродинамические нарушения ВМП и морфофункциональную дисфункцию почки, отражает актуальность нашей работы.

В связи с этим диктуется необходимость в переосмыслении вопросов диагностики и тактики реконструктивно-восстановительных операций у детей.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

Анализ последних лет литературы показывает, что, несмотря на имеющееся в литературе множество работ, посвящённых диагностике и хирургической коррекции и инновационным методам реконструктивно-восстановительных операций при дисплазиях тригонально-шеечных и пузырно-уретеральных зон у детей, многие аспекты и проблемы остаются неосвещёнными и требуют поиска альтернативных способов и решения. В частности остаётся не решённым определение методов лечения при сочетанных пороках развития при дисплазиях тригонально-шеечных и пузырно-уретеральных зон у детей в запущенном состоянии. С точки зрения современной детской урологии весьма необходимым и актуальным является персонафицированно-пациентоориентированный подход к диагностике и лечению ДПСМ и ШТЗ с изучением иммунологических нарушений в организме с определением морфологических особенностей при ДПСМ и ШТЗ у детей. Также в зависимости от степени диспластических изменений пузырно-уретерального сегмента с сочетанием шеечно-тригональной зоны, дистопирования мочеточников в дивертикул мочевого пузыря, рефлексирующий уретерогидронефроз 4-5 степени, также блокирующие конкременты на фоне диспластических изменений с развитием различных осложнений остаются не

раскрытыми, и нуждаются в разработке дополнительных методов решения проблемы.

### **Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.**

Диссертационная работа выполнена на кафедре детской хирургии, согласно плану научно-исследовательских работ ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Диссертационная работа основывается на принципах практической медицины. Диагностика и хирургическое лечение пороков развития у детей (2018-2022г.). ГР № 0117TJ00840.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель исследования.** Усовершенствование диагностики и методов реконструктивно-восстановительных операций при дисплазии тригонально-шеечного и пузырно-мочеточникового сегментов у детей.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить возможности современных лечебно-диагностических технологий при дисплазии шеечно-тригонального и пузырно-мочеточникового сегментов у детей.
2. Определить и оценить роль преморбидных и иммунных состояний при выборе тактики и объёма оперативных вмешательств.
3. Разработать рациональные показания к хирургическим методам при дисплазиях шеечно-тригонального и пузырно-мочеточникового сегментов у детей в зависимости от степени морфофункциональных нарушений.
4. Усовершенствовать способ цистоуретеропластики при пузырно-мочеточниковом рефлюксе и врождённом сужении пузырного сегмента мочеточника, осложнившегося уретерогидронефрозом.
5. Оптимизировать методы хирургической коррекции различных форм ортотопического и гетеротопического уретероцеле у детей.
6. Дать сравнительную оценку существующим и вновь разработанным методам операций при дисплазии шеечно-тригональной и пузырно-уретеральной зон у детей.

**Объект исследования.** Объектом исследования были 368 историй болезней детей в возрасте от 1 года до 15 лет с ДПСМ и ШТЗ, которые с 2002 по 2022г. находились на стационарном лечении в детском урологическом отделении Национального медицинского центра с клиникой детской хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан. При обследовании пациентов, наряду с клиническим обследованием с учётом проявления диспластических поражений пузырно-уретерального сегмента и шеечно-тригональной зоны, определение функционального состояния с захватом поражения верхних и нижних мочевыводящих путей, использовали с индивидуальным подходом дополнительные методы диагностики. Важным явилось определение сложных сочетанных видов аномалии развития и развившейся степени осложнений, среди которых особое значение имела ликвидация дискриминации мочевыведения и восстановление функциональной способности мочевыводящих путей. Градиентом определения функциональной способности органов мочевыводящих систем широко был изучен ультразвуковой метод

исследования и скорость клубочковой фильтрации, а для определения степени нарушения уродинамики по ходу мочевыводящих путей информативной явилась методика магнитно-резонансной томографии, а также мультиспиральная компьютерная томография. Для определения склеротических изменений и нарушения архитектоники сосудистой системы с гемодинамическими показателями паренхимы почки использовались доплерографические, дуплексные сканирования, также морфологические исследования. Статистической обработке подвергались полученные результаты после восстановления функциональной и структурной способности верхних и нижних органов мочевыводящей системы с использованием пакета прикладных статистических программ «Статистика 10,0».

**Предмет исследования.** Предметом изучения явилось диагностирование развития заболевания ДПСМ и ШТЗ, причин рецидива МДУГЗ, клинических форм заболевания, возрастных и морфологических особенностей иммунологических параметров защиты организма, виды хирургического вмешательства и методы лечения. Достаточный клинический материал по определению исходной тяжести последствий развития различных диспластических изменений пузырно-уретерального сегмента и шеечно-тригональной зоны и их осложнений, использование современных информативных методов диагностики, проведение критического анализа полученных данных обосновывают достоверность результатов настоящей работы. Обоснованность основных положений, выносимых на защиту, заключения и практического их применения не вызывают сомнения.

### **Научная новизна исследования**

Изучены основные причины, влияющие на развитие и течение последствий дисплазии пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны при различных вариантах их проявления и в различные возрастные периоды.

Изучены роль нарушений иммунной защиты (иммунный статус) и преморбидных состояний в патогенезе дисплазий пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны, причины хронизации пиелонефрита с помощью общеизвестных современных методов исследования. А также причины воздержания от операции при диспропорции роста и возможности их своевременной коррекции.

Полученные объективные данные об обратимости функциональной способности почек и мочевых путей дают возможность выбора адекватного объема сроков наблюдения и хирургического лечения.

Разработан простой и эффективный способ хирургической коррекции IV и V степеней мегауретера. Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликации» при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточниковой и шеечно-тригональной зон у детей (Патент ТЈ № 485. 01.08.2014).

Разработан способ резекции и имплантации дисплазированного пузырно-мочеточникового сегмента с антирефлюксной защитой у детей (**Патент ТЈ № 479. 10. 06. 2011**).

Разработан способ неоимплантации мочеточника с аутоуретероуретеродубликатурой при эктопии устьев мочеточников в полость дивертикула мочевого пузыря у детей (**Евразийский патент № 025992. 02.28.2017**).

Разработан способ трансвезикального рассечения шейки мочевого пузыря при склерозе шейки мочевого пузыря (**Патент № ТЈ 352. 15.11.2002**).

Разработан и внедрен способ замены полиэтиленового сквозного дренажа на катетр Фолея после операции рассечения шейки мочевого пузыря (**Рацпредложение № 119. 06.06.2006**).

Разработан зажим для трансвезикального рассечения шейки мочевого пузыря (**Патент № ТЈ 353. 15.11.2002**).

Разработана техника операции с полулунным разрезом под устьем мочеточников при пузырно-почечном рефлюксе у детей (**Патент № 371. 01.08.2003**).

Способ профилактики мочевых свищей при уретеролитотомии с наличием пролежня стенки и дисплазии устья мочеточников у девочек (**Патент № ТЈ 1203. 05.02.2020**).

Разработан способ лечения мочевых свищей при уретеролитотомии с наличием пролежня стенки и дисплазии устья мочеточников у мальчиков (**Патент № ТЈ 1204. 05.02.2020**).

С учетом выявленных особенностей течения и лечения дисплазий пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны разработан комплексный рациональный диспансерно-реабилитационный алгоритм для детей с дисплазиями пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны и их последствиями.

Разработаны показания и противопоказания, профилактика осложнений и преимущество внутреннего и наружного дренирования почки и мочевыводящих путей (**Патент № ТЈ 401. 03.03.2004**).

Разработан алгоритм диагностики дисплазий пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны у детей.

Разработан алгоритм лечения дисплазий пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны у детей.

На большом клиническом материале доказана эффективность дифференцированного подхода к диагностике и хирургическому лечению при патологии пузырно-уретеральных и шеечно-тригональных зон у детей.

## **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования**

Изучены эффективность и приемлемость современных технологий в диагностике и лечении врожденного обструктивного уретерогидронефроза и его последствий, которые широко применяются в практике детской урологии.

-Применение иммунных препаратов в динамике корректировки иммунного статуса больных детей с диспластическими изменениями уретеро-тригонально-шеечной зоны на различных стадиях заболевания улучшает функции почек и мочевых путей.

-С учётом динамики преморбидных состояний анатомо-физиологических особенностей роста больных детей с диспластическими изменениями уретеро-тригонально-шеечной зоны на различных стадиях заболевания устанавливаются сроки и показания к оперативному лечению.

-Дифференцированный подход к внедрению новых методов ведения предоперационного периода, лечения и профилактики осложнений диспластически измененных уретеро-тригонально-шеечных зон у детей улучшает качество их жизни.

-В результате разработки принципов предоперационной подготовки, выбора хирургических доступов, методов операции и ликвидации диспластически измененных уретеро-тригонально-шеечных зон достигнуто улучшение в лечении уретерогидронефроза у детей.

-Внедрение и дифференцированное модифицирование оперативного лечения при гетеротопических и ортотопических уретероцеле дают положительный эффект при уретерогидронефрозе у детей.

-Разработанные принципы функциональной реабилитации в послеоперационном периоде можно широко использовать в практическом здравоохранении.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Применение инновационных диагностических технологий, с учетом их показаний и противопоказаний, в сочетании с тщательной оценкой состояния всех отделов мочевыделительной системы, позволяет оптимизировать тактику хирургического лечения детей с дисплазией пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зоны.

Установлено, что основным критерием выбора хирургической тактики при лечении больных с врожденной патологией пузырно-уретеральной и шеечно-тригональной зон у детей является оценка состояния почек, верхних мочевых путей и мочевого пузыря.

2. Врожденные пороки мочевыделительной системы, особенно пузырно-мочеточникового сегмента и шеечно-тригональных зон, у детей в более чем 25% случаев проявляются преимущественно общими симптомами. Это затрудняет своевременную диагностику и способствует развитию серьезных осложнений. Среди них: пузырно-почечный рефлюкс (28,3%), мега-долихо-уретерогидронефроз (51,6%), вторично нейрогенный мочевой пузырь (5,6%), вторичный цисто-уретеронефроуролитиаз (8,4%), вторичный нефросклероз (2,5%), вторичная почечная гипертензия (4,0%). Врожденный пиелонефрит и врожденная болезнь почек наблюдаются у всех пациентов (100%). Эта ситуация подчеркивает необходимость раннего и комплексного диагностического

подхода, включающего клинико-лабораторные исследования, рентгеноурологические методы, ультразвуковое исследование, дуплексное сканирование, а также, по показаниям, МСКТ и МРТ. Такой подход позволяет своевременно выявить патологию и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

3. Длительность предоперационной подготовки зависит от степени тяжести врожденной патологии пузырно-уретеральной и шеечно-тригональной зоны и развития их осложнения. Тактика выбора стороны первоочередной операции, коррекция и этапность оперативного лечения зависят от формы осложнений пузырно-уретеральной и шеечно-тригональной зон, а также от морфофункционального состояния мочевыводящей системы.

4. Выбор хирургической тактики при врожденной патологии пузырно-уретеральной и шеечно-тригональной зон у детей требует индивидуального подхода. Последовательность принятия решений основывается на тщательной оценке степени структурно-функциональных изменений мочевыделительной системы. При пузырно-почечном рефлюксе и вторичном цистолитиазе требуются рассечение шейки мочевого пузыря, резекция клапана специальными инструментами и коагулятором с эпицистолитотомией, полулунный разрез устья мочеточников по Азизову А. А. и антирефлюксный шов по Грегуару, а при мега-долихо-уретерогидронефрозе, связанном с ахалазией устья мочеточников, - дифференцированный подход с применением разработанных нами методов аутоуретероуретеродубликации и методов Коэна, Политано–Леадбеттера.

5. При уретероцеле также после оценки интрамуральной части мочеточника выполняется неоцистоуретероанастомоз по Коэну в модификации клиники, при дивертикулах устья мочеточников - резекция зоны дисплазии и аутоуретероуретеродубликация с созданием антирефлюксной защиты.

6. При вторичном цисто-уретеро-нефроуролитиазе, врожденном пиелонефрите и врожденной болезни почек - одномоментные реконструктивно-восстановительные операции с выполнением интубации мочеточников по методу клиники.

7. При вторичном нейрогенном мочевом пузыре – ликвидация патологии в области шейки мочевого пузыря и аутоцистодубликация по Савченко.

8. Предварительная черескожная пункционная нефростомия и уретерокутанеостомия с целью отведения мочи показаны больным детям с выраженным декомпрессивным обструктивным мега-долихоуретеропионефрозом, при выраженных проявлениях преморбидных состояний, дефиците иммунного статуса, нарушениях морфофункционального состояния почки и сократительной способности мочевыводящей системы.

9. Продолжительность диспансерного наблюдения за пациентами с врожденной патологией пузырно-уретеральной и шеечно-тригональной зон варьирует в широком диапазоне - от 3 до 15 лет. Этот срок зависит от выраженности морфофункциональных изменений, объема проведенного хирургического вмешательства, адекватности выбранной тактики и качества ведения послеоперационного периода.

**Степень достоверности результатов диссертации.** Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, практические рекомендации базируются на основе обследования и лечения 368 детей с достаточным клиническим материалом, использования дополнительных методов диагностики и выполнения различных методов операции в пузырно-уретеральном сегменте и шеечно-тригональной зоне мочевого пузыря. Оригинальные научные исследования в виде научных изданий, патентов, рацпредложений и статей опубликованы в рецензируемых журналах РФ и РТ.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований).** Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.19 – Детская хирургия. Раздел III п.8. Преоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода реконструктивно-восстановительных операций при дисплазиях тригонально-шеечных и пузырно-уретеральных зон у детей.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследование.**

Автором совместно с научными консультантами выбрана тема диссертации, поставлены цель и задачи, база, объект, и методы исследования клинических материалов. Соискателем самостоятельно был проведен сбор и обобщение клинического материала, а также статистическая обработка полученных данных. Сбор материалов, патентно-информационный поиск по проблеме диагностики и хирургических методов лечения у детей (100%). Разработан алгоритм диагностики и лечения, при ДПСМ и ШТЗ (100%). Наряду с участием в обследовании и подготовке больных к операции автор использовал ряд диагностических методов исследования для уточнения степени порождения верхних мочевыводящих путей, развившихся осложнений, также им осуществлён выбор методов операции и дренирования. После подготовки больных, автор самостоятельно оперировал и участвовал в 100%. Самостоятельно выполнил 100% операции.

Результаты основных диагностических, хирургических методов реконструктивно-восстановительных операций у детей внедрены в работу детских хирургических отделений Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш», городской клиники детской хирургии и городской больницы Согдийской области. Результаты исследования используются на кафедре детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при проведении практических занятий со студентами, ординаторами и курсантами педиатрического и лечебного факультетов.

На основе клинического материала наряду с клинико-лабораторными и рентгеноурологическими исследованиями применены современные технологии, такие как цистоскопия, УЗИ, дуплексное сканирование, использованы по показаниям мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография; изучены основные причины, влияющие на развитие и течение последствий дисплазий пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны при различных вариантах их проявления и в различные возрастные периоды.

Все разработанные изобретения и методы хирургического лечения внедрены в практику работы детских хирургов Республики Таджикистан: Метод антирефлюксной операции «аутоуретеродубликатуры» при мега-долихоуретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточниковой и шеечно-тригональной зон у детей (**Патент ТЖ № 485. 01.08.2014**).

Внедрен способ резекции и имплантации дисплазированного пузырно-мочеточникового сегмента с антирефлюксной защитой у детей в клиниках детской хирургии (**Патент ТЖ № 479. 10. 06. 2011**).

Разработан и внедрен способ неоимплантации при эктопии устьев мочеточников в полость дивертикула мочевого пузыря у детей в клинике детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино (**Евразийский патент № 025992. 02.28.2017**).

Внедрен и разработан способ при склерозе шейки мочевого пузыря (**Патент № ТЖ 352. 15.11.2002**).

Разработан и внедрен зажим для трансвезикального рассечения шейки мочевого пузыря (**Патент № ТЖ 353. 15.11.2002**).

Разработан и внедрен способ замены полиэтиленового сквозного дренажа на катетр Фолея после операции рассечения шейки мочевого пузыря (**Рацпредложение № 119. 06.06.2006**).

Разработан и внедрен способ операции при пузырно-почечном рефлюксе у детей (**Патент № ТЖ 371. 01.08.2003**).

Разработаны и внедрены тактика хирургического лечения и метод дренирования при калькулёзном уретерогидронефрозе и локальных диспластических изменениях устья мочеточников у девочек (**Патент № ТЖ 1203. 05.02.2020**).

Внедрен и разработан способ профилактики мочевых свищей при уретеролитотомии с наличием пролежня стенки и дисплазии устья мочеточников и их дивертикулитов у мальчиков (**Патент № ТЖ 1204. 05.02.2020**).

Разработан и внедрен комплексный рациональный диспансерно-реабилитационный алгоритм для детей с дисплазиями пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны и их последствиями.

Разработан и внедрен комплексный алгоритм лечения для детей с дисплазиями пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны и их последствиями.

Доля личного участия автора в диагностике и лечении (100%) и систематизации выводов, в написании статей и глав диссертации – 100%.

Основные результаты научно отражены в статьях в журналах изданий ВАК при Президенте РТ, зарубежом и на форумах изобретателей, при опубликовании результатов личный вклад автора составил 100%. Анализ и обобщение материалов проведены лично автором (100%).

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Материалы диссертации доложены на: Abstracts of XI congress of pediatricians of eurazian countries (29-30 September, 2011; Dushanbe, Tajikistan); на научно-практической конференции с международным участием «Достижения и перспективы развития детской хирургии» (24-25 мая 2013, Душанбе); на форумах изобретателей

(Душанбе, 2014), на 2-м съезде детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Республики Таджикистан (Душанбе, 2015), на конференциях изобретателей Республики Таджикистан (Душанбе, 2017), на 3-м съезде детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Республики Таджикистан (Душанбе, 2021), на конференции Хатлонского государственного медицинского университета Республики Таджикистан (Дангара, 2021); на совещаниях кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, 2022); на заседании Ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Республики Таджикистана (Душанбе, 2022); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия», к 100-летию со дня рождения Ю.Ф. Исакова (Москва, 2023); на заседании экспертно-проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино (протокол №11 от 19. 09. 2023).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликованы 75 научных работ, из них статей в рецензируемых ВАК РФ – 15; 3 монографии, получены 9 патентов на изобретение, одно рационализаторское предложение и один интеллектуальный продукт.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена в обычном стиле, на 308 страницах стандартного формата компьютерного текста (Times New Roman - 14, интервал 1,5), включает в себя основные разделы и состоит из введения, общей характеристики работы, 7 глав, обзора результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов. Диссертация иллюстрирована 58 таблицами, 86 рисунками, диаграммами и схемами. Библиография включает 227 авторов на русском и 176 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена в урологическом отделении на базе кафедры детской хирургии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. В основу настоящей работы положены результаты комплексного изучения 368 больных детей с дисплазией пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зон, из них 150 ретроспективно и 218 проспективно, с органической обструкцией дистальных сегментов мочеточников и мегауретера (МУ), которые были оперированы с 2000 по 2022 годы.

Критерии включения пациентов в исследование.

1. Добровольное информированное согласие больных (или их родителей до 14 лет).
2. Верифицированный диагноз «дисплазия пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зоны».
3. Возраст больных 0-15 лет.

Дизайн обследования включал в себя соблюдение медицинских рекомендаций после операции и выписки из стационара, и динамическое наблюдение за больным в период исследования и лечения.

На основании клинических проявлений и показателей гемограммы больные были распределены на три группы (таблица 1).

**Таблица 1. - Распределение больных с учетом тяжести клинических проявлений при поступлении**

| Возраст       | Степень тяжести состояния |             |             | Всего       |
|---------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
|               | ср. тяжелые               | тяжелые     | кр. тяжелые |             |
| от 0 до 2 лет | 20 (5,4%)                 | 21 (5,7%)   | 23 (6,3%)   | 64 (17,4%)  |
| от 2 до 6 лет | 83 (22,6%)                | 61 (16,6%)  | 34 (9,2%)   | 178 (48,4%) |
| 6 - 10 лет    | 37 (10,1%)                | 19 (5,2%)   | 18 (4,9%)   | 74 (20,1%)  |
| 10 - 15 лет   | 29 (7,9%)                 | 16 (4,3%)   | 7 (1,9%)    | 52 (14,1%)  |
| Всего         | 169 (45,9%)               | 117 (31,8%) | 82 (22,3%)  | 368 (100%)  |

С учетом тяжести клинических проявлений обследованных детей при поступлении и данных таблицы 1 выявлено, что более половины (n=199, 54,1%) пациентов доставлены в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, что осложняет тактику подготовки, выбор техники операции, удлиняет сроки нахождения в госпитале и неблагоприятно влияет на исход лечения.

Из сопутствующих заболеваний наибольший интерес представляет анемия и хронические расстройства питания, данные приведены в таблице 2.

Частота поражения сигмовидной кишки (4) объясняется за счет одинакового эмбрионального происхождения, иннервации и кровоснабжения.

**Таблица 2. - Структура сочетанных пороков и сопутствующей патологии при мегауретере**

| Сочетанный порок развития   | Абс (%)          | Сопутствующее заболевание        | Абс (%)           |
|-----------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|
| Агенезия контрлатер. почки  | 9 (2,4%)         | Нефрогенная гипертензия          | 5 (1,4%)          |
| Гипоплазия                  | 3 (0,8%)         | Бронхопневмония                  | 3 (0,8%)          |
| Поликистоз почки            | 1 (0,3%)         | Анемия                           | 19 (5,2%)         |
| Двустороннее удвоение почек | 8 (2,2%)         | Уросепсис                        | 19 (5,2%)         |
| Полное удвоение почки       | 5 (1,4%)         | Хроническое расстройство питания | 19 (5,2%)         |
| Болезнь Гиршпрунга          | 4 (1,1%)         | Сахарный диабет                  | 1 (0,3%)          |
| <b>Всего</b>                | <b>30 (8,2%)</b> |                                  | <b>66 (17,9%)</b> |

Частота регистрации сочетанного поражения почек 30 (8,21%), пузырно – мочеточникового соустья, треугольника Льео и объединение их пороков развития определяются тем, что эмбрионально все они закладываются на одном этапе развития мочевой системы и имеют общую морфофункциональную связь и центральную регуляцию. Хирургическая коррекция проведена у 9 пациентов из 30 с сочетанной патологией. Среди детей с сопутствующей соматической патологией особую серьезность представляли больные с анемией и уросепсисом на фоне обструктивного пиелонефрита – 38 (10,3%), что

обусловлено тяжестью общего состояния, продолжительностью сроков восстановления ОЦК, функциональных параметров печени и почек.

### **Методы исследования**

Диагноз ДПСМ и ШТЗ верифицирован на основании проведения комплексного клинико-лабораторно-биохимического исследования крови, а также на результатах современной лечебно-диагностической технологии.

Гематологические показатели исследовали у всех больных: уровень эритроцитов в крови, количество гемоглобина и показатели гематокрита, уровень лейкоцитов и их форм в крови.

При исследовании общих анализов мочи в основном было уделено внимание объёму, качеству, цвету, запаху и прозрачности мочи. При определении реакция рН мочи используется лакмусовый метод.

Берётся одноразовая утренняя срединная порция мочи и определяют рН мочи. При щелочной реакции мочи отмечается частично распад клеточных элементов. После чего 5-10 мл мочи в течение 3 минут при скорости 3500 об/мин центрифугируют, отделяют верхний слой, вместе с осадком оставляют 0,5 мл (500 мкл) мочи. После хорошо перемешивают осадок, заполняют счётную камеру. По отдельности подсчитывают эритроциты, лейкоциты, также цилиндры во всех сетках камеры.

Проба С.С. Зимницкий (1953), каждые три часа в течение 24 часов собирается восемь порций мочи и определяется удельный вес мочи.

Проба А.З. Ничепоренко (1963). Осадок перемешивается и им заполняется счётная или камера Бюркера (1905).

На камеру Фукса – Розенталя (1934) или на 4 камеры Горяева (1960) (до 20 в 1 мл) выделяется до 1000 эритроцитов и 2000 лейкоцитов в 1 мл мочи. Цилиндры отсутствуют.

Изучение фильтрационной способности клубочков один из важнейших моментов исследования и лечения при ВБП, для исследования и обнаружения заболевания почек в клинической практике часто используется проба Реберга – (1926), которая позволяет рассчитать клиренс креатинина. При изучении результатов проба Реберга определяет скорость клубочковой фильтрации почки.

Уровень общего прямого и непрямого билирубина в крови определяли по способу Ендрассика-Клеторна-Грофа (1972), концентрацию мочевины (с использованием уреазного теста), уровень креатинина (по способу Поппера, 1937), уровень содержания белка (биуретовым способом - 1975), показатель соотношения альбумина к глобулину (А/Г), показатели печеночных проб АсАт и АлАт (по способу Ройтмана-Френкеля - 1957), соотношение активности сывороточных АсТ и АлТ (АсАт/АлАт), показатели маркеров нарушения оттока желчи - гамма-глутамилтрансферазы (способом Гольдберга, 1979) и щелочной фосфатазы (по способу Бассея-Лаури-Брока, 1940).

Исследование некоторых гемостатических показателей: ВСК определяли по методу Бюркера (1905), количество тромбоцитов определяли по методу Фоня (1879), показатель времени рекальцификации плазмы определяли по методу Бернергофа-Рока (1965) в изменении В.П. Балуды (1978), показатель

фибриногена определяли по методу Р.А. Рутберга (1960), показатель протромбинового индекса определяли по методу Квика (1965).

С целью проведения бактериологических исследований мочи анализ проводился до назначения антибиотикотерапии, то есть сразу при поступлении.

Техника взятия мочи: после тщательной санации наружных половых органов на стерильную одноразовую посуду взяли среднюю свободно выпущенную порцию мочи в количестве 5-7 мл. С помощью катетера только при необходимости было взято с соблюдением всех правил стерилизации. Степень бактериурии определяют количеством колониобразующих единиц, то есть в одном мл мочи.

На чашки Петри с подготовленным агаром с помощью платиновой петли диаметром 2 мм 3-4 штриховым ходом производится посев мочи. Секреторный метод – распространенный метод при посеве мочи. Он последовательно производит посев по секторам. После прожигания петли производится штриховой посев из сектора А в сектор I, потом после прижигания платиновой петли в сектор II последовательно до сектора III, но при переходе из одного сектора в другие необходимо проведение прижигания петли.

Чувствительность возбудителей ГВЗ определена к следующим антибиотикам: ампициллину, амоксициллину, амоксиклаву, цефазолину, цефтриаксону, цефтазидиму, цефотаксиму, цефепим, азитромицину, ципрофлоксацину, амикацину, эритромицину, меронему, офлоксацину и уросептикам: нитроксалину, невиврамону, фурадонину, неграму, фурамагу.

При иммунологических методах исследования оценивался клеточный состав иммунофенотипирования лимфоцитов крови, выполняется методом проточной цитофлуориметрии, метод заключается в обнаружении на поверхности лейкоцитов маркеров дифференциации, или CD-антигенов (cluster of differentiation antigens).

Метод позволяет определить количественное соотношение основных популяций лимфоцитов, малые клеточные популяции и их функциональную активность.

Экскреторная урография (Фрицем В- Шульцем Брежанем, 1923) (ЭУ) – рутинное исследование, которое выполняют с помощью не ионных йодсодержащих контрастных препаратов. Метод позволяет определить: выделительную способность почек, расположение и форму почек, удвоение верхних мочевых путей, состояние ЧЛС и мочеточника, пассаж контрастного вещества по мочеточнику и проходимость ПМС.

Цистографию (Лумп 1906) выполняют с целью определения анатомического состояния нижних отделов мочевыводящих путей, а также для исключения ПМР.

Ультразвуковое исследование (Д. Хоури 1949) один из простых малоинвазивных методов обследования, при котором можно выявить полноценные результаты исследования. Всем больным с урологической патологией было проведено УЗИ на аппарате TOSHIBA Istyle и на аппарате HITACHI Avius MODEL: EZU-MT29-S1 датчиком PVM-375AT/3,75 MHz plm805 AT 8MHZ в центре «Нурафзо».

При исследовании доплерографии (Робертом Ф – Рашом, 1963) была изучена васкуляризация и структура архитектоники сосудистой системы органов мочевыводящих систем на аппарате TOSHIBA Istyle и на аппарате HITACHI Avius MODEL: EZU-MT29-S1 датчиком PVM-375AT/3, 75 MHz plm 805 AT 8MHZ в центре «Нурафзо». При доплерографическом методе по отдельности была определена скорость кровотока в ренальные сегментарные, дуговые сосуды и их васкуляризация. Также дуплексным путём глубоко удалось изучить состояние кровообращения паренхимы почки. Одним из наиболее информативных методов оценки почечного кровотока в диагностике патологии мочевыводящих путей у детей в настоящее время является цветное доплеровское картирование (ЦДК) и импульсно волновая доплерометрия (ИД). Доплерометрия служит для определения анатомической и функциональной оценки почечной гемодинамики, степень нарушений которой зависят от тяжести деструктивных и диспластических процессов в почечной ткани.

Новый метод исследования почек МР-томография (Пол Лотербур, 1973) позволяет получить качественные изображения почек, мочевыводящих систем, но требует седации маленьких пациентов в течении 30-40 минут. МРТ почек является методом выбора при выраженной почечной недостаточности и тяжелой аллергической реакции на йодсодержащие препараты. МРТ почек проводилась в НМЦ РТ «Шифобахш» при напряжении магнитного поля 1.5 Тесла, на аппарате **PHILIPS INTERA 1,5 TESLA** с 3 D и Neusoft 1.5 TESLA реконструкцией МР-урограмм.

МСКТ (Год Фрии Хаунсфилдом, 1972) исследование были проведены на КТ-аппарате в диагностическом центре «НУРАФЗО», Siemens Somatom Sensation, в центре онкологии на аппарате 16 – Senon 64. **TOSHIBA ASTEION 16 в центре Арасту Асри 21.** КТ проводилась с вв. контрастированием в 4-е фазы (нативная, артериальная, венозная и отсроченные фазы), со скоростью введения контраста 3-4мл/с, доза рассчитывалась 1мл/1кг. В среднем вводилось от 20-40 мл контраста.

Использовался контраст Ультравист 360, который вводился в периферическую локтевую вену, через установленный кубитальный ангиокат. Наш выбор Ультрависта был обоснован низкой гепато-нефро токсичностью данного препарата. Особенно учитывая, что контингент в основном составляли дети до 7 лет. Также использовался Омнипак.

Цистоскопия (Иоахим Альбарран, 1897) нами была произведена аппаратом Каря Шторц, фирма Японии, шарерами 10 жёсткого и гибкого тубусами. Она широко применяется с диагностической и лечебной целью.

**Патоморфологическим материалом исследования** служила дисплазия треугольно-шеечных и пузырно-уретеральных зон у детей, которая, была удалена в целях оптимизации и реконструктивно-восстановительных операций. Объектом исследования явились треугольно-шеечные и пузырно-уретеральные зоны с дисплазией, n=129 больных.

Для оценки результатов патоморфологических исследований использовали систему компьютерного анализа микроскопических изображений,

состоящую из светооптического микроскопа, микропрепараты изучили под микроскопом model Olympus CX 21 FS 1. Камерой Digital MicroScope Camera Spesification MC-DO 48U (E), при различных увеличениях об. 4, 10, 40.

Морфологическое исследование было проведено в ЦНИЛ (в лаборатории морфологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино).

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Нормальность распределения выборок оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные величины представлены в виде среднего значения. Для качественных значений вычислялись доли процента. Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию Манна-Уитни, между зависимыми – по T-критерию Вилкоксона. Парные сравнения между независимыми группами по качественным показателям проводились по критерию  $\chi^2$  (в том числе по точному Фишера), между зависимыми – по критерию Мак Немара. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$

Таким образом, изучение характеристики клиническо-лабораторных, рентгеноурологических, эндоскопических показателей и совместное применение дополнительных инструментальных и современных инновационных методов исследования в тактике обследования и хирургического лечения больных с дисплазией пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зоны у детей занимают основную часть и играют ключевую роль.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

**Характеристика результатов обследования и лечения больных детей с дисплазией пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зоны.**

Полученные результаты показали, что среди выявленных акушерских факторов на первом месте находятся гестоз 1-й половины беременности, гестоз 2-й половины беременности, угроза прерывания 2 (1,0%), роды через естественные родовые пути 182 (91,0%), кесарева сечение 18 (9,0%), травмы при родах 8 (4,0%), геморрагический синдром 6 (3,0%) и т.д. Среди беременности из группы соматических факторов – анемия и ОРВИ 101 (27,5%), среди наследственных факторов, отягощающих течение беременности и заболеваний, – хроническая инфекция МС 42 (21,0%), уролитиаз различной локализации 32 (16,0%), аномалии органов МВС у родителей 10 (5,0%) и вредные привычки, табако-курение 32 (16,0%).

В ходе выполнения работы получена следующая чувствительность возбудителей инфекций мочевыводящих путей к антибиотикам: цефалоспоринового ряда 3-4 генерации и карбапенемов E. Coli (87,4% - 84,4%); Klebsiella spp (51,0% - 78,0%); Protei spp (67,2% - 74,8%); Staphylococcus spp (70,3% - 84,1%).

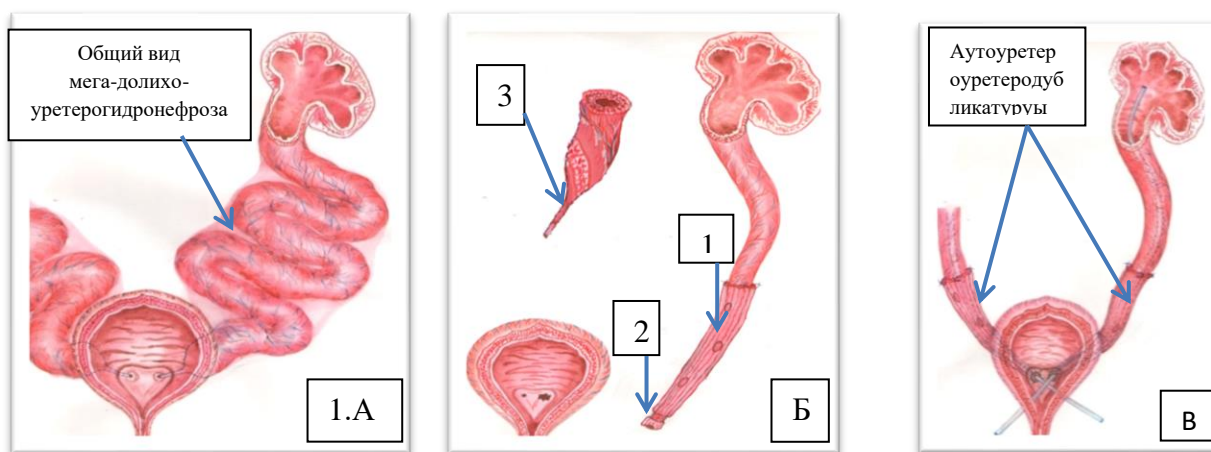
У всех пациентов, родившихся с патологиями ПСМ и ШТЗ, в нашем исследовании отмечались низкие показатели иммунной системы. Измененные

показатели (клеточный и гуморальный) иммунной системы нуждались в коррекции для улучшения процесса заживления ран и снижения послеоперационных осложнений.

Учитывая состояние и сопутствующие заболевания при патологиях ДПСМ и ШТЗ у детей, нами был разработан алгоритм диагностики.

**Хирургическая коррекция нейромышечной дисплазии уретерovesикального сегмента при обструкции.** Лечение пациентов с первичным обструктивным мегауретером должно быть своевременным, патогенетически обоснованным, комплексным. При резекции учитывались степень дилатации стенки мочеточников и их длина совместно с состоянием, объёмом и стенкой мочевого пузыря. В – основном аутоуретероуретеродубликатурные неоцистоуретероанастомозы были выполнены у больных с мега-долихо-уретерогидронефрозом 4-5 степенями. По данным анализа, на 130 больных с нейромышечной дисплазией дистального отдела мочеточника проведены 187 операций реимплантации: по Грегору – 76 (20,6%), Коэну – 32 (8,7%), Политано-Леадбеттеру – 50 (13,6%) и 9 (3,3%) – по модификации клиники Ф.Х. Сафедова – А.А. Азизова. Все предложенные реконструктивно–восстановительные способы хирургической коррекции врожденных пороков ПУС и шеечно-пузырного треугольника направлены на ликвидацию стенозированного участка соустья, создание адекватного диаметра и длины подслизистого тоннеля, устранение сочетанных аномалии треугольника Льео и механизма обратного заброса мочи, при необходимости – резекция и обуживание мочеточника. В данной группе в 19 случаях из 187 мочеточников выполнена операция моделирования по Хендрену, Лопаткину и Сафедову Ф.Х. – Азизову А.А, пункционная нефростомия (4), пластика ЛМС по Андерсону – Хайнесу при сегментарной дисплазии (3).

При двустороннем процессе, высоких степенях нарушения уродинамики, тяжелом общесоматическом фоне больных детей и невозможности выполнения одномоментной радикальной операции методом выбора деривации мочи является чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС). Этот малотравматичный оперативный прием позволяет адекватно и надежно дренировать почку. Метод осуществляется под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, устанавливаются дренажи от 7 до 16 Fr размеров, сроки дренирования от 1 месяца и более. Нефростомические трубки позволили нам ликвидировать острую обструкцию, установить диагноз и подготовить детей к радикальному оперативному лечению. В нашей клинике разработан простой и эффективный способ хирургической коррекции IV и V степеней мегауретера по А.А. Азизову – Ф.Х. Сафедову, (Патент ТГ № 485). Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликатуры» при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточниковой и шеечно-тригональной зон у детей.



**Рисунок 1. А. – Двусторонний мега-долихоуретер на фоне дисплазии ПСМ**

**Рисунок. Б. – Этап моделирования и формирования аутоуретеро–уретеродубликатуры дистального отдела. 1.Аутоуретероуретеродубликатуры, 2.-Зона демукозации, 3.- Удаляемая часть**

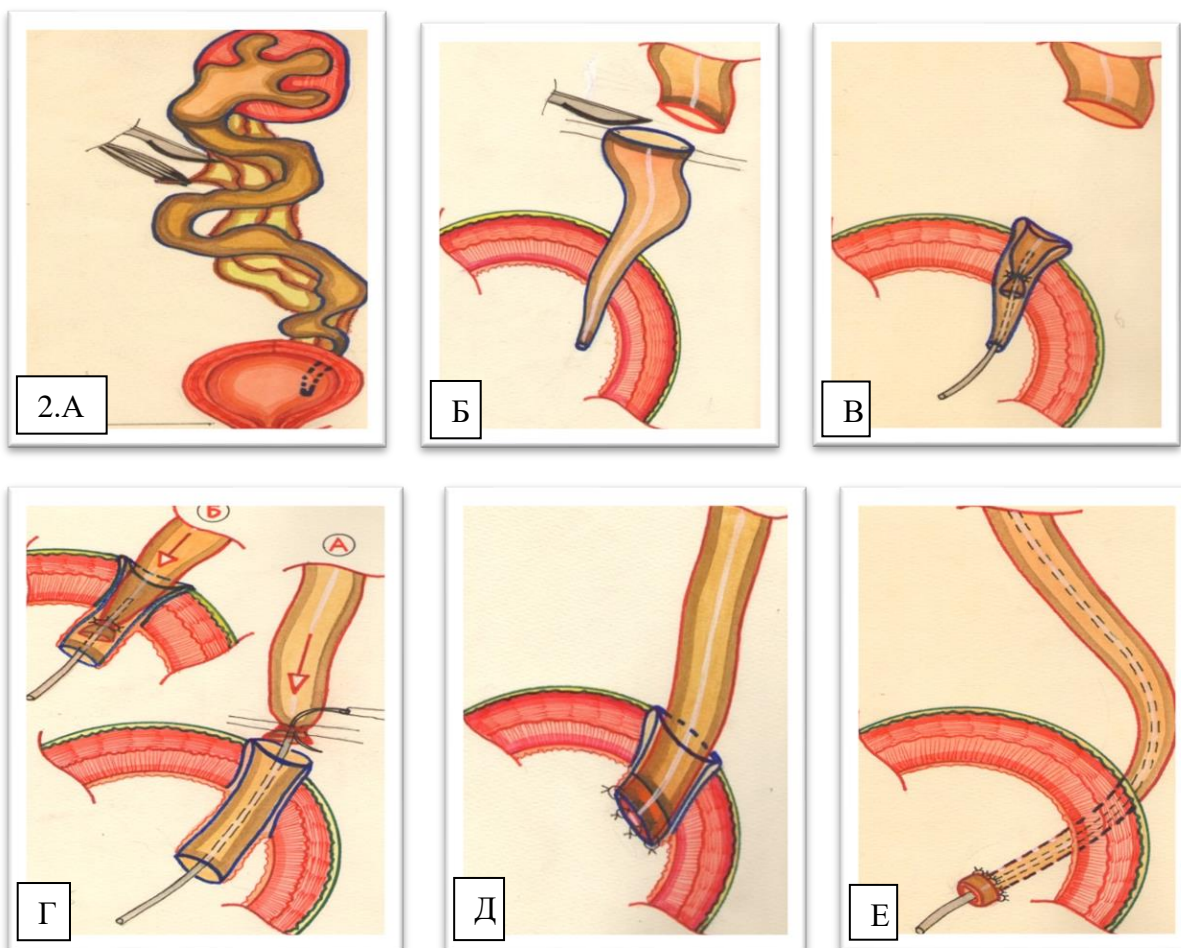
**Рисунок. В. – Конечный этап реимплантирования моделированных мочеточников**

Таким образом, излишняя длина мочеточника используется в качестве пластического материала «аутоуретероуретеродубликатуры», который в корне отличается от существующих способов реконструктивно-восстановительных операций с антирефлюксными защитами. Вывернутая слизистая оболочка (уретелий) мочеточника над пузырем, соприкасаясь с адвентицием мочевого пузыря (разнослойная оболочка), не срастается, то есть предотвращает спаечный процесс с окружающими тканями, тем самым не нарушается перистальтика (цистоидное сокращение) мочеточника.

Сущность разработанного способа заключается в щадящем уретеролизе и резекции дисплазированной части мочеточника, а дистальную удлинённую часть мочеточника выворачивают над проксимальной частью на расстоянии 4–5 см и зашивают узловыми швами, тем самым, мочеточник на расстоянии 4–5 см приобретает двойную стенку (аутоуретеродубликатуру).

При УГН 2-3 степеней в основном уместно использование уретероцистоанастомоза методом Коэна и Политано–Леадбеттера, внутрипузырно проводятся реконструктивно-восстановительные операции уретероцистоанастомоза и при ППР антирефлюксные внепузырные операции с наложением швов по Грегуара в зависимости от дилатирования и удлинения мочеточников с индивидуальным подходом.

При ДПСМ нами были разработаны неоимплантации ПСМ с антирефлюксной защитой. Способ резекции и имплантации дисплазированного пузырно-мочеточникового сегмента с антирефлюксной защитой у детей



**Рисунок. 2. А – Общий вид мочевой системы до операции.**

**Рисунок. Б. – Мочеточник пересечен на 2-2,5см над дисплазированной зоной.**

**Рисунок. В. – Культи дистальных концов мочеточника проведены в полость мочевого пузыря.**

**Рисунок. Г. – Проведение проксимального конца мочеточника в полость мочевого пузыря.**

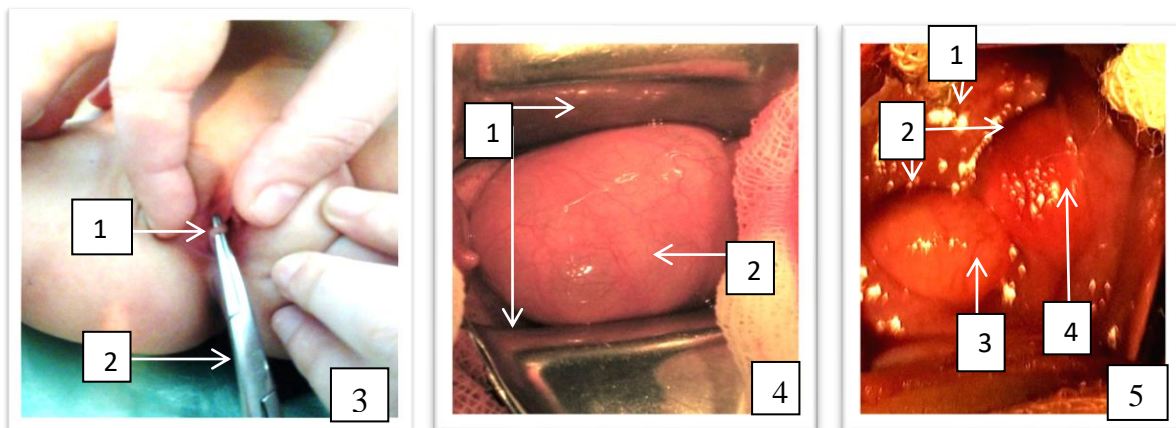
**Рисунок. Д. – Наложение швов на двухслойный мочеточниковый валик с антирефлюсом.**

**Рисунок. Е. – Конечный этап операции.**

Суть предложенного способа антирефлюксной операции заключается в создании муфты внутрипузырно, за счёт вывернутого дистального конца на 2-2,5 см, через который свободно проводится проксимальный конец мочеточника без создания натяжения или перегиба. Затем резецируется лишний участок проксимального отдела мочеточника на уровне вывернутого дистального отдела. Таким образом, формируется двухслойный мочеточник интрамурального отдела, напоминающий «чернильницу», выполняющий антирефлюксную функцию и приведена коррекция уретерovesикального соустья. Патент № ТЈ 479.

Эффективность консервативного лечения и наблюдения за новорожденными и детьми грудного возраста, по данным нашего исследования, составила 11,8%.

Среди пороков развития терминального отдела мочеточника, вызывающих обструктивный мегауретер, определенное место занимают эктопия устья мочеточника (рисунок. 3.) (1:1900) и уретероцеле гетеротопического типа (рисунок 4, 5) (1:500) новорожденных. Частота билатерального поражения устьев составляет около 20,0% случаев, порок чаще поражает верхнюю часть удвоенной почки и удвоенного мочеточника, что требует хирургической коррекции. При двустороннем больших размеров уретероцеле больному приходится выполнять реконструктивно-восстановительное оперативное лечение с созданием неоцистоанастомозов.



**Рисунок. 3. - Вестибулярная эктопия мочеточника, 1.- Эктопированный мочеточник, над кончиком москита, 2.– Москит**

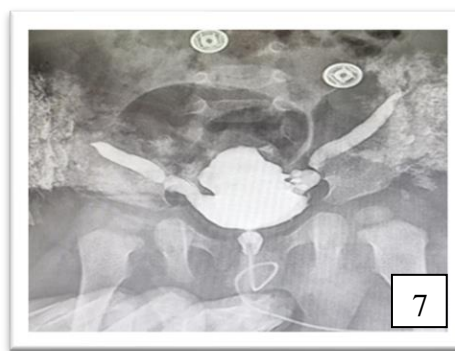
**Рисунок. 4. - Ортогипический уретероцеле. 1. – Крючок Фарабефа в полости мочевого пузыря, 2. – Уретероцеле**

**Рисунок. 5. – Гетеротопический уретероцеле, 1. – Стенки мочевого пузыря, 2. – Полости мочевого пузыря, 3. – Уретероцеле справа, 4. – Уретероцеле слева**

Хирургическая тактика определяется на основании точных диагностических данных, определяющих положение и форму устья мочеточника, объем кисты, локализацию, принадлежность кисты к одиночному или удвоенному мочеточнику.

В нашей работе, учитывая сохранность функции добавочной почки и эктопированного мочеточника, 5 больным выполнены реконструктивно-восстановительные операции, остальным 5 больным на фоне отсутствия функции добавочной почки - геминефрэктомия, четырём больным при полном отсутствии функции основной и добавочной почки на фоне уретерокутанеостомии с одной стороны произведена нефруретерэктомия.

В основном пристеночная уретерокутанеостомия как паллиативная операция с целью предоперационной подготовки и избежание летального исхода по жизненному показанию была наложена 6 (1,7%) новорожденным с пороками развития дисплазии пузырного сегмента мочеточников и шеечно-тригональной зоны, осложнившихся мега-долихо-уретерогидронефрозом 4-5 степени со сложными сопутствующими пороками развития (рисунок 6-7).



**Рисунок. 6. – Двухсторонняя пристеночная уретерокутанеостомия через год. Показано стрелкой**

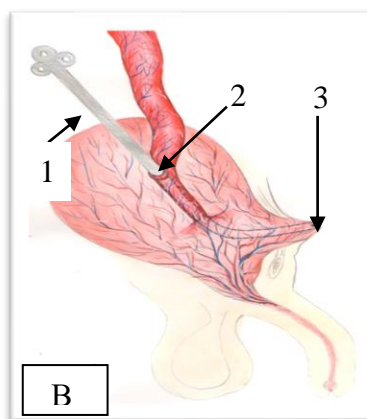
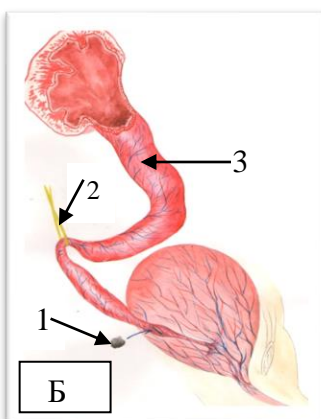
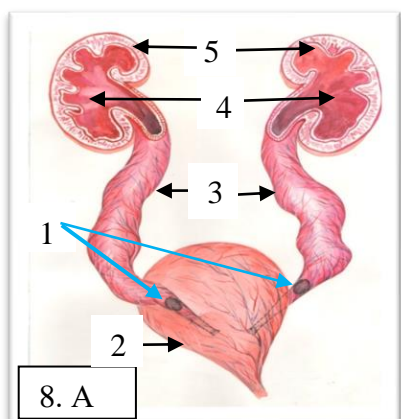
**Рисунок. 7. – Цистография через год после пристеночной уретерокутанеостомии с двух сторон.**

Эндоскопическая операция - простой метод, оправданный лишь для электрокоагуляции маленьких кист, без риска последующего возникновения ПМР.

### **Вторичный обструктивный мегауретер, методы хирургической коррекции**

Вторичный мегауретер развивается при сдавлении стенки и обтурации просвета мочеточника внешними факторами: травмы органов малого таза и живота, спаечный процесс после операций, абберантный сосуд, первичные и вторичные камни дистального отдела мочеточников.

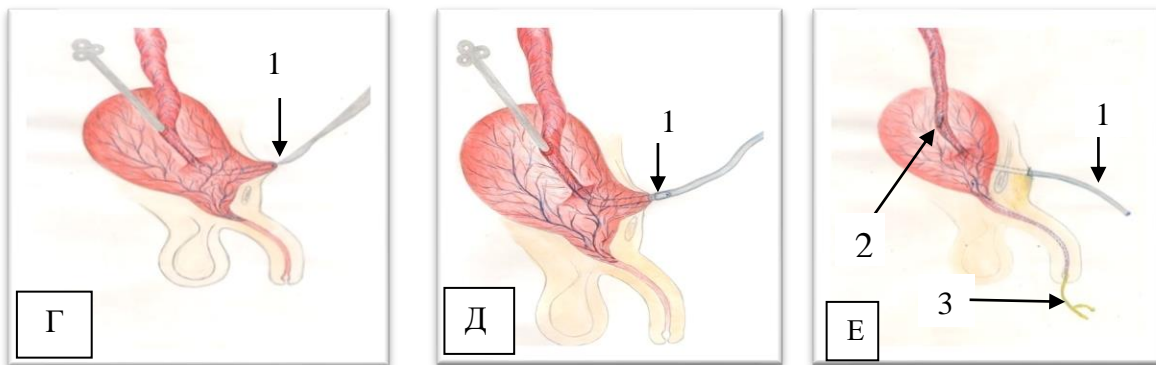
С целью избежания различных осложнений после удаления вторичных камней нижней трети мочеточников с помощью соответствующих размеров урологического катетера была проведена ревизия, дилатация н/3 мочеточников и с проведением интубации верхних МВП. Патент №1203; Патент №1204.



**Рисунок. 8. А. – Ущемленные камни дистального отдела мочеточников, 1. – Камень нижней трети мочеточников, 2. – Мочевой пузырь, 3. – Мочеточник, 4. – ЧЛС, 5. – Паренхимы почек**

**Рисунок. Б. – Этап удаления ущемленного конкремента, 1. – Удаленный камень, 2. – Держалка мочеточника, 3. – Расширенный мочеточник**

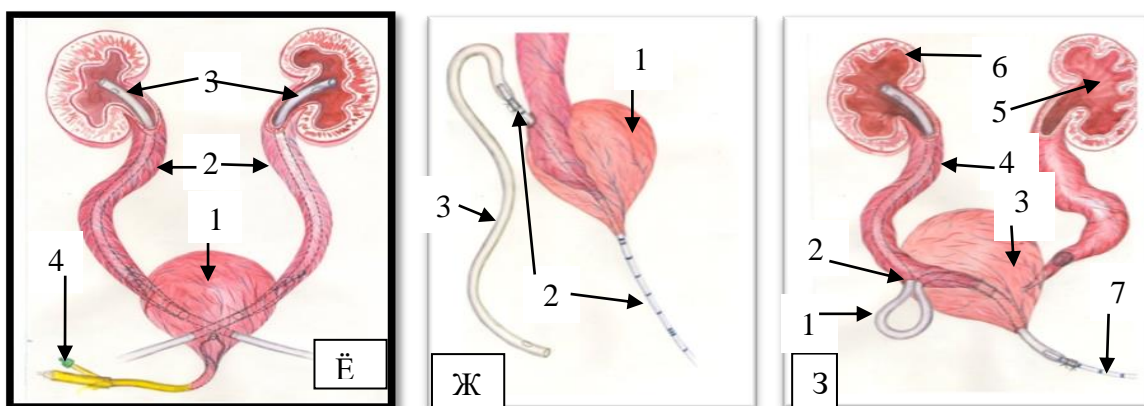
**Рисунок. В. – Подготовка передней стенки к дренированию, 1. – Металлический урологический катетер, 2. – Косой разрез стенки мочеточника, 3. – Клюв катетера**



**Рисунок. Г.** – Разрез над клювом. 1. – Скальпель и разрез над клювом катетера.

**Рисунок. Д.** – Этап дренирования. 1. – Надевание полиэтиленового катетера над клювами урологического катетера.

**Рисунок. Е.** – Дренирование ВМП. 1. – Полихлорвиниловый катетер, 2. – Сшитая линия разреза мочеточника, 3. – Катетер Фоле.



**Рисунок. Ё.** – Конечный этап уретероцистостомии у мальчиков. 1- МП, 2. – Дренированные мочеточники, 3. – Интубирование катетера полости ЧЛС. 4. – Катетер Фоле

**Рисунок. Ж.** – Антеградная катетеризация уретероцистостомии у девочек, 1. – Мочевой пузырь, 2. – Мочеточниковый катетер, 3. – Полихлорвиниловый катетер,

**Рисунок. З.** – Конечный этап уретероцистостомии у девочек, 1. - Полихлорвиниловый катетер, 2. – Линия разреза, 3. – МП, 4. – Мочеточник, 5. – ЧЛС, 6. – Паренхима почки, 7. – Мочеточниковый катетер.

Преимуществом данного изобретения является его простота, легкая выполняемость и высокая эффективность. Одновременно производится дилатация диспластически измененной дистальной части мочеточника. Способ позволяет избежать следующих осложнений: послеоперационных мочевых затёков, флегмон, свищей и рубцовых стриктур мочеточника, а также обострений пиелонефрита. В таблице 3 приведен вторичный обструктивный мегауретер и способ коррекции.

**Таблица 3. – Вторичный обструктивный мегауретер, нозология и способы коррекции**

| Нозология                               | УУА      | УЦА      | Уретерол<br>из | Уретеролитотомия |          | Всего     |
|---|----------|----------|----------------|------------------|----------|-----------|
|   |          |          |                | ДЖ               | УЦС      |           |
| Травма органов м/таза и живота          | 4        | 2        | -              | -                | -        | 6         |
| Послеоперационные стриктуры со спайками | 1        | 5        | 4              | -                | -        | 10        |
| Обтурирующие камни мочеточников         | -        | -        | -              | 20               | 9        | 29        |
| Абберантный сосуд                       | 1        | 1        | -              | -                | -        | 2         |
| <b>Всего</b>                            | <b>6</b> | <b>8</b> | <b>4</b>       | <b>20</b>        | <b>9</b> | <b>47</b> |

**Примечание:** УУА – уретероуретероанастомоз, УЦА – уретероцистоанастомоз, УЦС – уретероцистостомия

Несмотря на высокие положительные результаты применяемых традиционных (80,0% – 90,0%) и эндоскопических (76,4% – 90,0%) способов ликвидации ПМР, частота послеоперационных осложнений стабильно сохраняется на уровне 10,0% – 23,6% случаев. А необходимость в повторных антирефлюксных операциях составляет 10,0% – 17,0%, положительный результат которых не превышает 40,0%. Причинами рецидивирования ПМР после операции являются: недооценка наличия сочетанных пороков, выполнение комбинированных сложных одномоментных операций, технические погрешности, несовместимость и нарушения техники введения полимеров при эндоскопических процедурах.

#### **Нерефлюксирующий – необструктивный мегауретер**

Пациентов с нерефлюксирующим необструктивным мегауретером было всего 11 в нашем материале. Основу их лечения составила консервативная терапия с учетом характера дисфункции мочевого пузыря и степени активности мочевой инфекции.

Таким образом, проведено ретроспективное и проспективное исследование 206 больных, прооперированных по поводу первичного и вторичного обструктивного и необструктивного мегауретера, им выполнены 312 различных операций. Консервативное лечение проведено 30 пациентам с дисфункцией созревания и 11 детям с послеоперационной дисфункцией мочевого пузыря. Анализ ближайших послеоперационных осложнений показал, что они наблюдались у 66 больных из 312 прооперированных (21,2%), причем более половины этих осложнений были связаны с обострением мочевой инфекции. Все развившиеся осложнения купированы консервативными методами.

#### **Рефлюксирующий мегауретер. Хирургические методы лечения.**

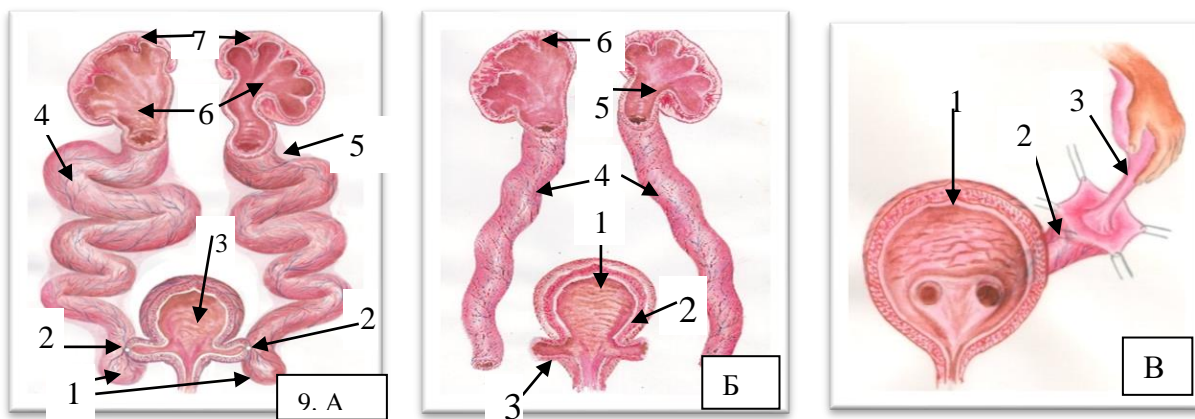
Согласно проведенному анализу в нашем материале, больные с рефлюксирующим мегауретером (РМУ) составили 28,3% (104), среди них больных с первичным РМУ, т.е. с аномалией дистального отдела мочеточника

было 33 (9,0%), со вторичным рефлюсирующим МУ, где имеются органические и функциональные изменения мочевого пузыря и уретры, – 71 (19,3%).

Среди причин, вызывающих ПМР, наиболее часто диагностируются врожденное зияние устья мочеточника, латеральная его эктопия, шейечная эктопия (17), укорочение интрамурального отдела мочеточника (16), а также пороки развития шейки мочевого пузыря и уретры, клапаны задней уретры (33), склероз шейки мочевого пузыря (26), дивертикул уретры (1) и нейрогенный мочевой пузырь (12).

Удвоение почек и мочеточников – одна из наиболее распространенных врожденных аномалий МП, требующих хирургического вмешательства при присоединении ПМР и обструкции мочеточников. Частота полного удвоения в сочетании с ПМР, по данным литературы, составляет 60-70% [6, 86]. Эффективность хирургической коррекции достигает от 60% до 89,2%. Выбор тактики хирургической коррекции зависит от функциональной способности основной почки, удвоенного сегмента и контрлатеральной почки.

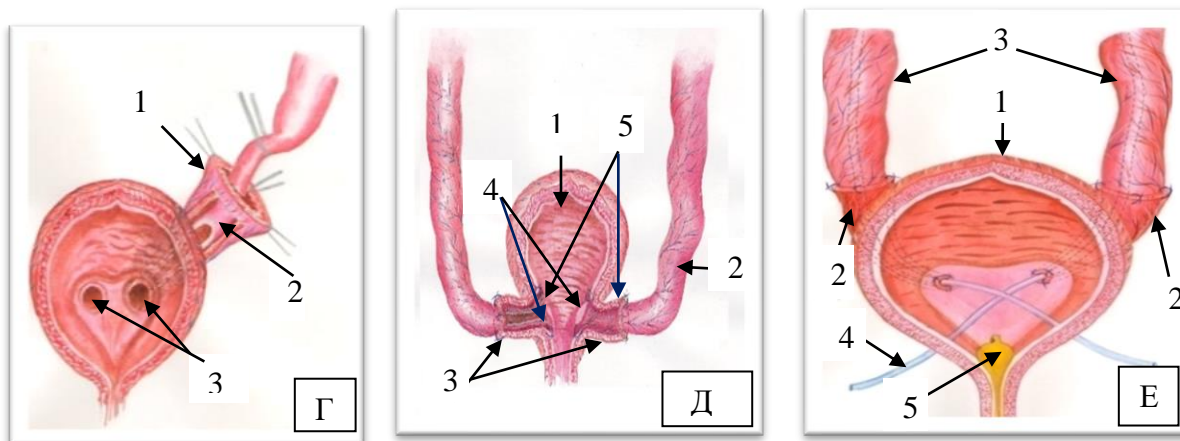
**Дивертикул мочевого пузыря.** В нашем случае из 18 больных у 8-х (12 мочеточников) отмечена эктопия в полость дивертикула с выраженным расширением мочеточников и ПМР. Типичная дивертикулэктомия по Мариону произведена 10 больным, остальным 8 пациентам (12 мочеточников) при сочетанных пороках мочеточника и мочевого пузыря реконструктивно-восстановительные вмешательства производились по модифицированному в клинике способу. Евразийский патент № 025992.



**Рисунок. 9. А.** – Представлен общий вид сочетанного порока развития, эктопия мочеточника в полость дивертикула мочевого пузыря с двусторонним ПМР IV–V, 1. – Дивертикул, 2. – Устья мочеточников, 3. – МП, 4. – Мочеточник, 5. – Спайки, 6. – ЧЛС, 7. – Паренхима

**Рисунок. Б.** – Освобождение от спаек замурованного и резко расширенного мочеточника с множеством коленообразных изгибов достигается тем, что он резецируется на 3,0-5,0 см при сохранении дивертикулов, 1. – МП, 2. – Слизитые оболочки, 3. – Демукозированный дивертикул, 4. – Мочеточник, 5. – ЧЛС, 6. – Паренхимы почек

**Рисунок. В.** – Демукозация культи дивертикула, 1. – МП, 2. – Дивертикул, 3. – Слизистые



**Рисунок. Г.** – Общий вид после демукозации дистального отдела мочеточника, 1. – Дивертикул, 2. – Демукозированные слизистые, 3. – Зияющие устья мочеточников

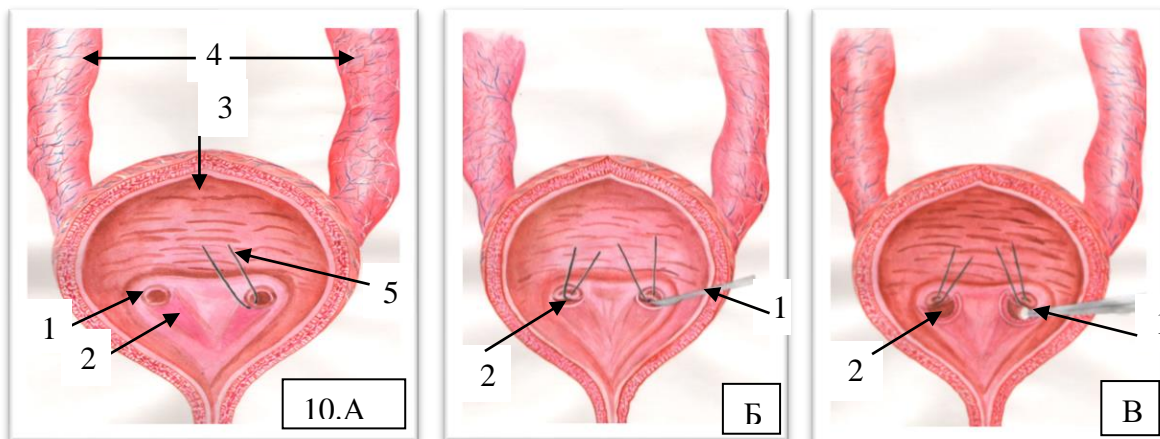
**Рисунок. Д.** – Дистальная часть мочеточника проводится через демукозированную культю дивертикула и накладывается неоцистоуретроанастомоз на обычном месте узловыми швами (PDS 4/0-5/0). За счёт сформированной двойной стенки мочеточника усиливается ревазуляризация и реиннервация, 1. – МП, 2. – Стенки мочеточника, 3. – Стенки дивертикула, 4. – Просвет устья мочеточника, 5. – Зона анастомоза

**Рисунок. Е.** – Мочеточник и почки интубируются через вновь созданное устье полиэтиленовым катетером на 8-10 суток, 1. – МП, 2. – Дубликатурированная часть мочеточника, 3. – Мочеточник, 4. – Интубированный катетер, 5. – Катетер Фолея.

**Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП).** Для лечения НМП необходимо обязательно диагностировать гиперрефлекторный тип НМП от гипорефлекторного типа.

В лечении детей с нейрогенным мочевым пузырем (НМП) применяется ряд хирургических методов отведения мочи, включая высокое сечение мочевого пузыря, пиело- и нефростомию, а также отведение мочи в кишечник. При мионейрогенной атонии Мохорт В.А. и Савченко Н.Е. (1977) рекомендуют использовать аутоцистодубликатуру в сочетании с резекцией шейки мочевого пузыря. Важно отметить, что оперативная коррекция ПМР при НМП часто малоэффективна, поэтому рекомендуется предварительно проводить курс консервативного лечения, включающий медикаментозную терапию и физиопроцедуры. При операции по методу Савченко Н.Е. производится аутоцистодубликатура, рассечение шейки мочевого пузыря и освобождение устьев мочеточников от склеротического процесса полулунным разрезом по модификации клиники. В нашем исследовании данная техника применялась у 12 пациентов.

**Схематически приведено техника операции: полулунный разрез под устьем мочеточников при ПМР у детей**

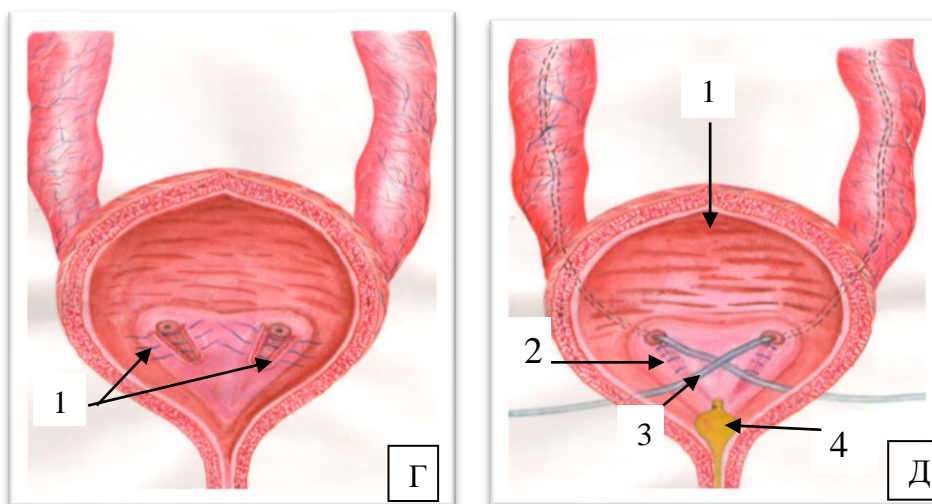


**Рисунок. 10. А. – Общий вид устьев мочеточников при ПМР и ППР,**

1. – устья, 2. – тяж, 3. – МП, 4. – Мочеточник, 5 – держалка

**Б.** 1 – скальпель, 2. – Полулунный разрез нижнего края ниже сфинктера устья мочеточников до оболочки Валдейра

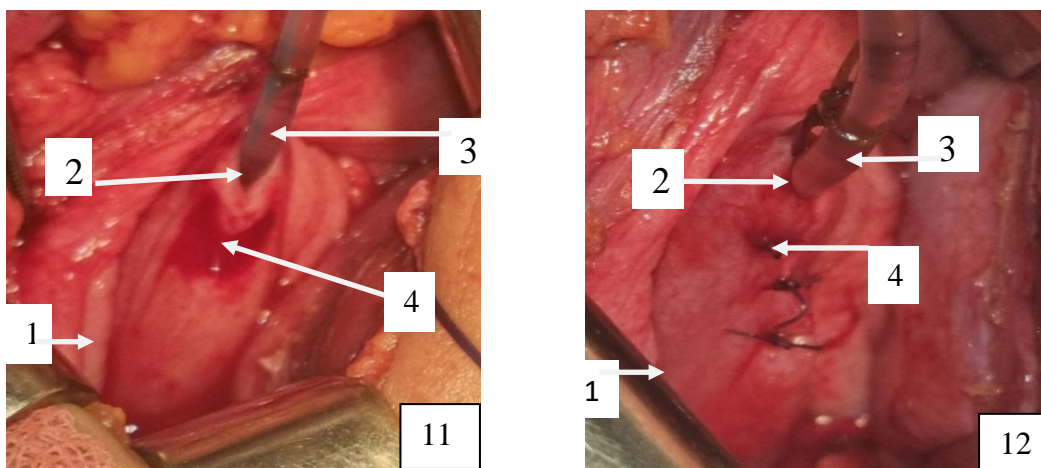
**В.** 1 – С помощью тупфера отделён от спайки, 2. – Отделение от спаек



**Г. 1. – Наложение антибактериального поперечного шва**

**Д. – Общий вид конечного этапа операции. Интубация обоих мочеточников и мочевого пузыря, 1. – МП, 2. – Наложённые поперечные швы, 3. – интубированный катетер, 4. – Катетер Фоле.**

Полулунный разрез по нижним краям устьев позволяет выполнить смещение устья от шейки мочевого пузыря во избежание ПМР, в результате чего зияющие отверстия устьев приобретают щелевидную форму (рисунок. 12, 13). Патент № 371



**Рисунок. 11. – Полулунный разрез нижнего края устья мочеточника, 1. – МП, 2. – устья мочеточников, 3. – Дренирование катетера в мочеточник, 4. – Полулунный разрез по нижнему краю устья мочеточника,**

**Рисунок. 12. – Наложение поперечных швов, 1. – МП, 2. – Устья мочеточников, 3. – Дренирование катетера, 4. – Поперечно наложенные швы.**

**Склероз шейки мочевого пузыря (СШМП)** - это результат дисплазии мышц ШМП. Учитывая степень тяжести клинических проявлений, морфо функциональных изменений шейки мочевого пузыря, детрузора и верхних мочевых путей, выполнены различные комбинации патогенетически обоснованных РВО у 26 больных.

Таким образом, у 126 больных с рефлюксирующим мегауретером выполнены 180 различных оперативных вмешательств: традиционные РВО (65); модифицированные РВО (20); комбинированные многокомпонентные РВО (55); эндоскопические (24); паллиативные (5); удаление вторичных камней (5) и органосоносящие (4). Ближайшие послеоперационные осложнения диагностированы у 30 (18,3%).

#### **Характеристика клинических показателей и комплексная терапия ближайших послеоперационных осложнений обструктивного и рефлюксирующего мегауретера у детей**

По результатам анализа клинического материала больных с первичным и вторичным обструктивным и рефлюксирующим мегауретером установлены ближайшие послеоперационные осложнения у 84 (22,8%) от общего количества больных и 17,1% - от количества операций. Из них 59 (70,2%) случаев связаны с обострением мочевой инфекции, остальные 25 (29,8%) – технические, обусловлены выпадением дренажей, нефростомической трубки и стентов.

#### **Отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с первичным, вторичным обструктивным и рефлюксирующим мегауретером у детей**

Показателями эффективности выполненных реконструктивно-восстановительных операций больным с обструктивным мегауретером в отдаленном периоде являются восстановление нарушенной уродинамики, улучшение секреторной функции или ее стабилизация на уровне дооперационного периода, сроки наблюдения до 2-х лет, 30 (15,8%), от 2-х до 5

лет у 96 (50,6%), от 6 до 10 лет у 40 (21,0%), от 11 до 15 лет у 24 (12,6%), всего 190 (51,6%) больных.

Всем пациентам для изучения функционального состояния МВП проводили общепринятые методы обследования, анализ акта мочеиспускания, рутинные лабораторные исследования, УЗ и рентгено-урологические методы исследования органов МВС. При выраженных нарушениях почечного кровообращения и снижении выделительной функции почек выполнены эходоплерография и дуплексного сканирование почечного кровотока и индивидуально были проведены МСКТ и МРТ.

Метод контрастной цистографии и микционная цистография способствовали установлению следующих патологических изменений в ходе обследования: было выявлено увеличение объема мочевого пузыря – 14 (7,4%), неровность, бугристость контуров – 14 (7,4%), отек и утолщение стенки – 70 (36,8%), правосторонний культит – 1 (0,5%), паравезикальная фистула – 2 (1,1%), синдром мегацистиса – 14 (7,4%), частичное повреждение задней части уретры – 2 (1,1%), ПМР односторонний – 8 (4,2%) мочеточников и двусторонний – 12 (6,3%) больных - 24 мочеточника.

Все осложнения в отдалённом послеоперационном периоде, которые на основании рентгеноурологических методов исследования были выявлены, изучены и скорректированы. В связи с чем нами были изучены сравнительные оценки внутренних и наружных методов дренирования.

Нами проводился комплексный анализ патологических изменений при врожденных обструктивных уропатиях треугольно-шеечных и пузырно-уретральных зон с дисплазией. Объектом исследования стали 129 пациентов с данной патологией. Особое внимание уделялось патоморфологическому изучению резецированных и удаленных диспластических и патологических очагов после проведения паллиативных, декомпрессионных и реконструктивно-восстановительных операций.

Гистологическое исследование почечной ткани выявило значительные патологические изменения.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения 190 пациентов с обструктивным и рефлюксирующим мегауретером показал развитие послеоперационных осложнений у 46 (24,2%) больных, что составило 54 (28,4%) случая. Наиболее частыми осложнениями были: пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 14 пациентов (20 мочеточников), нефросклероз со сморщиванием дополнительной почки у 4 пациентов и основной почки у 5 пациентов. Из числа всех исследованных и наблюдаемых нами больных (368), оперированных по поводу обструктивного и рефлюксирующего мегауретера, летальный исход в катамнестический период отмечен у 11 (3,0%) больных.

**Таблица 4. - Сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных с обструктивным и рефлюксирующим мегауретером**

| <b>Автор</b>              | <b>Количество операций</b> | <b>Число осложнений</b> | <b>Положительный результат</b> |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Политано-Леадбеттер       | 98                         | 25 (25,5%)              | 73 (74,5%)                     |
| Коэн                      | 98                         | 25 (25,5%)              | 73 (74,5%)                     |
| Грегуар                   | 120                        | 36 (30,0%)              | 84 (70,0%)                     |
| Савченко Н.Е.             | 12                         | 4 (33,3%)               | 8 (66,7%)                      |
| Азизов А.А.-Сафедов Ф.Х.  | 96                         | 24 (25,0%)              | 72 (75,0%)                     |
| Hendren Bishof            | 5                          | 1 (20,0%)               | 4 (80,0%)                      |
| Лопаткин Н.А.             | 5                          | 1 (20,0%)               | 4 (80,0%)                      |
| Объем-образующие полимеры | 24                         | 8 (33,3%)               | 16 (66,7%)                     |
| Эндоскопические КРО-КЗУ   | 20                         | 8 (40,0%)               | 12 (60,0%)                     |

Нами проводилось комплексное наблюдение за 368 пациентами, которым было выполнено 492 различных оперативных вмешательства, включая паллиативные, радикальные и реконструктивно-восстановительные операции. Послеоперационный мониторинг включал клинико-лабораторные и рентгенологические исследования, проводимые через 4-5 месяцев после операции, а затем с интервалом 6-12 месяцев.

Анализ результатов показал следующее. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 26,9% пациентов, положительные результаты отмечены у 73,1%. В отдаленном периоде частота осложнений незначительно увеличилась до 28,5%, а положительные результаты наблюдались у 71,5% пациентов. Наиболее часто осложнения в послеоперационном периоде отмечены при проведении объемных РВО на фоне сочетания пороков развития дистального отдела мочеточников с эктопией устьев, уретероцеле и ПМР на фоне инфравезикальной обструкции – 104 (28,3%) больных.

Результаты оперативного лечения пациентов с пороками развития нижних мочевых путей и мегауретером оценены по данным лабораторных анализов, неоднократно проведенных УЗИ, по состоянию ренальной гемодинамики и показателям лучевых методов исследования. Используя результаты проведенных методов исследования, дана оценка эффективности выполненных операций и манипуляций в отдаленном периоде. Результаты оценивались как хорошие у 131 (35,7%) пациента: при нормализации проходимости мочевыводящих путей, сокращении размеров ЧЛС, диаметра мочеточника, улучшении эхо-структуры паренхимы, восстановлении параметров гемодинамики, отсутствии ПМР и патологических изменений в лабораторных анализах. Удовлетворительные имелись у 158 (42,9%) - отмечается заметная стабилизация общего состояния оперированных больных, положительная динамика лабораторных показателей, минимальное сокращение размеров ЧЛС и диаметра мочеточника, улучшение показателей органного кровообращения, по данным рентгенологических методов исследования –

незначительное улучшение или стабилизация на уровне дооперационного периода.

Неудовлетворительные результаты расценивались, когда мегауретер не ликвидирован, имеется стеноз области соустья, ПМР, нарастает расширение ЧЛС с ухудшением функции почки – 38 (10,3%), остальным 41 (11,1%) пациенту с дисфункцией созревания и вторичным воспалительным и послеоперационным мегауретером проведено консервативное лечение.

Проведенная сравнительная оценка комбинированных методов РВО при обструктивном и рефлюксирующем мегауретере показала, что эффективность нео-имплантации мочеточника с антирефлюксным механизмом по модифицированному методу клиники составляет 75,4%, Политано-Леадбеттеру и Коэну – по 74,2%. Эффективность методов хирургической коррекции мегауретера напрямую зависит от своевременной диагностики, подготовки, патогенетически обоснованной правильно выбранной хирургической тактики, адекватной интубации по срокам и размерам дренажей и, по возможности, от проведения операции в стадии стойкой ремиссии пиелонефрита и цистита.

### **ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ)**

С целью проведения достоверной статистической обработки собственного материала, учитывая возможность двустороннего и сочетанного поражения дистальных сегментов мочеточников, проведена оценка количества больных и вовлеченных в патологию числа мочеточников. В нашем материале поражение мочеточника с одной стороны установлено у 250 (67,9%), с двух сторон – у 118 (32,1%) пациентов. Всего количество пораженных мочеточников составило 486.

У всех больных, родившихся с патологией ПСМ и ШТЗ, отмечались низкие показатели иммунной системы. Измененные показатели клеточной и гуморальной иммунной системы нуждались в коррекции для улучшения процесса заживления ран и снижения послеоперационных осложнений.

Разработан алгоритм лечения при патологии ДПМС И ШТЗ у детей.

Существующие теории – нейрогенная и миогенная – не полностью освещают эту тяжелую аномалию развития мочеточника.

Показания к хирургическому вмешательству при лечении мегауретера включают в себя три основных критерия: прогрессирование расширения мочеточника, рецидивирующее течение хронического пиелонефрита и появление первых признаков снижения функции почки.

Но при двустороннем мега-долихо-уретерогидронефрозе 4-5 степеней с микроцистом и максимально широким и длинным мочеточником нам пришлось, во избежание летального исхода и для предотвращения различных осложнений верхних мочевыводящих путей, принять во внимание тактику паллиативного хирургического лечения в виде наложения в нижней трети пристеночной уретерокутанеостомии. Данная тактика лечения была принята у 6 больных, у которых оперативное лечение было выполнено с двух сторон.

В рамках ретроспективного и проспективного исследования было изучено 206 пациентов с первичным и вторичным обструктивным и необструктивным

мегауретером. У этих больных в общей сложности было выполнено 312 различных операций. Консервативное лечение: применено у 30 пациентов с дисфункцией созревания и 11 детей с послеоперационной дисфункцией мочевого пузыря. После 312 проведенных операций развитие осложнений наблюдалось в 66 (21,2%) случаях, при этом в большинстве случаев данные осложнения были обусловлены обострением мочевого инфекции. Все осложнения были успешно излечены консервативными методами.

Результаты хирургического лечения больных с пороками развития нижних мочевых путей и мегауретером оценены по данным лабораторных анализов, неоднократно проведенных УЗИ, по состоянию ренальной гемодинамики и показателям лучевых методов исследования. Используя результаты проведенных методов исследования, дана оценка эффективности выполненных операций и манипуляций в отдаленном периоде. Результаты оценивались как хорошие в 131 (35,7%) случае: при нормализации проходимости мочевыводящих путей, сокращении размеров ЧЛС, диаметра мочеточника, при улучшении эхо-структуры паренхимы, восстановлении параметров гемодинамики, отсутствии ПМР и патологических изменений в лабораторных анализах. Удовлетворительные – 158 (42,9%) – отмечаются заметная стабилизация общего состояния оперированных больных, положительная динамика лабораторных показателей, минимальное сокращение размеров ЧЛС и диаметра мочеточника, улучшение показателей органного кровообращения, по данным рентгенологических методов исследования – незначительное улучшение или стабилизация на уровне дооперационного периода. Неудовлетворительные результаты – мегауретер не ликвидирован, имеется стеноз области соустья, ПМР, нарастает расширение ЧЛС с ухудшением функции почки – 38 (10,3%), остальным 41 (11,1%) пациенту с дисфункцией созревания и вторичным воспалительным и послеоперационным мегауретером проведено консервативное лечение.

## **ВЫВОДЫ**

- 1.** На основании проведения целенаправленного, индивидуального исследования с использованием современных диагностических методов при врожденной патологии пузырного сегмента мочеточника и шейно-тригональной зоны у детей: ультразвуковое исследование, цистоскопия, экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, обеспечиваются полнота диагноза, выбор способа реконструктивно-восстановительных операций и получение информации, что способствует подбору метода хирургического лечения [3-А, 12-А, 14-А, 13-А, 60-А, 61-А, 18-А, 19-А, 28-А, 34-А, 37-А, 43-А, 53-А, 57-А, 7-А].
- 2.** Оценка преморбидного состояния и коррекция иммунологического состояния больных по совокупности методов исследования: общий анализ крови, мочи, бак. посев мочи, биохимия крови, креатинин и мочевины крови, ультразвуковое исследование, экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, способствуют

установлению показаний к выбору оперативного лечения больных детей [1-А, 2-А, 3-А, 6-А, 50-А, 18-А, 26-А, 28-А, 35-А, 37-А, 52-А, 54-А, 59-А].

**3.** По показаниям в зависимости от морфоструктурных изменений дифференцированно применяли операции: по Коэна при долихоуретерогидронефрозе 2-3 степени, Политано-Леадбеттера при мега-долихоуретерогидронефрозе 3-4 степени, аутоуретероуретеро-дубликатуры с неоцистоуретероанастомозом с созданием антирефлюксного механизма по модификации клиники при мега-долихоуретерогидронефрозе 4-5 степеней. Способ резекции дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов с антирефлюксной защитой с выворачиванием у детей при микроцистисе и мега-долихоуретерогидронефрозе 5 стадии [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 13-А, 12-А, 14-А, 21-А, 22-А, 25-А, 31-А, 32-А, 36-А, 43-А, 45-А, 47-А, 49-А, 50-А, 51-А, 56-А, 59-А, 60-А].

**4.** При рефлексирующем мега-долихоуретерогидронефрозе 2-3 степени операция по Грегуару. При рефлексирующем мега-долихоуретерогидронефрозе 4-5 степеней, обусловленным склерозом шейки мочевого пузыря с вовлечением устья мочеточника, разработаны способы реконструктивно-восстановительных операций полулунным разрезом по нижнему краю устья мочеточника с антирефлюксной защитой. При микроцистисе у новорожденных по жизненным показаниям индивидуально накладывается черезкожная пункционная нефростомия, или уретерокутанеостомия, как этап подготовки к радикальной операции. [1-А, 3-А, 2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 41-А, 15-А, 20-А, 27-А, 38-А, 43-А, 54-А].

**5.** Оптимизированы способы реконструктивно-восстановительных операций при мега-долихоуретерогидронефрозе, развившемся на фоне уретероцеле. С целью реваскуляризации и реиннервации пузырного сегмента мочеточника разработан способ неоцистоуретероанастомоза с аутоуретероуретеродубликатурой и антирефлюксной защитой при дистопии устьев мочеточника в дивертикулах мочевого пузыря. При вторичных камнях мочеточника разработан способ уретеролитотомии с дилатацией мочеточника с интубациями верхних мочевых путей. При сложных сочетанных аномалиях развития мочевыводящей системы применяли симультанные операции с использованием сочетанных и разработанных нами методов [3-А, 4-А, 5-А, 7-А, 11-А, 14-А, 23-А, 24-А, 33-А, 38-А, 39-А, 40-А, 41-А, 29-А, 46-А, 49-А, 51-А, 54-А, 55-А, 58-А, 1-А].

**6.** Сравнительная оценка реконструктивно-восстановительных операций: по Политано–Леадбеттер 73 (74,5%), Коэн 73 (74,5%), Грегуар 84 (70,0%), Савченко Н.Е. 8 (66,7%), Hendren-Bishof 4 (80,0%), Лопаткин Н.А. 4 (80,0%), объем-образующие полимеры 16 (66,7%), эндоскопические КРО – КЗУ 12 (60,0%) и вновь разработанные способы реконструктивно-восстановительных операций эффективны в 72 (75,0%) случаях (Азизов А.А. – Сафедов Ф.Х.). Послеоперационные осложнения с 38,4% снизились до 21,4%. [6-А, 8-А, 10-А, 21-А, 17-А, 26-А, 27-А, 29-А, 36-А, 42-А, 46-А, 48-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Для определения стадии мега-долихо-уретерогидронефроза и функциональной способности обструктивной уро- и нефропатии, необходимо использовать: ультразвуковое исследование, цистоскопия, экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.
2. При обструктивном мега-долихо-уретерогидронефрозе 4-5 степеней, черескожная пункционная нефростомия расширяет возможности диагностических исследований, способствует декомпрессии почки, купирует обострение пиелонефрита, также уменьшает количество пред- и послеоперационных осложнений.
3. Разработанный диагностический и лечебный алгоритм облегчает этапность госпитализации, предоперационную подготовку, паллиативные и радикальные вмешательства также реконструктивно-восстановительное оперативное лечение.
4. Проведение коррекции иммунодефицитного статуса и изучение преморбидного состояния при патологии пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны у детей улучшает состояние в послеоперационном периоде, снижает осложнения.
5. У новорожденных с мега-долихо-уретерогидронефрозами 4-5 степеней желательно наложение черескожной пункционной нефростомии или пристеночной уретерокутанеостомии, как этап подготовки к радикальным операциям.
6. У больных мега-долихо-уретерогидронефрозами 4-5 степеней с микроцистисом выбором метода лечения является аутоуретероуретеродубликатура с неоцистоуретероанастомозом по разработанному в клинике способам.
7. У больных рефлюксирующим мега-долихо-уретерогидронефрозом 4-5 степеней выбором реконструктивно-восстановительной операции являются сочетанные операции – полулунный разрез устья мочеточника с антирефлюксной защитой по Грегуару.
8. При уретерогидронефрозе 1 степени и при нормальном объёме мочевого пузыря необходимо наблюдение в динамике.
9. При уретерогидронефрозе 2-3 степеней и нормальном объёме мочевого пузыря показаны операции Коэна, Политано-Леадбеттера.
10. При obturating и вросших камнях нижней трети мочеточника, калькулёзном уретерогидронефрозе 4-5 степеней операция производится по экстренным показаниям - уретеролитотомия с наружной антеградной катетеризацией мочевыводящих путей.
11. При нейрогенном мочевом пузыре, обусловленном клапаном задней части уретры и склерозом шейки мочевого пузыря, производятся клапаноразрушающие операции, полулунный разрез устья мочеточника и аутоцистодубликатура по Савченко.

12. При эктопии устьев мочеточника в полость дивертикула мочевого пузыря с мега-долихо-уретерогидронефрозом 4-5 степеней у детей показана неоцистоимплантация мочеточника с аутоуретероуретеродубликатурой.
13. При сложных сочетанных аномалиях развития мочевыводящей системы необходимо применение симультанные операций с использованием сочетанных разработанных методов.
14. Метод деривации мочевыводящих путей при реконструктивно-восстановительных операциях при патологии пузырного сегмента мочеточника и шеечно-тригональной зоны у детей занимает ключевую роль.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах:**

- [1-А] Сафедов Ф.Х. Выбор тактики оперативного вмешательства при дисплазии цисто-уретерального и шеечно-тригонального отделов мочевого пузыря [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Мирзоев Р.К. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. – 2003. – №3. – С. 58-60.
- [2-А] Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бакиева Г.Т., Бобоева Ф.И. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе, 2010 г. – С. 297–299.
- [3-А] Сафедов Ф.Х. Пути прогнозирования и профилактика осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе [Текст] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Джабборов С.С. // Журнал Паёми Сино. Душанбе. – № 4. – 2010. – С. 17-22.
- [4-А] Сафедов Ф.Х. Оптимизация способов деривации мочи при аномалиях развития мочевыделительной системы у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов. А.А., Азизов Б.А., Атоев И.К. // Журнал Паёми Сино. Душанбе – 2010. – № 4 . – С. 52-56.
- [5-А] Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при дисплазии пузырного сегмента мочеточника при вторичном уrolитиазе [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // Журнал Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2011. – №2. (175). – С. 95-99.
- [6-А] Сафедов Ф.Х. Оценка результатов повторных реконструктивно-восстановительных операции при мега-долихо-уретере у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Азизов Б.А. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2011. – № 3. – С. 349–352.
- [7-А] Сафедов Ф.Х. Течение калькулёзного пиелонефрита у детей на фоне врожденной дисплазии почечной паренхимы [Текст] / Азизов А.А., Сайёдов К.М., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х., // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2011. – № 3. – С. 19–21.
- [8-А] Сафедов Ф.Х. Современный подход к вопросу реконструктивно-восстановительных операций при мега–долихо–уретерогидронефрозе у детей //

Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. / Журнал Паёми Сино. Душанбе – 2012. – № 2. – С. 66–72.

[9-А] Сафедов Ф.Х. РВО у детей с мега–долихо–уретерогидронефрозе при дистопии устьев мочеточников в дивертикул мочевого пузыря [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. // Журнал Паёми Сино. Душанбе – 2012. – № 4. – С. 71–76.

[10-А] Сафедов Ф.Х. Оценка способов РВО при патологии шеечно-тригональной зоны и пузырного сегмента мочеточника у детей / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2012. – № 2. – С. 43–48.

[11-А] Сафедов Ф.Х. Оценка анатомо-функциональных состояний мочеточника при реконструктивно-восстановительных операциях на фоне дисплазии пузырно-тригональной и пузырно-уретеральных зон [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Набиев З.Н. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2015. – № 1. – С. 155–157.

[12-А] Сафедов Ф.Х. Диагностика и дифференциальная хирургическая тактика при дивертикулах мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Набиев З.Н. // Вестник Таджикского национального университета. Душанбе: «Сино»– 2015. –№ 1/3 (164). – С. 224–226.

[13-А] Сафедов Ф.Х. Внедрение одномоментных сочетанных операций в детскую урологическую практику [Текст] / Азизов А.А., Фуломов Ф.М., Каримова М.К., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К. // Научно-медицинский журнал Симурғ. 2022. –14 (2). – С. 10–16.

[14-А] Сафедов Ф.Х. Современный взгляд на проблему факторов риска осложненного нефролитиаза у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бадалов Ш.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А.// Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2023. – №4. – С. 5–10.

[15-А] Сафедов Ф.Х. Клинико-морфологическая диагностика и хирургическая тактика лечения больных с вторичным нефролитиазом, обусловленным дисплазией паренхимы почек, на фоне хронической болезни почек у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Бадалов Ш.А., Фуломов Ф.М., Атоев И.К. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2023. – №4. – С. 88–95.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

[16-А] Сафедов Ф.Х. Реорганизация детской урологической помощи [Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2001. – №4. – С. 34–35.

[17-А] Сафедов Ф.Х. Способы пластической и восстановительной хирургии верхних мочевых путей у детей [Текст] / Махмаджанов Д.М., Азизов А.А., Мирзоев Р.К., Сафедов Ф.Х., Зиёвиддинов А.Р. // «Адаптация, стресс, здоровье», (сборник научных статей). Душанбе – 2001. – С.424–432.

- [18-А] Сафедов Ф.Х. Способы пластической и восстановительной хирургии нижних мочевых путей у детей [Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Мирзоев Р.К., Сафедов Ф.Х., Зиёвиддинов А.Р. // «Адаптация, стресс, здоровье», (сборник научных статей). Душанбе – 2001. – С.224–232.
- [19-А] Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при дисплазии пузырного сегмента мочеточника и шейки мочевого пузыря [Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Материалы Третьего Российского научного форума «хирургия 2001» Достижения современной хирургии. Москва – 2001. – С. 11-12.
- [20-А] Сафедов Ф.Х. Пластические и реконструктивные операции при гидронефрозе у детей [Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Материалы третьего российского научного форума «Хирургия 2001» Достижения современной хирургии. Москва – 2001. – С. 12-13.
- [21-А] Сафедов Ф.Х. Результаты хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Нидоев Б.М. // Актуальные проблемы клинической онкологии. 50-ая научно-практическая конференция Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Душанбе – 2002. – С. 85–86.
- [22-А] Сафедов Ф.Х. Радикальная одномоментная реконструктивно-восстановительная операция при дисплазии шеечно-тригонального и пузырно-мочеточникового сегментов мочевого пузыря [Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К., Шаханов А.Ш. // Второй Российский конгресс. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва – 2003. – С. 15–17.
- [23-А] Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение экстрофии мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. // Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии-реаниматологии, травматологии и нейрохирургии детского возраста. Ташкент – 2004. – С. 91–92.
- [24-А] Сафедов Ф.Х. К вопросу антирефлюксной операции при склерозе шеечно-тригональной зоны мочевого пузыря у детей [Текст] / Бакиева Г.Т., Азизов А. А., Шаханов А.Ш., Сафедов Ф.Х., Каримова М. К. / Материалы Всероссийского научного форума хирургии. Москва, 2005. – С. 16–17.
- [25-А] Сафедов Ф.Х. Комплексная диагностика и лечение хронической почечной недостаточности (ХПН) на фоне калькулёзного пиелонефрита у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Бакиева Г.Т. // Материал II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 231.
- [26-А] Сафедов Ф.Х. Отдалённые результаты хирургического лечения обструктивного-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К., Рабиев Р. К. // Материал II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 232.
- [27-А] Сафедов Ф.Х. Ближайшие результаты реконструктивно-восстановительных операций при вторичном нефролитиазе на фоне врожденных пороков развития почек у детей [Текст] / Мирзоев Р.К., Сафедов

- Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К. // Материалы II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 215.
- [28-А] Сафедов Ф.Х. К вопросу о внедрении одномоментных способов реконструктивно-восстановительных операций при дисплазии пузырно-тригональной и пузырно-уретеральных зон, с нейрогенным мочевым пузырём, уретерогидронефрозом, и хронической почечной недостаточностью II-III [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. // НПК «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» Душанбе – 2008. – С. 264–266.
- [29-А] Сафедов Ф.Х. Оптимизация хирургического лечения и функциональной реабилитации детей с хронической почечной недостаточностью калькулёзной этиологии [Текст] / Азизов Б.А., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х., // НПК «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» Душанбе – 2008. – С. 269–270.
- [30-А] Сафедов Ф.Х. Диагностика и комплексное лечение аномалий развития мочевых путей в зависимости от структурных и функциональных изменений у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бакиева Г.Т. // НПК 70-летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2009. – С. 460–462.
- [31-А] Сафедов Ф.Х. Прогнозирование и профилактика осложнений при люмботомии у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Джабборов С.С. // Девятый Российский конгресс. Москва. – 2010. – С. 334.
- [32-А] Сафедов Ф.Х. Способ деривации мочи при неоцистоуретероанастомоз у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // Девятый Российский конгресс. Москва. 2010. – С. 334-335.
- [33-А] Сафедов Ф.Х. Рохҳои пешгуи ва пешгирии оризаҳо баъди ҷарроҳии люмботомия [Матн] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Джабборов С.С. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе. – 2010. – №1. – С. 21–24.
- [34-А] Safedov F. KH. Analysis of the results of repeated reconstructive surgery for children with megaurether [Text] / Safedov F. KH., Azizov A.A., Azizov B.A. Bakieva G. T. // Abstracts of XI congress of pediatricians of eurazian countries. Dushanbe, Tajikistan – 2011. – С. 100.
- [35-А] Сафедов Ф.Х. Роль неспецифического иммунитета в профилактике послеоперационных осложнений при хронической почечной недостаточности калькулёзной этиологии у детей [Текст] / Атоев И.К., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Сайёдов К.М., Бадалов Ш.А // II съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистан. Ташкент, 2011. – С. 49–51.
- [36-А] Сафедов Ф.Х. Современный подход к вопросу реконструктивно-восстановительных операций при мега-долихо-уретерогидронефроза у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Сайёдов К.М. // II съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистан. Ташкент. 2011. – С. 51–53.
- [37-А] Сафедов Ф.Х. Роль ультразвукового исследования при закрытых повреждениях селезенки у детей [Текст] / Асламов Б.Н., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х., Займуддинов Б.А. // II съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистан. Ташкент, 2011. – С. 205–206.

- [38-А] Сафедов Ф.Х. Пешниҳод ва такмили усулҳои хориҷ намудани пешоб ҳангоми дигаргун ва барқарорсозии маҷрои пешоб [Матн] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бадалов Ш. А. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2011. – № 1. – С. 8–12.
- [39-А] Сафедов Ф.Х. Одни из вариантов деривации в хирургическом лечении осложнённых камней пузырного сегмента мочеточника у детей [Текст] / Азизов А.А., Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Московская конференция «Гнойно–септические заболевания у детей». Москва, 2011. – С. 121–123.
- [40-А] Сафедов Ф.Х. Усулҳои такмил ва тармими амалиётҳои барқарорию-азнавсозии ҳангоми мавриди санги оризанок гашта [Матн] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе 2011. – №3. 4–6.
- [41-А] Сафедов Ф.Х. Моҳияти дуруст ба роҳ мондани маҷроҳои пешоб ҳангоми амалиёти дигаргун ва барқарорсозии узвҳои системаи пешоброҳа [Матн] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р., Бакиева Г.Т., Бадалов Ш.А. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2011. – №3. – С. 3–8.
- [42-А] Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение острых воспалительных заболеваний яичка и придатка у детей [Текст] / Файзулоев Д.А., Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Шерназаров И.Б. // Научно-практическая конференция с международным участием. «Новые технологии детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Самарканд. – 2012. – С. 128.
- [43-А] Сафедов Ф.Х. Неоцистоуретероанастомоз при дистопии устьев мочеточников в дивертикулы мочевого пузыря с мега-долихоуретерогидронефрозом у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // НПК с международным участием. «Новые технологии детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Самарканд – 2012. – С. 91–92.
- [44.-А] Сафедов Ф.Х. Повторные реконструктивно-восстановительных операции при мега-долихоуретерогидронефрозе у детей [Текст] / Азизов А.А. Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х.// НПК. Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки ТГМУ. Душанбе – 2012. – С. 389–390.
- [45-А] Сафедов Ф.Х. Предоперационная подготовка больных с дисплазией пузырно-мочеточниковой и шеечно-тригональной зоны у детей на фоне уросепсиса [Текст] / Азизов А.А., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К // НПК. «Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе – 2013. – С. 19.
- [46-А] Сафедов Ф.Х. Оценка результатов повторных корригирующих операций при мега-долихоуретере у детей [Текст] / Азизов А.А., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х. // НПК. «Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе – 2013. – С. 20.
- [47-А] Сафедов Ф.Х. Адекватная терапия после одномоментных сочетанных операции при дисплазии пузырно-мочеточниковых и пузырно-тригональных зон, обусловленных вторичным нейрогенным мочевым пузырём [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р., Атоев И.К. // НПК.

«Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе – 2013. – С. 21.

[48-А] Сафедов Ф.Х. Аз ихтироъ ба инноватсия «Аз ихтироъ ба инноватсия» [Матн] / Сафедов Ф.Х. // Маркази миллии патенту иттилооти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Моликияти саноати ва бозор, Маҷаллаи илмию амали. Душанбе – 2014. – С. 98.

[49-А] Сафедов Ф.Х. Оиди ихтироъ ва кашфиёт дар шӯъбаи урологияи кӯдаконаи ММТТ [Матн] / Азизов А.А., Займудинов Б.М., Сафедов Ф.Х., Шаханов Н.С., Сатторов М.А. . // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2015. –№ 2(19). – С. 11–16.

[50-А] Сафедов Ф.Х. Инноватсияи ихтирооти амалиёти дигаргун ва барқарорсозии масонаи нейрогении дуҷуминдараҷаи кӯдакон [Матн] / Азизов. А.А., Боқиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Шохунов Н.С. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2016. –№ 1(22). – С. 12–16.

[51-А] Сафедов Ф.Х. Тактика лечения камней мочеточников у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Атоев И.К. Сафедов Ф.Х. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 167–168.

[52-А] Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение уретероцеле у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Сафаров А.И. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 168-170.

[53-А] Сафедов Ф.Х. Дифференцированный подход и хирургическое лечение при сегментарной дисплазии мочеточников у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Махмаджанов Д.М. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 303–304.

[54-А] Сафедов Ф.Х. Современные методы диагностики хирургических болезней почек у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2020. – №4. – С. 81–82.

[55-А] Сафедов Ф.Х. Новое в лечении и профилактике хирургических осложнений неполных удвоений почек у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2020. – №4. –С. 82–83.

[56-А] Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение дисплазии пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей грудного возраста [Текст] / Сафедов Ф.Х., Шаханов Ф.А., Атоев И.К. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2020. – №4. – С. 101–102.

[57-А] Сафедов Ф.Х. Специфическая антидотная терапия в комплексном лечении детей с фосforoорганическими отравлениями [Текст] / Мазабшоев С.А., Шамсзода Х.А., Сафедов Ф.Х., Курбонов Ш.Ш. // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2020. – №4. – С. 76–77.

[58-А] Сафедов Ф.Х. Дифференцированные тактики хирургического лечения при дисплазии пузырного сегмента мочеточников у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Саидов М., Абдулов Ф.У., Сафедов Ф.Ф. // «Новые проблемы

медицинской науки и перспективы их решений» XVI – НПК молодых учёных ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2021. – С. 123–124.

[59-А] Сафедов Ф.Х. Паллиативное хирургическое лечение дисплазии пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей грудного возраста [Текст] / Сафедов Ф.Х., Шаханова Ф.А., Холниёзов Ш.Ф., Абдулов Ф.У. // «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» XVI – НПК молодых учёных ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2021. – С. 200.

[60-А] Сафедов Ф.Х. Внедрение на практике изобретенных новых способов реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях развития мочеполовых органов у детей [Текст] / Азизов А.А., Фуломов Ф.М., Азизов Б.А., Каримова М.К., Сафедов Ф.Х., Бадалов Ш.А. // НПЖ. Вестник медико-социального института Таджикистана. 2022. – 4(5) – С. 5–16.

### **Монография**

1. Сафедов Ф.Х. Анатомияи системаи шошаю таносул [Матн] / С.Т. Ибодзода, Ф.Х. Сафедов. – Душанбе – 2023. 80 с.

2. Сафедов Ф.Х. Абдоминальная хирургия детского возраста [Текст] / А.А. Азизов, И.Б. Шерназаров, Ф.Х. Сафедов. Душанбе – 2011. – 511 с.

3. Сафедов Ф.Х. Анатомияи системаи дилу рағҳо [Матн] / С.Т. Ибодзода, Ф.Х. Сафедов, Р.Ҳ. Зокиров, С.Г. Али-Заде. Душанбе – 2023. – 168 с.

### **Патенты**

1. Сафедов Ф.Х. Устройства для дренирования мочевого пузыря при цистопластике по поводу его экстрофии. Патент № ТЈ 401. [Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Ли О.Э., Шаханов А.Ш., Мирзоев Р.К. Душанбе – 2004.

2. Сафедов Ф.Х. Способ дренирования при формировании мочевого пузыря по поводу его экстрофии. На Патент № ТЈ 402. [Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Ли О.Э., Шаханов А.Ш., Мирзоев Р.К. Душанбе – 2004.

3. Сафедов Ф.Х. Способ резекции дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов с антирефлюксной защитой у детей. Патент № ТЈ 479. [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. Душанбе. – 2008.

4. Сафедов Ф.Х. Дозированный фиксатор лонных костей при цистопластике по поводу экстрофии мочевого пузыря у детей. Патент № ТЈ 410. [Текст] / Азизов А.А., Займутдинов Б.М., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К. Душанбе. – 2011.

5. Сафедов Ф.Х. Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликатуры» при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленным дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей. Патент № ТЈ 485. [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. Душанбе – 2011.

6. Разработана техника операции “полулунный разрез” под устье мочеточника при пузырно-почечном рефлюксе у детей. Патент № ТЈ 371. [Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т. Душанбе. – 2008.

7. Сафедов Ф.Х. Способ неоцистоуретероанастомоза с аутоуретероуретеродубликатурой при дистопии устьев мочеточников в дивертикулах мочевого

пузыря с мега-долихоуретерогидронефрозом у детей. Евразийский патент № 025992. [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. Москва. – 2017.

8. Сафедов Ф.Х. Способ лечения мочевого свища при уретеролитотомии у мальчиков. Малый патент № ТЈ 1204. [Текст] / Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р., Махмаджонов Д.М., Холниёзов Ш.Ф. Душанбе. – 2020.

9. Сафедов Ф.Х. Способ лечения мочевого свища при уретеролитотомии у девочек. Малый патент № ТЈ 1203. [Текст] / Сафедов Ф.Х., Холниёзов Ш.Ф. Душанбе. – 2020.

#### **Интеллектуальный продукт**

1. Сафедов Ф.Х. «Способ выявления втянутого внутривидеочечного мочеточника по урограммам на фоне вторичного нефролитиаза у детей». Интеллектуальный продукт. Свидетельство № ТЈ 0124. [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Махмаджанов Д.М., Мирзоев Р.К., Атоев И.К. Душанбе. – 2009.

#### **Рационализаторские предложения**

1. Сафедов Ф.Х. Способ замены полиэтиленового сквозного дренажа на катетер Фоле после операции рассечения шейки мочевого пузыря [Текст] / Удостоверение № 119. Азизов А.А., Сафедов Ф.Х. с соавт. ВОИР Душанбе – 2006.

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – артериальное давление  
ВНМП – вторично-нейрогенный мочевого пузыря  
ВП – врождённый пиелонефрит  
ВПБ – врождённая почечная болезнь  
ВПН – врождённая почечная недостаточность  
ДПСМ – дисплазия пузырных сегментов мочеточников  
ИО – инфравезикальная обструкция  
КЗЧУ – клапан задней части уретры  
КРИ – кортико-ренальный индекс  
ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент  
МВП – мочевыводящие пути  
МВС – мочевыделительная система  
МДУ – мега-долихоуретер  
МДУГН – мега-долихо-уретерогидронефроз  
МИ – мочеточниковый индекс  
МКБ – мочекаменная болезнь  
МРУ – магнитно-резонансная урография  
МУ – мегалоуретер  
О – отсутствует  
ОЦК – объём циркулирующей крови  
ПИ – паренхиматозный индекс  
ПМР – пузырно-мочеточниковый рефлюкс  
ПРМпС – порок развития мочеполовой системы  
ПУС – пузырный сегмент мочеточников  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
СШМП – склероз шейки мочевого пузыря  
ТЛА – терминолатеральный анастамоз  
УГН – уретерогидронефроз  
УЗИ – ультразвуковое обследование  
УУА – уретероуретероанастамоз  
ХНУ – хроническое нарушение уродинамики  
ХП – хронический пиелонефрит  
ХБП – хроническая болезнь почек  
ЧЛС – чашечно-лоханочная система  
ЧПНС – чрескожная пункционная нефростомия  
ШТЗ – шеечно-тригональная зона

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ  
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОЧИКИСТОН  
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ВБД 616-053,2+616.6+616-089

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**САФЕДОВ ФАХРИДДИН ХОЛНИЁЗОВИЧ**

**ТАШХИС ВА УСУЛҲОИ ИННОВАТСИОНИИ ҶАРРОҲИИ  
РЕКОНСТРУКТИВӢ-БАРҚАРОРСОЗӢ ҲАНГОМИ ДИСПЛАЗИЯҲОИ  
МИНТАҚАҲОИ ТРИГОНАЛӢ-ГАРДАНАКӢ ВА МАСОНАВӢ-  
УРЕТРАЛӢ ДАР КӢДАКОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии  
доктори илмҳои тиб  
аз рӯйи ихтисоси 14.01.19 –Ҷарроҳии атфол

**Душанбе – 2024**

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шудааст.

**Мушовири илмӣ:** **Азизов Азам** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:** **Зоркин Сергей Николаевич** – доктори илмҳои тиб, профессор, роҳбари ДТИ нефроурологияи кӯдакон, мудирӣ шӯбаи урология бо ғурӯҳи репродуктология ва трансплантология, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакон бо бахши эҳё ва беҳисгардонии ФГАУ «Маркази миллии тиббии таҳқиқотии солимии кӯдакон» Вазорати тандурустии ФР,

**Ибодзода Хабибулло Ибод** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакон, МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Юсупов Шухрат Абдурасулович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакон №1 Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

**Муассисаи пешбар:** Муассисаи таълимии таҳсилоти иловагии касбии федералии давлатии бучавии «Академияи тиббии таҳсилоти касбии бефосилаи Россия», Вазорати тандурустии Федератсияи Россия.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2025 соати «\_\_\_\_\_» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D КОА-040–и назди МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо нишони 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31 [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), (+992) 928217755 баргузор мегардад.

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

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2024 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ**  
**шурои диссертатсионӣ,**  
**н.и.т., дотсент**

**С.Г. Али-Заде.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамияти мавзуи таҳқиқот.** Ҳолатҳои патологӣ ҳангоми уропатияи модарзодии инсидодӣ, ки дар натиҷаи ихтилоли функцияҳои механизми маҳкамкунандаи минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибӣ пайдо шуда, ба ихтилолҳои вазнини сохториву функционалӣ оварда мерасонанд. Тақрибан сола нест, ки дар яке аз кишварҳои дунё ҷанбаҳои гуногуни ин проблема мавриди баррасӣ қарор нашофта бошад (Пулатов А.Т, Азизов А.А, Маҳмадҷанов Д.М., 1994; А.А. Азизов, 2005, 2007; М.М. Алиев ва ҳаммуаллифон, 2007; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов ва ҳаммуаллифон, 2009; Л.М. Левитская ва ҳаммуаллифон, 2011; К.М. Матюшина ва ҳаммуаллифон, 2014; А.П. Тарасов ва ҳаммуаллифон, 2016; С.Н. Зоркин ва ҳаммуаллифон, 2016; Икромов Т.Ш. ва ҳаммуаллифон, 2017; Азизов А.А. ва ҳаммуаллифон, 2019, 2020; Ибодов Ҳ.И. ва ҳаммуаллифон, 2021; Retik A.B., Campbell 2007; Esposito L. Masieri L. Iboth., 2019;).

Ташҳиси саривақтӣ ва таъоботи муваффақиятноки кӯдакони бемори гирифтори нуқсонҳои рушд ва дисфункцияҳои системаи пешоб ва оқибатҳои онҳо проблемаи ниҳоят мушкил ва муҳимми тиббиву иҷтимоӣ ва иқтисодии умумии давлатӣ маҳсуб мешавад (Абделаев Ф.К., 2013; Дутов В.В., 2014; Л.А. Дерюгина ва ҳаммуаллифон, 2015; Азизов А.А. с соавт., 2016; О.Л. Морозова ва ҳаммуаллифон, 2019., Раҳматова Р.А. ва ҳаммуаллифон, 2020 Adorisio O., 2011). Дар соҳаи ҷарроҳии кӯдакон дар фаҳмиши этиопатогенез, тақмили усулҳои ташҳис ва коркарди равишҳои таъоботи дисплазияҳои минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибӣ дастовардаҳои муҳим ба назар мерасанд. Нигоҳ накарда ба таҷрибаи ғаниву густурдаи клиникӣ ва татбиқ намудани тадбирҳои профилактикӣ, бемории мазкур то имрӯз яке аз проблемаҳои ҷиддии нефрологияи педиатрӣ ва урология боқӣ мемонад. Нигаронии маҳсусро хатари баланди пешравии беморӣ то марҳилаи норасоии музмини гурдаҳо ба вучуд меорад. Мувофиқи маълумотҳои муосир, басомади пайдошавии ин ориза аз 16% то 40% -и ҳолатҳоро тақшил мекунад (Трапезникова М.Ф., 2002; Ческис А.Л., 2004; Осипов И.А., 2016; Азизов А.А. ва ҳаммуаллифон, 2019, 2020).

Дисфункция минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибиро тағйиротҳои вазнини морфофункционалии гурдаҳо ва пешоброҳаҳо ҳамроҳӣ мекунанд. Аксар вақт чунин кӯдакон дар шубҳаҳои маҳсуси ҷарроҳӣ дер, дар марҳали кӯҳна шудани беморӣ, вақте ки норасоии полиорганӣ (бисёрузвӣ), пеш аз ҳама вақте, ки ҳолати гомеостаз ва статуси иммунӣ вайрон мешавад, бистарӣ карда мешаванд. Сабаби дер бистарӣ шудан - ташҳиси дер (В.И. Говалло, 1987; С.И. Рябов, И.А. Ракитянская, А.Н. Шутко., 1989; Ю.М. Ахмедов, 1992; Ю.Э. Рудин, 2002; М.П. Разин ва ҳаммуаллифон, 2007; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов ва ҳаммуаллифон, 2009; Б.М. Лолаева ва ҳаммуаллифон, 2011; А.А. Азизов, 2014, 2020; Яцык С.П. ва ҳаммуаллифон 2021).

Дар таъоботи беморони гирифтори дисфункцияи системаҳои пешоб, ки дар натиҷаи дисплазияи сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон пайдо шудаанд, мавқеи асосиро усулҳои ҷарроҳии ислоҳкунанда ишғол мекунанд. Аз амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми та-

бобати дисплазияи сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон айни замон усулҳои гуногуни пластикӣ, ба монанди систоуретеропластика, систопластика дар модификатсияҳои гуногун ва ғайр мавриди истифода қарор дода мешаванд. натиҷаҳои ғайриқаноатбахши ин категорияи беморон дар натиҷаи ислоҳи нокифояи радикалии ҷарроҳии нуқсонҳои модарзодӣ, захролудсозии сироят, тағйиротҳои перифокалии бофтаҳо, сари вақт иҷро накардани ҷарроҳиҳо ба вучуд меоянд (Азизов А.А. ва ҳаммуаллифон, 2008-2009; Азизов Б.А. ва ҳаммуаллифон, 2009; И.Л. Бабанин, В. Г. Гельд, И.В. Казанская, 2016; В.И. Руненко, В.А.Быковский, Ю.Ю. Соколов, 2016; Яцык С.П. ва ҳаммуаллифон 2020, 2021).

Соҳтор ва махсусиятҳои ҳолибро (пешоброҳаро), ки нишон медиҳанд дар сатҳи тангиҳои физиологӣ дар девораи ҳолиб «сфинктерҳои» рағҳо мавҷуданд, ки аз чамъшавии соҳторҳои махсуси рағҳо дар қабатҳои зерлуобӣ ва бофтаҳои пайваस्तкунандаи байни мушакҳо ташкил ёфтаанд, ба ҳисоб намегиранд [Ю.А. Пытель 1960; Ю.Б. Бабаев 1968; С.А. Бакунц 1970; Д.В. Кан 1973; И. Литтманна 1982; Ф. Хинман 2001; М.В. Шумихина ва ҳаммуаллифон, 2016; И.М. Каганцов ва ҳаммуаллифон, 2018], ин ташкилотҳои рағҳо аз ҷиҳати соҳтори ҷисмҳои кавернозиро ба ёд меоранд, барои ҳамин ҳам онҳоро кавернозмонанд меноманд. Аҳамияти анатомофизиологии соҳторҳо ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст, онҳоро ҳангоми ҷарроҳиҳо ба ҳисоб намегиранд.

Ҳамчунин ҳолати иммунодифитситӣ ҳангоми дисфунксияи системаи пешобхориҷкунӣ ба ҳисоб гирифта намешавад (Ю.М. Ахмедов, 1992; М.П. Разин ва ҳаммуаллифон, 2007; А.А. Азизов, 2008, 2009; Д.А. Морозов, А.А. Свистунов ва ҳаммуаллифон, 2009; М.Н. Шатохин ва ҳаммуаллифон, 2019).

Усулҳои сершумори мавҷудаи ҷарроҳиҳои реконструктивӣ-барқарорсозӣ ҳангоми аномалияҳои инкишофи роҳҳои пешоб ба бознигарӣ ва такмил додан ниёз доранд, зеро ҷарроҳон аз натиҷаҳои ҷарроҳиҳо розӣ нестанд, яъне фоизи оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ баланд боқӣ мемонад. Проблемаҳо ҳангоми муқаррар кардани васеъшавии пешоброҳа (ҳолиб) бо қачиҳои зонумонанди сершумори эмбрионалӣ-фиброзӣ, гидроуретеронефроз – мегадолихоуретер ба мушоҳида мерасанд, ки онҳоро бемории модарзодии гурдаҳо (БМГ) ҳамроҳӣ мекунад. Дар ин беморон аксари урологҳо то имрӯз нефростомияи тазриқии зерипӯстиро ба қор мебаранд (Н.А. Лопаткин., А.Г. Пугачёв., 1990; А.Ю. Павлов, Ш.И. Салихар ва ҳаммуаллифон, 2008; А.В. Писклаков, Ю.Е. Зайцев ва ҳаммуаллифон, 2009; Л.Б. Меновшикова ва ҳаммуаллифон, 2016; А.Г. Мартов ва ҳаммуаллифон, 2018; Азизов А.А., ва ҳаммуаллифон, 2009, 2017, 2020), чунин меҳисобанд, ки ин тактика иҷозат медиҳад, то имкониятҳои функционалии гурдаҳо ва ҳолиб дар марҳилаи рафъ кардани инсидоди гурдаҳо ба таври объективӣ арзёбӣ карда шавад. Аммо ин равиш як қатор маҳдудиятҳо низ дорад. Дар ҳолате, ки агар пас аз рафъ кардани инсидоди гурдаҳо кам шудани дилататсия ба назар нарасад, ҷарроҳии антирефлюксӣ бесамар баҳогузорӣ карда мешавад. Дар чунин ҳолатҳо баъзе мутахассисон ҳаллу фасли радикалиро тавсия мекунанд: соҳтани уретероуретероанастомози навъи «нӯт ба нӯт» ва гузоштани нефростомаи якумрӣ дар гурдаи нисбатан бештар осебдида.

Аммо кӯдакони синни барвакти кӯдакӣ низ ба назар мерасанд, ки бо ҳолати вазнини норасоии модарзодии гурдаҳо (НМГ) дар марҳилаи терминалӣ дохили беморхона мешаванд. Дар чунин ҳолатҳо ҷарроҳии минималӣ - гузоштани уретерокутанеостомия зарур аст, бо мақсади декомпрессияи роҳҳои пешоброн ва тайёр кардан ба ҷарроҳии радикалӣ.

Ҷустуҷӯии усулҳои беҳтарсозии ҷарроҳӣҳои реконструктивӣ-барқарорсозӣ беист меафзояд. Аммо бисёр масъалаҳои ҳалнашуда боқӣ мондааст.

Нобарориҳо ва оризаҳо ҳангоми табобат кардани оқибатҳои дисплазияи сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ дар 8,7-48% - и ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад. (Лопаткин Н.А. ва ҳаммуаллифон, 2010; Зоркин С.Н. ва ҳаммуаллифон, 2012; Шарков С.М. ва ҳаммуаллифон, 2012; А.А. Азизов ва ҳаммуаллифон, 2019, 2020; В.В. Сизонов ва ҳаммуаллифон, 2020).

Таҳқиқоти мо ба оптимизатсия ва такмил додани усулҳои мавҷудбудаи ҷарроҳӣҳои реконструктивӣ-барқарорсозӣ дар ноҳияҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ нигаронида шудааст. Ҳадафи ниҳой хеле беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии мегауретера дар кӯдакон мебошад, ки яке аз вазифаҳои нисбатан мураккаб дар ҷарроҳии кӯдакон маҳсуб мешавад.

Дар амалияи муосир равишҳои гуногуну зиёди ҷарроҳии ислоҳи дисфунксияҳои аз дисплазияи сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ ба вучудода ба мушоҳида мерасад.

Ин тактикаҳои зиддиятноқ аз зарурати коркарди равишҳои бештар фарқкунанда нисбат дар интиҳоби усули амалиёти ҷарроҳӣ гувоҳӣ медиҳанд.

Коркарди усулҳои тафриқавии нави тактикӣ ва техникаи табобати ҷарроҳии инсидодҳои модарзодии минтақаҳои уретеровезикалӣ ва гарданаку тригоналӣ, ки дар натиҷаи ихтилолҳои уродинамикии роҳҳои болоии пешоброҳа (РБП) ва дисфунксияи морфофункционалии гурдаҳо пайдо шудаанд, мубрам будани пажӯҳиши моро инъикос мекунанд.

Вобаста аз ин зарурати бознигарии масъалаҳои ташхис ва тактикаи ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ дар кӯдакон ба миён меояд.

### **Дарачаи азхудшудани масъалаи илмӣ.**

Таҳлили адабиётҳои солҳои охир нишон медиҳанд, ки ба таҳқиқотҳои сершумори анҷомёфтаи бахшида ба ташхис ва ислоҳи ҷарроҳии тавассути усулҳои инноватсионии ҷарроҳӣҳои реконструктивӣ-барқарорсозии дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон нигоҳ накарда, бисёр чанбаҳо ва проблемаҳо норавшан боқӣ мемонанд ва қовишҳои усулҳои алтернативӣ ва ҳаллу фасли онҳоро тақозо мекунанд.

Аз ҷумла, муайян кардани усулҳои табобати нуқсонҳои муштараки инкишоф ҳангоми дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналии кӯдакон дар ҳолати кӯҳнашуда ҳаллу фаслношуда боқӣ мемонанд. Аз нуқтаи назари муосири урологияи кӯдакон муносибати фардикунонидашуда - ба бемор нигаронидашуда нисбат ба ташхис ва табобати дисплазияи сегментҳои масонаву ҳолиб (ДСМХ) ва минтақаи гарданаку тригоналӣ (МГТ) бо омӯхтани ихтилолҳои иммунологӣ дар организм ва

муайян кардани хусусиятҳои морфологӣ ҳангоми ДСМҲ ва МГТ дар кӯдакон хеле зарур ва мубрам ба ҳисоб меравад. Ҳамчунин вобаста аз дараҷаи тағйиротҳои дисплазии сегменти масонаву уретра дар якҷоягӣ бо минтақаи гарданаку тригоналӣ, нодуруст ҷойгиршавии ҳолибҳо ва дивертикули масона, уретерогидронефрози дараҷаи 4-5-и рефлеюкси, ҳамчунин конкрементҳои маҳкамкунанда дар заминаи тағйироти дисплазӣ бо пайдо шудани оризаҳои гуногун кашфношуда боқӣ мемонанд ва ниёз ба коркарди усулҳои иловагии ҳаллу фасли проблемаҳо доранд.

**Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуи илмӣ.**

Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи ҷарроҳии кӯдакон мувофиқи нақшаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст. Таҳқиқоти диссертатсия дар заминаи принципҳои тибби амалӣ асоснок шудааст. Мавзуи илмӣ кафедра: Ташхис ва табобати ҷарроҳии нуқсонҳои инкишоф дар кӯдакон (2018-2022г.). ҚД № 0117ТJ00840.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Такмил додани ташхис ва усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ҳангоми дисплазияҳои сегментҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибии кӯдакон.

**Вазифаҳои таҳқиқот:**

7. Омӯхтани имкониятҳои технологияҳои муосири табобатӣ-ташхисӣ ҳангоми дисплазияҳои сегментҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибии кӯдакон.
8. Муайян кардан ва баҳо додан ба нақши ҳолатҳои пешбеморӣ ва иммунӣ ҳангоми интиҳоб кардани тактика ва ҳаҷми амалиётҳои ҷарроҳӣ.
9. Коркарди нишондодҳои ратсионалӣ барои усулҳои ҷарроҳӣ ҳангоми дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналии кӯдакон вобаста аз дараҷаи ихтилолҳои морфофункционалӣ.
10. Такмил додани усулҳои систоуретеропластика ҳангоми рефлюкси масонавӣ-ҳолибӣ ва тангшавии модарзодии сегменти масонавии ҳолиб, оризанок бо уретерогидронефроз.
11. Оптимизатсияи усули ислоҳи ҷарроҳии шаклҳои гуногуни уретеросели ортотопикӣ ва гетеротопикӣ дар кӯдакон.
12. Баҳодиҳии муқоисавӣ ба усулҳои мавҷудбуда ва ба тозагӣ коркардшудаи ҷарроҳӣ ҳангоми дисплазияҳои минтақаҳои гарданақӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибӣ дар кӯдакон.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот 368 таърихи бемории кӯдакони синну соли аз 1 то 15-солаи дорои ДСМҲ ва МГТ буд, ки дар солҳои 2002-2022 таҳти дар шуъбаи урологияи кӯдакони Маркази миллии тиббии клиникаи ҷарроҳии кӯдакони ВТ ва ҲИА ҚТ таҳти муолиҷаи статсионарӣ қарор доштанд.

Ҳангоми таҳқиқи беморон, дар баробари таҳқиқоти клиника бо назардошти аломатҳои осебҳои дисплазии минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон, муайян кардани ҳолати функционалӣ бо фаро гирифтани осебҳои роҳҳои болоӣ ва поёнии пешоброн бо равишҳои

инфиродин усулҳои иловагии ташхисро истифода карданд. Муайян кардани намудҳои якҷояшавиҳои мураккаби аномалияи инкишоф ва дараҷаи инкишоф-ёбандаи оризаҳо, ки дар байни онҳо аҳамияти муҳимро аз байн бурдани дискриминасияи пешобронӣ ва барқарор кардани қобилияти функционалии роҳҳои пешоброн ба ҳисоб мерафт. Градиенти муайян кардани қобилияти функционалии узвҳои системаи пешоброн ва суръати филтратсияи калобачаҳо ба таври васеъ омӯхта шуд, барои муайян кардани дараҷаи вайроншавии уродинамика дар равиши роҳҳои пешоброн бошад, усули томографияи магнитӣ-резонансӣ, ҳамчунин томографияи компютерии мултиспиралӣ серитилоф ба ҳисоб рафтанд. Барои муайян кардани тағйиротҳои склерозӣ ва ихтилоли архитекtonикаи системаи рағҳо бо нишондиҳандаҳои гемодинамикии паренхимаи гурдаҳо аз сканиркунии доплерографӣ ва дуплексӣ, инчунин таҳқиқоти морфологӣ истифода ба амал оварда шуд. Натиҷаҳои ҳосилшуда пас аз барқарор шудани қобилияти функсионалӣ ва сохтории узвҳои болоӣ ва поёнии системаи пешоброн бо истифода аз бастаи барномаи омории «Статистика 10,0» мавриди коркарди омӯри қарор гирифтанд.

**Мавзуи таҳқиқот.** Мавзуи омӯзиш ташхиси пайдошавии бемориҳои ДСМХ ва МГТ, сабабҳои ретсидиви мега-долихоуретрогидронефроз (МДУГН), шаклҳои клиникаи беморӣ, хусусиятҳои синнусолӣ ва морфологияи параметрҳои иммунологии муҳофизати организм, намудҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои муолиҷа буд. Маводи кофии клиникӣ дар бораи муайян кардани вазнинии ибтидоии оқибатҳои пайдошавии тағйиротҳои гуногуни дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ ва оризаҳои онҳо, ба кор бурдани усулҳои муосири иттилоотноки ташхис, гузаронидани таҳлили интиқодии маълумотҳои ба даст овардашуда натиҷаҳои таҳқиқоти мазкурро тасдиқ мекунанд. Асоснок будани нуқтаҳои асосӣ, ки барои ҳимояи пешниҳодшуда, ҳулосаҳо ва истифодаи амалии онҳо шубҳаангез нестанд.

#### **Навгонии илмӣ таҳқиқот.**

Сабабҳои асосие, ки ба инкишоф ва ҷараёни оқибатҳои дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ ҳангоми вариантҳои гуногуни пайдошавии онҳо ва дар давраҳои гуногуни синнусолӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуданд.

Нақши ихтилолҳои муҳофизати иммунӣ (статуси иммунӣ) ва ҳолатҳои пеш аз беморӣ дар патогенези дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ, сабабҳои музмин шудани пиелонефрит бо ёрии усулҳои маъруфи муосири таҳқиқот омӯхта шуданд. Ҳамчунин сабабҳои худдорӣ қардан аз ҷарроҳӣ ҳангоми номутаносибии инкишоф ва имкониятҳои сари вақт ислоҳ кардани онҳо омӯхта шуданд.

Маълумотҳои объективӣ ба даст овардашуда дар бораи баргаштпазирии қобилияти функционалии гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн имконият медиҳанд, ки муҳлати муносиби муоинаҳо ва муолиҷаи ҷарроҳӣ интиҳоб қарда шавад.

Усули сода ва самараноки ислоҳи ҷарроҳии дараҷаҳои IV ва V-и мегауретера қаркард шудааст. Усули ҷарроҳии антирефлюксии «аутоуретеродубликатураҳо» ҳангоми мега-долихо-уретрогидронефроз, ки дар асари

дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон пайдо шудаанд (**Патенти ТҶ № 485. 01.08.2014**).

Усули резексия ва имплантатсияи сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданақӣ-тригоналии дисплазияшуда бо муҳофизати зиддирефлюксӣ дар кӯдакон (**Патенти ТҶ № 479. 10.06.2011**).

Усули неоимплантатсияи ҳолиб бо аутоуретероуретеродубликатур ҳангоми эктопияҳои даҳонаҳои ҳолиб дар ковокии дивертикуаи масонаи кӯдакон коркард шудааст. (**Патенти Авруосиё № 025992. 02.28.2017**).

Усули чоккунии трансвезикалии гарданаки масона ҳангоми склерози гарданаки масона коркард шудааст. (**Патенти № ТҶ 352. 15.11.2002**).

Усули иваз ва татбиқ кардани дренажи полиэтиленӣ дутарафа ба катетери Фоле пас аз ҷарроҳии буридани гарданаки масона коркард шудааст. (**Пешниҳоди ратсионализатории № 119. 06.06.2006**).

Исканҷа (зажим) барои буридани трансвезикалии гарданаки масона коркард шудааст. (**Патенти № ТҶ 353. 15.11.2002**).

Техникаи ҷарроҳӣ бо бурриши ҳилолӣ дар тағи даҳонаи ҳолиб ҳангоми рефлюкси масонаву гурдаҳо дар кӯдакон коркард шудааст. (**Патенти № 371. 01.08.2003**).

Усули профилактикаи носурҳои пешоб ҳангоми уретеролитотомия бо мавҷуд будани яраҳои девора ва дисплазияи даҳонаи ҳолиб дар духтарҳо (**Патенти № ТҶ 1203. 05.02.2020**).

Усули табобати носурҳои пешоб ҳангоми уретеролитотомия бо мавҷуд будани яраҳои девора ва дисплазияи даҳонаи ҳолиб дар писарҳо (**Патенти № ТҶ 1204. 05.02.2020**).

Бо назардошти хусусиятҳои муайянкардашудаи ҷараён ва муолиҷаи дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ алгоритми комплексиву ратсионалии диспансерӣ-реабилитатсионӣ барои кӯдакони дорои дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ ва оқибатҳои онҳо таҳия карда шудааст.

Нишондод ва зидди нишондодҳо, профилактикаи оризаҳо ва бартарии дренажгузории дарунӣ ва берунии гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн таҳия карда шудааст. (**Патенти № ТҶ 401. 03.03.2004**).

Алгоритми ташҳиси дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон таҳия карда шудааст.

Алгоритми табобати дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон таҳия карда шудааст.

Дар асоси маводи зиёди клиникӣ самаранокии муносибатҳои тафриқавӣ нисбат ба ташҳис ва табобати ҷарроҳӣ ҳангоми бемориҳои минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон исбот карда шудааст.

#### **Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот.**

Самарноқӣ ва қобили қабул будани технологияҳои муосир дар ташҳис ва табобати уретерогидронефрози модарзодии инсидодӣ ва оқибатҳои он, дар амалияи урологияи кӯдакон ба таври васеъ истифода мешаванд, мавриди омӯзиш қарор дода шуданд.

-Истифодаи препаратҳои иммунӣ дар динамикаи ислоҳи статуси иммунӣ кӯдакони бемори гирифтори тағйиротҳои дисплазияи минтақаи ҳолиб-

тригональ-гарданақӣ дар марҳилаҳои гуногуни беморӣ функцияи гурдаҳо ва роҳҳои пешобро беҳтар месозад.

-Бо дар назардошти ҳолатҳои пеш аз беморӣ хусусиятҳои анатомиву физиологияи рушди кӯдакони бемори дорои дисплазияи минтақаи ҳолиб-тригональ-гарданақӣ дар марҳилаҳои гуногуни беморӣ муҳлатҳо ва нишондодҳо барои амалиёти ҷарроҳӣ муқаррар карда мешавад.

- Муносибати тафриқавӣ нисбат ба татбиқ намудани усулҳои нави мувоқибати давраи пас аз ҷарроҳӣ, табобат ва профилактикаи оризаҳои тағйиротҳои дисплазияи минтақаи ҳолиб-тригональ-гарданақӣ дар кӯдакон сифати ҳаёти онҳоро беҳтар месозад.

- Дар натиҷаи коркарди принципҳои омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, интиҳоб кардани дастраскуниҳои ҷарроҳӣ, усулҳои ҷарроҳӣ ва баргараф намудани тағйиротҳои дисплазияи минтақаи ҳолиб-тригональ-гарданақӣ дар табобати уретерогидронефрози кӯдакон беҳбудӣҳо ба даст оварда шуд.

-Татбиқ намудан ва табобати тафриқавию модификатсионии ҷарроҳӣ ҳангоми уретероселҳои гетеротопикӣ ва ортотопикӣ дар кӯдакони таъсири мусбат доранд.

-Принципҳои коркаршудаи реабилитатсияи функциональ дар давраи пас аз ҷарроҳиро метавон дар амалияи нигоҳдории тандурустӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор дод.

### **Нуқтаҳои барои ҷимоя пешниҳодшаванда**

1. Истифода намудани технологияҳои инноватсионии ташҳис, бо назардошти нишондодҳо ва зидди нишондодҳои онҳо, дар якҷоягӣ бо арзёбии ҷиддии ҳолати ҳамаи қисмҳои системаи пешоброни, имконият медиҳад, ки тактикаи табобати ҷарроҳии кӯдакони дорои дисплазияи сегменти масонаи ҳолиб ва минтақаи гарданақӣ-тригональ беҳтар карда шавад.

Муқаррар карда шуд, ки меъёри асосии интиҳоби тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми табобати беморони дорои бемориҳои модарзодии минтақаи масонаву ҳолиб ва гарданақӣ-тригональ дар кӯдакон арзёбии ҳолати гурдаҳо, роҳҳои болоии пешоб ва масона ба ҳисоб меравад.

2. Нуқсонҳои модарзодии системаи пешоброҳа, махсусан сегменти масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданақӣ-тригональ, дар кӯдакон дар зиёда аз 25%-и ҳолатҳо асосан бо симптомҳои умумӣ зоҳир мешаванд. Ин сари вақт ташҳис карданро мушкул месозад ва боиси пайдо шудани оризаҳои ҷиддӣ мегардад. Дар байни онҳо: рефлюкси масонаву гурдаҳо (28,3%), мега-долихо-уретерогидронефроз (51,6%), масонаи нейрогенӣ дуоуминдараҷа (5,6%), систо-уретеронефроуролитиази дуоуминдараҷа (8,4%), нефросклерози дуоуминдараҷа (2,5%), гипертензияи дуоуминдараҷаи гурдаҳо (4,0%). Пиелонефрити модарзодӣ ва бемории модарзодии гурдаҳо дар ҳамаи беморон (100%) ба мушоҳида расид. Ин ҳолат зарурати муносибати барвақт ва комплекси ташҳис, аз ҷумла таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ, усулҳои рентгеноурологӣ, таҳқиқоти ултрасадоӣ, сканиркунии дуплексӣ, инчунин тибқи нишондод ТМСК ва ТМР-ро тақозо мекунад. Чунин муносибат имконият медиҳад, ки беморӣ сари вақт ошкор карда ва инкишофи оризаҳои вазнин пешгирӣ карда шавад.

3. Давомнокии омодагии пеш аз ҷарроҳӣ аз дараҷаи вазнинии патологияи модарзодии минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ ва пайдо шудани оризаҳои онҳо вобаста аст. Тактикаи интихоби тарафҳои ҷарроҳии аввалиндараҷа, ислоҳ ва марҳилавӣ будани табобати ҷарроҳӣ аз шакли оризаҳои минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ, ҳамчунин аз ҳолати морфофункционалии системаи пешоброн вобаста аст.

4. Интихоби тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми бемориҳои модарзодии минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон муносибати инфиродиро талаб мекунад. Пай дар пай қабул кардани қарор дар асоси баҳодихии муфассали дараҷаи тағйиротҳои сохторӣ-функционалии системаи пешоброҳа амалӣ мегардад. Ҳангоми рефлюкси масонаву гурдаҳо ва систолитиази такрорӣ буридани гарданаки масона, резексияи клапан бо асбоби махсус ва коагулятор бо бурриши эпителиситолитотомия ва ҳилолшакли даҳонаи ҳолибҳо бо усули Азизов А. А. ва дарзи зиддирефлюксӣ бо усули Грегуару, ҳангоми мега-долихо-уретерогидронефрозе, ки бо ахалазияи даҳонаи ҳолиб алоқаманд аст, муносибати тафриқавӣ бо истифода аз усулҳои мо аутоуретероуретеродубликатура ва усули Коэн, Политано–Леадбеттера талаб карда мешавад.

5. Ҳангоми уретеротселе низ пас аз арзёбии қисми интрамуралии ҳолиб неосистоуретероанастомоз бо усули Коэн дар модификатсияи клиника, ҳангоми дивертикулҳои даҳонаи ҳолибҳо-резексияи минтақаи дисплазия ва аутоуретероуретеродубликатура бо сохтани муҳофизати антирефлюксӣ иҷро карда мешавад.

6. Ҳангоми систо-уретеро-нефроуролитиази дуҷуминдараҷа, пиелонефрити модарзодии гурдаҳо–ҷарроҳӣҳои якҷаҳзаинаи реконструктивӣ-барқарорсозӣ бо иҷро намудани интубатсияи ҳолибҳо бо усули клиника.

7. Ҳангоми масонаи нейрогении дуҷуминдараҷа – бартараф кардани патология дар ноҳияи гарданаки масона ва аутосистодубликатура бо усули Савченко.

8. Нефростомияи пешакии тазриқи зерипӯстӣ ва уретерокутанеостомия бо мақсади инҳирофи пешоб дар беморони дорои мега-долихоуретеропионефрози возеҳу декомпрессии инсидодӣ, ҳангоми аломатҳои возеҳи ҳолатҳои пеш аз беморӣ, камбуди статуси иммунӣ, ихтилолҳои ҳолати морфофункционалии гурдаҳо ва қобилияти ёзандагии системаи пешоброн нишондод дорад.

9. Давомнокии муоинаи диспансерӣ аз болои беморони дорои бемориҳои минтақаҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва гарданақӣ-тригоналӣ бо диапазони васеъ – аз 3 то 15 сол тафовут дорад. Ин муҳлат аз возеҳии тағйироти морфофункционалӣ, ҳаҷми ҷарроҳии гузаронидашуда, муносиб будани тактикаи интихобкарда ва сифати мувофиқат дар давраи пас аз ҷарроҳӣ вобаста аст.

**Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои таҳқиқот, нуктаҳои барои ҷимоя пешниҳодшаванда, тавсияҳои амалӣ дар заминаи таҳқиқот ва табобати 368 кӯдак бо маводи кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои иловагии ташҳис ва иҷро намудани усулҳои иловагии ташҳис ва иҷро намудани усулҳои гуногуни модарзодии сегменти масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданақӣ-тригоналии масона бунёд шудаанд. Таҳқиқотҳои оригиналии илмӣ

дар шакли нашрияҳои илмӣ, патентҳо, пешниҳодҳои ратсионализаторӣ ва мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ФР ва ҚТ ба таъб расидаанд.

**Мувофиқат кардани диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот).**

Бо шиносномаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.19 – Ҷарроҳии кӯдакон мувофиқат мекунад. Фасли III б.8. Омодагии пеш аз ҷарроҳи ва муроқибати давраи пас аз ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ҳангоми дисплазияи минтақаҳои гарданакӣ-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибӣ дар кӯдакон.

**Саҳми шахсии доктараби унвони илмӣ дар таҳқиқот.** Муаллиф якҷоя бо мушовири илмӣ мавзӯи диссертатсияро интихоб кардааст, мақсад ва вазифа гузоштааст, пойгоҳ, объект ва усулҳои таҳқиқи маводи клиниро омода кардааст. Унвонҷӯ мустақилона маводи клиниро ҷамъбаст намуда, маълумотҳои ҳосилшударо коркарди омӯрӣ намудааст. Ҷамъовари мавод, ковишҳои патентӣ-иттилоотӣ оид ба проблемаҳои ташхис ва усулҳои ҷарроҳии таъбабат дар кӯдаконро (100%) анҷом додааст. Алгоритми ташхис ва таъбабат ҳангоми ДСМҲ ва МГТ (100%) коркард шудааст. Дар баробари иштирок кардан дар таҳқиқот ва тайёр кардани беморон ба ҷарроҳӣ муаллиф як қатор усулҳои ташхисии таҳқиқотро барои мушаххас кардани дараҷаи осебҳои роҳҳои болоии пешоброн, оризаҳои пайдошударо истифода кардааст, ҳамчунин вай усулҳои ҷарроҳӣ ва дренажгузорино интихоб намудааст. Баъди тайёр кардани беморон, муаллиф мустақилона ҷарроҳӣ карда ва иштирок намудааст 100%. Ҷарроҳихоро 100% мустақилона иҷро кардааст.

Натиҷаҳои усулҳои асосии ташхисиву ҷарроҳии ҷарроҳиҳои реконструктивӣ-барқарорсоз шӯъбаҳои ҷарроҳии кӯдакони Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш», клиникаи шаҳрии ҷарроҳии кӯдакон ва беморхонаи шаҳрии вилояти Суғд татбиқ шудаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ҳангоми гузаронидани дарсҳои амалӣ бо донишҷӯён, ординаторҳо ва курсантҳои факултетҳои педиатрӣ ва муолиҷавӣ истифода карда мешаванд.

Дар асоси маводи клиникӣ дар баробари таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва рентгеноурологӣ технологияи муосир, аз қабилҳои систоскопия, ТУС, сканиркунии дулексӣ ба қор бурда шуданд, тибқи нишондод, томографияи компютери мултиспиралӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ истифода карда шуд; сабабҳои асосии ба пайдошавӣ ва ҷараёни оқибатҳои дисплазияи сегменти масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаҳои гарданакӣ-тригоналӣ ҳангоми вариантҳои гуногуни зоҳиршавии онҳо ва дар давраҳои гуногуни синнусолӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Ҳама ихтирооти таҳияшуда ва усулҳои таъбабати ҷарроҳӣ дар фаъолияти амалии ҷарроҳони кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон татбиқ шудаанд: усули ҷарроҳии антирефлюксии «аутоуретеродубликатураҳо» ҳангоми мега-долихоуретерогидронефроз, ки дар асари дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданакӣ-тригоналӣ дар кӯдакон пайдо шудаанд (**Патенти ТҶ № 485. 01.08.2014**).

Усули резексия ва имплантатсияи сегментҳои масонавӣ-ҳолиб ва минтақаи гарданакӣ-тригоналии дисплазияшуда бо муҳофизати зиддирефлюксӣ дар кӯдакон (**Патенти ТҶ № 479. 10.06.2011**) татбиқ шудааст.

Усули неоимплантатсияи ҳолиб бо аутоуретероуретеродубликатура ҳангоми эктопияҳои даҳонаҳои ҳолиб дар ковокии дивертикули масонаи кӯдакон коркард шуда, дар клиникаи кафедраи ҷарроҳии кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» татбиқ шудааст. (**Патенти Авруосиё № 025992. 02.28.2017**).

Усули чоккунии трансвезикалии гарданаки масона ҳангоми склерози гарданаки масона коркард ва татбиқ шудааст. (**Патенти № ТҶ 352. 15.11.2002**).

Исканҷа (зажим) барои буридани трансвезикалии гарданаки масона коркард ва татбиқ шудааст. (**Патенти № ТҶ 353. 15.11.2002**).

Усули иваз ва татбиқ кардани дренажи полиэтилении дутарафа ба катетери Фоле пас аз ҷарроҳии буридани гарданаки масона коркард ва татбиқ шудааст. (**Пешниҳоди ратсионализатории № 119. 06.06.2006**).

Усули ҷарроҳӣ ҳангоми рефлюкси масонаву гурдаҳо дар кӯдакон коркард ва татбиқ шудааст. (**Патенти № 371. 01.08.2003**).

Тактикаи табобати ҷарроҳӣ ва усули дренажгузорӣ ҳангоми уретерогидронефрози калкулёзӣ ва тағйиротҳои маҳдудии дисплазияи даҳонаи ҳолиб дар духтарҳо коркард ва татбиқ шудааст (**Патент № ТҶ 1203. 05.02.2020**).

Усули профилактикаи носурҳои пешоб ҳангоми уретеролитотомия бо мавҷуд будани яраҳои девора ва дисплазияи даҳонаи ҳолиб дар писарҳо коркард ва татбиқ шудааст. (**Патенти № ТҶ 1204. 05.02.2020**).

Алгоритми комплексиву ратсионалии диспансерӣ-реабилитатсионӣ барои кӯдакони дорои дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданакӣ-тригоналӣ ва оқибатҳои онҳо таҳия ва татбиқ карда шудааст.

Алгоритми комплекси табобати кӯдакони дорои дисплазияҳои сегментҳои масонавӣ-ҳолибӣ ва минтақаи гарданакӣ-тригоналӣ ва оқибатҳои онҳо таҳия ва татбиқ карда шудааст.

Ҳиссаи иштироки шахсии муаллиф дар ташҳис ва табобат (100%) ва систематизатсияи хулосаҳо, дар таълифи мақолаҳо ва бобҳои диссертатсия – 100%.

Натиҷаҳои асосии илмӣ мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и назди Президенти ҚТ, хориҷӣ ва форумҳои ихтироъкорон инъикос ёфтаанд, дар нашри натиҷаҳо саҳми шахсии муаллиф 100%-ро ташкил дод. Таҳлил ва ҷамъбасти мавод аз тарафи муаллиф анҷом дода шудааст (100%).

**Таъйиди натиҷаҳои диссертатсия.** Маводи диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш шудааст: Abstractsof XI congress of pediatricians of eurazian countries (29-30 September, 2011; Dushanbe, Tajikistan); дар конференсияи илмӣ-амалии бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Дастовардҳо ва дурнамои рушди ҷарроҳии кӯдакон» (24-25 май, 2013, Душанбе); дар форуми ихтироъкорон (Душанбе, 2014), дар съезди 2-юми ҷарроҳони кӯдакон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2015), дар конференсияҳои ихтироъкорони Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2017), дар съезди 3-юми ҷарроҳони кӯдакон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои

Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2021), дар конференсияи Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон (Данғара, 2021); дар ҷаласаҳои кафедраи ҷарроҳии кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (Душанбе, 2022); дар ҷаласаҳои Ассотсиатсияи ҷарроҳони кӯдакон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2022); дар конференсияи умумироссиягии илмӣ-амалии бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Ҷарроҳии кӯдакон», бахшида ба 100–солагии таваллуди Ю.Ф. Исаков (Москва, 2023); дар ҷаласаи комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино (протоколи №11 аз 19.09.2023).

**Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯйи маводи диссертатсия 75 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз онҳо 15 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшаванди КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон; 3 монография нашр, 9 патент барои ихтироот гирифта шудааст, як пешниҳоди ратсионализаторӣ ва як маҳсулоти интеллектуалӣ мавҷуд аст.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия бо услуби маъмулӣ, дар ҳаҷми 308 саҳифаи формати стандартии матни компютерӣ (Times New Roman - 14, фосилаи 1,5) таълиф шуда, фаслҳои асосиро дар бар гирифта, тавсифи умумии таҳқиқот, 7 боб, шарҳи натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо иборат аст. Дар рисола 58 ҷадвал ва 86 расм, диаграмма ва схемаҳо оварда шудааст. Феҳристи адабиёти истифодашуда 227 сарчашма бо забони русӣ ва 176 сарчашма бо забони англисиро дар бар гирифтааст.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти илмӣ дар шӯбаи урология дар пойгоҳи кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Асоси таҳқиқоти мазкурро натиҷаҳои омӯзиши комплекси 368 кӯдакони бемори дорои дисплазияи сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ ташкил медиҳад, ки аз онҳо 150 ретроспективӣ ва 218 проспективӣ аст, ки инсидоди органикии сегментҳои дисталии ҳолиб ва мегауретер (МУ)-ро ба вуҷуд меоранд, ки дар солҳои 2002 - 2022 ҷарроҳӣ шудаанд.

Меъёрҳои дохилкунии беморон ба таҳқиқот.

1. Розигии огоҳонаи ихтиёрии беморон (ё волидайнӣ онҳо то 14 -сола).
2. Ташҳиси верификатсионӣ «дисплазияи сегменти масонагии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ».
3. Синну соли беморон аз 0 то15-сола.

Дизайни таҳқиқот аз риояи тавсияҳои тиббӣ пас аз ҷарроҳӣ ва руҳсат аз статсионар ва муоинаи динамикии беморон дар давраи таҳқиқот ва табобат иборат мебошад.

Беморон дар асоси аломатҳои клиникӣ ва нишондиҳандаҳои гемограмма ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд (ҷадвали 1).

**Чадвали 1. – Тақсим кардани беморон бо назардошти вазнинии аломатҳои клиникӣ ҳангоми дохилшавӣ**

| Синну сол      | Дарачаи вазнинии ҳолат |                    |                   | Ҳамагӣ            |
|----------------|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
|                | Вазнинии миёна         | Вазнин             | Ниҳоят вазнин     |                   |
| аз 0 то 2-сола | 20 (5,4%)              | 21 (5,7%)          | 23 (6,3%)         | 64 (17,4%)        |
| аз 2то 6-сола  | 83 (22,6%)             | 61 (16,6%)         | 34 (9,2%)         | 178 (48,4%)       |
| 6 – 10-солат   | 37 (10,1%)             | 19 (5,2%)          | 18 (4,9%)         | 74 (20,1%)        |
| 10 - 15 -сола  | 29 (7,9%)              | 16 (4,3%)          | 7 (1,9%)          | 52 (14,1%)        |
| <b>Ҳамагӣ</b>  | <b>169 (45,9%)</b>     | <b>117 (31,8%)</b> | <b>82 (22,3%)</b> | <b>368 (100%)</b> |

Бо назардошти вазнинии аломатҳои клиники кӯдакони таҳқиқшуда ҳангоми дохилшавӣ ва маълумотҳои чадвали 8 муайян карда шуд, ки зиёда аз нисфи (n=199, 54,1%) беморон дар ҳолати вазнин ва ниҳоят вазнин расонида шудаанд, ки ин тактикаи омода кардан, интихоби техникаи ҷаррохи мураккаб месозад, муҳлати дар беморхона хобиданро дароз мекунад ва ба оқибати ҷарроҳӣ таъсири нохуб мерасонад.

Аз бемориҳои ҳамроҳшуда бештар анемия ва ихтилолҳои музмини ғизо диққатро ҷалб мекунад, маълумотҳо дар чадвали 2 оварда шудаанд.

Басомади осебҳои рӯдаи сигмашакл (4) аз ҳисоби пайдоиши якхелаи эмбрионалӣ, иннервация ва хунтаъминшавӣ ба амал меояд.

**Чадвали 2. – Сохтори нуқсонҳои таркибӣ ва бемориҳои ҳамроҳшуда ҳангоми мегауретер**

| Нуқсонҳои омехтаи инкишоф       | Мутлақ (%)       | Бемориҳои ҳамроҳшуда   | Мутлақ (%)        |
|---------------------------------|------------------|------------------------|-------------------|
| Агенезияи гурдаи тарафи муқобил | 9 (2,4%)         | Гипертензияи нефрогенӣ | 5 (1,4%)          |
| Гипоплазия                      | 3 (0,8%)         | Бронхопневмония        | 3 (0,8%)          |
| Поликистози гурдаҳо             | 1 (0,3%)         | Анемия                 | 19 (5,2%)         |
| Дутошавии дугарафаи гурдаҳо     | 8 (2,2%)         | Уросепсис              | 19 (5,2%)         |
| Дутошавии пурраи гурдаҳо        | 5 (1,4%)         | Ихтилоли музмини ғизо  | 19 (5,2%)         |
| Бемории Гиршпрунг               | 4 (1,1%)         | Диабети қанд           | 1 (0,3%)          |
| <b>Ҳамагӣ</b>                   | <b>30 (8,2%)</b> |                        | <b>66 (17,9%)</b> |

Миқдори ба қайд гирифтани осебҳои таркибии гурдаҳо 30 (8,21%), ҳамдаҳонаги масонаву-ҳолиб, секунҷаи Лето ва якҷоя шудани нуқсонҳои инкишофи онҳо бо ин вобаста аст, ки ҳамаи онҳо дар як марҳалаи эмбрионалии системаи пешоб ташаккул меёбанд ва дорои иртиботи умумии морфофункционалӣ ва танзими марказӣ ҳастанд. Ислоҳи ҷарроҳӣ боиси нуқсонҳои омехта дар 9 бемор аз 30 бемории таркибӣ гузаронида шуд. Дар байни кӯдакони дорои бемориҳои ҳамроҳшудаи соматикӣ чиддияти махсусро беморони дорои камхунӣ ва уросепсис дар заминаи пиелонефрити инсидодӣ – 38 (10,3%) ташкил доданд, ки ин боиси вазнин гаштани ҳолати умумӣ, давомнокии муҳлати барқароршавии ҳаҷми хуни гардишкунанда (ҲХГ), параметрҳои функционалии чигар ва гурдаҳо гаштааст.

**Усулҳои таҳқиқот**

Ташхиси ДСМХ ва МГТ дар асоси гузаронидани таҳқиқоти комплекси клиникӣ-лабораторӣ-биохимиявии хун, ҳамчунин натиҷаҳои технологияҳои муосири ташхисӣ-табобатӣ таҳқиқу тасдиқ шудаанд.

Нишондиҳандаҳои гематологиро дар ҳамаи беморон таҳқиқ карданд: муҳтавои сатҳи эритроцитҳои хун, миқдори гемоглобин ва нишондиҳандаҳои гематокрит, муҳтавои сатҳи лейкоцитҳо ва шаклҳои онҳо.

Ҳангоми таҳқиқи таҳлили умумии пешоб, асосан ба ҳаҷм, сифат, ранг, бӯй ва шаффофии пешоб тавачҷуҳ зоҳир карда шуд. Ҳангоми муайян кардани ақсуламали рН пешоб усули лакмусовӣ ба кор бурда шуд.

Як ҳиссаи миёнаи пешоб як маротиба субҳ гирифта мешавад ва рН – пешобро муайян мекунанд. Ҳангоми ақсуламали ишқорӣ пешоб қисман таҷзия шудани унсурҳои ҳуҷайраҳо ба мушоҳида мерасад. Баъди ин 5-10 мл пешоб дар давоми 3 дақ. бо суръати 3500 гардиш/дақ. центрифугатсия мешавад, қабати болоиро ҷудо мекунанд, яқоя бо тағшин 0,5 мл (500 мкл) пешобро боқӣ мегузоранд. Баъди хуб омехта кардани тағшин камераи ҳисобкуниро пур мекунанд. Алоҳида-алоҳида эритроцитҳо, лейкоцитҳо ва инчунин цилиндрҳо дар ҳамагӯрҳои камераҳо ҳисоб мекунанд.

Озмоиши С.С. Зимнитский (1953), ҳар як се соат дар давоми 24 соат ҳашт ҳиссаи пешоб гирифта ва вазни ҳолиси пешоб муайян карда мешавад.

Озмоиши А.З. Ничепоренко (1963). Тағширо омехта мекунанд ва ба он камераи ҳисобкунӣ ё камераи Бюркерро пур мекунанд (1905).

Дар камераи Фукс – Розентал (1934) ё дар 4 камераи Горяев (1960) (то 20 дар 1 мл) то 1000 эритроцит ва 2000 лейкоцит дар 1 мл пешоб ҷудо мекунанд. Силиндрҳо вучуд надоранд.

Омӯзиши қобилияти филтратсионии калобачаҳо яке аз лаҳзаҳои муҳимтарини таҳқиқот ва табобат ҳангоми БМГ ба ҳисоб меравад, барои таҳқиқ ва муайян кардани беморҳои гурдаҳо дар амалияи клиникӣ аксар вақт намунаи Реберг (1926) истифода мешавад, ки имконият медиҳад клиренси креатинин ҳисоб карда шавад.

Ҳангоми омӯхтани натиҷаҳои намунаи Реберг суръати филтратсияи калобачаҳои гурдаҳо муайян карда мешавад.

Сатҳи билирубини умумии мустақим ва ғайримустақим дар хун бо усули Ендрассик-Клеторн-Гроф (1972), концентратсияи мочевина (бо истифода аз тести уреаз), сатҳи креатинин (бо усули Поппер-1937), сатҳи муҳтавои сафеда (бо усули биуретовӣ-1975), нишондиҳандаи таносуби албумин бо глобулин (А/Г), нишондиҳандаи намунаҳои чигар АсАт ва АлАт (бо усули Ройтман-Френкел-1957), таносуби фаъолнокии зардобии АсТ ва АлТ (АсАт/АлАт), нишондиҳандаи маркерҳои ақсулҷараёни талха-гамма-глутамилтрансфераз (бо усули Голдберг-1979) ва фосфатази ишқорӣ (бо усули Бассея-Лаури-Брока-1940) муайян карда шуданд.

Таҳқиқи баъзе нишондиҳандаҳои гемостатикӣ: замони лахтабандии хун (ЗЛХ)-ро бо усули Бюркер (1905), миқдори тромбоситҳо бо усули Фоней (1879), нишондиҳандаи замони рекалсификатсияи плазмаро бо усули Бернергоф-Рок (1965) дар тағйироти В.П. Балуда (1978), нишондиҳандаи

фибриногенро бо усули Р.А. Рутберга (1960), нишондиҳандаи шохиси протромбиниро бо усули Квик (1965) муайян карданд.

Бо мақсади гузаронидани таҳқиқоти бактериологии пешоб вай то таъйин кардани антибиотикотерапия, яъне дарҳол пас аз дохилшавӣ гузаронида шуд.

Техникаи гирифтани пешоб: баъди санатсияи чиддии узвҳои чинсии беруни дар зарфии истифодааш яккаратаи тоза ҳиссаи миёнаи озоди пешобро ба миқдори 5-7мл мегиранд. Бо ёрии катетер танҳо ҳангоми зарурат бо риоя кардани ҳама қоидаҳои стерилизатсия гирифта шуд. Дараҷаи бактериурияро бо миқдори воҳидҳои зону ташкилкунанада, яъне дар як мл пешоб бо усули секреторӣ кишти пешоб, муайян карданд.

Дар косачаи Петри бо ағари тайёр кардашуда бо ёрии ҳалқаи платинии кутраш 2 мм 3-4 роҳҳои даричадор кишти пешобро мегузаронанд. Вай пай дар пай кишт дар секторҳо гузаронида мешавад. Пас аз сӯзонидани ҳалқа кишти хатӣ аз сектори А ба сектори I гузаронида мешавад, баъдан пас аз сӯзонидани ҳалқа платинӣ дар сектори II пай дар пай то сектори III аммо ҳангоми гузаштан аз як сектор ба сектори дигар сӯзонидани ҳалқа зарур аст.

Ҳассосияти барангезандаҳои БФИ (бемориҳои фасодӣ-илтиҳобӣ) нисбат ба антибиотикҳои зерин муайян карда шуд: ампитсиллин, амоксатсиллин, амоксиклав, сефазолин, сефтриаксон, сефтазидим, сефотаксим, сефепим, азитромитсин, сипрофлоксасин, амикасин, эритромитсин, Меронем, офлоксасин ва уросептики нитроксалин, невигаграмон, фурадонин, неграм, фурамаг.

Ҳангоми усули иммунологии таҳқиқот баҳодиҳии таркиби ҳучайраҳои иммуннофенотипозии (flow cytometry) иҷро карда шуд, ин усул аз ошкор сохтани маркерҳои дифференсатсия ё CD- антигенҳо (cluster of differentiation antigens) иборат аст.

Метод имконият медиҳад, ки таносуби миқдории популятсияҳои асосии лимфоситҳо, популятсияҳои хурди ҳучайравӣ ва фаъолнокии функционалии онҳо муайян карда шавад.

Урографияи экскреторӣ (Фритс В- Шултс Брежан 1923). Урографияи экскреторӣ (ЭУ) – таҳқиқи маъмули аст, ки бо ёрии препаратҳои ғайри ионии йоддори контрастӣ иҷро карда мешавад. Метод имконият медиҳад, ки муайян карда шавад: қобилияти хоричкунии гурдаҳо, ҷойгиршавӣ ва шакли гурдаҳо, дутошавии роҳҳои болоии пешоб, ҳолати СКХ (системаи косачаву ҳавзак) ва ҳолибҳо, гузариши моддаҳои контрастӣ дар ҳолибҳо ва гузаронандагии СМХ.

Систография (Лумп 1906) бо мақсади муайян кардани ҳолати анатомии қисмҳои поёнии роҳҳои пешоброн, ҳамчунин барои истисно кардани РМХ иҷро карда мешавад.

Таҳқиқи ултрасадоӣ (Д. Хоури 1949) яке аз усулҳои соддаву кам инвазивии таҳқиқот аст, ки дар он натиҷаҳои мукаммали таҳқиқотро муайян кард. Дар ҳамаи беморони дорои бемориҳои урологӣ дар дастгоҳи TOSHIBA style ва дар дастгоҳи HITACHI vius MODEL TUC таҳқиқоти ултрасадоӣ гузаронида шуд: EZU-MT29-S1 бо датчики (сенсори) PVM-375AT/3,75MH zplm 805 AT 8MHZ дар Маркази Нурафзо.

Ҳангоми таҳқиқи доплерография (Роберт Ф – Раш 1963) васкуляризация ва сохтори архитекtonикаи системаи рағҳои узвҳои системаи пешобронӣ дар дастгоҳи TOSHIBA style ва дар дастгоҳи HITACHI vius MODEL TUC таҳқиқоти ултрасадоӣ омӯхта шуд: EZU-MT29-S1 бо датчики (сенсори) PVM-375AT/3,75MH zplm805 AT 8MHZ дар Маркази Нурафзо. Дар усули доплерографӣ ба таври алоҳида суръати маҷрои хун дар сегментҳои гурдаҳо, рағҳои камонӣ ва васкуляризацияи онҳо муайян карда шуд. Ҳамчунин бо роҳи дуплексӣ омӯхтани ҳолати гардиши хуни паренхимаҳои гурдаҳо имконпазир гардид. Яке аз усулҳои иттилоотноктарини баҳо додан ба маҷрои хуни гурдаҳо дар ташҳиси бемории роғҳои пешоброн дар кӯдакон айни замон нақшабардории рангаи доплерӣ ва доплерометрияи импульсиву мавҷӣ ба ҳисоб мераванд. Доплерометрия барои муайян кардани баҳодихии анатомиву функционалии гемодинамикаи гурдаҳо хизмат мекунад, ки дараҷаи вайроншавии он аз вазнинии протсессҳои деструктиви ва дисплазии бофтаҳои гурдаҳо вобаста аст.

Усули нави таҳқиқи гурдаҳо МР-томография (Пол Лотербур 1973) имконият медиҳад, ки тасвирҳои босифати гурдаҳо, системаи пешоброн ба даст оварда шавад, аммо дар муддати 30-40 дақиқа седататсияи беморони хурдсолро талаб мекунад. ТМР-и гурдаҳо усули интихобшуда ҳангоми норасоии возеҳи гурдаҳо ва аксуламалҳои вазнини аллергӣ ба препаратҳои йоддор мебошад. ТМР-и гурдаҳо дар ММТ ҚТ «Шифобахш» дар шиддати майдони магнитии 1.5 Тесла, дар дастгоҳи PHILIPS INTERA 1,5 TESLA бо 3 D ва Neusoft 1.5 TESLA реконструкцияи МР-урограмм гузаронида шуд.

МСКТ (Год Фрии Хаунсфилд 1972) таҳқиқотҳо дар дастгоҳи ТК дар маркази ташҳисии «НУРАФЗО» Siemens Somaton Sensation, дар маркази онкология дар дастгоҳи 16 – Senon 64. TOSHIBA ASTEION 16 дар маркази Арасту, Асри 21 гузаронида шуд. ТК-бо контрасти дохиливаридӣ дар 4 фаза (фазаҳои модарзодӣ, шарёнӣ, варидӣ ва таъхир карда), бо суръати воридкунии контраст 3-4мл/с иҷро ва доза 1мл/1кг ҳисоб карда шуд. Ба ҳисоби миёна аз 20 то 40 мл контраст ворид карда шуд.

Контрасти Ултравист 360 истифода шуд, ки ба вариди канорини оринч, аз тариқи ангиокарти гузошташудаи кубиталӣ ворид карда шуд. Интихоби мо Ултравист бо захрокии пасти гепато-нефротикии ин дастгоҳ асоснок карда шуда буд. Махсусан бо дар назардошти он, ки контингентро асосан кӯдакони то 7-сола ташкил мекарданд. Ҳамчунин Омнипак ба кор бурда шуд.

Систоскопия (Иоахим Албарран 1897), мо бештар дастгоҳи Карл Шторс ширкати Япония шарераҳои 10 тубусҳои дурушт ва маҳини қатшавандаро қабул кардем. Вай бо мақсади ташҳисӣ ва табобатӣ ба таври васеъ истифода мешавад.

**Маводи патоморфологии таҳқиқот** барои омӯзиши дисплазияи минтақаи секунҷа-гарданӣ ва масона-ҳолибӣ дар кӯдаконе, ки вайро бо мақсади хизмат кардааст. Объекти таҳқиқот минтақаи секунҷа-гардани ва масонаги-ҳолибӣ бо дисплазия n=129 бемор буд.

Барои баҳо додан ба натиҷаҳои таҳқиқотҳои патоморфологӣ аз системаи таҳлили компютери тасвирҳои микроскопӣ истифода шуд, ки аз

микроскопи равшани оптикӣ иборат буд, микропрепаратҳоро таҳти микроскопии model Olympus CX 21 FS 1. Камераи Digital Micro Scope Camera Specification MC-DO 48U (E), дар бузургиҳои гуногуни объектив 4, 10, 40 омӯхтанд.

Таҳқиқоти морфологӣ дар ОМИТ дар лабораторияи морфологии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино гузаронида шуд.

Коркарди оморӣ натиҷаҳо бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, USA) иҷро карда шуд. Муътадил будани тақсимкунии интихобҳо тибқи критерияҳои Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов баҳогузорӣ карда шуд. Бузургиҳои миқдорӣ дар шакли нишондоди миёна ифода шудаанд. Барои нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳиссаҳои фоиз ҳисоб карда шуданд. Муқоисаҳои чуфт байни гурӯҳҳои озод мувофиқи нишондиҳандаҳои миқдорӣ тибқи U-критерияи Манн-Уитни, байни гурӯҳҳои тобеъ – тибқи T-критерияи Вилкоксон гузаронида шуданд. Муқоисаҳои чуфт байни гурӯҳҳои озод мувофиқи нишондиҳандаҳои сифатӣ тибқи критерияи  $\chi^2$  (аз ҷумла бо критерияи дақиқи Фишер), байни гурӯҳҳои вобаста – мувофиқи критерияҳои Мак Немар гузаронида шуд. Фарқият ҳангоми  $p < 0,05$  будан аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

Ҳамин тавр, омӯзиши хусусиятҳои нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ, рентгеноурологӣ, эндоскопӣ ва яққоя истифода кардани усулҳои иловагии инструменталӣ ва муосиру инноватсионӣ таҳқиқот дар тактикаи таҳқиқ ва табобати ҷарроҳии беморони дорои дисплазияи сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ қисми асосиро ташкил мекунанд ва нақши калидӣ доранд.

## **НАТИҶАҶОИ ТАҲҚИҚОТ ВА БАҶРАСИИ ОНҶО**

### **Тавсифи натиҷаҳои таҳқиқот ва табобати кӯдакони бемори дорои дисплазияи сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ.**

Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон доданд, ки дар байни омилҳои муайянкардашудаи акушерӣ дар ҷойи аввал гестоз дар қисми 1-уми ҳомилагӣ, гестози қисми 2-юми ҳомилагӣ, таҳдиди қатъ шудани ҳомилагӣ 2 (1,0%), валодат аз тариқи роҳҳои табиӣ таваллудкунӣ 182 (91,0%), бурриши қайсарӣ 18 (9,0%), осеббинӣ ҳангоми валодат 8 (4,0%), синдроми геморрагӣ 6 (3,0%) ва ғайра, ҳомилагӣ 35 (17,5%), аз гурӯҳи омилҳои соматикӣ – анемия ва сирояти шадиди респиратории вирусӣ (СШРВ) 101 (27,5%), дар байни омилҳои ирсӣ, ки ҷараёни ҳомилагӣ ва беморихоро вазнин месозанд- сирояти музмини системаи пешоб (СП) 42 (21,0%), уролитиази ҷойгиршавиаш гуногун 32 (16,0%), аномалияи узвҳои системаи пешоброн (СПР) дар волидайн 10 (5,0%) одатҳои зарарноки, – сигор кашидан 32 (16,0%) меистанд.

Дар равиши иҷроӣ таҳқиқот чунин ҳассосияти барангезандаҳои сирояти роҳҳои пешоброн нисбат ба антибиотикҳо ба даст оварда шуд: катори 3-4

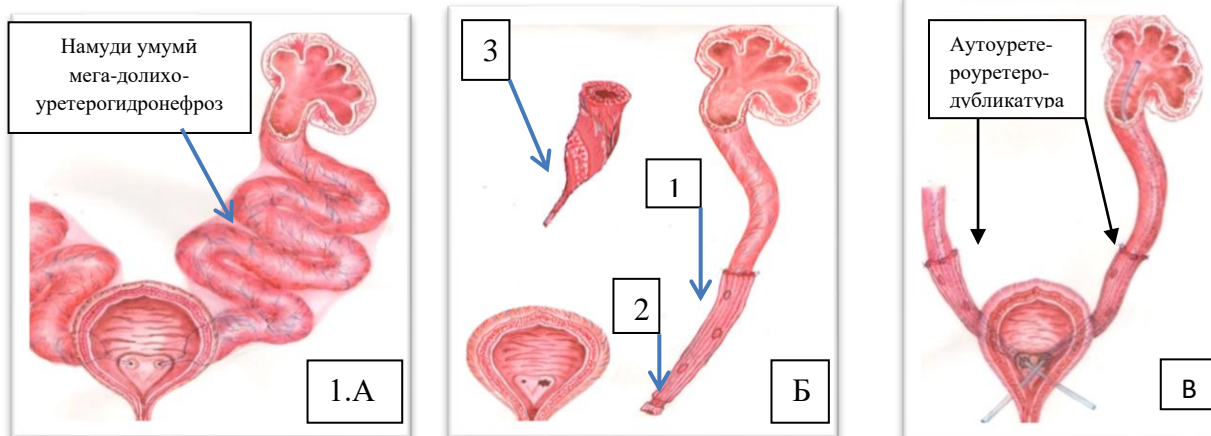
сефалоспоринии генератсия ва карбапенҳо *E. Coli* (87,4% - 84,4%); *Klebsiella spp* (51,0% -78,0%); *Protei spp* (67,2% - 74,8%); *Staphylococcus spp* (70,3% - 84,1%).

Дар хамаи бемороне, ки бо бемориҳои СМХ ва МГТ таваллуд шудаанд, дар таҳқиқоти мо нишондодҳои пасти системаи иммунӣ ба мушоҳида расид. Нишондодҳои тағйирёфтаи системаи иммунӣ (хучайравӣ ва гуморалӣ) барои беҳтар сохтани протсесси шифоёбии ҷароҳат ва кам кардани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ба ислоҳкунӣ зарурат доранд.

Ҳолат ва бемориҳои ҳамроҳшударо ҳангоми бемориҳои ДСМХ ва МГТ–ро дар кӯдакон ба эътибор гирифта, мо алгоритми таъхисро таҳия намудем.

**Ислоҳи ҷарроҳии дисплазияи нейромушакии сегменти уретерове-зикалӣ ҳангоми инсидод.** Табобати беморони дорои инсидоди аввалияи мегауретера бояд сари вақт, аз ҷиҳати патогенӣ асоснок ва комплексӣ бошад. Ҳангоми резексия дараҷаи дилатасияи девораи ҳолибҳо ва дарозии онҳо якҷоя бо ҳолат, ҳаҷм ва девораи масона ба ҳисоб гирифта шуд. Асосан неосистоуретероанастомозҳои аутоуретероуретеро-дубликатуравӣ дар беморони дорои дараҷаҳои 4-5-и мега-долихо-утетерогидронефроз иҷро карда шуд. мувофиқи маълумоти ҷадвалҳо дар 130 бемори дорои дисплазияи нейромушакии қисми дисталии ҳолиб 187 ҷарроҳии реимплантатсия гузаронида шуд: бо усули Грегор – 76 (20,6%), Коэн – 32 (8,7%), Политано-Леадбеттер – 50 (13,6%) ва 9 (3,3%) – мувофиқи модификатсияи клиника Ф.Х. Сафедов – А.А. Азизов. Ҳама усулҳои реконструктивӣ–барқарорсозии ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои модарзодии СМХ ва секунҷаи гарданаку масона ба бартараф сохтани маҳалли стенозшудаи (тангшудаи) даҳона, сохтани кутри муносиб ва дарозии туннели зери пардаи луобӣ, нест кардани аномалияҳои таркибии секунаҷаи Лето ва механизми рефлюкси баръакси пешоб ва ҳангоми зарурат –резексия ва инсидоди ҳолиб равона карда шудаанд. Дар ин гурӯҳ дар 19 ҳолат аз 187 ҳолат ҷарроҳии моделшудаи Хендрен, Лопаткин ва Сафедов Ф.Х. – Азизов А.А, нефростомияи тазриқӣ (4), пластикаи СХХ бо усули Андерсон – Хайнес ҳангоми дисплазияи сегментарӣ (3) иҷро карда шуд.

Дар протсесси дугарафа, дараҷаҳои баланди ихтилоли уродинамика, дар заминаи умумисоматикии вазнини кӯдакони бемор ва ғайри имкон будани иҷрокунии ҷарроҳии яклаҳзаинаи радикалӣ бо усули интиҳоби дериватсияи пешоб нефростомияи зерипӯстии тазриқӣ (НЗПТ) ба ҳисоб меравад. Ин ҷарроҳии камосеб имконият медиҳад, ки гурдаҳоро ба таври эътимоднок дренаж гузоранд. Ин усул таҳти назорати ултрасадоӣ ва рентгенологӣ амалӣ мегардад, дренажҳои андозаашон 7 то 16 Fr гузошта мешаванд, муҳлати дренажгузорӣ аз 1 моҳ ва бештар аст. Найҷаи нефростомӣ имконият дод, ки инсидоди шадид бартараф, таъхис гузошта ва кӯдакон барои муолиҷаи ҷарроҳии радикалӣ омода карда шаванд. Дар клиникаи мо усули сода ва самараноки ислоҳи ҷарроҳии дараҷаҳои IV ва V мегауретера бо усули А.А. Азизов – Ф.Х. Сафедов таҳия карда шудааст, (Патент ТҶ № 485). Усули ҷарроҳии антирефлюксии «аутоуретеродубликатура» ҳангоми мега-долихо-уретерогидронефроз, ки аз сабаби дисплазияи минтақаи масонаги-ҳолиб ва гарданақӣ-тригоналӣ дар кӯдакон пайдо шудааст.



**Расми. 1. А. – Мега-долихоуретераи дутарафа дар заминаи дисплазияи СМХ**

**Расми. Б. – Марҳалаи моделсозӣ ва ташаккули аутоуретероуретеро-дубликатураи қисми дисталӣ 1.-Аутоуретероуретеродубликатура, 2.-Минтақаи демукозатсия, 3.- Қисме, ки бояд нест карда шавад.**

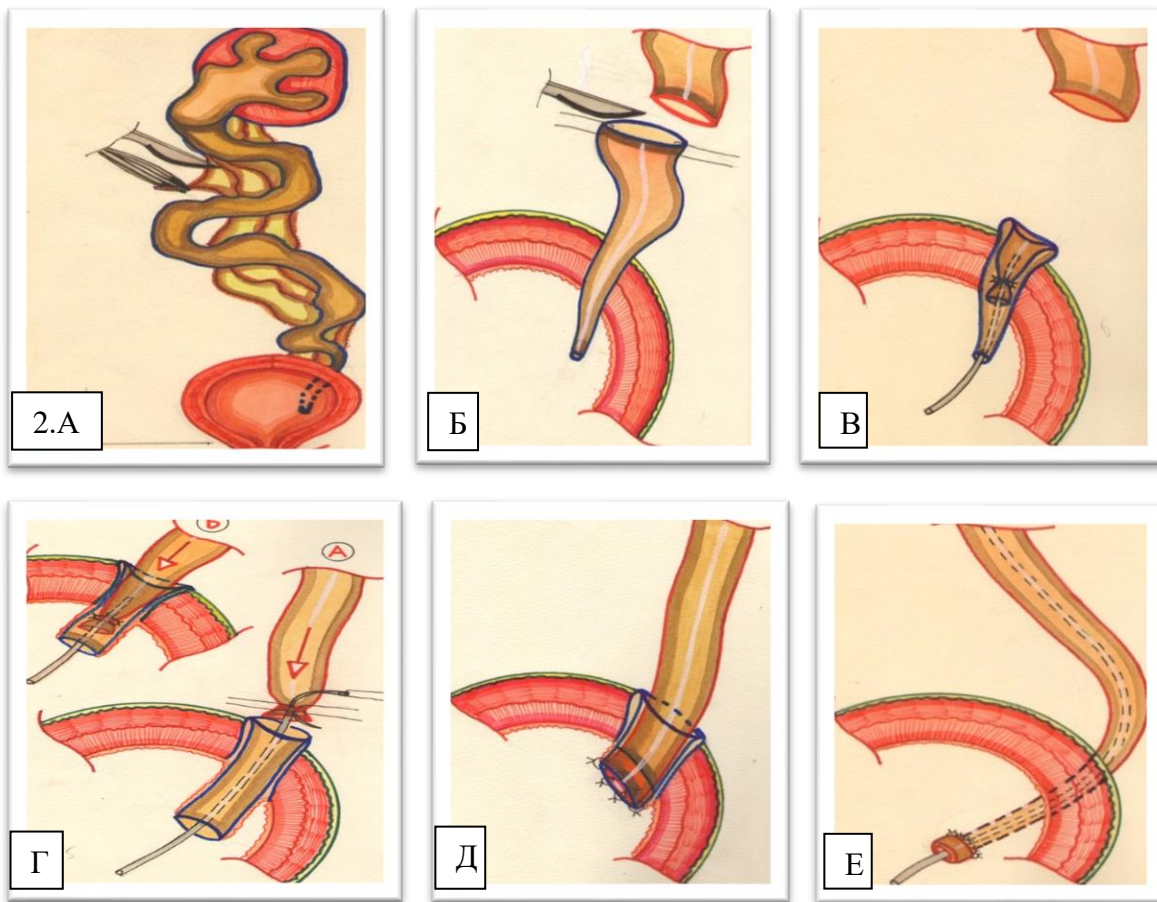
**Расми. В. – Марҳилаи ниҳоии реимплантатсияи ҳолибҳои моделсозишуда.**

Ҳамин тавр, дарозии аз меъёр зиёди ҳолиб ба сифати маводи пластикии «аутоуретероуретеродубликатура» истифода мешавад, ки аз усулҳои мавҷудбудаи ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ бо муҳофизати зиддирефлюксӣ ба кулӣ фарқ мекунад. Пардаи луобии (уретелий) чапа гардонидашудаи ҳолиб дар болои масона, ба адвентитсияи масона часпида (пардаи луобии қабатҳояш гуногун) бо ҳамдигар намечаспанд, яъне протсессии часпидан бо бофтаҳои атрофаш пешгирӣ карда мешавад ва бо ҳамин перисталтикаи (ёзиши систоидӣ) ҳолиб вайрон намешавад.

Моҳияти усули таҳиякардашуда аз уретеролизи эҳтиёткорона ва резексияи қисми дисплазияшудаи ҳолиб иборат аст, қисми дисталии дарози ҳолибро дар болои қисми проксималӣ дар фосилаи 4-5 см чаппа мегардонанд ва бо дарзҳои гиреҳӣ медӯзанд ва бо ин, ҳолиб дар фосилаи 4-5 см девори дуқабатаро (аутоуретеродубликатур) соҳиб мешавад.

Ҳангоми УГН-и дараҷаҳои 2-3 асосан истифода намудани уретеросистоанастомоз бо усули Коэн ва Политано–Леадбеттера қобили қабул аст, ба таври дохилмасонавӣ ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозии уретеросистоанастомоз ва ҳангоми РМГ ҷарроҳии хориҷи масонавии антирефлюксӣ бо кӯк гирифтани усули Грегуар вобаста аз дилататсия ва дароз шудани ҳолибҳо бо равиши инфиродӣ иҷро карда мешавад.

Ҳангоми ДСМХ мо неоимплантатсияи СМХ-ро бо муҳофизати антирефлюксӣ коркард намудем. Усули резексия ва имплантатсияи сегменти масонавӣ-ҳолиб (СМХ)–и дисплазияшуда дар кӯдакон (расми 2.)



**Расми 2. А – Намуди умумии системаи пешоб то чарроҳӣ.**

**Б. – Ҳолиб то 2-2,5 см дар болои минтақаи дисплазияшуда бурида шудааст.**

**В. – Stumps нӯгҳои дисталии ҳолиб ба ковокии масона оварда шудаанд.**

**Г. – Гузаронидани нӯги проксималии ҳолиб ба ковокии масона.**

**Д. – Дӯхтани болиштаки дуқабатаи ҳолиб бо антирефлюкс.**

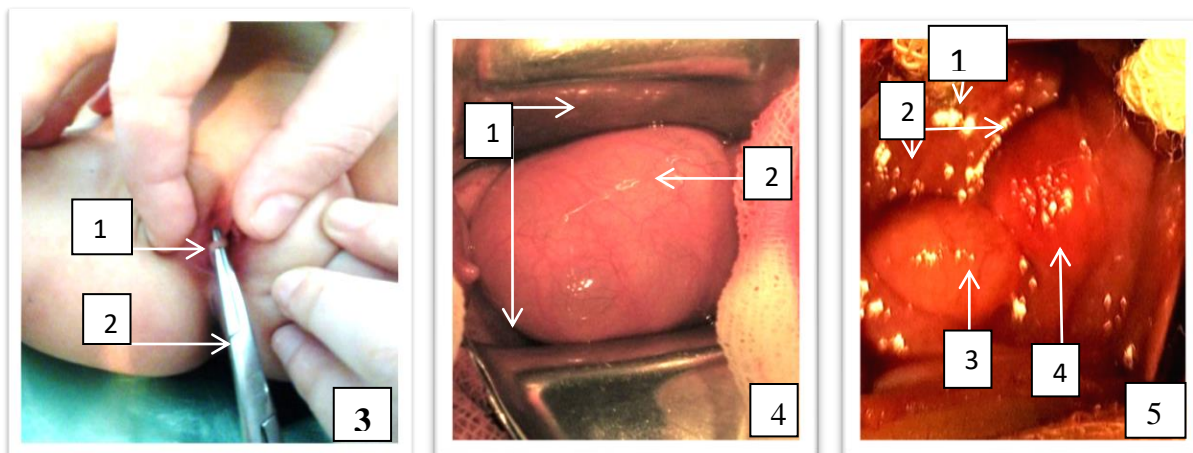
**Е. – Марҳалаи ниҳоии чарроҳӣ.**

Моҳияти усули пешниҳодшудаи чарроҳии антирефлюксӣ аз сохтани муфти couplings дохилимасонавӣ иборат буд аз ҳисоби нӯги дисталии чапагардоншуда дар фосилаи 2-2,5 см, ки аз тариқи он нӯги проксималии ҳолиб озодона, бе шиддат ё печу тоб гузаронида мешавад. Баъдан маҳалли зиёдатии қисми проксималӣ дар сатҳи қисми чапагардоншудаи дисталӣ бурида мешавад. Ҳамин тавр, ҳолиби дуқабатаи қисми интрамуралӣ ташаккул меёбад, ки ба «рангдон» монанд аст ва функцияи антирефлюксиро иҷро мекунад ва ислоҳи даҳонаи уретеровезикалӣ гузаронида шудааст. Патенти № ТҶ 479.

Самаранокии таъоботи консервативӣ ва назорати навзодон ва кӯдакони синамак, тибқи маълумоти таҳқиқоти мо 11,8%-ро ташкил доданд.

Дар байни нуқсонҳои инкишофи қисми терминалии ҳолиб, ки мегауретери инсидодӣ ба вучуд меорад, ҷойи махсусро эктопияи даҳонаи ҳолиб (расми 4.) (1:1900) ва уретеросели типии гетеротопикии (расми 3-5) (1:500) навзодон ишғол мекунанд. Басомади осеби билатералии даҳонаҳо тақрибан

20,0%-и ҳолатҳоро ташкил медиҳанд, нуқсон аксар вақт ба қисми болоии гурдаи дутошуда ва ҳолиби дутошуда осеб мерасонад, ки ин ислоҳи ҷаррохиро талаб мекунад. Ҳангоми уретеросели дутарафаи андозааш калон дар беморон анҷом додани таботати ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ бо сохтани неосистоанастомозҳо зарур мешавад.



**Расми. 3. – Эктопияи вестибулярӣи ҳолиб,** 1.- Ҳолиби эктопишуда, дар болои нӯги москит, 2.– Москит;

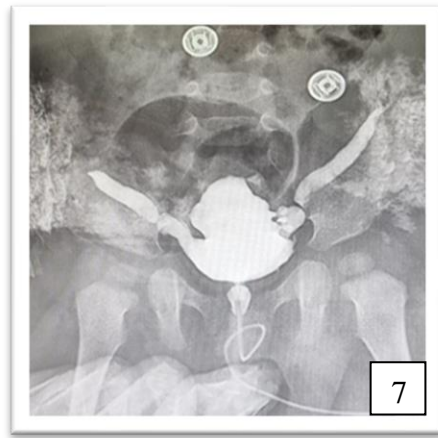
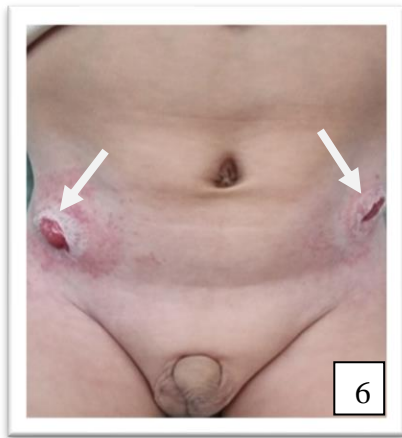
**Расми. 4. - Уретеросели ортотопикӣ** 1. – Чангаки Фарабеф дар ковокии масона, 2. – Уретеросел;

**Расми. 5. –Уретеросели гетеротопики,** 1. – Девораи масона, 2. – Ковокити масона, 3. – Уретеросел аз тарафи рост 4. – Уретеросел аз тарафи чап.

Тактикаи ҷарроҳӣ дар асоси маълумотҳои дақиқи ташхисӣ муайян карда мешавад, ки мавқеъ ва шакли даҳонаи ҳолиб, ҳаҷми киста, ҷойгиршавӣ, мансуб будани киста ба ҳолиби ягона ё дутошударо муайян мекунад.

Дар таҳқиқоти мо, ҳифз кардани функцияи гурдаи иловагӣ ва ҳолиби эктопияшудро ба эътибор гирифта, дар 5 бемор ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ва дар 5 бемори боқимонда дар заминаи мавҷуд набудани функцияи гурдаи иловагӣ-геминефрэктомия, дар чор бемори дорои пурра фаъолият накардани гурдаҳои асосӣ ва иловагӣ дар заминаи уретерокутанеостомия аз як тараф нефруретерэктомия гузаронида шуд.

Асосан уретерокутанеостомияи наздидеворагӣ ҳамчун ҷарроҳии паллиативӣ бо мақсади омодагии пеш аз ҷарроҳӣ барои роҳ надодан ба оқибати марговар аз рӯйи нишондоди ҳаётӣ дар 6 (1,7%) навзоди дорои нуқсони инкишофи дисплазияи сегменти масонавии ҳолибҳо ва минтақаи гарданаку тригоналӣ, ки бо дараҷаҳои 4-5-и мега-долихо-уретерогидронефроз бо нуқсонҳои мураккаби ҳамроҳшудаи инкишоф оризанок шуда буданд, гузошта шуда буд (расми 6-7).



**Расми.6. – Уретерокутанеостомияи дутарафаи наздидеворагӣ баъди як сол. Бо тирча нишон дода шудааст.**

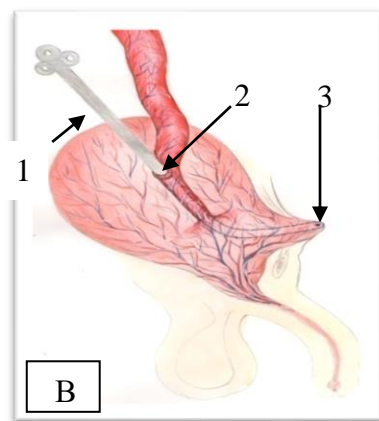
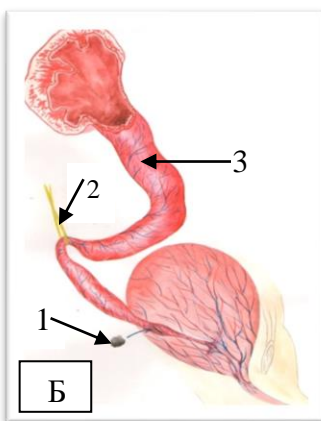
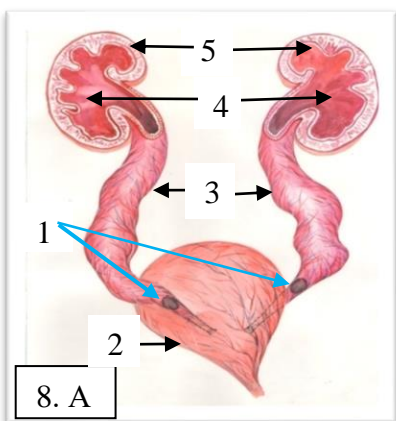
**Расми. 7. – Систография баъди як сол пас аз уретерокутанеостомияи наздидеворагӣ аз ду тараф.**

Чарроҳии эндоскопӣ – усули сода, ки танҳо барои электрокоагулятсияи кистаҳои хурд, бидуни хатари минбаъдаи пайдошавии АМХ иҷро карда мешавад.

**Мегауретери дуюминдараҷаи инсидодӣ, усулҳои ислоҳи ҷарроҳӣ**

Мегауретери дуюминдараҷави ҳангоми фишор ёфтани девора ва инсидоди ковокии ҳолиб тавассути омилҳои берунӣ: осебҳои узвҳои косои хурд ва шикам, протсессии часпидагӣ пас аз ҷарроҳӣ, рағҳои абберантӣ, сангҳои аввалия ва такрорӣ қисми дисталии ҳолибҳо.

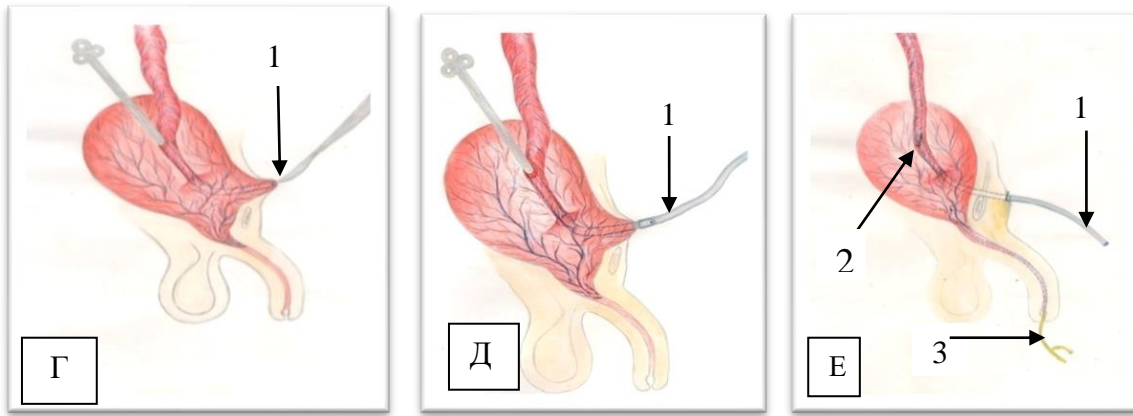
Бо мақсади роҳ надодан ба оризаҳои гуногун пас аз гирифтани сангҳои такрорӣ сеяки поёнии ҳолибҳо бо ёрии катетери урологии андозааш мувофиқ тафтиш гузаронида шуд, дилататсияи п/3 ҳолибҳо бо иҷро кардани интубатсияи роғҳои болоии пешоброн (РБП). Патенти №1203; Патенти №1204



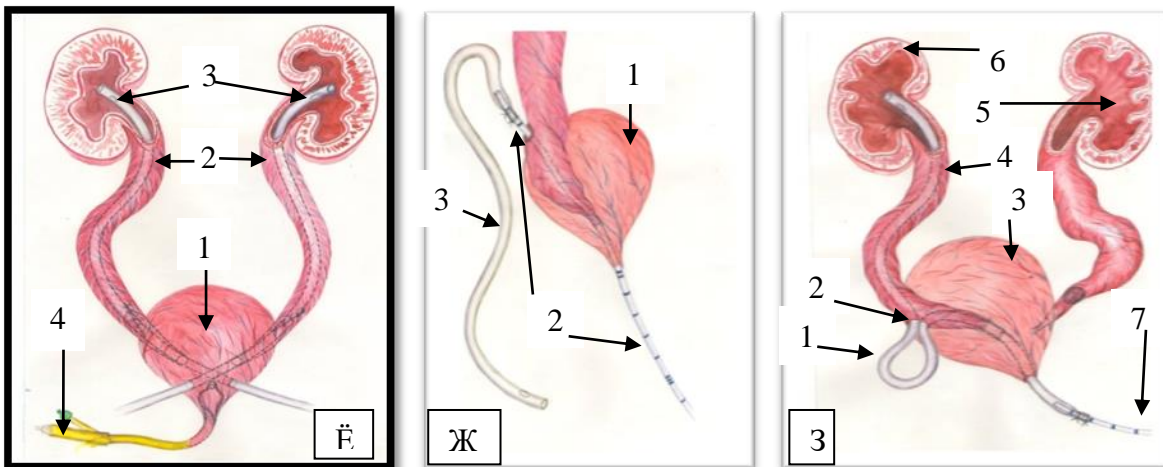
**Расми. 8. А. – Сангҳои фишурдашудаи қисми дисталии ҳолиб, 1. – Санги сеяки поёнии ҳолиб, 2. – Масона, 3. – Ҳолиб, 4. – СКХ, 5. – Паренхимаи гурдаҳо.**

**Расми Б. – Марҳалаҳои гирифта партофтани конкременти фишурдашуда, 1. – Санги бардошташуда, 2. – Дорандаи ҳолиб, 3. – Ҳолиби васеъшуда.**

**Расми В. – Тайёр кардани девораи пеш барои дренажгузорӣ, 1. – Катетери филизии урологӣ, 2. – Буриши қачи девораи ҳолиб, 3. – Минқори катетер**



**Расми. Г. – Бурриши нуғи минқор.** 1. – Скалпель ва бурриш дар минқор.  
**Расми. Д. – Зинаи дренажгузори.** 1. – Пушондани найчаи полиэтилен ба минқори найчаи урологи.  
**Расми. Е. – Найчагузори РБП.** 1. – Найчаи полихлорвинили, 2. – Дӯхтани хати буридашудаи ҳолиб, 3. – Найчаи Фоле.



**Расми. Ё. – Марҳилаи ниҳони уретеросистостомия дар писарҳо.** 1- Масона, 2. – Ҳолиби дренаждор, 3. – Интубатсияи катетери ковокии СКХ, 4. – Катетери Фоле  
**Расми. Ж. – Катетеризатсияи антеградии уретеросистостомия дар духтарҳо,** 1. – Масона, 2. – Катетери ҳолиб, 3. – Катетери полихлорвинилоӣ  
**Расми. З. – Марҳалаи ниҳони уретеросистостомия дар духтарҳо** 1. - Катетери полихлорвинилоӣ, 2. – Хати бурриш, 3. – Масона, 4. – Ҳолиб, 5. – СКХ, 6. – Лаҳми гурдаҳо, 7. – Катетери ҳолиб.

Бартариин ин ихтироъ сода ва сабук будани иҷроқунӣ ва самаранокии олии он аст. Дилататсияи қисми дисталии ҳолиб, ки ба таври дисплазӣ тағйир ёфтааст, дар як лаҳза гузаронида мешавад. Усули мазкур имконият медиҳад, ки аз оризаҳои зерин пешгирӣ карда шавад: варамҳои пас аз ҷарроҳии роҳҳои пешоб, флегмона, носурҳо ва стриктураи хадшадори ҳолиб, ҳамчунин хуруҷ кардани пиелонефрит. Дар ҷадвали 3. Мегауретери такрорӣ инсидодӣ ва усулҳои ислоҳи он оварда шудааст.

**Ҷадвали 3. – Мегауретери такрорӣ инсидодӣ, нозология ва усулҳои ислоҳ.**

| Нозология                                 | УУА      | УСА      | Урете-ролиз | Уретеролитотом |          | Ҳамагӣ    |
|---|----------|----------|-------------|----------------|----------|-----------|
|   |          |          |             | DJ             | УСС      |           |
| Осеби узвҳои коси хурд ва шикам           | 4        | 2        | -           | -              | -        | 6         |
| Стрикураҳои пас аз ҷарроҳӣ бо часпидагиҳо | 1        | 5        | 4           | -              | -        | 10        |
| Сангҳои инсидодкунандаи ҳолиб             | -        | -        | -           | 20             | 9        | 29        |
| Рағҳои абберантӣ                          | 1        | 1        | -           | -              | -        | 2         |
| <b>Ҳамагӣ</b>                             | <b>6</b> | <b>8</b> | <b>4</b>    | <b>20</b>      | <b>9</b> | <b>47</b> |

**Эзоҳ:** УУА – уретероуретероанастомоз, УСА – уретеросистоанастомоз, УСС – уретеросистостомия

Ба натиҷаҳои баланди мусбати усулҳои истифодашавандаи анъанавӣ (80,0% – 90,0%) ва эндоскопӣ (76,4% – 90,0%) аз байн бурдани РМХ, басомади оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ба таври устувор дар ҳудуди 10,0% – 23,6% ҳолат боқӣ мемонад. Зарурати такроран анҷом додани ҷарроҳҳои антирефлюксӣ 10,0% – 17,0%-ро тақдир дод, ки натиҷаҳои мусбати онҳо аз 40,0% баланд нест. Сабабҳои такроршавии РМХ пас аз ҷарроҳӣ инҳоянд: ноҳақиқати гирифтани мавҷудияти нуқсонҳои муштарак, иҷро кардани ҷарроҳҳои яқлаҳзаинаи омехтаи мураккаб, ҳаҷмиҳои техникӣ, номувофиқӣ ва вайрон кардани техникаи мувофиқати полимерҳо ҳангоми протсекураҳои эндоскопӣ.

#### **Мегауретери бидуни рефлюкс-ғайриинсидодӣ**

Беморони дорои мегауретери бидуни рефлюксиву ғайриинсидодӣ дар маводи мо ҳамагӣ 11 адад буд. Асоси табобати онҳоро табобати консервативӣ ташкил дод, бо назардошти хусусиятҳои дисфунксияи масона ва дараҷаи фаъолнокии сирояти пешоб.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти ретроспективӣ ва проспективии 206 бемор, ки аз хусуси мегауретераи аввалия ва такрорӣ, инсидодӣ ва ғайриинсидодӣ ҷарроҳӣ шуда буданд, гузаронида шуд, дар онҳо 312 ҷарроҳӣ иҷро гардид. Табобати консервативӣ дар 30 бемори дорои дисфунксияи камолот ва дар 11 кӯдаки дорои дисфунксияи пас аз ҷарроҳии масона гузаронида шуд. Таҳлили оризаҳои наздиктарини пас аз ҷарроҳӣ нишон дод, ки онҳо дар 66 бемор аз 312 бемори ҷарроҳишуда (21,2%) ба мушоҳида мерасанд, зиёда аз нисфи ин оризаҳо бо хуруҷи сирояти пешоб алоқаманд аст. Ҳама оризаҳои пайдошуда тавассути табобати консервативӣ нест карда шуданд.

**Мегауретери рефлюксии. Усулҳои ҷарроҳии табобат.** Мувофиқи таҳлили гузаронидашуда дар маводи мо, беморони гирифтори мегауретераи рефлюксӣ (МУР) 28,3% (104) –ро ташкил доданд, дар байни онҳо дорои МУР-и аввалия, яъне аномалияи қисми дисталии ҳолиб (9,0%) буд, дорои МУР-и такрорӣ, ки дар ин ҷо тағйиротҳои органикӣ ва функционалии масона ва уретра ба чашм мерасанд, – 71 (19,3%) буданд.

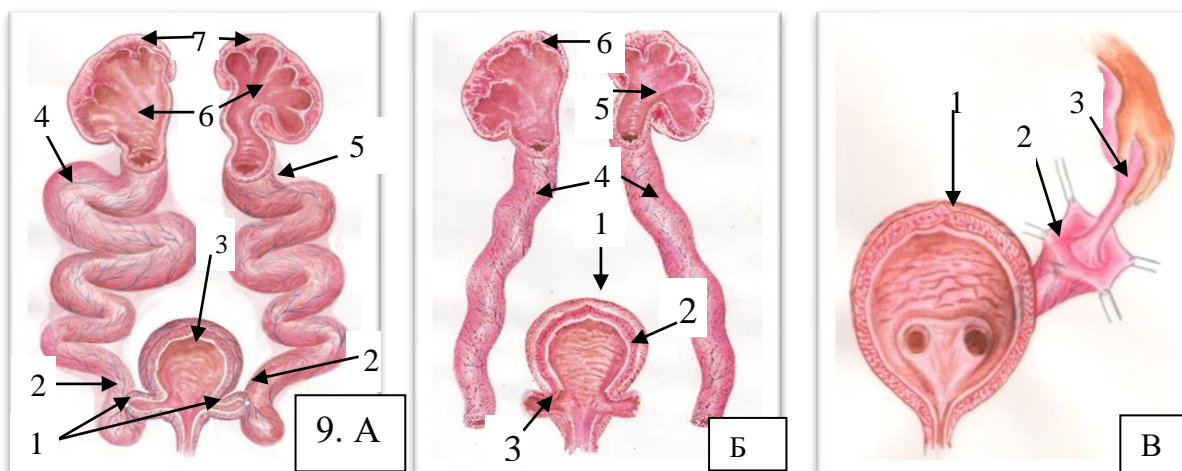
Дар байни сабабҳои, ки МУР-ро ба вучуд оварданд, бештар аз ҳама даҳони кушодаи модарзодии ҳолибҳо, эктопияи латералии он, эктопияи гарданакӣ (17), кӯтоҳ шудани қисми интрамуралии ҳолибҳо (16), ҳамчунин нуқсонҳои пайдошавии гарданаки масона ва уретра, клапанҳои қвфои ихлил

(33), склерози гарданаки масона (26), дивертикули уретра (1) ва масонаи нейрогенӣ (12) ташхис карда шудаанд.

Дутошавии гурдаҳо ва ҳолиб – яке аз аномалияҳои паҳншудатарини модарзодии масона аст, ки ҳангоми ҳамроҳ шудани РМХ ва инсидоди ҳолибҳо амалиёти ҷаррохиро талаб мекунад. Басомади дутошавии пурра дар якҷоягӣ бо РМХ, тибқи маълумоти муаллифон, 60-70,0%-ро ташкил медиҳад [6, 86]. Самараноки амлиёт аз 60% то 89,2% аст. Интихоби тактикаи ислоҳи ҷарроҳӣ аз қобилияти функционалии гурдаи асосӣ, сегменти дутошуда ва гурдаи контрлатералӣ мебошад.

**Дивертикули масона** – Дар таҳқиқоти мо аз 18 бемор дар 8-нафар (12 ҳолиб) эктопия дар ковокии дивертикул бо васеъгии назарраси ҳолибҳо ва РМХ ба қайд гирифта шуд. Дивертикулэктомияи типӣ бо усули Марион дар 10 бемор иҷро карда шуд, дар 8 бемори боқимонда (12 ҳолиб) ҳангоми якҷоя шудани нуқсонҳои ҳолиб ва масона амалиётҳои ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунанда тибқи усули модификатсионии клиника анҷом дода шуд.

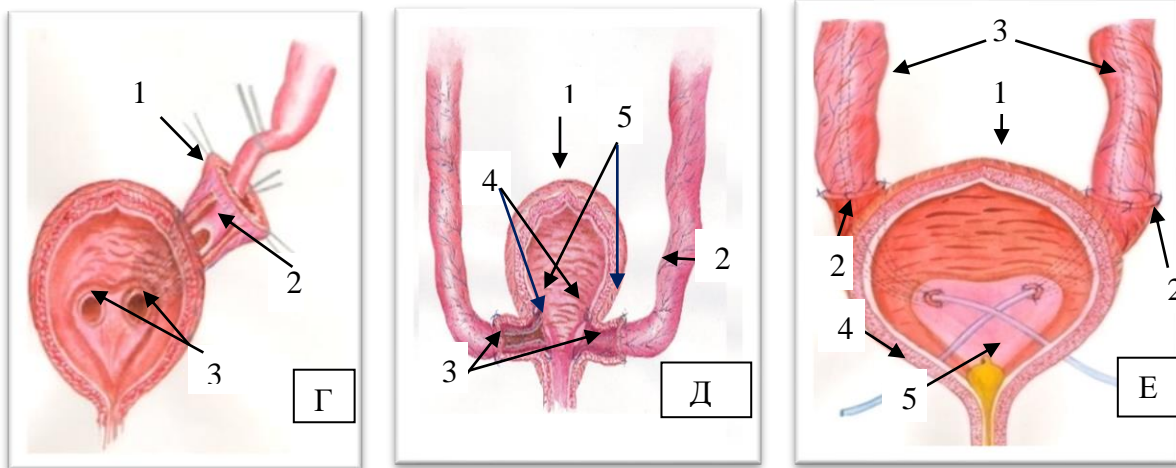
Патенти Авруосиё № 025992.



**Расми. 9. А.** – Намуди умумии нуқсони муштаракӣ инкишоф, эктопияи ҳолиб дар ковокии дивертикулаи масона бо РМХ –и дугарафа IV–V, 1. – Дивертикул, 2. – Даҳонаи ҳолиб, 3. – Масона, 4. – Ҳолиб, 5. – Часпидагиҳо, 6. – СКХ, 7. – Паренхима.

**Расми. Б.** – Озод шудан аз часпидагиҳо маҳкамшуда ва ҳолиби хеле васеъшуда бо печу тобҳои сершумори зонушакл ба дараҷае мерасад, ки вай то 3,0-5,0 см бурида ва дивертикул хифз карда мешавад 1. – масона, 2. – пардаи луобӣ, 3. – Дивертикули демукозитсияшуда, 4. – Ҳолиб, 5. – СКХ, 6. – Паренхимаи гурдаҳо.

**Расми. В.** – Демукозатсияи *culta* –и дивертикула, 1. – Масона, 2. – Дивертикул, 3. – Пардаи луобӣ



**Расми. Г.** – Намуди умумӣ пас аз демукозатсияи қисми дисталии ҳолиб, 1. – Дивертикул, 2. – Пардаи луобии демукозатсишуда, 3. – Даҳонаҳои кушодаи ҳолиб.

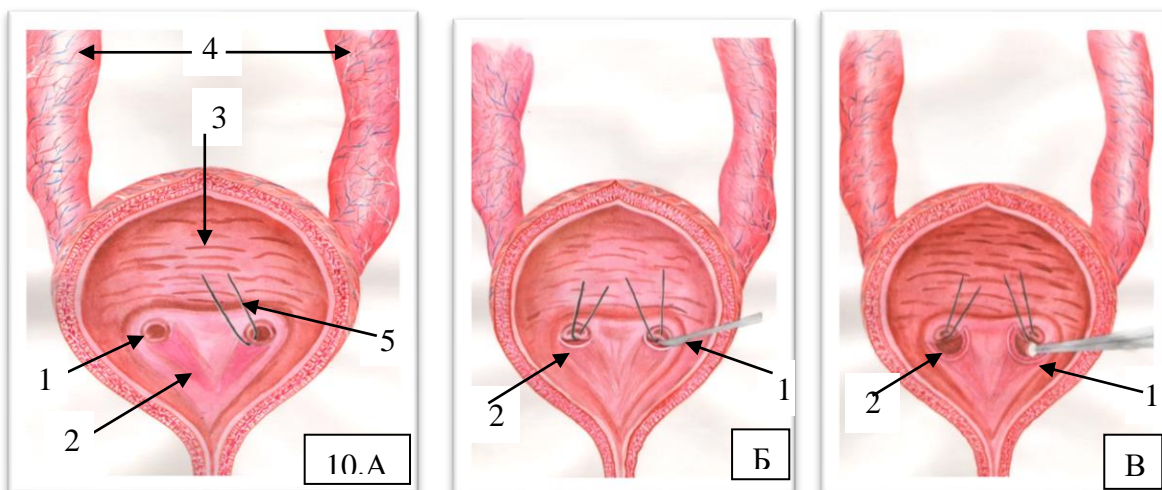
**Расми. Д.** – Қисми дисталии ҳолиб аз тариқи *culta* –и дивертикула мегузарад ва неосистоуретероанастомоз ба ҷои маъмулӣ бо дарзҳои ҳалқавӣ (PDS 4/0-5/0) гузошта мешавад. Аз ҳисоби девораи дуқабатаи ташаккулёфтаи ҳолиб реваскулиризатория ва реиннерватсия пуркуват мешавад, 1. – Масона, 2. – Девораҳои ҳолиб, 3. – Девораҳои дивертикула, 4. – Ҷавфи даҳонаи ҳолиб, 5. – Минтақаи анастамоза

**Расми. Е.** – Ҳолиб ва гурдаҳо аз тариқи даҳонаи нави бо катетери полиэтиленӣ сохташуда дар шабонарӯзи 8-10-ум интубатсия мешаванд, 1. – Масона, 2. – Қисми дубликатшудаи ҳолиб, 3. – Ҳолиб, 4. – Катетери интубатсияшуда, 5. – Катетери Фолея.

**Дисфунксияи нейрогении масона (ДНМ)** – Дар табобати кӯдакони дорои масонаи нейрогенӣ (МНГ) як қатор усулҳои ҷарроҳии дигар қардани ҷараёни пешоб, аз ҷумла баланд ҷок қардани масона, пиело- ва нефростомия, ҳамчунин ба рӯда бурдани ҷараёни пешоб мавҷуд аст.

Ҳангоми атонияи мионейрогении Мохорт В.А. ва Савченко Н.Е. (1977) истифода қардани аутосистодупликатура дар якҷоягӣ бо резексияи гарданаки масона тавсия қарда мешавад. Қайд қардан зарур аст, ки ислоҳи ҷарроҳии РМХ ҳангоми МНГ аксар вақт самаранокии кам дорад, барои ҳамин ҳам пешаки гузаронидани курси табобати консервативӣ, бо фаро гирифтани табобати медикаментозиву физиопротседураҳо тавсия қарда мешавад. Ҳангоми ҷарроҳӣ бо усули Савченко Н.Е. аутосистодупликатура, ҷок қардани масона ва озод намудани даҳонаи ҳолибҳо аз протсессии склерозӣ бо бурриши ҳилолшакл мувофиқи усули клиника анҷом дода мешавад. Дар таҳқиқоти мо ин техника дар 12 бемор ба қор бурда шуд.

**Ба таври схематикӣ гузаронидани техникаи ҷарроҳӣ: бурриши ҳилолшакл дар таги ҳолибҳо ҳангоми инкишофи пешазмуҳлати ҷинсӣ (ИПЧ) дар кӯдакон.**

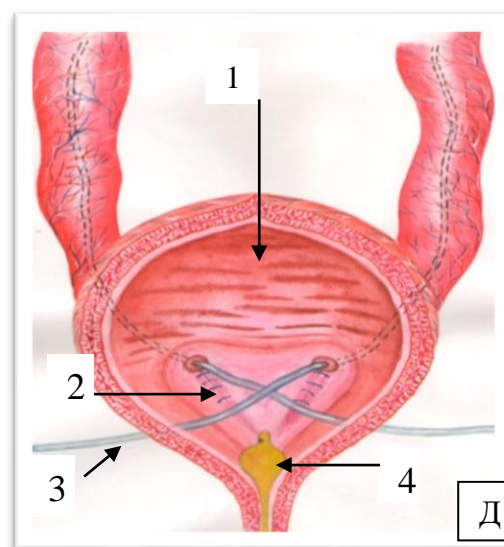
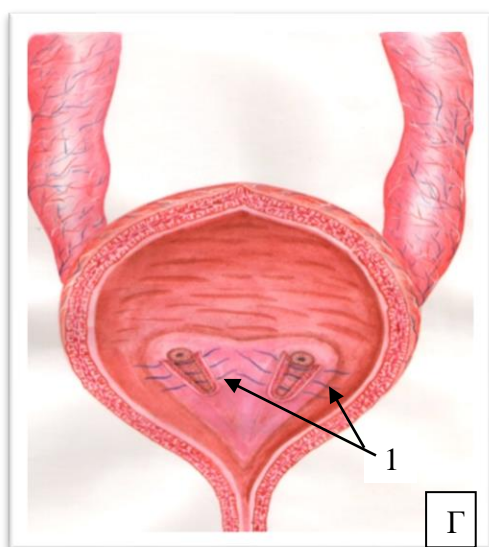


**Расми. 10.А.** – Намуди умумии даҳонаҳои ҳолибҳо хангоми РМҲ ва АМҲ,

1. – даҳона, 2. – танобак, 3. – Масона, 4. – Ҳолиб , 5 – нигохдоранда

**Б.** 1 – скалпел, 2. – Бурриши ҳилолшакли канори сфинктери поёнии даҳони ҳолибҳо дар пардаи Валдейр

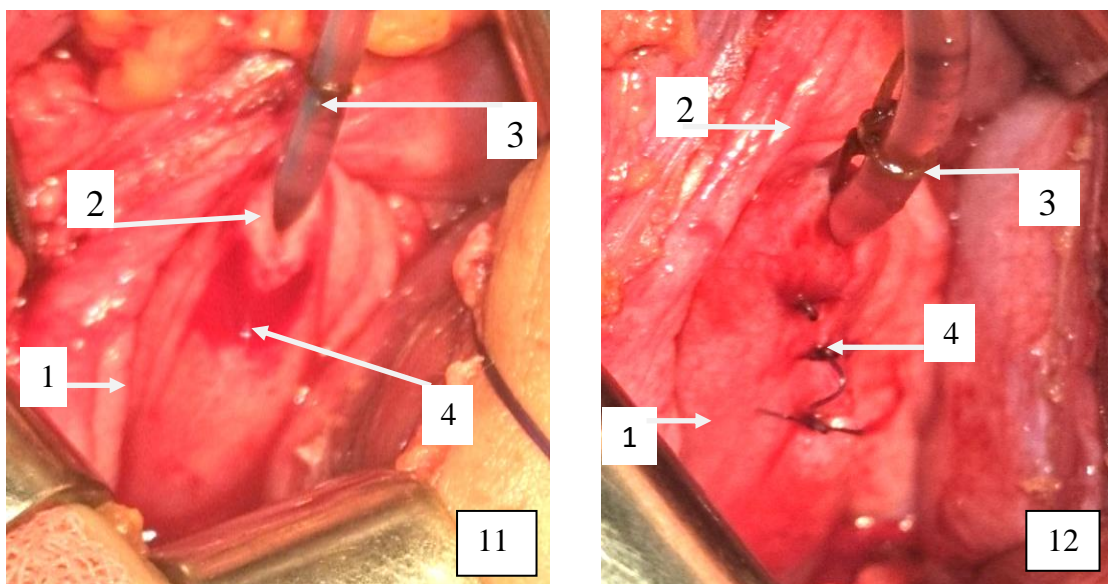
**В.** 1 – Бо ёрии тупфер аз часпидагӣ озод карда шудааст, 2. – Ҷудо кардан аз часпидагӣ



**Г. 1.** – Дӯхтани кукҳои антибактериалии кундаланг.

**Д.** – Намуди умумии марҳилаи ниҳони чарроҳи. Интубатсияи ҳарду ҳолиб ва масона. 1. – Масона, 2. – дӯхтани кундаланг, 3. – катетери интубатсияшуда, 4. – Катетери Фоле.

Бурриши ҳилолшакл дар канори даҳонаҳо имконият медиҳад, ки барои пешгирӣ намудани РМ даҳонаҳо таз гарданаки масона дур карда шаванд, ки дар натиҷаи ин сӯроҳи кушодаи даҳона шакли роғро мегирад (расмҳои 11-12). Патенти № 371.



**Расми. 11.** – Бурриши ҳилолшакли канори поёнии даҳонаҳои ҳолибҳо, 1. – Масона 2. – Даҳонаҳои ҳолибҳо, 3. – Дренажгузори катетер дар ҳолиб, 4. – Бурриши ҳилолшакли канори поёнии даҳонаҳои ҳолибҳо.

**Расми. 12.** – Гирифтани дарзҳои кундаланг, 1. – Масона, 2. – даҳонаҳои ҳолибҳо, 3. – Дренажгузори катетер, 4. – Гирифтани дарзҳои кундаланг .

**Склерози гарданаки масона (СГМ)** - ин натиҷаи дисплазияи мушакҳои гарданаки масона (ГМ) мебошад. Дараҷаи вазнинии аломатҳои клиникӣ, тағйироти морфофункционалии гарданаки масона, детрузор ва роҳҳои болоии пешобро ба эътибор гирифта, комбинатсияҳои гуногуни аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноки ИРГ иҷро карда ба 26 бемор амалиёти ҷарроҳии гузаронида шуд.

Ҳамин тавр, дар 126 бемори дорои мегауретераи рефлюксшаванда 180 амалиёти гуногуни ҷарроҳӣ гузаронида шуд: ИРГ анъанавӣ (65); ИРГ модификатсияшуда (20); ИРГ омехтаи бисёрҷузъӣ (55); эндоскопӣ (24); паллиативӣ (5); гирифта нест кардани сангҳои такрорӣ (5) ва узвбардорӣ (4). Оризаҳои наздики пас аз ҷарроҳӣ дар 30 (18,3%) ташхис карда шуд

**Тавсифи нишондиҳандаҳои клиникӣ ва таъобати комплекси оризаҳои наздиктарини пас аз ҷарроҳии мегауретераи инсидодӣ ва рефлюксшаванда дар кӯдакон.**

Ҳамин тавр, аз рӯйи натиҷаҳои таҳлили маводи клиникӣ беморони мубтало ба по мегауретери аввалия ва такрорӣ инсидодӣ ва рефлюксшаванда оризаҳои наздиктарини пас аз ҷарроҳӣ дар 84 (22,8%) аз миқдори умумии беморон, 17,1% - аз миқдори ҷарроҳӣ муайян карда шуд. Аз онҳо 59 (70,2%) бо хуруҷи исрояти пешоб ва боқимондаҳо 25 (29,8%) ҳолат- аз сабаби техникӣ афтидани дренажҳо, найчаи нефростомӣ ва стентҳо вобаста буд.

**Натиҷаҳои дури таъобати ҷарроҳии беморони дорои мегауретераи аввалия ва такрорӣ инсидодӣ ва рефлюксшаванда дар кӯдакон.**

Нишондиҳандаҳои самаранокии ҷарроҳӣҳои реконструктивӣ-барқароркунандаи иҷро кардашуда дар беморони дорои мегауретераи инсидодӣ дар давраи дур барқарор намудани ихтилолҳои уродинамика, беҳтар кардани функцияи секреторӣ ё устуворшавӣ дар сатҳи давраи то ҷарроҳӣ ба ҳисоб

мераванд. Вақти назорат то 2 сола 30(15,8%), аз 2 то 5 сола 96 (50,6%), аз 6 то 10 сола 40 (21,0%), аз 11 то 15 сола 24 (12,6%) ҳамаи беморон 190 (51,6%)-ро ташкил доданд.

Дар ҳамаи беморон барои омӯхтани ҳолати функционалии роҳҳои пешоброн (РПР) усули маъмулии таҳқиқот, таҳлили амали пешобкунӣ, таҳқиқоти лабораторӣ кӯхнаи рутини, ТУС ва усулҳои рентгено-урологии таҳқиқоти узвҳои системаи пешоброн (СПР) гузаронида шуд. Ҳангоми ихтилолҳои возеҳи гардиши хуни гурдаҳо ва суст шудани функцияи хоричкунии гурдаҳо эходоплерография ва сканиркунии дуплексии маҷрои хуни гурдаҳо ва инфиродӣ ТМСК ва ТМР гузаронида шуд.

Усули систографияи контрастӣ ва систографияи миксионӣ барои барқарор намудани тағйиротҳои зерини патологӣ дар равиши таҳқиқот мусоидат карданд: бузургии ҳаҷми масона муайян карда шуд– 14 (7,4%), ноҳамворӣ, барҷастагиҳои контурҳо– 14 (7,4%), омос ва ғафсшавии девораҳо– 70 (36,8%), култити тарафи рост – 1 (0,5%), фистулаи паравезикалӣ – 2 (1,1%), синдроми мегасистис – 14 (7,4%), осебҳои чузъии қисми ақибӣ уретра – 2 (1,1%), РМХ-и яктарафа – 8 (4,2%) –и ҳолибҳо ва дутарафа – 12 (6,3%) бемор – (24) ҳолибҳо.

Ҳамаи оризаҳо дар давраи дури пас аз ҷарроҳӣ, дар асоси усулҳои рентгеноурологӣ муайян карда шуда буданд, омӯхта ва ислоҳ карда шуданд. Вобаста аз ин мо баҳодихии муқоисавии усулҳои дарунӣ ва берунӣ дренажгузориро омӯхтем.

Мо таҳлили комплекси тағйироти патологиро ҳангоми уропатияҳои модарзодии инсидодии минтақаҳои секунча-гарданакӣ ва масона-уретралии дорои дисплазияро анҷом додем. Объекти таҳқиқот 129 бемори дорои ин патология буданд. Таваҷҷуҳи махсус ба омӯзиши патоморфологияи лонаҳои буридашуда ва нест кардашудаи дисплазӣ ва патологӣ пас аз гузаронидани ҷарроҳҳои паллиативӣ, декомпрессионӣ ва реконструктивӣ-барқароркунӣ дода шуд.

Таҳқиқоти гистологии бофтаҳои гурдаҳо тағйиротҳои зиёди патологиро муайян кард.

Таҳлили натиҷаҳои дури табобати ҷарроҳии 190 бемори дорои мегауретераи инсидодӣ ва рефлюксшуда пайдо шудани оризаҳои пас аз ҷарроҳиро дар 46 (24,2%) бемор нишон дод, ки 54 (28,4%) –и ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Оризаҳои зиёд рухдиҳанда инҳо будунд: рефлюкси масонаву ҳолиб дар 14 бемор (20 ҳолиб), нефросклероз бо пажмурда шудани гурдаи иловагӣ дар 4 бемор ва гурдаи асосӣ дар 5 бемор. Аз миқдори умумии (368) беморони таҳқиқшуда ва муоинашудаи мо, ки аз хусуси мегауретераи инсидодӣ ва рефлюксшуда ҷарроҳӣ шудаанд, фақт дар давраи катамнезӣ дар 11 (3,0%) бемор ба қайд гирифта шуд.

**Ҷадвали 4. – Баҳодиҳии муқоисавии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони дорои мегауретераи инсидодӣ ва рефлюксунанда.**

| Муаллиф                     | Миқдори ҷарроҳиҳо | Миқдори оризаҳо | Натиҷаҳои мусбат |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| Политано–Леадбеттер         | 98                | 25 (25,5%)      | 73 (74,5%)       |
| Коэн                        | 98                | 25 (25,5%)      | 73 (74,5%)       |
| Грегуар                     | 120               | 36 (30,0%)      | 84 (70,0%)       |
| Савченко Н.Е.               | 12                | 4 (33,3%)       | 8 (66,7%)        |
| Азизов А.А.–Сафедов Ф.Х.    | 96                | 24 (25,0%)      | 72 (75,0%)       |
| Hendren Bishop              | 5                 | 1 (20,0%)       | 4 (80,0%)        |
| Лопаткин Н.А.               | 5                 | 1 (20,0%)       | 4 (80,0%)        |
| Ҳачми полимерҳои тавлидшуда | 24                | 8 (33,3%)       | 16 (66,7%)       |
| АКВ-КҚҚИ эндоскопӣ          | 20                | 8 (40,0%)       | 12 (60,0%)       |

Мо муоинаи комплекси 368 беморро, ки дар онҳо 492 амалиётҳои ҷарроҳии гуногун, аз ҷумла, ҷарроҳии паллиативӣ, радикалӣ ва реконструктивӣ-барқарорсозӣ гузаронида шуда буд, анҷом додем. Мониторинги пас аз ҷарроҳӣ аз таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва рентгенологӣ иборат буд, ки 4-5 моҳ пас аз ҷарроҳӣ ва баъдан бо фосилаи 6-12 моҳ гузаронида мешуданд.

Таҳлили натиҷаҳо инҳоро нишон дод. Дар давраи наздиктарини пас аз ҷарроҳӣ оризаҳо дар 26,9% бемор, натиҷаҳои мусбат дар 73,1% ҳолат ба мушоҳида расид. Дар давраи дур басомади оризаҳо каме зиёд шуда, то 28,5%, натиҷаҳои мусбат бошад, дар 71,5%-и беморон дида шуд. Оризаҳои нисбатан бештар дар давраи пас аз ҷарроҳӣ хангоми гузаронидани ИРГ-ҳои калонҳаҷм дар заминаи якҷоя шудани нуқсонҳои қисми дисталии ҳолиб бо эктопияи даҳона, уретероселе ва РМҲ дар заминаи инсидоди инфравезикалӣ – 104 (28,3%) бемор ба мушоҳида расид.

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони дорои нуқсонҳои инкишофи роҳҳои поёнии пешоб ва мегауретераро мувофиқи маълумоти таҳлилҳои лабораторӣ, ТУС-и якҷанд маротиба гузаронидашуда, мувофиқи ҳолати гемодинамикаи воқеӣ ва нишондодҳои усулҳои шуоии таҳқиқот арзёбӣ намудем. Бо истифода аз натиҷаҳои усулҳои таҳқиқотҳои гузаронидашуда, самаранокии ҷарроҳиҳои гузаронидашуда ва дастамалҳо дар давраҳои гуногун баҳогузорӣ карда шуданд. Натиҷаҳои хуб дар 131 (35,7%) бемор: хангоми муътадил шудани гузаронандагии роҳҳои пешоброн, хурд шудани андозаи СКҲ (системаи косачаву ҳавзак), қутри ҳолиб, беҳтар шудани эхо-сохтори паренхима, барқарор шудани параметрҳои гемодинамика, вучуд надоштани РМҲ ва тағйироти патологӣ дар таҳлилҳои лабораторӣ. Натиҷаҳои қаноатбахш дар 158 (42,9%) – устуворшавии назарраси ҳолати умумии беморони ҷарроҳишуда, динамикаи мусбати нишондиҳандаҳои лабораторӣ, хурдшавии минималии андозаи СКҲ, қутри ҳолиб, беҳтар шудани нишондиҳандаҳои гардиши хуни узвҳо, тибқи маълумотҳои усулҳои рентгенологии таҳқиқот–каме беҳтар шудан ва ё устуворшавӣ дар сатҳи давраи то ҷарроҳӣ.

Натиҷаҳои ғайри қаноатбахш дар ҳолате баҳогузори карда шуд, ки агар мегауретер нест карда нашуда бошад, стенози ноҳияи анастомоз мавҷуд бошад, РМХ, васеъшавии СКХ меафзояд, қобилияти гурдаҳо заиф мегардад—38 (10,3%), дар 41 (11,1%) —и бемори боқимондаи дорои дисфунксияи камолот ва мегауретери такрорӣ илтиҳобӣ ва пас аз ҷарроҳӣ табобати консервативӣ гузаронида шуд.

Арзёбии муқоисавии гузаронидашудаи усулҳои омехтаи ИРГ ҳангоми мегауретери инсидодӣ ва рефлюкси нишон дод, ки самаранокии нео-имплантатсияи ҳолиб бо механизми антирефлюксӣ тибқи усули модификатсионии клиника 75,4% ва Политано-Леадбеттеру ва Коэну —74,2%-ро ташкил медиҳанд. Самаранокии усулҳои ҷарроҳии мегауретера мустақиман аз ташҳиси саривақтӣ, омодагӣ, тактикаи ҷарроҳии дуруст интиҳобшудаи аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок, интубатсияи муносиб, мувофиқи муҳлат ва андозаи дренажҳо ва аз рӯйи имконият, аз гузаронидани ҷарроҳӣ дар марҳалаҳои ремиссияи устувори пиелонефрит ва ситит вобаста аст.

### **ШАРҲИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ (ХУЛОСА)**

Бо мақсади гузаронидани коркарди боэътимоди омор маводи худӣ, имконпазирии осебҳои дутарафа ва таркибии сегментҳои дисталии ҳолибро ба эътибор гирифта, баҳодиҳии миқдори беморон ва миқдори ҳолибҳои ба патология ҷалбшуда арзёбӣ карда шуд. Дар маводи мо осеби ҳолибҳои яктарафа дар 250 (67,9%), аз ду тараф — дар 118 (32,1%) бемор ба қайд гирифта шуд. Ҳамагӣ миқдори ҳолибҳои осебдида 486 ададро ташкил дод.

Дар ҳамаи бемороне, ки, бо патологияи сегменти масонавии ҳолиб (СМХ) ва минтақаи гарданаку тригоналӣ (МГТ) нишондиҳандаҳои пасти системаи иммунӣ ба қайд гирифта шуд. Нишондиҳандаҳои тағйирдодашудаи системаи иммунӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ барои беҳтар шудани протесси шифо ёфтани ҷароҳат ва кам кардани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ба ислоҳ зарурат доштанд.

Алгоритми табобат ҳангоми патологияи ДСМХ ва МГТ дар кӯдакон тартиб дода шуд.

Назарияҳои мавҷудбуда — нейрогенӣ ва миогенӣ — ин аномалияи вазнини инкишофи ҳолибро ноқурра инъикос мекунанд.

Нишондод барои амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми табобати мегауретера се меъёрро дар бар мегирад: пешравии васеъшавии ҳолиб, ҷараёни ретсидивии пиелонефрити музмин ва пайдошавии аломатҳои аввалини суст шудани функсияи гурдаҳо.

Аммо ҳангоми мега-долихо-уретерогидронефрози дутарафаи дарачаҳои 4-5-ум бо микросист ва ҳолиби ба таври максималӣ васеъ ва дароз моро лозим омад, ки бо мақсади пешгирӣ намудани фавт ва бартраф сохтани оризаҳои гуногуни роҳҳои болоии пешоброн, тактикаи табобати ҷарроҳии паллиативиро дар шакли сеяки поён гузоштани уретерокутанеостомияи назди деворавӣ дар мадди назар дошта бошем. Ин тактикаи табобат дар 6 бемор ба қор бурда шуд, ки дар ду тараф иҷро карда шуда буд.

Дар доираи таҳқиқоти ретроспективӣ ва проспективӣ 206 бемори дорои мегауретери аввлия ва такрорӣ инсидодӣ ва ғайриинсидодӣ мавриди омӯзиш

қарор дода шуданд. Дар ин беморон дар маҷмуъ 312 ҷарроҳии гуногун иҷро карда шуд. Табобати консервативӣ: дар 30 бемори дорои дисфунксияи камолот ва 11 кӯдаки дорои дисфунксияи пас аз ҷарроҳии масона. Пас аз 312 ҷарроҳии гузаронидашуда пайдо шудани оризаҳо дар 66 (21,2%) ҳолат мушоҳида шуд, дар ин маврид дар бештари ҳолатҳо ин оризаҳо дар асари шиддат гирифтани сирояти пешоб БАМ вучуд омадаанд. Ҳамаи оризаҳо бо усулҳои консервативӣ табобат шудаанд.

Натиҷаҳои усулҳои таҳқиқоти гузаронидашударо истифода намуда, самаранокии ҷарроҳӣ ва манипулятсияҳои дар давраи дур иҷро кардашуда баҳогузори карда шуданд. Натиҷаҳои хуб дар 131 (35,7%) ҳолат: хангоми муътадил шуднаи гузаронандагии роҳҳои пешоб, хурд шудани андозаи СКХ, кутри ҳолиб, беҳтар шудани эхо-структураи паренхима, барқарор шудани параметрҳои гемодинамика вучуд надоштани РМХ ва тағйироти патологӣ дар таҳлилҳои лабораторӣ. Қаноатбахш – 158 (42,9%) – устуворшавии назарраси ҳолати умумии беморони ҷарроҳишуда, динамикаи мусбати нишондиҳандаҳои лабораторӣ, ба ҳадди минималӣ хурд шудани андозаи СКХ ва кутри ҳолиб, беҳтар шудани нишондиҳандаи гардиши хуни узвҳо, тибқи маълумоти усулҳои рентгенологии таҳқиқот, каме беҳтар шудан ва ё устувор гаштан дар сатҳи давраи то ҷарроҳӣ ба мушоҳида расид. Натиҷаҳои ғайриқаноатбахш – мегауретер баргараф карда нашудааст, стенози ноҳияи анастомоз дида мешавад, РМХ, васеъшавии СКХ бад шудани қобилияти гурдаҳо меафзояд – 38 (10,3%), дар 41 (11,1%) бемори боқимондаи дорои дисфунксияи камолот ва илтиҳоби такрорӣ табобати консервативӣ гузаронида шуд.

## ХУЛОСА

1. Дар асоси гузаронидани таҳқиқоти мақсаднок ва инфиродӣ бо истифода аз усулҳои муосири таҳхис хангоми бемориҳои модарзодии сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ дар кӯдакон: таҳқиқоти ултрасадоӣ, систоскопия, урографияи экскреторӣ, томографияи мултиспиралӣ компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ, мукаммалии таҳхис, интиҳоби усули ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ва маълумотҳои ба даст овардашуда таъмин карда мешавад, ки ин барои интиҳоб кардани усули табобати ҷарроҳӣ мусоидат менамояд [3-М, 7-М, 12-М, 14-М, 13-М, 60-М, 61-М, 18-М, 19-М, 28-М, 34-М, 37-М, 43-М, 53-М, 57-М,].
2. Баҳо додан ба ҳолати пеш аз беморӣ (преморбидӣ) ва ислоҳи ҳолати иммунологии беморон аз рӯи маҷмуи усулҳои таҳқиқот: таҳлили умумии хун, пешоб, кишти бактерияҳои пешоб, биохимияи хун, креатинин ва мочевинаи хун, таҳқиқоти ултрасадоӣ, урографияи экскреторӣ, томографияи мултиспиралӣ компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ, барои муқаррар намудани нишондодҳои интиҳоби табобати ҷарроҳии кӯдакони бемор мусоидат мекунанд [1-М, 2-М, 3-М, 6-М, 50-М, 18-М, 26-М, 28-М, 35-М, 37-М, 52-М, 54-М, 59-М].
3. Мувофиқи нишондодҳо вобаста аз тағйироти морфоструктураҳо ба таври тафриқавӣ ҷарроҳӣ истифода карда шуданд: бо усули Коэн хангоми долихоуретерогидронефрози дараҷаҳои 2-3, Политано-Леадбеттер хангоми

мега-долихоуретерогидронефрози дараҷаҳои 3-4, аутоуретероуретеродубликатурҳо бо неосистоуретероанастомоз бо сохтани механизми антирефлюксӣ бо модификатсияи клиника ҳангоми мега-долихоуретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5. Усули резексияи сегментҳои дисплазияшудаи масонаву ҳолиб бо муҳофизати антирефлюксӣ ва чапагардон кардан дар кӯдакон ҳангоми микросистис ва мега-долихоуретерогидронефрози дараҷаи 5 [1-М, 2-М, 4-М, 6-М, 13-М, 12-М, 14-М, 21-М, 22-М, 25-М, 31-М, 32-М, 36-М, 43-М, 45-М, 47-М, 49-М, 50-М, 51-М, 56-М, 59-М, 60-М].

4. Ҳангоми мега-долихоуретерогидронефрози рефлюксии дараҷаҳои 2-3 ҷарроҳӣ бо усули Грегуар. Ҳангоми мега-долихоуретерогидронефрози рефлюксии дараҷаҳои 4-5, ки дар асари склерози гарданаки масона бо ҷалб шудани даҳонаи ҳолиб, усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ бо бурриши ҳилолшакл дар равиши канори поёнии даҳонаи ҳолиб бо муҳофизати зиддирефлюксӣ таҳия карда шудааст. Ҳангоми микросистис дар навзодон тибқи нишондодҳои ҳаётии ба таври инфиродӣ нефростомияи зерипӯстии тазриқӣ, ё уретерокутанеостомия, ба сифати марҳилаи омодагӣ ба ҷарроҳии радикалӣ гузошта мешавад. [1-М, 3-М, 2-М, 4-М, 5-М, 6-М, 41-М, 15-М, 20-М, 27-М, 38-М, 43-М, 54-М].

5. Усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ ҳангоми мега-долихоуретерогидронефроз, ки дар заминаи уретеросел инкишоф меёбад, оптимизатсия карда шуданд. Бо мақсади реваскуляризатсия ва реиннерватсияи сегменти масонави-ҳолиб усули неосистоуретероанастомоз бо аутоуретероуретеродубликатура ва муҳофизати антирефлюксӣ ҳангоми дистопияи даҳонаи ҳолиб дар диверткулаҳои масона таҳия карда шудааст. Ҳангоми сангҳои такрорӣ ҳолиб усули уретеролитотомия бо дилататсияи ҳолиб бо интубатсияи роҳҳои болоии пешоб таҳия карда шуд. Ҳангоми аномалияҳои мураккабу таркибии инкишофи системаи пешоброн аз ҷарроҳии ҳамзамон бо истифода аз усулҳои таркибӣ ва коркарднамудаи мо ба кор бурда шуд. [1-М, 3-М, 4-М, 5-М, 7-М, 11-М, 14-М, 23-М, 24-М, 33-М, 38-М, 39-М, 40-М, 41-М, 29-М, 46-М, 49-М, 51-М, 54-М, 55-М, 58-М].

6. Баҳодихии муқоисавии ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ: тибқи Политано–Леадбеттер 73 (74,5%), Коэн 73 (74,5%), Грегуар 84 (70,0%), Савченко Н.Е. 8 (66,7%), Hendren-Bishof 4 (80,0%), Лопаткин Н.А. 4 (80,0%), полимерҳои ҳаҷмсоз 16 (66,7%), АКВ эндоскопӣ – КУА (клапани уретраи ақибӣ) 12 (60,0%) ва усулҳо аз нав коркарднамудаи ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ дар 72 (75,0%) ҳолат (Азизов А.А. – Сафедов Ф.Х.) самаранок буданд. Оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз 38,4% то 21,4% кам шуданд. [6-М, 8-М, 10-М, 21-М, 17-М, 26-М, 27-М, 29-М, 36-М, 42-М, 46-М, 48-М].

## **ТАВСИЯ ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Барои муайян кардани марҳилаҳои мега-долихо-уретерогидронефроз ва қобилияти функционалии уро- ва нефропатияи инсидодӣ, истифода бурдани инҳо зарур аст: таҳқиқоти ултрасадоӣ, систоскопия, урографияи экскреторӣ,

томографияи мултиспиралии компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ.

2. Ҳангоми мега-долихо-уретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5-и инсидодӣ, нефростомияи тазриқии зерипӯстӣ имкониятҳои таҳқиқотҳои ташхисиро васеъ мегардонад, барои рафъи фишори гурдаҳо мусоидат мекунад, хуручи пиелонефритро паст мекунад, ҳамчунин миқдори оризаҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳиро кам месозад.
3. Алгоритми коркардшудаи ташхисӣ ва табобатӣ марҳилавӣ будани бистарикунонӣ, омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, амалиётҳои паллиативӣ ва радикалӣ ҳамчунин ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркуниро сабук мегардонад.
4. Ислоҳи статуси дефитситаи иммунӣ гузаронида, омӯхтани ҳолати пеш аз беморӣ ҳангоми бемории сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригоналӣ дар кӯдакон ҳолатро дар давраи пас аз ҷарроҳӣ беҳтар ва оризаҳоро кам мекунад.
5. Дар навзодони дорои мега-долихо-уретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5 гузоштани нефростомияи тазриқии зерипӯстӣ ё уретерокутанеостомияи назди деворавӣ, ба ҳайси марҳилаи омодагӣ барои ҷарроҳии радикалӣ мувофиқи мақсад аст.
6. Дар аксари беморони дорои мега-долихо-уретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5 бо микросистис усули интиҳобшудаи табобат аутоуретероуретеродубликатура бо неосистоуретероанастомоз мебошад тибқи коркардҳои усулҳои клиника.
7. Дар беморони дорои мега-долихо-уретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5-и рефлюксшаванда интиҳоби ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ ҷарроҳҳои таркибӣ –бурриши ҳилолшакли даҳонаи ҳолиб бо муҳофизати антирефлюксӣ тибқи Грегуару ба ҳисоб меравад.
8. Ҳангоми уретерогидронефрози дараҷаи 1 ва ҳангоми муътадил будани ҳаҷми масона муоинаи динамикӣ зарур аст.
9. Ҳангоми уретерогидронефрози дараҷаҳои 2-3 ва муътадил будани ҳаҷми масона ҷарроҳии Коэна, Политано-Леадбеттера нишондод дорад.
10. Ҳангоми сангҳои руст ва сабзшудаи сеяки поёнии ҳолиб, уретерогидронефрози калькулёзии дараҷаҳои 4-5 ҷарроҳӣ тибқи нишондодҳои фаврӣ-уретеролитотомия бо катетеризатсияи берунии антеградии роҳҳои пешоброн гузаронида мешавад.
11. Ҳангоми масонаи нейрогенӣ, ки дар натиҷаи клапани қисми ақибии уретра ва склерози гарданаки масона ба вучуд омадааст, ҷарроҳии клапан таҳрибкунанда, бурриши ҳилолшакли даҳонаи ҳолиб ва аутосистодубликатура мувофиқи Савченко иҷро карда мешаванд.
12. Ҳангоми эктопияи даҳонаи ҳолиб дар ҷавфи дивертикулаи масона бо мега-долихо-уретерогидронефрози дараҷаҳои 4-5 дар кӯдакон неосистоимплантатсияи ҳолиб бо аутоуретероуретеродубликатура нишондод дорад .
13. Ҳангоми аномалияҳои мураккабу таркибии инкишофи системаи пешоброн истифода кардани ҷарроҳҳои ҳамзамон бо истифодаи усулҳои таркибии коркардшуда заруранд.

14. Усули дериватсияи роҳҳои пешоброн ҳангоми ҷарроҳии реконструктивӣ-барқароркунӣ ҳангоми бемориҳои сегменти масонавии ҳолиб ва минтақаи гарданаку тригонали дар кӯдакон нақши калидӣ дорад.

## **ИНТИШОРОТ АЗ РҶҲИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

- [1-М]Сафедов Ф.Х. Выбор тактики оперативного вмешательства при дисплазии цисто-уретерального и шеечно-тригонального отделов мочевого пузыря [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Мирзоев Р.К. // Журнал Здравоохранения Таджикистана. Душанбе. – 2003. – №3. – С. 58-60.
- [2-М]Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бакиева Г.Т., Бобоева Ф.И. // Журнал. Здравоохранения Таджикистан. Душанбе, 2010 г. – С. 297–299.
- [3-М]Сафедов Ф.Х. Пути прогнозирования и профилактика осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе [Текст] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Джабборов С.С. // Журнал. Паёми Сино. Душанбе. – № 4. – 2010. – С. 17-22.
- [4-М]Сафедов Ф.Х. Оптимизация способов деривации мочи при аномалиях развития мочевыделительной системы у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов. А.А., Азизов Б.А., Атоев И.К. // Журнал. Паёми Сино. Душанбе – 2010. – № 4 . – С. 52-56.
- [5-М]Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при дисплазии пузырного сегмента мочеточника при вторичном уролитиазе [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // Журнал. Известия академии наук Республики Таджикистан. 2011. – №2. (175). – С. 95-99.
- [6-М]Сафедов Ф.Х. Оценка результатов повторных реконструктивно-восстановительных операции при мега-долихо-уретере у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Азизов Б.А. // Журнал здравоохранение Таджикистана Душанбе – 2011. – № 3. – С. 349–352.
- [7-М]Сафедов Ф.Х. Течение калькулёзного пиелонефрита у детей на фоне врожденной дисплазии почечной паренхимы [Текст] / Азизов А.А., Сайёдов К.М., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х., // Журнал Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2011. – № 3. – С. 19–21.
- [8-М]Сафедов Ф.Х. Современный подход к вопросу реконструктивно – восстановительных операций при мега-долихо-уретерогидронефрозе у детей // Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. / Журнал. Паёми Сино. Душанбе – 2012.-№ 2. -С. 66–72.
- [9-М]Сафедов Ф.Х. РВО у детей с мега-долихо-уретерогидронефрозе при дистопии устьев мочеточников в дивертикул мочевого пузыря [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. // Журнал. Паёми Сино. Душанбе – 2012. – № 4. – С. 71–76.
- [10-М]Сафедов Ф.Х. Оценка способов РВО при патологии шеечно-тригональной зоны и пузырного сегмента мочеточника у детей / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана» Душанбе – 2012. – № 2. – С. 43–48.

[11-М]Сафедов Ф.Х. Оценка анатомо-функциональных состояний мочеточника при реконструктивно-восстановительных операциях на фоне дисплазии пузырно-тригональной и пузырно-уретеральных зон[Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Набиев З.Н. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2015. – № 1. – С. 155–157.

[12-М]Сафедов Ф.Х. Диагностика и дифференциальная хирургическая тактика при дивертикулах мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Набиев З.Н. // ВЕСТНИК ТАДЖИКСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА Душанбе: «Сино»– 2015. –№ 1/3 (164). – С. 224–226.

[13-М]Сафедов Ф.Х. Внедрение одномоментных сочетанных операций в детскую урологическую практику[Текст] / Азизов А.А., Гуломов Ф.М., Каримова М.К., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К. // Научно медицинский журнал Симуруғ. 2022. –14 (2). – С. 10–16.

[14-М]Сафедов Ф.Х. Современный взгляд на проблему факторов риска осложненного нефролитиаза у детей[Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бадалов Ш.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2023. – №4. – С. 5–10.

[15-М]Сафедов Ф.Х. Клинико-Морфологическая диагностика и хирургическая тактика лечения больных с вторичным нефролитиазом, обусловленным дисплазией паренхимы почек, на фоне хронической болезни почек у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Бадалов Ш.А., Гуломов Ф.М., Атоев И.К. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана» Душанбе – 2023. – №4. – С. 88–95.

#### **Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда**

[16-М]Сафедов Ф.Х. Реорганизация детской урологической помощи[Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2001. – №4. – С. 34–35.

[17-М]Сафедов Ф.Х. Способы пластической и восстановительной хирургии верхних мочевых путей у детей[Текст] / Махмаджанов Д.М., Азизов А.А., Мирзоев Р.К., Сафедов Ф.Х., Зиёвиддинов А.Р. // «Адаптация, стресс, здоровье», (сборник научных статей). Душанбе – 2001. – С.424–432.

[18-М]Сафедов Ф.Х. Способы пластической и восстановительной хирургии нижних мочевых путей у детей[Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Мирзоев Р.К., Сафедов Ф.Х., Зиёвиддинов А.Р. // «Адаптация, стресс, здоровье», (сборник научных статей). Душанбе – 2001. – С.224–232.

[19-М]Сафедов Ф.Х. Реконструктивно-восстановительные операции при дисплазии пузырного сегмента мочеточника и шейки мочевого пузыря[Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Материалы третьего российского научного форума «хирургия 2001» Достижения современной хирургии. Москва – 2001. – С. 11-12.

[20-М]Сафедов Ф.Х. Пластические и реконструктивные операции при гидронефрозе у детей [Текст] / Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Материалы третьего российского научного форума «хирургия 2001» Достижения современной хирургии. Москва – 2001. - С. 12-13.

- [21-М]Сафедов Ф.Х. Результаты хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Нидоев Б.М. // Актуальные проблемы клинической онкологии. 50-ая научно-практическая конференция Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Душанбе – 2002. – С. 85–86.
- [22-М]Сафедов Ф.Х. Радикальная одномоментная реконструктивно-восстановительная операция при дисплазии шеечно-тригонального и пузырно-мочеточникового сегментов мочевого пузыря [Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К., Шаханов А.Ш. // Второй Российский конгресс. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва - 2003. - С. 15-17.
- [23-М]Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение экстрофии мочевого пузыря у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. // Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии-реаниматологии, травматологии и нейрохирургии детского возраста. Ташкент – 2004. – С. 91–92.
- [24-М]Сафедов Ф.Х. К вопросу антирефлюксной операции при склерозе шеечно-тригональной зоны мочевого пузыря у детей [Текст] / Бакиева Г.Т., Азизов А. А., Шаханов А.Ш., Сафедов Ф.Х., Каримова М. К. / Материалы всероссийского научного форума хирургия. Москва2005. – С.16–17.
- [25-М]Сафедов Ф.Х. Комплексная диагностика и лечение хронической почечной недостаточности (ХПН) на фоне калькулёзного пиелонефрита у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Бакиева Г.Т. // Материал II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 231.
- [26-М]Сафедов Ф.Х. Отдалённые результаты хирургического лечения обструктивного-гнояного калькулёзного пиелонефрита у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К., Рабиев Р. К. // Материал II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 232.
- [27-М]Сафедов Ф.Х. Ближайшие результаты реконструктивно-восстановительных операций при вторичном нефролитиазе на фоне врожденных пороков развития почек у детей [Текст] / Мирзоев Р.К., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К.// Материал II-го съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. Душанбе – 2008. – С. 215.
- [28-М]Сафедов Ф.Х. К вопросу о внедрении одномоментных способов реконструктивно-восстановительных операций при дисплазии пузырно-тригональной и пузырно-уретеральных зон, с нейрогенным мочевым пузырём, уретерогидронефрозом, и хронической почечной недостаточностью II-III[Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х.,Бакиева Г.Т. // НПК «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» Душанбе – 2008. – С. 264–266.
- [29-М]Сафедов Ф.Х.Оптимизация хирургического лечения и функциональной реабилитации детей с хронической почечной недостаточностью калькулёзной этиологии [Текст] / Азизов Б.А., Атоев И.К., Сафедов Ф.Х., // НПК «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане»Душанбе – 2008. – С. 269–270.

- [30-М]Сафедов Ф.Х. Диагностика и комплексное лечение аномалий развития мочевых путей в зависимости от структурных и функциональных изменений у детей[Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бакиева Г.Т. // НПК 70-летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2009. – С. 460–462.
- [31-М]Сафедов Ф.Х. Прогнозирование и профилактика осложнений при люмботомии у детей [Текст] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Джабборов С.С. // Девятый Российский конгресс. Москва. – 2010. – С. 334.
- [32-М]Сафедов Ф.Х. Способ деривации мочи при неоцистоуретероанастомоз у детей [Текст] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // Девятый Российский конгресс. Москва. 2010. – С. 334-335.
- [33-М]Сафедов Ф.Х. Роҳҳои пешгуи ва пешгирии оризаҳо баъди ҷарроҳии люмботомия [Матн] / Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Джабборов С.С. // Маҷаллаи Авҷи Зӯҳал. Душанбе. – 2010. – №1. – С. 21–24.
- [34-М]Safedov F. KH. Analysis of the results of repeated reconstructive surgery for children with megaurether [Текст] / Safedov F. KH., Azizov A.A., Azizov B.A. Bakieva G. T. // Abstracts of XI congress of pediatricians of eurazian countries. Dushanbe, Tajikistan – 2011. – С. 100.
- [35-М]Сафедов Ф.Х.Роль неспецифического иммунитета в профилактике послеоперационных осложнений при хронической почечной недостаточности калькулёзной этиологии у детей[Текст] / Атоев И.К., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Сайёдов К.М., Бадалов Ш.А // II- съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистана. Ташкент 2011. – С. 49–51.
- [36-М]Сафедов Ф.Х.Современный подход к вопросу реконструктивно-восстановительных операций при мега-долихо-уретерогидронефроза у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Сайёдов К.М. // II-съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистана. Ташкент.2011. – С. 51–53.
- [37-М]Сафедов Ф.Х.Роль ультразвукового исследования при закрытых повреждениях селезенки у детей[Текст] / Асламов Б.Н., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х., Займудинов Б.А. // II- съезд детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Узбекистана. Ташкент2011. – С. 205–206.
- [38-М]Сафедов Ф.Х. Пешниҳод ва такмили усулҳои хориҷ намудани пешоб ҳангоми дигаргун ва барқарорсозии маҷрои пешоб [Матн] / Азизов. А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Бадалов Ш. А. // Маҷаллаи Авҷи Зӯҳал. Душанбе – 2011. – № 1. – С. 8–12.
- [39-М]Сафедов Ф.Х. Одни из вариантов деривации в хирургическом лечении осложнённых камней пузырного сегмента мочеточника у детей [Текст] / Азизов А.А., Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Мирзоев Р.К. // Московская конференция «гнойно–септические заболевания у детей». Москва 2011. – С. 121–123.
- [40-М]Сафедов Ф.Х. Усулҳои такмил ва тармими амалиётҳои барқарорӣ-азнавсозии ҳангоми мавриди санги оризаноқ гашта[Матн] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р. // Маҷаллаи Авҷи Зӯҳал. Душанбе 2011. - №3. 4-6.
- [41-М]Сафедов Ф.Х. Моҳияти дуруст ба роҳ мондани маҷроҳои пешоб ҳангоми амалиёти дигаргун ва барқарорсозии узвҳои системаи пешоброҳа [Матн] /

- Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р., Бакиева Г.Т., Бадалов Ш.А. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2011. – №3. – С. 3–8.
- [42-М]Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение острых воспалительных заболеваний яичка и придатка у детей [Текст] / Файзулов Д.А., Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Шерназаров И.Б. // Научно-практическая конференция с международным участием. «Новые технологии детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Самарканд. – 2012. – С. 128.
- [43-М]Сафедов Ф.Х. Неоцистоуретероанастомоз при дистопии устьев мочеточников в дивертикулы мочевого пузыря с мега-долихо-уретерогидронефрозом у детей [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А. // НПК с международным участием. «Новые технологии детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». Самарканд – 2012. – С. 91–92.
- [44.-М]Сафедов Ф.Х. Повторные реконструктивно-восстановительных операции при мега-долихо-уретерогидронефрозе у детей [Текст] / Азизов А.А. Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х. // НПК. Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки ТГМУ. Душанбе – 2012. – С. 389–390.
- [45-М]Сафедов Ф.Х. Предоперационная подготовка больных с дисплазией пузырно-мочеточниковой и шеечно-тригональной зоны у детей на фоне уросепсиса [Текст] / Азизов А.А., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К // НПК. «Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе – 2013. – С. 19.
- [46-М]Сафедов Ф.Х. Оценка результатов повторных корригирующих операций при мега-долихоуретере у детей [Текст] / Азизов А.А., Султонов Ш.Р., Сафедов Ф.Х. // НПК. «Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе – 2013. – С. 20.
- [47-М]Сафедов Ф.Х. Адекватная терапия после одномоментных сочетанных операции при дисплазии пузырно-мочеточниковых и пузырно-тригональных зон, обусловленных вторичным нейрогенным мочевым пузырём [Текст] / Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р., Атоев И.К. // НПК. «Достижения и перспективы развития детской хирургии». Душанбе-2013.-С. 21.
- [48-М]Сафедов Ф.Х. Аз ихтироъ ба инноватсия «Аз ихтироъ ба инноватсия» [Матн] / Сафедов Ф.Х. // Маркази миллии патенту иттилооти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Моликияти саноати ва бозор, Маҷаллаи илмию амали. Душанбе – 2014. – С. 98.
- [49-М]Сафедов Ф.Х. Оиди ихтироъ ва кашфиёт дар шуъбаи урологияи кӯдаконаи ММТТ [Матн] / Азизов А.А., Займудинов Б.М., Сафедов Ф.Х., Шаханов Н.С., Сатторов М.А. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2015. –№ 2(19). – С. 11–16.
- [50-М]Сафедов Ф.Х. Инноватсияи ихтирооти амалиёти дигаргун ва барқарорсозии масонаи нейрогении дуюминдараҷаи кӯдакон [Матн] / Азизов. А.А., Боқиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Атоев И.К., Шохунов Н.С. // Маҷаллаи Авҷи Зухал. Душанбе – 2016. –№ 1(22). – С. 12–16.
- [51-М]Сафедов Ф.Х. Тактика лечения камней мочеточников у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Атоев И.К. Сафедов Ф.Х. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 167–168.

[52-М]Сафедов Ф.Х. Хирургическое лечение уретероцеле у детей [Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х., Сафаров А.И. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 168-170.

[53-М]Сафедов Ф.Х. Дифференцированный подход и хирургическое лечение при сегментарной дисплазии мочеточников у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Махмаджанов Д.М. // НПК. «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». Душанбе – 2020. – Том – 227.11. – С. 303–304.

[54-М]Сафедов Ф.Х.Современные методы диагностики хирургических болезней почек у детей[Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2020. – №4. – С. 81–82.

[55-М]Сафедов Ф.Х.Новое в лечение и профилактике хирургических осложнений неполных удвоений почек у детей[Текст] / Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2020. – №4. –С. 82–83.

[56-М]Сафедов Ф.Х.Хирургическое лечение дисплазии пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей грудного возраста [Текст] / Сафедов Ф.Х., Шаханов Ф.А., Атоев И.К. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». Душанбе – 2020. – №4. – С. 101–102.

[57-М]Сафедов Ф.Х. Специфическая антидотная терапия в комплексном лечении детей с фосфороорганическими отравлениями[Текст] / Мазабшоев С.А., Шамсзода Х.А., Сафедов Ф.Х., Курбонов Ш.Ш. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана» Душанбе – 2020. – №4. – С. 76–77.

[58-М]Сафедов Ф.Х. Дифференцированные тактики хирургического лечение при дисплазии пузырного сегмента мочеточников у детей [Текст] / Сафедов Ф.Х., Саидов М., Абдулов Ф.У., Сафедов Ф.Ф. // «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» XVI – НПК молодых учёных ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2021. – С. 123–124.

[59-М]Сафедов Ф.Х. Паллиативное хирургического лечение дисплазии пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей гурудного возраста [Текст] / Сафедов Ф.Х., Шаханова Ф.А., Холниёзов Ш.Ф., Абдулов Ф.У. // «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» XVI – НПК молодых учёных ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе – 2021. – С. 200.

[60-М]Сафедов Ф.Х.Внедрение на практике изобретенных новых способов реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях развития мочеполовых органов у детей[Текст] / Азизов А.А., Гуломов Ф.М., Азизов Б.А., Каримова М.К., Сафедов Ф.Х., Бадалов Ш.А. // НПЖ.Вестник медико-социального института Таджикистана. 2022. – 4(5) – С. 5–16.

#### **Монографияҳо**

1. Сафедов Ф.Х. Анатомиаи системаи шошаю таносул [Матн] / С.Т. Ибодзода, Ф.Х. Сафедов. – Душанбе – 2023. 80 с.

2. Сафедов Ф.Х. Абдоминальная хирургия детского возраста [Текст] / А.А. Азизов, И.Б. Шерназаров, Ф.Х. Сафедов. Душанбе – 2011. – 511 с.

3. Сафедов Ф.Х. Анатомиаи системаи дилу рағҳо [Матн] / С.Т. Ибодзода, Ф.Х. Сафедов, Р.Ҳ. Зокиров, С.Г. Али-Заде. Душанбе – 2023. – 168 с.

#### **Патентҳо.**

1. Сафедов Ф.Х. Устройства для дренирования мочевого пузыря при цистопластике по поводу его экстрофии. Патент № ТЈ 401.[Текст] / Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Ли О.Э., Шаханов А.Ш., Мирзоев Р.К. Душанбе – 2004.
2. Сафедов Ф.Х. Способ дренирования при формировании мочевого пузыря по поводу его экстрофии. На Патент № ТЈ 402. [Текст]/ Азизов А.А., Бакиева Г.Т., Сафедов Ф.Х., Ли О.Э., Шаханов А.Ш., Мирзоев Р.К. Душанбе – 2004.
3. Сафедов Ф.Х. Способ резекции дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов с антирефлюксной защитой у детей. Патент № ТЈ 479. [Текст]/ Азизов А.А, Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. Душанбе. – 2008.
4. Сафедов Ф.Х.Дозированный фиксатор лонных костей при цистопластике по поводу эксторфии мочевого пузыря у детей. Патент № ТЈ 410. [Текст]/ Азизов А.А., Займутдинов Б.М., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Атоев И.К. Душанбе. – 2011.
- 5.Сафедов Ф.Х. Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликатуры» при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленным дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей. Патент № ТЈ 485. [Текст]/ Азизов А.А, Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т. Душанбе – 2011.
6. Разработана техника операции “полулунный разрез” под устьем мочеточника при пузырно-почечном рефлюксе у детей. Патент № ТЈ 371. [Текст] / Азизов А.А, Бакиева Г.Т. Душанбе. – 2008.
7. Сафедов Ф.Х. Способ неоцистоуретероанастомоза с аутоуретероуретеродубликатурой при дистопии устьев мочеточников в дивертикулах мочевого пузыря с мега-долихоуретерогидронефрозом у детей. Евразийский патент № 025992. [Текст]/ Сафедов Ф.Х., Азизов А.А. Москва. – 2017.
8. Сафедов Ф.Х. Способ лечения мочевого свища при уретеролитотомии у мальчиков. Малый патент № ТЈ 1204.[Текст]/ Сафедов Ф.Х., Султонов Ш.Р. Махмаджонов Д.М. Холниёзов Ш.Ф. Душанбе. – 2020.
9. Сафедов Ф.Х.Способ лечения мочевого свища при уретеролитотомии у девочек. Малый патент № ТЈ 1203.[Текст]/Сафедов Ф.Х., Холниёзов Ш.Ф. Душанбе. – 2020.

#### **Маҳсулоти зеҳнӣ.**

1. Сафедов Ф.Х. «Способ выявления втянутого внутрипочечного мочеточника по урограммам на фоне вторичного нефролитиаза у детей». Интеллектуальный продукт. Свидетельство № ТЈ 0124. [Текст]/Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Бакиева Г.Т., Махмаджанов Д.М., Мирзоев Р.К., Атоев И.К. Душанбе. – 2009.

#### **Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ.**

1. Сафедов Ф.Х. Способ замены полиэтиленового сквозного дренажа на катетер Фолле после операции рассечения шейки мочевого пузыря [Текст] / Удостоверение № 119. Азизов А.А., Сафедов Ф.Х. с соавт. ВОИР Душанбе – 2006.

### **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО ВА АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ**

- АТЛ – анастомози терминолатералӣ
- БМГ- бемории модарзодии гурдаҳо
- БМГУ-бемории музмини гурдаҳо
- БСП- бемории санги пешоб
- ДСМҶ –дисплазияи сегментҳои масонавии ҳолибҳо

ИИ –инсидоди инфравезикалӣ  
ИМУ – ихтилоли музмини уродинамика  
КҚАУ- клапани қисми ақиби уретра  
МГТ-минтақаи масонаву тригоналӣ  
МДУ – мега-долихоуретер  
МДУГН – мега-долихо-уретерогидронефроз  
МТН – масонаи такрории -нейрогенӣ  
МУ – мегалоуретер  
НИСПТ-нуқсони инкишофи системаи пешобу таносулӣ  
НЗПТ –нефростомияи зерипӯстии тазриқӣ  
НМГ- норасоии модарзодии гурдаҳо  
ПМ –пиелонефрити модарзодӣ  
ПМу –пиелонефрити музмин  
РМҲ – рефлюкси масона-ҳолиб  
РП –роҳҳои пешоброн  
СГМ- Склерози гарданаки масона  
СМҲ- сегменти масонавии ҳолиб  
СП –системаи пешоброн  
СТЭ- суръати тагшингшавии эритроцитҳо  
СҲҲ –сегменти ҳавзаку ҳолиб  
ТУС-таҳқиқоти ултрасадоӣ  
ШҲ – шохиси ҳолиб (МИ – мочеточниковый индекс)  
ШКР – шохиси кортико-реналӣ  
УМР –урография магнитӣ-резонансӣ  
ҲҲГ – ҳаҷми хуни гардишкунанда  
ШП – шохиси паренхиматозӣ  
УГН – уретерогидронефроз  
УУА – уретероуретероанастамоз  
ФШ – фишори шарёӣ

**АННОТАЦИЯ**  
**САФЕДОВ ФАХРИДДИН ХОЛНИЁЗОВИЧ**  
**«Диагностика и инновационные методы реконструктивно-восстановительных операций при дисплазиях тригонально-шеечных и пузырно-уретеральных зон у детей»**

**Ключевые слова:** врождённые пороки мочевыводящих путей, дисплазия, мега-долихо-уретерогидронефроз, неоаутоцистоуретероуретеродубликатура, вторичные конкременты, реконструктивно-восстановительные операции.

**Цель исследования.** Усовершенствование диагностики и методов реконструктивно-восстановительных операций при дисплазиях тригонально-шеечных и пузырно-мочеточниковых сегментов у детей.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** Для решения поставленных задач у 368 больных детей проведён ретроспективный анализ историй болезни в возрасте от новорождённых до 15 лет, которые находились на обследовании и лечении, произведены клиничко-лабораторные, бактериологические исследования до применения УЗИ, доплерография, и рентгеноурологическое обследование. Статическая значимость оценивалась различием между выборками с помощью t-критерия Стьюдента. Результат анализа считался статистически значимым при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и их новизна.** Результаты проведённого комплексного исследования показали, что поздние обращения, поздняя госпитализация приводят к различным поздним осложнениям, неподдающимся восстановлению. Изучая 368 историй болезни, проведены 492 операции на мочеточниках и мочевом пузыре. Появление сочетанных и различных групп бактериологической флоры говорит о том, что больной не получил целенаправленное комплексно-консервативное лечение. С применением инновационных методов диагностики и дифференцированно разработанных хирургических методов лечения, удалось повисит качество жизни больных, тем самым снизить летальность и осложнения среди данной группы больных. Использование современной диагностики и разработанные методы реконструктивно-восстановительных операций и методы дренирования являются методами выбора.

Данная группа больных нуждается в реабилитационном лечении и прогнозировании в зависимости от тяжести проведенных реконструктивно-восстановительных операций.

**Рекомендации по использованию:** разработанные методы диагностирования и по показаниям дифференцированное применение методов и способов дренирования с использованием комплексно-консервативного лечения целесообразно широко использовать в области детской хирургии.

**Область применения:** детская хирургия.

**АННОТАТСИЯИ**  
**САФЕДОВ ФАХРИДДИН ХОЛНИЁЗОВИЧ**

**“Ташхис ва усулҳои инноватсионии ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ҳангоми дисплазияҳои минтақаҳои тригоналӣ-гарданаки ва масонавӣ-уретралӣ дар кӯдакон”**

**Калимаҳои калидӣ:** нуқсонҳо модарзодии роҳҳои пешоброн, дисплазия, мега-долихо-уретерогидронефроз, неоаутосистоуретероуретеродубликатура, конкрементҳои такрорӣ, ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Такмил додани ташхис ва усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ-барқарорсозӣ ҳангоми дисплазияҳои сегментҳои гарданаки-тригоналӣ ва масонавӣ-ҳолибии кӯдакон.

**Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизотҳои истифодашуда.** Барои ҳаллу фасли ҳадафҳои дар пеш гузошташуда дар 368 кӯдаки бемор таҳлили ретроспективи таърихи бемории кӯдакони синну соли аз 1 то 15-сола, ки таҳти муоина ва табобат қарор доштанд, таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ, бактериологӣ то истифода кардани ТУС, доплерография, ва рентгеноурологӣ гузаронида шуд. Аҳамияти оморӣ бо фарқияти байни намунаҳо бо ёрии t-критерияи Стюдент баҳогузорӣ карда шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот ҳангоми  $p < 0,05$  муҳим ҳисобида шуданд.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағони таҳқиқот.** Натиҷаҳои таҳқиқоти комплексии гузаронидашуда нишон дод, ки дер муроҷиат кардан, дер бистарӣ кунонидан ба оризаҳои гуногуни дер оварда мерасонанд, ки барқарорнашавандаанд. 368 таърихи бемориро омӯхта, 492 ҷарроҳӣ дар ҳолиб ва масона гузаронида шуд. Пайдо шудани гурӯҳҳои таркибӣ ва гуногуни флораи бактериологӣ аз он дарак медиҳанд, ки бемор табобати мақсадноки комплексӣ-консервативиро нагирифтааст. Бо истифода аз усулҳои инноватсионии ташхис ва ба таври тафриқӣ таҳия намудани усулҳои ҷарроҳии, муяссар шуд, ки сифати ҳаёти беморон баланд бардошта шавад ва бо ин васила фавтият ва оризаҳо дар байни беморони ин гурӯҳ кам карда шавад. Истифодаи ташхиси муосир ва усулҳои таҳияшудаи ҷарроҳии азнавсозию-барқароркунӣ ва услухи дренажгузорӣ усулҳои интихобшуда ба шумор мераванд.

Ин гурӯҳи беморон вобаста аз вазнинии ҷарроҳии азнавсозию-барқароркунӣ гузаронидашуда ба табобати реабилитатсионӣ ва пешгӯӣ ниёз доранд.

**Тавсияҳо барои истифода:** усулҳои таҳияшудаи ташхис ва тибқи нишондод истифодаи тафриқавии усулҳо ва тарзҳои дренажгузорӣ бо истифода аз табобати комплексӣ-консервативиро дар соҳаи ҷарроҳии кӯдакон ба таври васеъ истифода намудан мувофиқи мақсад аст.

**Соҳаи истифода:** ҷарроҳии кӯдакон.

## ANNOTATION

**SAFEDOV FAKHRIDDIN KHOLNIYOZOVICH**

**“Diagnosis and innovative methods of reconstructive surgery for dysplasias of trigonal-cervical and vesicoureteral zones in children”**

**Key words:** congenital malformations of the urinary tract, dysplasia, mega-dolicho- ureterohydronephrosis, neoautocysto ureteroureteroduplication, secondary stones, reconstructive operations.

**Purpose of the study:** Improving the diagnosis of reconstructive operations for dysplasia of the trigonal-cervical and vesicoureteral segments in children. Research methods and equipment used. To solve these problems, a retrospective analysis of medical histories was carried out in 368 sick children aged from newborns to 15 years, who were undergoing examination and treatment, clinical, laboratory, bacteriological studies, were carried out before the use of ultrasound, dopplerography, and x- ray urological examination static significance was assessed by the difference between samples using student’s t-test. The results of the analysis was considered statistically significant at p.0.05.

**The results obtained and their novelty.** The results of a comprehensive study showed that late visits and late hospitalization lead to various late complications can not be restored. Studying 368 case histories, 492 operations on the ureters and bladder were performed. The appearance of combined and different groups of bacteriological flora indicates that the patient did not receive targeted comprehensive conservative treatment. With the use of innovation diagnostic methods and differentiated surgical treatment methods, it was possible to improve the quality of life of patients, thereby reducing mortality and complications among this group of patients. The use of modern diagnostics and developed reconstructive operations and drainage methods are the methods of choice.

And the group of patients requires rehabilitation treatment and prognosis depending on the severity of reconstructive operations performed.

**Recommendations for use:** the developed diagnostic methods according to indications, differentiated use of drainage methods and methods using complex conservative treatment are advisable to be widely used in the field of pediatric surgery.

**Field of using:** pediatric surgery.