

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 4,
ISSUE 1 **2023**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2023

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Head of Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфонсо де ла Фуэнте Хернандес
(De La Fuente Hernandez Luis Alfonso)
профессор, член Европейского общества репродукции
человека и эмбриологии (Prof. Medical Director of
the Instituto Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain))

Зуфарова Шахноза Алимджановна
Республиканский центр репродуктивного здоровья
населения, директор, д.м.н., профессор -
(Republican Center for Reproductive Health of Population,
Director, Doctor of Medical science, Professor)

Агабабян Лариса Рубеновна
к.м.н., профессор Самаркандского
государственного медицинского университета
Candidate of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Зокирова Нодира Исламовна
д.м.н., профессор, Самаркандского государственного
медицинского университета (Doctor of Medical Sciences,
Professor, Samarkand State Medical University)

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
д.м.н., профессор Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования медицинского
института РУДН, (Россия)
Doctor of Medical Sciences, Professor, of Endoscopic
Urology, Faculty of Continuing Medical Education, Medical
Institute of the Russian Peoples Friendship University, (Russia).

Пахомова Жанна Евгеньевна
д.м.н., профессор Ташкентской медицинской
академии, председатель ассоциации
акушеров-гинекологов Республики Узбекистан
Doctor of Medical Sciences, Professor of the Tashkent
Medical Academy, Chairman of the Association
of Obstetricians and Gynecologists of the Republic of Uzbekistan

Ответственный секретарь:
Махмудова Севара Эркиновна
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences, Samarkand State Medical University

Окулов Алексей Борисович
д.м.н., профессор Московского государственного
медико-стоматологического университета (Россия)
Doctor of Medical Sciences, professor Moscow State
University of Medicine and Dentistry (Russia).

Аллазов Салах Алазович
д.м.н., профессор Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
д.м.н., Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Samarkand
State Medical University

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
д.м.н., профессор Бухарского медицинского института
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Bukhara Medical Institute

Локшин Вячеслав Нотанович
д.м.н., профессор, член-корр. НАН РК,
президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины (Казахстан)
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of the Republic of Kazakhstan,
President of the Kazakhstan Association
of Reproductive Medicine (Kazakhstan).

Аскеров Арсен Аскерович
д.м.н., профессор Кыргызско-Российского
Славянского университета, президент Кыргызской
ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов
Doctor of Medical Sciences, Professor, Kyrgyz - Russian
Slavic University, President of the Kyrgyz Association
of Obstetricians and Neonatologists

Зокиров Фарход Истамович
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences,
Samarkand State Medical University

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ахмедов Исламжон Юсуфжонович, Яцык Сергей Павлович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**
МЕГАУРЕТЕР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ/MEGAURETHER IN CHILDHOOD/BOLALIKDAGI MEGAURETHER.....6
2. **Бахронов Акмалжон Алишерович, Хасанов Ойбек Гофир угли**
ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А И ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ/ TUMOR NECROSIS FACTOR A AND ITS ROLE IN PATHOLOGY/ O'SIMTA NEKROZI OMILI A VA UNING PATOLOGIYSIDAGI O'RNI.....11
3. **Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT/TOS BO'SHLIG'IDAGI DISFUNKTSIYASINING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. RIVOJLANISH XAVFI.....15
4. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Мухаммедова Фариза Фарходовна, Раббимова Гулнора Тоштемировна, Хамроева Лола Каххоровна**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ/FEATURES OF THE COURSE OF JUVENILE PREGNANCY/VOYAGA ETMAGAN HOMILADORLIKNING XUSUSIYATLARI.....19
5. **Туркманов Маъмур Матмусаевич, Хасанов Ойбек Гофир угли**
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АССОЦИАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS: ASSOCIATION WITH CARDIOVASCULAR RISK/REVMATOID ARTRITDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI: YURAK-QON TOMIR XAVFI BILAN.....23
6. **Туркманов Маъмур Матмусаевич**
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS:INCIDENCE, RISK FACTORS, AND VARIANTS OF RENAL DAMAGE/REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI:BUYRAK SHIKASTLANISHINING CHASTOTASI, XAVF OMILLARI, VARIANTLARI.....26
7. **Юлдашев Санжар Келдиярович, Хикматуллаева Малика Рахимжоновна**
ИСТОЦЕЛЕ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ/ ISTMOCELE AND FERTILITY. A MODERN SOLUTION TO THE PROBLEM/ ISTMOSELE VA FERTILLIK. MUAMMONING ZAMONAVIY YECHIMI.....30
8. **Mukhiddinova Durdona Nuriddinova, Nasimova Nigina Rustamovna**
PERIMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI GISTEROSKOPIK TASHXISLASH/ HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN/ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....34
9. **Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna**
O'SMIR QIZLARDA MENSTRUAL FUNKSIYASI XUSUSIYATLARI TAVSIFI/ ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/ DESCRIPTION OF THE FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION IN ADOLESCENT GIRLS.....38
10. **Turoпова Sitara Qahhor qizi, Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi, Abdug'aniyeva Hilola Abduhafiz qizi, Nasirova Zebo Azizovna**
KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI SEPTIK ASORATLAR/ СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ/ SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION.....42

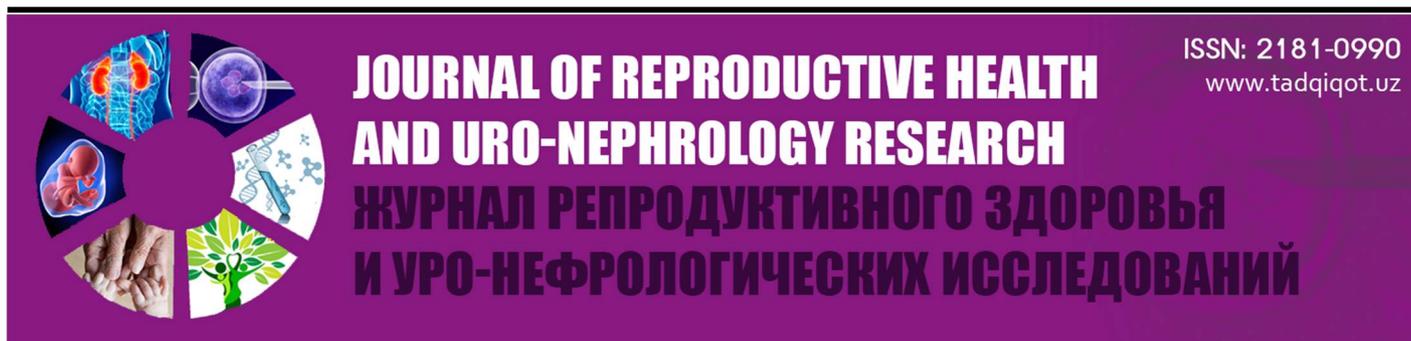
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ/ SURGICAL CORRECTION OF HYPOSPADIA IN CHILDREN/ BOLALARDA GIPOSPADIANI JARROXLIK YO'LLARI.....45
2. **Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Кудратова Дилноза Шарифовна, Ризаева Малика Абдуманнановна, Кодирова Зебо Нуритдиновна**
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ/ CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF THE CERVIX/ BACHADON BO'YNI YAXSHI SIFATLI O'SMA KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BEMORLARDA KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....49
3. **Назирова Муяссар Убаевна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Асилова Саодат Убаевна**
КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ/CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN'S PERIMENOPAUSAL PERIOD/AYOLLARDA PERIMENOPOUZAL DAVRIDA OSTEOPOROZNING KLINIK VA DIAGNOSTIK KO'RSATKICHLARI.....52
4. **Насирова Зебинисо Азизовна, Расулова Парвина Рустамовна**
РОЛЬ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ THE ROLE OF THE FAT COMPONENT IN BODY WEIGHT CHANGE DURING PREGNANCY/ HOMILADORLIKDA TANA VAZNINING O'ZGARISHI PAYTIDA YOG ' TARKIBIY QISMINING ROLI.....56
5. **Шамсиева Малика Шухратовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич, Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ФЕМОФЛОР-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/APPLICATION OF THE FEMOFLO-16 TEST TO ASSESS VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS/JINSIY ORGANLARNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENSOZNI BAHOLASH UCHUN FEMOFLO-16 TESTINI QO'LLASH.....59

6. **Karimova Gulchehra Samadovna**
BACHADON BO'SHLLIG'IDAGI SHARTLI PATOGEN MIKROFLORANING HOMILA TUSHISHIDA O'RNINI POLY USLOVNO-PATOGENNOY MIKROFLORAY POLOSTI MATKI PRI VYKIDYSHAХ THE ROLE OF CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROFLORA IN THE UTERINE CAVITY IN FETAL DESCENT.....63
7. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Sanoqulova Maxliyo Orifovna**
BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA "NISHA" SIMPTOMINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING YANGI IMKONIYATLARI/НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМА «НИШИ» У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ/ NEW POSSIBILITIES FOR DIAGNOSING AND TREATING THE "NICHE" SYMPTOM IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR.....67
8. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Abdikarimov Abduvaxob Usmonovich**
KESAR KESISHDAN KEYIN BACHADONDAGI CHANDIQLARDA PLATSENTA BIRIKISH ANOMALIYALARI BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECISHI XUSUSIYATLARI/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILD IN WOMEN WITH ANOMALIES OF PLACENTA ATTACHMENT IN UTERINE SCARS AFTER CESAREAN SECTION.....72
9. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Omonova Parvina Obidboevna**
QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI VA METABOLIK SINDROM KUZATILGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARI/УЛУЧШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОК С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ/ RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN POLYCYSTOSIS AND METABOLIC SYNDROME IN VAGINAL AND UTERINE APLASIA.....76
10. **Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Komilova Adiba Zokirjonovna**
HOMILADORLIK DAVRIDA AYOLLARDA GERPETIK STOMATITNING IMMUNOLOGIK JIHATLARI/ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF HERPETIC STOMATITIS IN WOMEN DURING PREGNANCY.....79
11. **Jalolova Iroda Abdujabborovna, Negmadzhanov Bakhodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Xamroeva Lola Kaharovna**
OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL VAGINAL STRICTURE IN ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN/ НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СТРИКТУРЫ ВЛАГАЛИЩА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН/ O'SMIRLAR VA YOSH AYOLLARDA TUG'MA VAGINAL TORAYISHNI DAVOLASH BO'YICHA TAJRIBAMIZ.....82
12. **Kamilov Khaidar, Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Isroilova Mokhina Ithomjon kizi**
DENTAL EXAMINATION OF PREGNANT WOMEN WITH HERPETIC STOMATITIS/HERPETIK STOMATIT BILAN HOMILADOR AYOLLARNI STOMATOLOGIK TEKSHIRISH/ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ.....86
13. **Mirzaev Husanjon Shokirjonovich, Rizaev Eler Alimzhanovich**
TO STUDY THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION WITH COMBINED CHRONIC PERIODONTAL DISEASE/ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА/ SURUNKALI PARODONTA KASALLIK BILAN BUYRAK TRANSPLANTATSIYASIDAN KEYIN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARINI O'RGANISH.....90
14. **Zukhurova Nodira Kobiljonovna, Negmadzhanov Baxodur Boltayevich, Arzieva Gulnora Borieva**
THE STATE OF THE FETO-PLACENTAL COMPLEX IN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND PERINATAL OUTCOMES/ СОСТОЯНИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ/ GESTATION QANDLI DIABETIDA HOMILA-PLATSENTA KOMPLEKSINING HOLATI VA PERINATAL NATIJALAR.....93

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

1. **Negmadjanov Bakhodur Boltayevich, Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna**
МИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА/ UTERINE MYOMA IN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUSER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUSER SINDROMI BOR AYOLLARDA BACHON MIOMASI.....96



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW
УДК: 616.617-053.2

Ахмедов Исломжон Юсуфжонович
Докторант Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан
Яцык Сергей Павлович
Директор института детской хирургии
ФГАУ НЦЗД МЗ России, Москва, Россия
Ахмедов Юсуфжон Махмудович
д.м.н, профессор, Самаркандский государственный
медицинский университет Самарканд, Узбекистан

МЕГАУРЕТЕР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Akhmedov Islomjon Yusufjonovich, Yatsyk Sergey Pavlovich, Akhmedov Yusufjon Mahmudovich, Megaurether in childhood (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698325>

Akhmedov Islomjon Yusufjonovich
doctoral student
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Yatsyk Sergey Pavlovich
FGAU NCZD MOH of Russia
Director of the Institute of Pediatric Surgery **Moscow, Russia**
Akhmedov Yusufjon Mahmudovich
Doctor of medical science, professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

MEGAURETHER IN CHILDHOOD (LITERATURE REVIEW)

Axmedov Islomjon Yusufjonovich
Doktorant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Yatsyk Sergey Pavlovich
Bolalar xirurgiyasi instituti direktori
FGAU NCZD Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligi
Moskva, Rossiya
Axmedov Yusufjon Mahmudovich
t.f.d., professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

BOLALIKDAGI MEGAURETHER (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Врожденные пороки развития мочеточников в частности мегауретер – частая и довольно распространенная патология мочевой системы. Она составляет по данным разных авторов от 22% до 40% всех пороков развития.[1,9]

Актуальность. Ежегодно в научных детских хирургических публикациях встречаются достаточно большое количество работ, касающихся проблемы обструкции мочеточников у детей. Это объясняется большой частотой развития и увеличением количества ранней диагностики данного заболевания, отсутствием

единого взгляда на факторы их развития и в результате - применением большого количества методов хирургического лечения а также методов предоперационных алгоритмов подготовки больного к лечению а также назначением послеоперационного ухода и медикаментозного лечения.[7,8,9]

Среди пациентов детского возраста с теми или иными заболеваниями врожденные аномалии мочевых путей встречаются до 40% случаев. Чаще всего врожденные аномалии мочеточников диагностируются в возрасте от нескольких месяцев до 10 лет, встречаются случаи случайной диагностики при исследовании по поводу других жалоб. Также большое значение играет уровень развития диагностических методов и общего состояния медицины в каждом регионе. [3,15,16]

Проявление врожденных аномалий мочеточников у детей зависит в большинстве случаев не от стадии, а от периода начала заболевания и появления и увеличения количества вторичных осложнений у каждого пациента.[4,12]

Несмотря на ежегодное развитие медицины по данным ряда авторов мегауретер получил тенденцию к увеличению роста числа заболеваемости, нарушение уродинамике вызванной этой патологией создает благоприятные условия для развития восходящей инфекции (пиелонефрит) и рубцеванию ткани почек с дальнейшей потерей их функции. Даже при наличии современных систем диагностики и уже освоенных методов лечения этого заболевания при поздней диагностике и не правильной тактике лечения у 23-27% детей развивается одно из самых грозных осложнений хроническая почечная недостаточность (ХПН) [6,13,24]

При ранней постановке диагноза и попытке оперативного решения проблем этого заболевания неудовлетворительные результаты хирургического лечения наблюдаются у 10-30% больных, что дает почву для дальнейших исследований и внедрений последних достижений медицины и фармакологии в решении проблемы.[14,17]

Заболеваемость. Мегауретер является распространенным диагнозом у детей, обращающихся к детскому урологу, что составляет 28% детей обструкцией мочевых путей. Диагноз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, и в большинстве случаев находится на левой стороне. Он может быть двусторонним в 25% случаев, а контралатеральная почка отсутствует или дисплазирована в 10-15% случаев. [18,20,21].

Классификация. На данный момент существует несколько классификаций мегауретера. Согласно международной классификации, различают 3 группы мегауретеров: рефлюксирующие, обструктивные и нерефлюксирующие необструктивные каждую из этих групп подразделяют на первичные и вторичные[11].

В последние годы чаще применяется следующая классификация:

1. Нерефлюксирующий
 - А. Функциональная обструкция
 - Б. Органическая обструкция
2. Рефлюксирующий
 - А. Изолированное поражение уретеро-везикального сегмента
 - Б. Дисфункции мочевого пузыря
 - С. Инфравезикальная обструкция

Данная классификация является наиболее полной и позволяет стандартизировать диагностику и тактику ведения больных.

Эмбриология и патофизиология. Было проведено множество научных исследований, описывающих гистологическое происхождение мегауретера, и хотя они часто различаются между собой, во всех исследованиях часто обнаруживается обилие соединительной ткани в аномальном мочеточнике [18,19]. Lee и соавт. продемонстрировали, что отношение коллагена к гладкой мускулатуре у нормальных мочеточников составляет 0,52, тогда как у обструктивных и рефлюксных мегауретеров оно составляет 0,78 и 1,99 соответственно. Другие исследования продемонстрировали наличие в этих мочеточниках гладкомышечных клеток, которые вырабатывают аномально повышенное количество коллагена. Также было доказано, что

мышцы в этих сегментах мочеточника ненормально реагируют на нейротрансмиттеры, подчеркивая аномальное поведение этих клеток [18,20].

Первичный обструктивный мегауретер считается функциональной обструкцией. Считается, что в мочеточнике имеется аперистальный юкставезикальный (адинамический) сегмент, что приводит к недостаточной перистальтике мочеточника и, следовательно, к оттоку мочи. Этот дистальный сегмент был исследован гистологически, и было обнаружено, что он содержит повышенные уровни коллагена типа I и III (преимущественно типа I). Именно этот усиленный фиброз связан с нарушением межклеточных связей и приводит к аритмии и обструкции мочеточника. Однако существует множество других теорий относительно развития обструктивных мегауретеров. Некоторые ученые доказали атрофию внутренних продольных мышц в этих сегментах мочеточника (продольные мышцы передают перистальтику) и гипертрофию наружной, сжимающей круговой мышцы, что приводит к обструкции [19,21].

Другие гистологические данные, которые, как утверждают, отображают причинный аспект обструктивного мегауретера, включают дистальные сегменты мочеточника без мышечной ткани, а просто фиброзный, статический конец. В то же время у других были задокументированы дистальные сегменты мочеточника с неуретеральной, недетрузорной мышцей, которая чрезмерно реагирует на адренергический стимул, приводя к почти тоническому сокращению [21,22]. Выяснено, что проксимальный расширенный сегмент мочеточника также был обнаружен в составе измененной соединительной ткани, и этот фиброз и само расширение могут привести к аритмии мочеточника и плохой передаче перистальтических волн. Важно отметить, что расширение верхних отделов тракта (хотя само по себе оно представляет собой значительную патологию) играет важную роль в реакции мочевыводящих путей на наличие обструкции. Система мочеиспускания у детей более гибкая, чем у взрослых пациентов, и такое расширение позволяет снизить давление, позволяя почкам вырабатывать мочу в мочевой тракт. Помимо описанного выше адинамического сегмента на терминальном мочеточнике в обструктивном мегауретере, другие анатомические причины могут привести к сходному клиническому сценарию. Как врожденные дистальные стриктуры мочеточника, так и дистальные клапаны мочеточника могут быть почти неотличимы от классического обструктивного мегауретера [25]. Вторичный обструктивный мегауретер представляет собой обструктивный процесс, вторичный к повышенному внутрипузырному давлению какой-либо другой причины. Распространенными причинами являются дистрафизм позвоночника и нейрогенный мочевого пузыря, который может поднять давление детрузора до более чем 40 см вод. ст., вызывая физиологическую обструкцию и гидронефроз. Нейрогенная дисфункция мочеиспускания, если она достаточно серьезна, чтобы поднять давление в мочевом пузыре выше безопасного диапазона, также может быть причиной. Задние уретральные клапаны или другие причины инфравезикальной обструкции также могут приводить к аналогичным результатам. Другие анатомические причины вторичной, дистальной обструкции мочеточника включают в себя уретероцеле, эктопический мочеточник, дивертикулы мочевого пузыря, периуретеральный фиброз и наружное сдавливание забрюшинной опухолью, массами или aberrantными сосудами [27].

Диагностика. В настоящее время использование пренатального ультразвука увеличило диагностику мегауретера. Сначала, выявленные в более позднем возрасте, часто сопровождаются инфекцией мочевых путей, гематурией и / или болью [21,22]. После постановки диагноза (внутриутробно или после родов) первым и самым доступным методом является УЗИ почек и мочевого пузыря. Ультрасонография – это простое, безопасное и безболезненное исследование, которое может предоставить важную информацию о размере почек, толщине паренхимы, эхогенности и архитектуре, а также о расширении почечной лоханки и мочеточника, толщине стенки мочевого пузыря и в некоторых случаях уретры. Хотя опытный детский

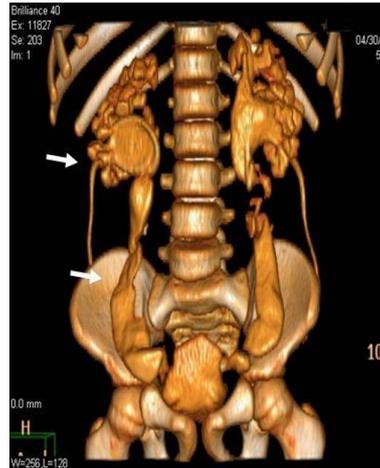
хирург может сделать вывод о некоторых функциональных диагнозах из ультразвуковых исследований, важно помнить, что ультразвуковое исследование носит только описательный характер и не дает подробных сведений о почечной функции [19,21].

Далее неотъемлемой частью диагностики мегауретера является проведение радионуклидной визуализации и экскреторной урографии, которые позволяют оценить структуру почек и мочеточников, а также их функциональное состояние.

При радионуклидном исследовании обнаруживают снижение накопления и выведения радиофармпрепарата паренхимой и собирательной системой почки. При этом нужно учитывать зависимость от возраста для выведения радиофармпрепарата у детей первых недель жизни.

На экстреторных урограммах визуализируется запаздывание выделения почками контрастного вещества, нарушение коллекторной системы, расширение и извитость мочеточников. Для проведения этого исследования рентгеноконтрастное вещество вводится из расчета 1-2 мг/кг массы тела, но не более 60 мл на одно исследование. Снимки делаются через 1,5,15,30 мин с момента введения и после мочеиспускания. Также при необходимости можно сделать отсроченные снимки через 1, 2 и 3 часа.

Рис 1. 3D снимок больного с двусторонним поражением мочеточников



Для более точной диагностики специалист может провести микционную цистоуретрографию для определения степени рефлюкса, через установленный катетер в мочевом пузыре вводится теплый раствор йодсодержащего рентгеноконтрастного соединения до императивного позыва. Снимки делаются при наполненном мочевом пузыре во время мочеиспускания и на опорожненном мочевом пузыре.

Также больным может проводиться цистоскопия в которой можно визуализировать признаки хронического цистита (буллезные или гранулезные образования на слизистой оболочке), сужение или наоборот, зияние устьев мочеточников, деформацию и возможное смещение.

Наряду с вышеуказанными выше методами визуализации важнейшей частью обследования детей, страдающих различными формами мегауретера, служит гистологическое исследование операционного материала, что позволяет морфологически верифицировать диагноз, изучить структурные изменения ткани мочеточника для дальнейшего совершенствования тактики лечения.

Лечение. Первичный рефлюксный мегауретер. Все детские хирурги знакомы со стандартным лечением рефлюкса и лечение первичного рефлюксного мегауретера ничем не отличается. Первоначально, даже при выраженной дилатации и выраженном рефлюксе, медицинское лечение (антибиотикопрофилактика) и наблюдение - это все, что необходимо. Хирургическое вмешательство рассматривается только для стойкого высокого рефлюкса у детей старшего возраста (особенно с рецидивирующим пиелонефритом) и у детей, которые не смогли пройти медицинское лечение. Поскольку частота осложнений уретеронеоцистостомии высока при выполнении у детей в возрасте до года, кожная уретеростомия или везикостомия могут использоваться в качестве временной меры у детей, нуждающихся в хирургическом вмешательстве [18].

Вторичный рефлюкс или обструктивный мегауретер. Очевидно, что вторичный рефлюкс необходимо лечить, устраняя причину повышенного внутрипузырного давления, ведущую к рефлюксу. Например, у детей с задними уретральными клапанами и рефлюксом часто абляция клапана и правильное лечение

мочевого пузыря приводят к быстрому разрешению рефлюкса. Нейрогенные мочевые пузыри с повышенным давлением точки утечки детрузора (> 40 см мм. вод. ст.) должны обрабатываться комбинацией медикаментозной терапии, частой прерывистой катетеризации и хирургического вмешательства. Как правило, хирургическое восстановление требуется в возрасте от 1 до 2 лет, если состояние ухудшается [9,18].

В некоторых редких случаях требуется раннее вмешательство. Чтобы предотвратить осложнения, связанные с нерефлюксной терапией, хирургией с повторной имплантацией у детей, следует рассмотреть другие варианты хирургического вмешательства, такие как петлевая уретеростомия, рефлюксная реимплантация и даже установка мочеточникового стента. С точки зрения формирования алгоритмов, позволяющих решить, кому из детей требуется хирургическое вмешательство, никакие хорошие параметры не определяют детей, которые будут решать, и тех, которые ухудшатся. В целом, более 70% случаев разрешаются в течение 2 лет наблюдения. Хотя нет никакой корреляции с какими-либо определяемыми факторами (такими как степень гидронефроза), в отношении которых детям потребуется хирургическое вмешательство, а какие нет, существует корреляция между возрастом разрешения и степенью дилатации у младенцев [24].

Хирургические методы. Хирургические методы, используемые для окончательного лечения рефлюксных и обструктивных мегауретеров, включают в себя повторную имплантацию мочеточника расширенного мочеточника. Те же самые параметры, которые используются для обеспечения успешной операции, как и традиционная операция по повторной имплантации, применимы и к мегауретерам (то есть отношение длины туннеля 5: 1 к диаметру мочеточника). В случае обструктивных мегауретеров дистальный динамический сегмент должен полностью ампутироваться от мочеточника, и часто после устранения обструкции диаметр мочеточника уменьшается до размера, который позволяет выполнить стандартную реимплантацию без сужения. Однако большинство рефлюксных и обструктивных мегауретеров требуют сужения, чтобы обеспечить

размер подслизистого туннеля, подходящий для детского мочевого пузыря [27].

До настоящего времени хирургами предложено более 200 методов хирургической коррекции мочеточника. Выбор способа и метода хирургического вмешательства определяется характером и степенью клинического проявления болезни, наличием осложнений, общим состоянием больного и также опытом проведения лечения соответствующих больных лечебным учреждением [2,7,8].

Обращая во внимание лечащего врача техническое разнообразие и особенности различных методик, их выбор должен базироваться прежде всего анатомо-функциональным состоянием пузырно-мочеточникового соустья. Верный выбор метода оперативного вмешательства - залог успешного лечения

заболевания ребенка, вызванного поражением пузырно-мочеточникового сегмента. Кроме того, включение метода оперативной коррекции пузырно-уретерального сегмента в алгоритм лечебно-диагностических манипуляций при лечении детей с ПМР и различными формами суправезикальной обструкции позволяет прогнозировать исход заболевания в послеоперационном периоде [17].

Наиболее этиопатогенетически обоснованными подходами оперативного лечения поражения пузырно-уретерального сегмента у детей являются методики, направленные на увеличение длины интрамурального отдела мочеточника путем прокладывания подслизистого туннеля. Наибольшее распространение получили антирефлюксные операция Politano & Leadbetter, введенная в практику 1958 году [2,5,7,10].

Рис 2. Схема операции Козна

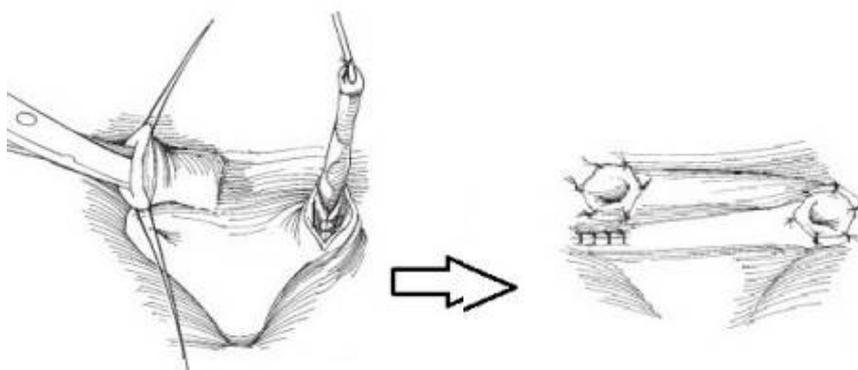


Рис 3. Схема операции экстравезикального уретероцистоанастомоза.

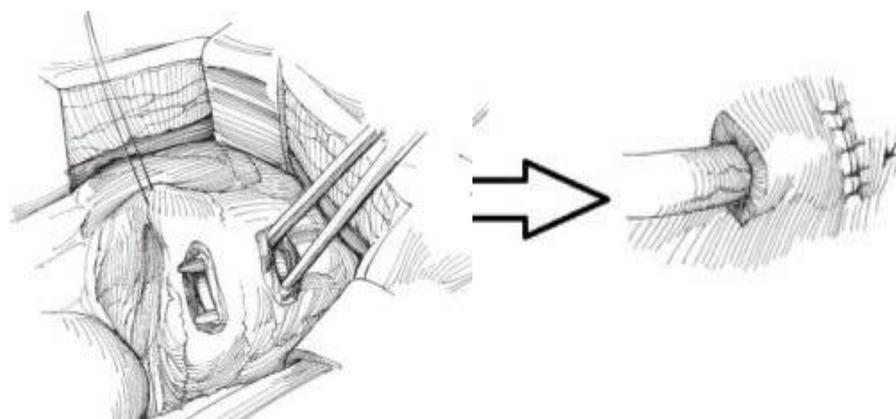
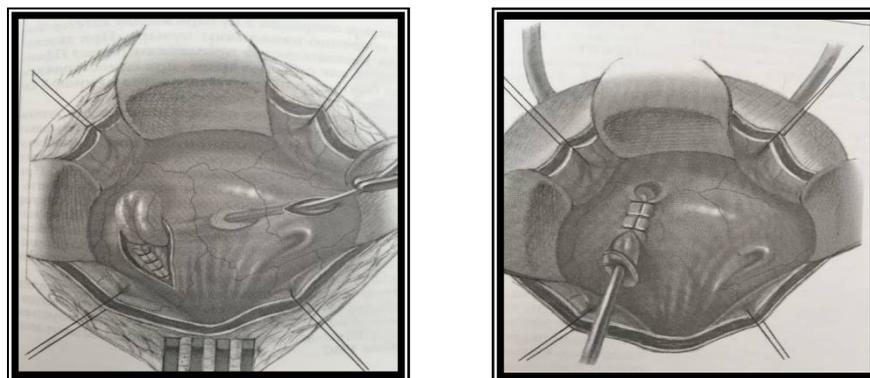


Рис 4. Схема операции Политано-Ледбетера.



Основной принцип хирургической операции заключался в создании подслизистого тоннеля для имплантации в него мочеточника, отсеченного от исходного месторасположения его устья.

Выводы: Таким образом, анализ литературы позволил определить и выявить что вопросы ранней диагностики и правильно сбалансированного лечения указанного заболевания мочевой системы у детей на сегодняшний день остается в числе актуальных проблем детской урологии.

Использованная литература:

1. Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ибрагимов К.Н., Курбанов Ж.Ж. Рентгенопланиметрические методы диагностики обструктивных уропатий у детей. Саратовский научно-медицинский журнал, 2007.
2. Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ф.Ш. Интравезикальная хирургическая коррекция дистального отдела мочеточника у детей. //Вест.вр. об пр.2006г ст 205.
3. Смирнов И.Е., Шамов Б.К., Шарков С.М., Кучеренко А.Г., Яцык С.П. Биомаркеры в ранней диагностике мегауретера у детей. Рос.педиатр.журнал 2011; 3; 31-36
4. Хворостов И.Н., Зоркин С.Н., Смирнов И.Е. Обструктивная уропатия . Урология. 2005;4 (1): 73-76.
5. Шарков С.М., Ахмедов Ю.М. Сочетанное нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей у детей. - Детская хирургия, 1999.
6. Шарков С.М., Яцык С.П., Фомин Д.К., Ахмедов Ю.М. Обструкция верхних мочевыводящих путей у детей. Монография. Союз педиатров России, Москва 2012 ст 6-9 .
7. Яцык С. П. и др. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей //Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13. – №. 2. – С. 129-131.
8. Яцык С. П., Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х. Диагностика обструктивных уропатий на современном этапе (обзор литературы) //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 19-23.
9. Ahmedov Yu.M., Akhmedov I.Yu., Karimova G.S. Is the megaureter the problem of yesterday, today or tomorrow? //Internacional Jornal of Farmaceutical Resaarch Jul-Sep 2020. vol 12. Issue 1. P.1197-1201
10. Ahmedov, Y. M., Yusupov, S. A., Akhmedov, I. Y., & Sadikov, Z. Y. (2020). CHARACTERISTICS OF MEGAURETER RECONSTRUCTIVE-PLASTIC OPERATIONS IN CHILDREN. Academy, (4), 109-112.
11. Belman, A.B. Megaureter. Classification, etiology, and management. Urol. Clin. North Am. 1, 497–513. (1974)
12. Berrocal, T., Lopez-Pereira, P., Arjonilla, A., and Gutierrez, J. Anomalies of the distal ureter, bladder, and urethra in children: embryologic, radiologic, and pathologic features. Radiographics 22, 1139–1164. (2002)
13. Dixon, J.S., Jen, P.Y., Yeung, C.K., and Gosling, J.A. The vesico-ureteric junction in three cases of primary obstructive megaureter associated with ectopic ureteric insertion. Br. J. Urol. 81, 580–584. (1998)
14. Friedrich, U., Schreiber, D., Gottschalk, E., and Dietz, W. [Ultrastructure of the distal ureter in congenital malformations in childhood]. Z. Kinderchir. 42, 94–102. (1987)
15. Gimpel C., Masioniene L., Djakovich N. et al. Complication and long-term outcome outcome of primaty obstructivemegaureter in childhood. Pediatr Nephrol 2010; 25 (9):1679-1686.
16. Gosling, J.A. and Dixon, J.S. Functional obstruction of the ureter and renal pelvis. A histological and electron microscopic study. Br. J. Urol. 50, 145–152. (1978).
17. Hanna, M.K., Jeffs, R.D., Sturgess, J.M., and Barkin, M. Ureteral structure and ultrastructure. Part III. The congenitally dilated ureter (megaureter). J. Urol. 117, 24–27 (1977).
18. Hodges S.J., Werle D., McLorie G., Atala A., Megaureter. Sci World J.2010; 13(10); 603-612
19. Khoury, A. and Bagli, D. Reflux and megaureter. In Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Wein, A.J. et al., Eds. WB Saunders, Philadelphia. (2007)
20. Koff, S.A. and Campbell, K. Nonoperative management of unilateral neonatal hydronephrosis. J. Urol. 148, 525–531. (1992)
21. Lee, B.R., Silver, R.I., Partin, A.W., Epstein, J.I., and Gearhart, J.P. A quantitative histologic analysis of collagen subtypes: the primary obstructed and refluxing megaureter of childhood. Urology 51, 820–823. (1998)
22. Manzoni, C. Megaureter. Rays 27, 83–85. (2002)
23. MacKinnon, K.J. Primary megaureter. Birth Defects Orig. Artic. Ser. 13, 15–16. (1977)
24. Shokeir, A.A. and Nijman, R.J. Primary megaureter: current trends in diagnosis and treatment. BJU Int. 86, (2000) 861–868.
25. Summari, V., Minordi, L.M., Canade, A., and Specca, S. Megaureter and ureteral valves. Rays 27, 89–91. (2002)
26. Vlad, M., Ionescu, N., Ispas, A.T., Ungureanu, E., and Stoica, C. Morphological study of congenital megaureter. Rom. J. Morphol. Embryol. 48, 381–390. (2007)
27. Wilcox, D. and Mouriquand, P. Management of megaureter in children. Eur. Urol. 34, 73–78. (1998)

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 4, HOMEP 1

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 4, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000