

БОЛАЛАРДА УРЕТРА ОРҚА КЛАПАНИДА ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

Абдиев Б.Р., Агзамходжаев С.Т.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация

Мақолада 2016-2022 йилларда даволанган 78 нафар орқа сийдик йўли клапанининг жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижалари ўрганилган, жумладан, клапаннинг бошланғич абляцияси ва везикостомия самарадорлиги баҳоланган. Сурункали буйрак етишмовчилигини олдини олиш учун эрта ташхис қўйиш ва жарроҳлик даволаш усуллари тўғри танлаш муҳимлиги тўғрисида хулоса қилинган. Олинган натижалар уретра орқа қисми клапанини даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича қўшимча тадқиқотлар ўтказиш зарурлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: орқа сийдик йўли клапани, болалар, сийдик йўлларидаги тўсиқ, везикостомия, клапаннинг бошланғич абляцияси.

CHOICE OF TREATMENT TACTICS FOR POSTERIOR URETHRA VALVE IN CHILDREN

Abdiev B.R., Agzamkhodzhaev S.T.

Tashkent pediatric medical institute

Abstract

The article presents the results of a study of long-term outcomes of surgical treatment of the posterior urethral valve in 78 patients treated from 2016 to 2022, evaluating the effectiveness of various surgical methods, including primary valve ablation and vesicostomy. It was concluded that early diagnosis and adequate choice of surgical treatment methods are important for the prevention of chronic renal failure. The results obtained emphasize the need for further research to optimize the treatment tactics for the posterior urethral valve.

Keywords: posterior urethral valve, children, urinary tract obstruction, vesicostomy, primary valve ablation.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КЛАПАНЕ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

Абдиев Б.Р., Агзамходжаев С.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аннотация

В статье представлены результаты исследования отдаленных исходов хирургического лечения клапана задней уретры у 78 пациентов, проходивших лечение с 2016 по 2022 годы, оцениваются эффективность различных хирургических методов, включая первичную абляцию клапана и везикостомию. Пришли к заключению о важности ранней диагностики и адекватного выбора методов хирургического лечения для профилактики хронической почечной недостаточности. Полученные результаты подчеркивают необходимость дальнейших исследований для оптимизации тактики лечения клапана задней части уретры.

Ключевые слова: клапан задней уретры, дети, обструкция мочевыводящих путей, везикостомия, первичная абляция клапана.

Долзарблик. Сийдик аъзолари тизими туғма нуқсонлари ва аномалиялари бошқа аъзо ва тизимлар нуқсонларига нисбатан кўроқ учрайди ва 14% гача бўлган кўрсаткични ташкил этади. Антенатал даврда аниқланадиган нуқсонларнинг 26-30 % гача бўлган ҳолатлари айнан шу тизим аъзоларига тўғри келади [1, 5, 7, 11].

Болаларда уретра орқа клапани (УОК) оқибатида келиб чиқадиган буйракнинг сурункали касалликлари 5-10% ҳолатларда чақалоқлик даврининг ўзида ташхис қўйилади. Баъзи адабиётдаги маълумотларга қараганда 40-48% ҳолатларда касалликнинг асоратлари оғир кечиш оқибатида ўлим ҳолатларига олиб келади. УОК нинг хирургик давоси одатда бир неча босқичда амалга оширилади ва ўз ичига клапан абляциясини олади, узок муддат давомида сийдик деривациясига ва юқори сийдик йўлларида реконструктив пластик амалиётлар олиб боришга лозим бўлади. Биринчи босқичда буйрак функционал ҳолатини яхшилаш ва сийдик найи тонусини тиклаш учун, одатда маълум муддатга пиелонефрит авж олишини бартараф этиш учун сийдик тизимини декомпрессияси талаб этилади. Ушбу ҳолатга эришиш учун дренажлаш (қовуқни катетерлаш, нефростома қўйиш, пиелостомия) ва дренажсиз (уретерокутанеостомия ва везикостомия) услублари мавжуд [2, 3, 5, 8, 12].

Кўпчилик илмий нашрларда дренажсиз услубнинг авзаллиги, яъни сийдик йўлида узок муддат давомида ёт жисм турмаслиги сабали ушбу услуб эффектив ва ишончли деб ҳисоблашади. Шу билан бирга услубга кўрсатма ва техник бажарилишини эътиборга олганда фикрлар қарама-қаршилиги мавжуд [4, 6, 9, 10].

Беморларда УОК да клапан аблацияси стандарт даво услуги ҳисобланади. Аммо, бемор умумий ахволини эътиборга олган ҳолда вақтинчалик везикостомия қўйиш орқали кечиктирилган клапан аблациясини ўтказиш амалга оширилиши мумкин. Кўпчилик беморларда УОК да буйрак етишмовчилиги кузатилиб, ушбу ҳолат қовуқ дисфункцияси билан боғлиқдир. Аммо, УОК ни хирургик давосидан кейин буйрак ва пастки сийдик йўллариининг функционал ҳолатини ўрганиш бўйича илмий изланишлар жуда камчиликни ташкил этади.

Мақсад. Болаларда уретра орқа клапанини даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар. ТошПТИ клиникаси ва Болалар миллий тиббиёт маркази урология бўлимларида УОК ташҳиси билан 2016-2022 йилларда даволанган 78 нафар беморларнинг натижалари таҳлил қилинди. Ретроспектив ва проспектив таҳлил амалга оширилиб, беморларнинг анамнестик маълумотлари, лаборатор ва инструментал текшириш усуллариининг натижалари эътиборга олинди. Асосий диагностик мезон бўлиб, цистограмма текширувида уретра орқа қисмининг кенгайган ва узунчоқ ҳолатда кўриниши ҳисобланади. Яқин ва узоқ муддатдаги натижалар таҳлили 6 ойдан 50 ойгача бўлаган муддатни ташкил этди.

Текшириш таҳлигига УОК ни билан 78 та бемор киритилди. 48 та ҳолатда (61.5%) беморларнинг мурожаатига дизурия сабаб бўлган бўлса, 21 та кузатувда (27.0%) тана хароратининг кўтарилиши, 29 нафарида (37.0%) сийдик тутилиши, 22 нафарида (28.2%) қорин соҳасида оғриқ сабаб бўлган. Беморларни кўриқдан ўтказганда 13 нафарида (16.6%) шарсимон сийдик қопи аниқланди. Қўйидаги асоратлар кузатилди: уретрогидронефроз 25 (32,0%) нафарида, сийдик йўллари инфекцияси 42 (53,8%) та ҳолатда, қовуқ сийдик найи рефлюкси 17 (21,7%), сийдик тош касаллиги 9 (11,5%) ва буйрак етишмовчилиги 6 (7,6%) та кузатувда. 35 (44,8%) нафар беморларда креатинин зардоби кўрсаткичи > 58 мг/л эканлиги аниқланди. Сийдикни бактериологик экмасида асосан: *Escherichia coli*, *Klebsiella* ва *Pseudomonas aeruginosa* аниқланди. Шартли равишда барча беморларга УТТ текшириши амалга оширилган. Бизнинг кузатувимзда 2 нафар (2,5%) ҳолатда сурункали буйрак етишмовчилиги оқибатида ўлим ҳолати кузатилган.

Натижалар. Беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: биринчи гуруҳга клапан бирламчи аблацияси амалга оширилган беморлар киритилди, иккинчи гуруҳни везикостомия ўтказилганлар ташкил этди. Бирламчи клапан аблацияси болалар цистоскопи 7,5-Fr ёрдамида цистоскопик текшириш ўтказиш орқали, 10-Fr резектоскоп пичоғи ёрдамида ёки bugbee электроди орқали амалга оширилди. Уретра клапани соат циферблати бўйича 5, 7 ва 12 ларда кесим

ўтказиш орқали амалга оширилди. Қўшимча везикостомия уретра катетери дренажи тўлиқ фаолият бажара олмаган ҳолатларда амалга оширилди. Везикостомия киндик пастки қисми ва қов усти соҳасида терини кесиш орқали қилинди. Ушбу кесим орқали қовуқ гумбази кўтарилди, кейинчалик яна битта кесим орқали қовуқ гумбази терига маҳкамланади. Везикостомия учун 14 Fr. катетердан фойдаланилди. Сийдикнинг адекват дренажи тامينланиши орқали қовуқнинг орқа деворининг пролапси олди олинди.

Буйракнинг функционал ҳолати мочевина, креатининнинг зардобдаги миқдори ва гломеруляр филтрация тезлиги (ГФТ) ҳисоблаш орқали таҳлил қилинди. Сурункали буйрак етишмовчилиги ГФТ, СКФ <60 мл/мин/1,73м², буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида ГФТ <15 мл/мин/1,73м² эканлиги аниқланди, бу ўз навбатида буйрак трансплантациясига зарурат лозимлиги аниқланиди.

Турли ёш гуруҳларида қовуқнинг ҳажми (бемор ёши йилларда+1) $\times 30$ мл. формуласи орқали ҳисобланди. Агарда ёшга нисбатан $>65\%$ бўлса қовуқ ҳажми камайган деб ҳисобланиб, сийдик ажралиш кундалигини юритиш ва урофлоуметрия текширишларни қилиш лозим топилади.

Сийдик тутолмаслик халқаро жамияти талабларига риоя қилган ҳолда беморларнинг натижалари сон ва сифат жиҳатидан таҳлил қилинди. Қовуқ гиперактивлик ҳолати >15 см Н₂О босими бўлганда ҳолатда баҳоланди. Сийдик ушлаш ҳолати бир кун ва тун давомида тагликнинг намланмаслиги орқали оналарнинг маълумотларига асосланган ҳолда баҳоланди. Динамикада кузатиш орқали сийдик ажратишининг дисфункцияси, яъни бўйсинмаган ҳолда сийдик чиқиб қолиши ва сийдик ушлай олмаслик ўрганилди.

78 нафар беморларнинг 7 нафарида (8,9%) УОК перинатал даврда УТТ текшируви орқали аниқланган. Везикостомия 34 (43,5%) беморда, бирламчи клапан абляцияси - у 44 (56,5%) нафар беморларда бирламчи амалиёт сифатида амалга оширилган. Бошланғич креатинин миқдори везикостомия ўтказилган беморларда абляция ўтказилганларга қараганда нисбатан юқорилиги аниқланди ($P<0,001$). Аммо, креатининнинг зардобдаги миқдори ва гломеруляр филтрация тезлиги бўйича кўрсаткичлар айтарлиқ даражада ўзгариш аниқланмади. Шу билан бирга креатининнинг зардобдаги миқдори камайиши кузатилиб бу статистик жиҳатдан аҳамияти йўқлиги кузатилди. Иккала гуруҳ орасида ҳам статистик жиҳатдан қовуқ ҳажмининг камайиши ва сийдик ушлай олмаслик бўйича фарқ аниқланмади.

Кузатув давомида 15 нафар (19,2%) беморда буйракнинг сурункали касаллиги юзага келди. Шулардан 9 (60,0%) нафари везикостомия қилинган беморларга ва 6 (40,0%) нафари абляция қилинганларга тўғри келади. Везикостомия ўтказилган 3 та бемор сурункали буйрак етишмовчилиги сабабли

гемодиализга ва буйрак трансплантациясига зарурат туғилди. мухтожлик уйғотди. Абляциядан кейинги 2 та беморда вақти вақти билан қовуқ катетеризацияси ўтказишга зарурат туғилди. Беморларнинг ўртача кузатув даври 50 ойни ташкил этди.

УОК нида УТТ скрининг текшириш натижасида эрта ташхислаш орқали беморларни радикал двосини яхшилашга эришилди, аммо динамикад 3 та беморда қовуқ сийдик найи рефлюкси аниқланди ва уларга бирламчи абляция қилинди, 2 йил кузатиш давомида шулардан 2 тасида буйрак сурункали касаллиги ва биттасида буйрак етишмовчилиги аниқланди.

Везикостомия ўтказилган беморларда бирламчи абляция ўтказилганларга қараганда қовуқнинг функцияси анча яхшиланди, яъни қовуқда босим, уродинамик текширишда қолдиқ сийдик миқдори камайди. Бу ўз навбатида везикостомия қовуқнинг узоқ муддатдаги функциясига нојўя таъсир этмаганлиги кўрсатади.

УОК да беморларни даволашда асосий ёндашув сийдик йўллариининг обструкциясини бартараф этиш ва сийдик пуфаги ва буйраклар фаолияти бузилиши билан боғлиқ асоратлар хавфини камайтириш хисобланади. Бироқ, везикостомиянинг долзарблиги камайиб бормоқда, чунки УОК да беморларда сийдик пуфагини самарали дренажлаш ва бирламчи клапан абляциясини амалга ошириш мумкин.

Бирламчи клапан абляцияси УОК да беморларда биринчи танлов усулидир, чунки илгари УОК да беморларда сийдик чиқариш дренажланиши сийдик пуфагининг дисфункциясига олиб келади, физиологик циклни бузади ва стома билан боғлиқ асоратларни ривожланишига олиб келади. Бироқ, вақтинчалик везикостомия орқали кечиктирилган клапан абляциясини ва бирламчи клапан абляциясининг афзаллиги мунозаралигича қолмоқда. Ушбу амалиётлар билан таққослаганда, сийдикни юқори абляцияси самаралироқ бўлди, чунки у қоннинг биокимёвий параметрларини уретрал катетер ёки қов сохаси орқали қўйилган катетерга қараганда самаралироқ барқарорлаштирди, бу эса юқори сийдик йўллари билан боғлиқ муаммолар билан ҳам аҳволнинг яхшиланишига эришилди. вақтинчалик везикостомия орқали кечиктирилган клапан абляциясини ва бирламчи клапан абляцияси бажарилган 5 беморда қон креатинин ва гломеруляр фильтрация тезлиги бўйича қониқарли натижалар олинган. Қовуқ дисфункцияси билан боғлиқ буйрак функциясининг ёмонлашиши УОК билан 7 нафар ўғил болада қайд этилган ва бу беморлар муваффақиятли бирламчи клапан абляцияси қилинди. Бирламчи клапан абляциясидан кейин сийдик пуфагининг дисфункцияси аста-секин ёмонлашиши, сийдик пуфагининг контрактиллигининг пасайиши ва пастки сийдик йўллариининг иккиламчи обструкцияси ва охир-оқибат қовуқ деворидаги

склеротик ўзгаришлар туфайли юзага келди.

Бизнинг тадқиқотимизда бир нечта чекловлар мавжуд эди, чунки унинг ретроспектив табиати ва кичик намунаси натижаларни умумлаштиришни чеклаб қўйди. Бундан ташқари, везикостомия қилинган 7 нафар беморлар ва бирламчи клапан абляцияси ўтказилган 4 нафар беморлар ўртасида узок муддатли таҳлил ўтказилмаган. Бирламчи клапан абляциясини ўтказган беморларда қонда креатинин ва мочевино даражаси юқори бўлган ва буйрак сурункали касаллигининг 3-босқичига ўтиш тезлиги юқори бўлган бўлсада, биз процедура натижасида беморларда ёмонлашган деган хулосага келолмаймиз, чунки дастлабки клиник кўрсаткичлар беморларда яхши бўлмаган.

УОК ни пастки сийдик йўллариининг энг кенг тарқалган обструктив уропатияларидан бири, аммо кам учрайдиган патологиядир. Бизнинг тадқиқотимизда 71 (91,0%) нафар ҳолатда ушбк патология туғилгандан кейин аниқланди, бу ўз навбатида кеч даволанишига сабаб бўлган. Ушбу патология кеч аниқланганда, бу буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, уни даволашда кўплаб ютуқларга қарамасдан, УОК ни бартараф этишнинг эски, анъанавий усуллари ҳали ҳам унинг локализацияси ва визуал назоратини аниқламасдан қўлланилиб келмоқда. Ушбу техникалар, албатта, миниатюра эндоскопик асбоблари бўлмаган даврда таклиф қилинган ва ишлатилган. Шу билан бирга, эндоскопик йўл орқали калапанни бартараф этиш даволашнинг биринчи қаторида бўлиши керак, чунки бу услуб дунёда энг кўп қўлланиладиган усул ва олтин стандарт ҳисобланади.

Хулоса. Везикостомия услуби буйрак фаолиятини тиклаш учун кўпроқ фойдалидир ва сийдик пуфаги функцияси тез тикланиши жиҳатидан, айниқса буйрак етишмовчилиги оғир бўлган болаларда муҳим аҳамият касб этади. Ҳатто мураккаб УОК да беморларда бу услуб буйрак фаолиятини сақлаб қоладиган ва узок муддатда сийдикнинг етарли даражада деривациясини таъминлайдиган ишончли алтернатив усулдир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Альсайвид Б.С., Мохаммед А.Ф., Джбриль С.М., Бахашван М., Мухареш Л., Аль Хашан М. Почечные исходы у детей с клапаном задней уретры: когда стоит беспокоиться? Урол Энн. (2021) 13 (1): 30–5.
2. Васконселос М.А., Симойнс Э., Силва А.С., Диас К.С., Гомес И.Р., Карвалью Р.А. и др. Клапаны задней уретры: сравнение клинических результатов между постнатальными и антенатальными когортами. J Педиатр Урол. (2019) 15 (2):167.

3. Дьяков Д.Д. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденной обструктивной уropатии у детей: диссертация. [Электронный ресурс]. URL:<https://medical-diss.com/medicina/otdalennye-rezultaty-hirurgicheskogo-lecheniya-vrozhdennoy-obstruktivnoy-uropatii-u-detey>.
4. Иванов И.И., Петров П.П. Процессирование уретерогидронефроза в отдаленном периоде после аблации клапанов задней уретры у детей. [Электронный ресурс]. <https://cyberleninka.ru/article/n/progressirovanie-ureterogidronefroza-v-otdalennom-periodе-posle-ablatsii-klapanov-zadney-uretry-u-detey>.
5. Маневич Р., Ву В.Дж., Дэвис Р., Патель Х.Д., Ди Карло Х.Н., Геархарт Дж.П. Подростковое предлежание клапанов задней уретры. Урология. (2020) 136.
6. Сидоров С.С., Александров А.А. Отдаленные результаты хирургического лечения обструктивных уropатий и проблемы послеоперационной реабилитации мочевой системы у детей. [Электронный ресурс]. <https://cyberleninka.ru/article/n/otdalennye-rezultaty-hirurgicheskogo-lecheniya-obstruktivnyh-uropatij-i-problemy-posleoperatsionnoy-reabilitatsii-mochevoy-sistemy-u>.
7. Янг Х.Х., Фронц В.А., Болдуин Дж.К. Врожденная обструкция задней уретры. Дж Урол. (1919) 3:289–365. Дж Урол. (2002) 167 (1): 265–7;
8. Chua M.E., Ming J.M., Carter S., El Hout Y., Koyle M.A., Noone D., Farhat W.A., Lorenzo A.J., Bāgli D.J. Impact of Adjuvant Urinary Diversion versus Valve Ablation Alone on Progression from Chronic to End Stage Renal Disease in Posterior Urethral Valves: A Single Institution 15-Year Time-to-Event Analysis. J. Urol. 2018;199:824–830.
9. Ezel Çelakil M., Ekinci Z., Bozkaya Yücel B., Mutlu N., Günlemez A., Bek K. Outcome of posterior urethral valve in 64 children: A single center's 22-year experience. Minerva Urol. Nefrol. 2019;71:651–656.
10. Hosseini S.M., Zarenezhad M., Kamali M., Gholamzadeh S., Sabet B., Alipour F. Comparison of early neonatal valve ablation with vesicostomy in patient with posterior urethral valve. Afr. J. Paediatr. Surg. 2015;12:270–272.
11. Kim S.J., Jung J., Lee C., Park S., Song S.H., Won H.S., Kim K.S. Long-term outcomes of kidney and bladder function in patients with a posterior urethral valve. Medicine. 2018;97:e11033.
12. Niyogi A., Lumpkins K., Robb A., McCarthy L. Cystometrogram appearance in PUV is reliably quantified by the shape, wall, reflux and diverticuli (SWRD) score, and presages the need for intervention. J. Pediatr. Urol. 2017;13:265.e1–265.e6.