

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 3,
ISSUE 3

2022

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

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

N^o 3
2022

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
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

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 Ю.М., Амедов И.Ю., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н.**
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ / SURGICAL TREATMENT OF UROLITHIASIS IN PEDIATRIC PRACTICE
/ PEDIATRIYA AMALIYOTIDA UROLITIYOZNI DAVOLASH UCHUN JARROHLIK USULLARI.....6
- 2. Валиев Ш. Н., Негмаджанов Б.Б.**
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ / CAESAREAN SECTION IN
WOMEN WITH A UTERINE SCAR. MODERN METHODS OF MANAGEMENT/ BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA
KESARCHA KESISH OPERATSIYASI. ZAMONAVIY OLIB BORISH USULLARI.....11


ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Ахмедов Ю.М., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н., Асатуллаев А.Б.**
МИНИИНВАЗИВНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ У ДЕТЕЙ/ MINIMALLY INVASIVE PERCUTANEOUS
NEPHROLITHOTOMY IN CHILDREN/ BOLALARDA MINI-INVAVIZV PERKUTAN NEFROLITOTOMIYA.....19
- 2. Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-
КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF HYPERANDROGENISM IN MAYER-ROKITANSKY-
KUESTER-HAUZER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKIY-KUSTER-XAUZER SINDROMIDA GIPERANDROGENIZMNING
KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI.....23
- 3. Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А.**
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН/ TACTICS OF MANAGEMENT
AND TREATMENT OF VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN/ HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT B NI
BOSHQARISH VA DAVOLASH TAKTIKASI.....27
- 4. Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Насимова Н.Р.**
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО
ЗВЕНА/ DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VAGINAL AND UTERINE APLASIA AT THE PRIMARY LEVEL/
BACHADON VA KIN APLAZIYASI BULGAN BEMORLARDA BIRLAMCHI ZVENODA DIAGNOSTIKA KUYISH VA OLIB BORISH
TAKTIKASI.....33
- 5. Рузибаев А.Р., Рахимбаев А. А., Акилов Ф. А., Гиясов Ш.И.**
ЧАСТОТА, ТЯЖЕСТЬ, ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-
ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА/ FREQUENCY, SEVERITY, CAUSES OF DEVELOPMENT OF
COMPLICATED PYELONEPHRITIS AFTER EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY AND PREVENTION METHODS/
EKSTRAKORPORAZ ZARB-TO'LQINLI LITOTRIPSIYADAN KEYINGI ASORATLANGAN PIYELONEFRITNING CHASTOTASI,
OG'IRLIGI, SABABLARI VA PROFILAKTIKASI.....36
- 6. Широф Т. Ф., Мавлянов Ф. Ш., Нормурадова Н. М., Мавлянов Ш. Х.**
ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PROTEIN METABOLISM DISORDERS IN
CHILDREN WITH CHRONIC TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS/ O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SAMARQAND VILOYATI
BOLALARDAGI BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARINING PATOLOGIK O'ZGARISHINI DIAGNOSTIKASI.....44
- 7. Шодмонова З.Р., Исmoilов Ш.А., Зокиров Ш.Ш.**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ/ ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL CONTACT LITHOTRIPSY IN THE
TREATMENT OF URETEROLITHIASIS PATIENTS/ URETEROLITIYOZNI DAVOLASHDA TRANSURETRAL KONTAKT
LITOTRIPSIYANING SAMARADORLIGINI BAHOLASH.....49
- 8. Ibatova SH. M., Mamtkulova F. X.**
SOME ASPECTS OF OBESITY IN CHILDREN / НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ
/ BOLALARDA SEMIZLIKNING BA'ZI JIHATLARI.....54
- 9. Rizayev J. A., Khusanbayeva F.A.**
STUDY OF ORAL IMMUNITY FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ
ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI
BO'LGAN BEMORLARDA OG'IZ IMMUNITETI OMILLARINI O'RGANISH.....58
- 10. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.**
TO STUDY IN A COMPARATIVE ASPECT THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS WITH TUBULOINTERSTITIAL KIDNEY
DAMAGE COMBINED WITH CHRONIC PERIODONTAL DISEASE/ ИЗУЧЕНИЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ОСОБЕННОСТИ
МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА/ QIYOSIY JIHATDAN O'RGANISH BUYRAKNING TUBULOINTERSTITIAL SHIKASTLANISHI
BO'LGAN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARI BIRLASHTIRILGAN SURUNKALI GENERALLASHGAN
PARODONTIT KASALLIK.....62

11. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.	
ASSESSMENT OF BIOMARKERS OF RENAL KIDNEY DAMAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS/ ОЦЕНКА БИОМАРКЕРОВ РЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПАРОДОНТИТОМ/ SURUNKALI GENERALLASHGAN PARIODONTIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA RENAL BUYRAK SHIKASTLANISHINING BIOMARKERLARINI BAHOLASH.....	66
12. Rizaev J. A., Raximov N. M., Kadirov X. X.	
RESPUBLIKANING VILOYATLAR KESIMIDA PROSTATA BEZI SARATONINI KASALLANISH KO'RSATGICHINI O'RGANISH/ ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗРЕЗЕ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ/ STUDY OF PROSTATE CANCER MORBIDITY RATE BY REGIONS OF THE REPUBLIC.....	70



УДК 616.62-003.7-089.879

Шодмонова З.Р.кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Исмоилов Ш.А.**Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Зокиров Ш.Ш.**Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ****For citation:** Shodmonova Z.R, Ismoilov Sh.A., Zokirov Sh.Sh., Assessment of the effectiveness of transurethral contact lithotripsy in the treatment of ureterolithiasis patients, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 3. pp.49-53

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7146270>
АННОТАЦИЯ

В статье авторами рассмотрены вопросы эпидемиологии уролитиаза, приведены результаты современных эндоскопических методов лечения заболевания, именно о ретроградной контактной литотрипсии. Дано представление о методике ретроградной контактной литотрипсии, противопоказаниях к операции, техническом обеспечении операции, включая современные особенности использования гибких и ригидных уретерореноскопов, кожухов, корзинок и щипцов. Обсужден вопрос о необходимости установки мочеточниковых стентов. Представлены результаты об эффективности и безопасности ретроградной контактной литотрипсии в зависимости от размеров камней и способа генерации ударной волны литотрипторов.

Ключевые слова: нефролитиаз, уретеролитиаз, уретерореноскопия, ультразвуковая контактная литотрипсия, пневматическая контактная литотрипсия, гольмиевый лазер, электрогидравлическая литотрипсия.

Shodmonova Z.R.Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Ismoilov Sh.A.**Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Zokirov Sh.Sh.**Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL CONTACT LITHOTRIPSY IN THE TREATMENT OF URETEROLITHIASIS PATIENTS****ABSTRACT**

In the article, the authors considered the issues of the epidemiology of urolithiasis, presented the results of modern endoscopic methods of treating the disease, specifically about retrograde contact lithotripsy. An idea is given about the technique of retrograde contact lithotripsy, contraindications for surgery, technical support of the operation, including modern features of the use of flexible and rigid ureterorenoscopes, access sheets, baskets and forceps. The issue of the need to install ureteral stents was discussed. The results on the effectiveness and safety of retrograde contact lithotripsy depending on the size of the stones and the methods of lithotripsy are presented.

Key words: nephrolithiasis, ureterolithiasis, ureterorenoscopy, ultrasonic contact lithotripsy, pneumatic contact lithotripsy, holmium laser, electrohydraulic lithotripsy.

Shodmonova Z.R.Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston
Ismoilov Sh.A.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Zokirov Sh.Sh.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

URETEROLITIYOZNI DAVOLASHDA TRANSURETRAL KONTAKT LITOTRIPSIYANING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Maqolada mualliflar tomonidan urolitiazning epidemiologiyasi, zamonaviy davolash usullari, xususan retrograd kontaktli litotripsiyaning ahamiyati va natijalari tugrisidagi ma'lumotlar taxlil qilingan. Retrograd kontakt litotripsiya operatsiyasini bajarishga qarshi kursatma, operatsiyaning texnik ta'minoti, moslashuvchan va qattiq ureteroskopl, ularga g'illoflar, savat va kiskichlarni qullashda aloxida xolatlarni uz ichiga oladi. Uretral stentlarni urnatish zaruriyati muxokama qilinadi. Toshlarining ulchamiga va litotriptorlarning zarb tulqinli energiyasining yaratilishiga qarab retrograd kontaktli litotripsiyaning samaradorligi va xavfsizligi buyicha natijalar keltirilgan.

Kalit so'zlar: nefrolitiaz, ureterolitiaz, ureterorenoskop, ultratovushli kontakt litotripsiya, pnevmatik kontaktli litotripsiya, golyumiy lazerli, elektrogidravlik kontaktli litotripsiya.

Введение. Мочекаменная болезнь (уролитиаз) является общемировой проблемой связанное с географическими, климатическими и генетическими факторами. Сегодня в мире уролитиазом страдают в среднем 10-15% населения, хотя имеется весьма широкий разброс (10,13,33,45,46, 48). Среди урологических заболеваний на долю мочекаменной болезни (МКБ) приходится от 35% до 40% ((3,7,8,11).

Известно всем, что обычно камни почечной лоханки размерами в диаметре меньше 1см часто перемещается в просвет мочеточника и диагностируется как уретеролитиаз. Уретеролитиаз очень редко – первично формируется в мочеточнике при дивертикуле его или после перенесенных операций (лигатурный камень) (11,21,22,25, 31,52). У больных уретеролитиазом в результате острого нарушения пассажа мочи из верхних мочевых путей часто наблюдается почечная колика, как характерный синдром развивающегося уретерогидронефроза, острого обтурационного пиелонефрита, а при наличии врожденной единственной или единственно функционирующей почки - острой почечной недостаточности. Особенно длительно стоящие на месте или крупные камни в мочеточнике могут привести к формированию пролежни, стриктуры и даже перфорации стенки органа (12,15,16,21,25,31,41,52). Поэтому для оказания экстренной, специализированной помощи пациентам с уретеролитиазом, а также избавить их от этого недуга в максимально короткие сроки и наиболее щадящими методами, в арсенале квалифицированных урологов сегодня существует вспомогательные рабочие инструменты, такие как нефроскоп, уретерореноскоп (ригидные и гибкие) (20,32,34,37,39).

Известно, что до недавнего времени основным неинвазивным методом лечения больных нефролитиазом или уретеролитиазом считалась дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), которая сегодня в большинстве случаев с легкостью уступила свое место на ретроградную эндоскопическую лечению (1,4,5,10,14,23,24,38,40,47,53).

Ретроградная контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) основана на разрушение камней мочеточника при прямом визуальном контакте зонда литотриптора и конкремента, при этом доступ к камню осуществляется через естественные мочевые пути (трансуретрально), без нарушения целостности кожных покровов. Под воздействием высококонцентрированной энергии (лазерные, пневматические, ультразвуковые, электрогидравлические) происходит дробление (литотрипсия) конкремента на более мелкие части для дальнейшего их дезинтеграции и извлечения из мочевых путей (17,18, 19, 26,36,42,54,55,58).

Трансуретральная контактная уретеролитотрипсия выполняется при помощи уретерореноскопа — это медицинский эндоскоп с длинной полый трубкой для введения рабочих инструментов хирурга, оснащенный камерой. После введения уретерореноскопа в мочеточник, по трубке вставляют инструмент для дробления — литотриптор (6,10,35,43,56,57)

Энергия воздействия подбирается исходя из показаний к операции и технического оснащения клиники. Чаще всего применяется гибкий уретероскоп и лазер для получения ударной энергии. Лазерная уретеролитотрипсия считается высокоэффективной, поскольку лазерное воздействие применимо к камням любой плотности (27,28,29,30,34,49,50,51). Основное показание к использованию метода контактной литотрипсии является наличие конкрементов, осложняющих или полностью препятствующих оттоку мочи.

Анализ литературных данных показывает, что в последнее время, в большинстве мировых клиник, операция ретроградной контактной литотрипсии (КЛТ) в мочеточнике и даже в почках все чаще проводится как амбулаторная процедура. В своих работах E.S. Nuams и соавт. (2010) сообщили, что лазерная КЛТ камней почек диаметром 2-3 см была выполнена в 78% случаев амбулаторным больным, и только в 22% случаев потребовалась госпитализация. В другом исследовании Breda A.et al. (2009) у 97,6% больных с не крупными камнями почек, операцию проводили в амбулаторных условиях (16,28,38,41).

Таким образом, все выше сказанное указывает, что именно широкие возможности современной эндоскопической техники позволяют применить малоинвазивную хирургию в лечении больных уретеролитиазом, однако сообщения о результатах литотрипсии (в зависимости от применяемой энергии во время дробления) противоречивы и требуют дальнейшего изучения и усовершенствования.

Цель: Изучить эффективности трансуретральной контактной литотрипсии с использованием различных видов энергии для дезинтеграции конкремента в лечении больных уретеролитиазом и профилактика возможных осложнений.

Материалы и методы: Нами проводилось обследование и лечение более 700 больных с уролитиазом находящихся в отделении экстренной урологии СФРНЦЭМП и обратившихся в частных медицинских центрах города Самарканда («Бионурмедсервис» и «Gamma med» с марта 2018 по май 2022 гг. Всем исследуемым пациентам проводили полное клинко-лабораторные и инструментальное (УЗИ, цистоскопия, рентгенологические и МСКТ почек и мочевыводящих путей (МВП)) исследование по показаниям. Среди которых выделена больные с уретеролитиазом и сформирована основная группа исследуемых.

Для достоверности получаемых результатов лечения, критериями включения больных в исследуемой группы были:

- некупирующая почечная колика обусловленная с камнем мочеточника;
- больные, у которых самостоятельное отхождение камня было сомнительно или невозможно;
- размер конкремента > 5 мм, плотность конкремента > 800 НУ;
- больные с каменной дорожкой после ДУВЛ;
- расположение камней в мочеточнике и в мочевом пузыре;

- множественные конкременты нижнего отдела мочеточника;
- рентгеногегативные камни, которые не видны на рентгенографии.
- желание пациента;

Критериями исключения больных в исследуемой группе были:

- больные, у которых камни маленьких размеров и предполагалось самостоятельное отхождение камня;
- Наличие нефростомического дренажа;
- Наличие цистостомического дренажа;
- Наличие ИМТ нижних мочевыводящих путей;
- Наличие стриктуры уретры;
- Отказ больного от эндоскопических вмешательств;

Таким образом в исследуемой группе нами были включены 287 (60,3%) мужчин и 189 (39,7%) женщин с уретеролитиазом, средний возраст которых составлял - 38 лет (диапазон 17 - 75 лет)

В результате комплексного исследования камень в лоханочно-мочеточниковом сегменте (ЛМС) и в верхней трети мочеточника диагностирована у 142 (29,8%) больных, средней трети - у 76 (16,0%) и в нижней трети - у 258 (54,2%) пациентов. При этом размер конкремента варьировался от 4 мм до 34 мм (средней размер камня - 11мм). Всем исследуемому (всего 476 больных) пациентам нами было решено провести трансуретральная контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ).

Контактная уретеролитотрипсия — это хирургическая операция с введением уретерореноскопа через уретральный канал и мочевого пузыря в мочеточник. При этом импульсное воздействие генерируется внутри тела пациента, при контакте проводника с камнем. Образовавшегося наиболее крупные фрагменты камня извлекаются специальными захватами сразу после дробления, а мелкие элиминируются самостоятельно с мочой.

В наших исследованиях КУЛТ в основном проводилась под спинно-мозговой анестезией, если камень находился в верхней трети под общей анестезией. Нами использовалась аппаратура: ригидный уретерореноскоп 7,5/6,0 Fr, гибкий уретерореноскоп Flex x², пневматический «Calculus», ультразвуковой «Cusa» и гольмиевый лазерный литотриптор «Calculase II SCB» (Фирма Karl Storz), а также цифровой одноразовый гибкий уретеронефроскоп PUSEN™ (Китай) с наружным диаметром 9,0Fr.

Продолжительность операции составила от 20 мин до 110 мин. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) была произведена 63(13,2%) пациентам аппаратом Compact Delta II компании Dornier med tex.

Результаты: При определении способа уретеролитотрипсии и выбора применяемой энергии при нем немаловажную роль играла плотность и локализация конкремента. В наших исследованиях плотность камня по результатам компьютерной томографии составила от 368HU до 1678HU. Непосредственно перед литотрипсией для профилактики повреждений нижних мочевых путей и миграции фрагментов камня, по возможности, предварительно устанавливалось мочеточниковый кожух и корзинка фирмы Cook.

Уретеролитотрипсия с ультразвуковой энергией была выполнена у 57 (12,0%) больных, пневматическая у 121 (25,4%) пациентам, а у остальных 298 (62,6%) дезинтеграция конкремента осуществлялась с помощью гольмиевым лазером. При этом следует отметить, во время дробления конкремента проксимальной части мочеточника наиболее часто наблюдался миграция камня в почечную лоханку, который требовала удаление мини-перкутаным способом (16,5Fr) с помощью ультразвуковой энергией. После разрушения камня ультразвуковыми волнами наиболее крупные осколки удаляли при помощи щипцов, а мелкие отходили самостоятельно. После КУЛТ почка дренирована мочеточниковым катетером – до 2-3 суток или стентом - до 1 мес. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером в течение 1-2 суток. В результате оперативного вмешательства 401 (84,24%) больным удалось полностью удалить камень из мочевых путей одномоментно, у 22 (4,62 %) пациентам произведена повторная контактная уретеролитотрипсия, в 51 (10,71 %) случаях была произведена ДУВЛ из-за рецидива почечной колики, а одному больному (0,21%) в связи с отрывом мочеточника и 1 (0,21%) в связи с перфорацией мочеточника произведена конверсия.

Оценка эффективности трансуретральной контактной литотрипсии в зависимости от использования различных видов энергии для дезинтеграции конкремента в лечении больных уретеролитиазом и профилактика возможных осложнений осуществлена путем изучения следующих критериев (табл.1). Боли после уретеролитотрипсии были вызваны травмированием мочевыводящих путей уретероскопом.

Табл.1.

Клинические результаты использования различных видов энергии для дезинтеграции конкремента

Виды энергии Критерии оценки	Ультразвуковые n=121(25,4%)	Пневматические n=57(12%)	Лазерное n=298(62,6%)
Положение больного	На спине	На спине	На спине
Вид анестезии	Общая, спинно-мозговая	Общая, спинно-мозговая	Общая Спинно-мозговая, В/венная
Время потраченное на проведение рентгеноскопии	До опер.-2-3секунд во время опер.-до 3 минут	До опер.-2-3секунд во время опер.-до 3 минут	До опер. 2-3секунд во время опер.-1-2 минут
Продолжительность операции	20-30минут	35-40минут	35-67минут
Периоперационные осложнения	Почечная колика, уретерогидронефроз, гематурия	Почечная колика, уретерогидронефроз, гематурия	Почечная колика, уретерогидронефроз, гематурия
Доступ через мочеточниковый кожух	12/14Fr	12/14Fr	12/14Fr
Боль после операции	22%	26%	12%
Гематурия	18%	21%	14%
Stone free rate (SFR)	76%	62%	89%
Средняя койка-день	1-2дня	1-2дня	2-24часа

У исследуемых частота интраоперационных осложнений зависела от размеров, плотности и локализации камня в мочеточнике, а также от типа эндоскопа и литотриптера, являясь более низкой при конкрементах нижней трети, чем верхней, при диаметре камня меньше 1см, чем \geq 1см, плотностью меньше 500HU, чем больше, лазерной гибкой КУЛТ, чем ригидной

пневматической или ультразвуковой и, конечно при этом немаловажную роль играло мастерство и опыт врача уролога-эндоскописта. Известно, что в ходе выполнения операции иногда травмируется слизистая мочеточника и уретры. А это могут привести к болям и гематурии во время мочеиспускания, особенно первые несколько часов после операции, которые наблюдалось у

121 (25,4%) пациентов. В то время, после удаления камня пациенты, с полностью ранее окклюзированным мочеточником, отмечали исчезновение болей высокой интенсивности. Следует отметить, что при контактной уретеролитотрипсии более крупные фрагменты камней удаляли через эндоскоп, но остаточные раздробленные частицы когда задержались в просвете мочеточника, пациенты в течение нескольких дней чувствовали боли при мочеиспускании (дизурия), но по мере освобождения мочеиспускательного канала от песка и восстановления слизистой боли у них исчезли.

Осложнения, обусловленные собственно лазерным воздействием, такие как перфорация мочеточника волоконным инструментом, в наших исследованиях наблюдалось всего у 4 (0,84%) пациентов, т.е. не превышало 1% и успешно было устранено интраоперационно путем стентирования мочеточника на 10-15 дней. А повреждения слизистой имел место у 7 (1,47%) пациентов, перфорации стенки у 8 (1,68%), значимое кровотечение у 1 (0,21%) и отрыва мочеточника у 1 (0,21%) случаев, которые являлись следствием ранее перенесенных трансуретеральных операций (табл.2).

Табл.2.

Частота интраоперационных осложнений уретеролитотрипсии.

Виды энергии осложнений	Ультразвуковые n=121(25,4%)	Пневматические n=57(12%)	Лазерное n=298(62,6%)
Повреждение слизистой	-	4	3
Перфорация стенки мочеточника	-	5	3
Кровотечение	1	-	-
Отрыв мочеточника	-	-	1
Дислокация конкремента в забрюшинное пространство	-	2	-

Следует отметить, что благодаря усовершенствованию инструментария и методики дробления после лазерной КУЛТ в верхней трети мочеточника частота развития острого пиелонефрита резко снизилась и в наших исследованиях наблюдалось у 41 (8,4%) больных. Сравнение результатов лечения показало, что в зависимости от применяемой энергии (лазерной, пневматической или ультразвуковой) Stone free rate составляло – 92%; 74% и 62% соответственно (табл.1). При этом произошло снижение частоты перфорации мочеточника (от 3,3% до 0,5%) по сравнению с предыдущими годами, отрыва мочеточника (1,3% и 0,1%), развития стриктуры (0,7% и 0,1%), сократилась средняя продолжительность операции (75 и 36,5 мин) и период госпитализации (2,5 и 0,5 дней, соответственно).

Таким образом, ретроградная контактная литотрипсия, обеспечивая малоинвазивный, физиологичный доступ к камню, зарекомендовала себя высокоэффективным, низкотравматичным и безопасным методом лечения камней почек и мочеточников. Этому способствовала появление все более миниатюрных уретероскопов, одноразовых эндоурологических инструментов, существенное улучшение качества оптики, переход на цифровой формат изображения и совершенствование литотрипторов.

Благодаря чему, и как результаты наших исследований свидетельствует, что при камнях ЛМС и уретеролитиазе по

сравнению с другими существующими способами удаления конкрементов трансуретральная контактная литотрипсия имеет ряд преимуществ:

- введение инструментария через естественные пути, который устраняет необходимость разрезов и осложнений связанных с ними;
- минимальный процент возможных как интра-, так и послеоперационных осложнений;
- очень короткий срок реабилитации;
- отсутствие болевых ощущений после проведения КУЛТ;
- доступная стоимость.

В наших исследованиях сроки пребывания больных в послеоперационном периоде с неосложненным течением составил от нескольких часов до 1 суток.

Выводы: Таким образом, ретроградная контактная литотрипсия с помощью лазерной энергией является самым эффективным, малоинвазивным оперативным вмешательством (по полному удалению даже плотных конкрементов) по сравнению с ультразвуковой и пневматической дроблением не только при камнях мочеточника, особенно если конкремент имеет небольшой размер, но и при камнях почки.

Список литературы:

1. Аляев Ю.Г., Мартов А.Г., Винаров А.З. и др. Первый опыт применения нового пневматического литотриптера LMA Stone Breaker TM в лечении мочекаменной болезни // Урология. — 2009. — № 6. — С. 48-52.
2. Аль-Шукри С.Х., Рывкин А.Ю., Селиванов А.Н., Будылев С.А. Контактная лазерная литотрипсия — эффективный малотравматичный метод лечения мочекаменной болезни при камнях почки, мочеточника и мочевого пузыря // Вестник хирургии. — 2010. — Т. 169, № 5. — С. 71-73.
3. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В. Эпидемиология мочекаменной болезни в различных регионах ... — 2011. — т. 1, № 3. — с. 167-176.
4. Бешлиев Д. А. Опасности, ошибки, осложнения дистанционной литотрипсии, их лечение и профилактика: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. С. 356.
5. Гаджиев Н.К., Григорьев В.Е., Бахтин М.Ю., Писарев А.В., Тагиров Н.С., Обидняк В.М., Горелов Д.С., Петров С.Б., Мазуренко Д.А., Курников Д.А. Мультицентровое исследование хирургических методов лечения уrolитиаза по данным «Национального реестра хирургического лечения мочекаменной болезни». Экспериментальная и клиническая урология. 2019;(4):14-18).
6. Гудков А.В., Бощенко В.С., Пеллин А.В. и др. Ретроградная контактная электроимпульсная литотрипсия // Экспериментальная и клиническая урология. — 2011. — № 4. — С. 49-53.
7. Дзеранов Н.К., Лопаткин Н.А. Мочекаменная болезнь. Клинические рекомендации. — М.: Оверлей, 2007. — 296 с.
8. М.Ю. Просянников, А.В. Лыков, Ю.Э. Рудин, Д.С. Меринов, О.В. Константинова, Н.В. Анохин, А.Б. Вардак. Возможные ошибки диагностики и лечения у пациентов детского возраста с мочекаменной болезнью. Ж.Экспериментальная и клиническая урология, - 2017. - №3. - С.122-125.
9. Л.Д.Арустамов, Ю.Э.Рудин, Д.С. Меринов А.Б. Вардак. Результаты применения мини-перкутанной нефролитотрипсии у детей с мочекаменной болезнью. Ж. Российский медицинский журнал. 2018. №2(11) С. 118-121

10. Капсаргин Ф.П., Гульман М.И., Неймарк А.И. К вопросу о выборе рационального метода лечения нефролитиаза // Урология. — 2010. — № 3. — С. 26-30.
11. Коган М.И. Учебник. Урология. М.: - Практическая медицина. 336с.
12. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Перкутанная нефролитотрипсия в положении больного на спине // Урология. — 2012. — № 4. — С. 60-64.
13. Клинические рекомендации – Мочекаменная болезнь – 2021-2022- 2023 (31.08.2021) – Утверждены Минздравом РФ
14. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Дзеранов Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее, будущее // Урология. — 2007. — № 6. — С. 3-13.
15. Мамедов Э.А., Дутов В.В., Базаев В.В. Осложнения контактной уретеролитотрипсии. Урология. 2017;4:113–119
16. Мартов А.Г., Максимов В.А., Ергаков Д.В. и др. Гольмиевая контактная литотрипсия в трансуретральном лечении камней верхних мочевыводящих путей // Урология. — 2008. — № 5. — С. 24-28.
17. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Москаленко С.А. и др. Трансуретральная пиелокалотрипсия и литоэкстракция — новый метод лечения камней почек // Урология. — 2009. — № 1. — С. 16-23.
18. Мартов А.Г., Гордиенко А.Ю., Ергаков Д.В., Корниенко С.И., Фахрединов Г.А., Борисик А.В. Гольмиевая контактная литотрипсия в трансуретральном лечении крупных камней верхней трети мочеточника. Астраханский медицинский журнал. 2011;2
19. Миньясьянц Э.З., Саханда К.Н., Борисов М.П. Лазерная контактная литотрипсия камней верхних мочевыводящих путей в условиях urgentного урологического отделения // Урология. — 2009. — № 6. — С. 52-56.
20. Попов С.В., Новиков А.И., Горгоцкий И.А. и др. Место трансуретральной контактной нефролитотрипсии в лечении больных с камнями почек // Урология. — 2012. — № 5. — С. 81-85.
21. Попов С.В., Новиков А.И., Скрябин О.Н. и др. Морфологические изменения стенки мочеточника, возникающие при контактной уретеролитотрипсии // Урология. — 2010. — № 5. — С. 14-17.
22. Платонова Д.В., Замятина В.А., Дымов А.М. и др. Лазерная литотрипсия. Урология. 2015;6:116–121.
23. Шодмонова З.Р., Умиров А.А., Бобоев А.Ш. Результаты малоинвазивных методов лечения уролитиаза у детей. Сборник тезисов материалы XX конгресса РОУ 26-29 ноября 2020, Журнал Урология 2020;5(приложение): 73.
24. Шодмонова З.Р., Умиров А.А., Бобоев А.Ш., Гафаров Р.Р. Малоинвазивная лазерная нефролитотрипсия у больных с единственной почкой. Сборник тезисов материалы XX конгресса РОУ 26-29 ноября 2020, Журнал Урология 2020;5 (приложение): 171.
25. Al-Ghazo M.A., Ghalayini I.F., Al-Azab R.S., et al. Emergency ureteroscopic lithotripsy in acute renal colic caused by ureteral calculi: a retrospective study // Urol. Res. Urol. Res. — 2011. — Vol. 39. — P. 497-501.
26. Bader M.J. Gratzke C. Walther S., et al. Efficacy of retrograde ureteropye- loscopic holmium laser lithotripsy for intrarenal calculi >2 cm // Urol. Res. — 2010. — Vol. 38. — P. 397-402.
27. Binbay M., Tepeler A., Singh A., et al. Evaluation of pneumatic versus holmium:YAG laser lithotripsy for impacted ureteral stones // Int. Urol. Nephrol. — 2011. — Vol. 43, N 4. — P. 989-995.
28. Breda A., Ogunyemi O., Leppert J.T., Schulam P.G. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for multiple unilateral intrarenal stones // Eur. Urol. — 2009. — Vol. 55. — P. 1190-1196.
29. Bryniarski P., Paradysz A., Zyczkowski M., et al. A randomized controlled study to analyze the safety and efficacy of percutaneous nephrolithotripsy and retrograde intrarenal surgery in the management of renal stones more than 2 cm in diameter // J. Endourol. — 2012. — Vol. 26. — P. 52-57.
30. Ceylan K., StinbM O., Şahin A., Gtines M. Ureteroscopic treatment of ureteral lithiasis with pneumatic lithotripsy: analysis of 287 procedures in a public hospital // Urol. Res. — 2005. — Vol. 33. — P. 422-425.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

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

VOLUME 3, ISSUE 3

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