



JCPM

Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Год основания – 2021

ISSN - 2181-3531

Свидетельство СМИ (Узбекистан): №01-07/3097

Входит в перечень ВАК РУз с 2022 года

Форма выпуска: электронная

Язык текста: русский, английский

4

2025

Фергана

Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Худайбердиев Х.Б.

ИНТЕР-РЕЙТЕР НАДЕЖНОСТЬ СКРИНИНГОВОГО ВОПРОСНИКА УКАС ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ..... 6-12

Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ..... 13-17

Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Халимбетов Г.С., Халилов Ш.М.

РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЕВОГО УРОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19... 18-22

Гиясов Ш.И., Зияев И.Б., Сафаев Ё.У.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИНИ-ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ..... 23-28

Закиров Х.К., Каюмов А.А., Наджимитдинов Я.С.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕТРОГРАДНОЙ И АНТЕГРАДНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ..... 29-33

Кариев С.С., Насиров Ф.Р., Бойбутаев У.Т.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ДИАЛИЗА ДО ТРАНСПЛАНТАЦИИ НА УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 840 РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА..... 34-38

Каримов О.М., Тургуналиев С.А., Аюбов Б.А., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСМЕЗОКОЛИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА СЛЕВА..... 39-42

Наджимитдинов Я.С., Аббосов Ш.А., Худайбердиев У.А.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РЕТРОГРАДНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ 43-47

Насиров Ф.Р., Юлдашев Ф.Ю., Валиев Х.Т., Гиясов Ш.И., Мирхамидов М.М., Темиров Э.О.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ТУЛИЕВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРОСТАТЫ..... 48-52

Safaev Y.U., Mukhtarov Sh.T., Giyasov Sh.I., Abdusatarov A.U.

THE IMPORTANCE OF TRANSURETHRAL URETEROLITHOTRIPSY PERFORMED WITHOUT X-RAY CONTROL IN THE TREATMENT OF URETERAL STONES..... 53-57

Худайбердиев У.А., Наджимитдинов Я.С., Абдукаримов О.О., Шомаруфов А.Б.

КОНТАКТНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ С МОЧЕТОЧНИКОВЫМИ КАМНЯМИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРОФИЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ..... 58-62

Шомаруфов А.Б., Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Аюбов Б.А., Мирниёзов М.М., Гиясов Ш.И., Мирхамидов Ж.Х.

РОЛЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ..... 63-68

Эрматов В.Ш., Аюбов Б.А., Мирхамидов Д.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ..... 69-74

BIZNING MEXMONLAR / OUR GUESTS / НАШИ ГОСТИ

Ибишев Х.С., Прокоп Я.О.

ВЛИЯНИЕ SARS-COV-2 НА УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА..... 75-78

Прокоп Я.О., Ибишев Х.С., Коган М.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЯКУЛЯТА У ФЕРТИЛЬНЫХ И ИНФЕРТИЛЬНЫХ МУЖЧИНЕ ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19..... 79-83

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСМЕЗОКОЛИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА СЛЕВА

О.М. Каримов.¹, С.А. Тургуналиев.¹, Б.А. Аюбов.², Ф.А. Акилов.³, Д.Х. Мирхамидов.³

¹Med.Art.Clinic, г. Фергана, Узбекистан.

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, г. Ташкент, Узбекистан.

³Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан.

Для цитирования: © Каримов О.М., Тургуналиев С.А., Аюбов Б.А., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСМЕЗОКОЛИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА СЛЕВА. ЖКМП.-2025.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 06.08.2025

Одобрена: 05.09.2025

Принята к печати: 03.10.2025

Аннотация: На сегодняшний день, лапароскопическая трансперитонеальная пластика является методом выбора при оперативном лечении больных со стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента. Стандартная методика (ретроколическим доступом) данного вмешательства подразумевает мобилизацию толстой кишки, ее медиальную тракцию для выделения мочеточника и лоханки, что увеличивает продолжительность операции, и ее травматичность. При стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента слева имеется возможность выполнения пиелопластики трансмезоколически. Целью исследования явилась оценка эффективности лапароскопической чрезбрыжеечной пиелопластики при первичных сужениях пиелoureтерального сегмента слева.

Ключевые слова: гидронефроз, пиелопластика, лапароскопия, трансмезоколический доступ.

CHAP JOM-SIYDIK NAYI SEGMENTI LAPAROSKOPIK TRANSMEZOKOLIK PLASTIKASI

О.М. Karimov.¹, S.A. Turgunaliyev.¹, B.A. Ayubov.², F.A. Akilov.³, D.X. Mirxamidov.³

¹Med.Art.Clinic, Farg'ona sh., O'zbekiston.

²Respublika ixtisoslashtirilgan Urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent sh., O'zbekiston.

³Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent sh., O'zbekiston.

Izoh: © O.M.Karimov., S.A.Turgunaliyev., B.A.Ayubov., F.A.Akilov., D.X.Mirxamidov.

CHAP JOM-SIYDIK NAYI SEGMENTI LAPAROSKOPIK TRANSMEZOKOLIK PLASTIKASI. KPTJ.-2025-N.4.-№4.-M

Qabul qilindi: 06.08.2025

Ko'rib chiqildi: 05.09.2025

Nashrga tayyorlandi: 03.10.2025

Annotatsiya: Bugungi kunda laparoskopik transperitoneal plastika jom-siydik nayi segmenti strikturasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolashda tanlov usuli hisoblanadi. Ushbu aralashuvning standart usuli (retrokolik kirish bilan) yo'g'on ichak mobilizatsiyasini, uning siydik nayi va jomni ajratish uchun medial traksiyasini nazarda tutadi, bu esa operatsiya davomiyligini va uning travmatikligini oshiradi. Chap jom-siydik nayi segmenti strikturasida piyeloplastikani transmezokolik usulda bajarish imkoniyati mavjud. Tadqiqotning maqsadi chap piyeloureteral segmentning birlamchi torayishlarida laparoskopik mezenterial piyeloplastika samaradorligini baholashdan iborat.

Kalit so'zlar: gidronefroz, piyeloplastika, laparoskopiya, transmezokolik kirish.

LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS WITH TRANSMESOCOLIC ACCESS: OUR EXPERIENCE

Karimov O.M.¹, Turgunaliyev S.A.¹, Ayubov B.A.², Akilov F.A.³, Mirkhamidov D.X.³

¹Med.Art.Clinic, Fergana, Uzbekistan.

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology, Tashkent, Uzbekistan.

³Tashkent State Medical University. Tashkent, Uzbekistan.

For situation: © Karimov O.M., Turgunaliyev S.A.¹, Ayubov B.A., Akilov F.A., Mirkhamidov D.X.

LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS WITH TRANSMESOCOLIC ACCESS: OUR EXPERIENCE. JCPM.-2025.P.4.№4.-A

Received: 06.08.2025

Revised: 05.09.2025

Accepted: 03.10.2025

Abstract: To evaluate the impact of pre-transplant dialysis duration on urological complications following living donor kidney transplantation. Retrospective analysis of 840 kidney transplant recipients (2010-2020). Patients were stratified by dialysis duration: 0-12, 13-36, 37-60, and >60 months. Urological complications were classified as major (ureteral stricture, urine leak, vesicoureteral reflux) and minor (urinary tract infections, asymptomatic bacteriuria, lymphocele). Urological complications occurred in 162 patients (19.3%). A direct correlation was found between dialysis duration and complication rates: from 16.7% with dialysis <12 months to 27.9% with >60 months ($p=0.028$). Dialysis history >12 months was associated with OR 1.628 ($p=0.011$). Urological complications did not affect graft survival, dialysis duration >12 months significantly increases the risk of urological complications without affecting graft survival.

Keywords: kidney transplantation, dialysis, urological complications, ureteral stricture, urinary tract infections, graft survival.

Введение: В настоящее время, лапароскопические операции широко применяются при лечении различных урологических заболеваний, в том числе стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Во многих клиниках, при стриктуре ЛМС, выполняется лапароскопическая пиелопластика (ЛП), эффективность которой составляет более 90%. Стандартная методика ретроколической ЛП подразумевает мобилизацию толстой кишки, смещение её медиально, выделение мочеточника и суженного ЛМС, что значительно удлиняет время операции. Альтернативой стандартной ЛП при гидронефрозе слева является выполнение операции через брыжейку толстой кишки. При данной методике нет необходимости в мобилизации кишки и технически не сложно выделить хорошо визуализируемые через мезоколон расширенную лоханку и мочеточник. В зарубежной литературе встречаются единичные публикации о результатах чрезбрыжеечного выполнения ЛП. Мы приводим результаты подобной операции у 33 больных с гидронефрозом слева.

Цель: оценить эффективность лапароскопической чрезбрыжеечной пиелопластики при первичных сужениях пиелоуретерального сегмента слева.

Материалы и методы: С 2020 по 2025 г. в клинике “MedArt Group” (Фергана, Узбекистан) лапароскопическая трансмезоколическая пластика ЛМС выполнена 33 больным. Диагноз гидронефроза установлен на основании ультразвукового исследования почек, экскреторной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии почек. Чрезбрыжеечную ЛП выполняли в положении больного на правом боку. Создан пневмоперитонеум прямым троакарным доступом 10 мм. Затем под визуальным контролем по подключичной линии устанавливали троакары 6 мм ниже реберной дуги и в подвздошной области. Через брыжейку нисходящей толстой кишки идентифицировали мочеточник и расширенную лоханку. Затем вскрывали брыжейку над мочеточником. На данном этапе нужно избегать травмы крупных сосудов, в особенности нижней мезентери-

альной вены. Далее выделяли мочеточник и расширенную лоханку, резецировали суженный ЛМС. При наличии нижнеполярных сосудов (14 больных) проводили транспозицию мочеточника кпереди от них, спатулировали мочеточник в 2/3 на протяжении 1,5 см. Используя викрил 4/0 непрерывными или узловыми швами формировали заднюю стенку пиелоуретероанастомоза.

Далее антеградно по проводнику устанавливали стент диаметром 5 или 6 Ch и ушивали переднюю стенку анастомоза. В конце операции кзади от толстой кишки формировали туннель в забрюшинной клетчатке, через который диссектор выводили на кожу и устанавливали страховую дренаж. При этом он располагался ретроперитонеально, что исключало попадание мочи в брюшную полость при несостоятельности анастомоза. Дефект брыжейки кишки ушивали непрерывным швом нитью Викрил 3/0. В послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную, противовоспалительную и симптоматическую терапию. Страховой дренаж извлекали на 1–2 суток, выписывали больных на амбулаторное лечение. Мочеточниковый стент удаляли через 1 месяц. Больных после ЛП наблюдали в динамике, им через 6 и 12 месяцев выполняли экскреторную урографию, ультразвуковое исследование почек.

Результаты и их обсуждение: Всем 33 больным успешно выполнена чрезбрыжеечная ЛП по Хайнс-Андерсону. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. К резекции расширенной лоханки прибегали в 7 (21%) случаях, добавочные сосуды были выявлены у 14 (42,4%) пациентов. В одном случае диагностирован гидронефроз левой половины подковообразной почки.

За период наблюдения результаты операции у 33 (100%) пациентов были успешными. Случаев рецидива не выявлено. Среднее время операции составило ($87,3 \pm 14,4$ мин). Объём кровопотери был минимальным. Среднее время госпитализации составило 2,3 дня. За период наблюдения осложнений

мы не наблюдали, и у 33 (100%) пациентов проходимость ЛМС была адекватной.

Клинический случай. Больная М., 31 года, госпитализирована в клинику с болями в поясничной области слева. В стационаре выполнены экскреторная урография ультразвуковое исследование и компьютерная томография почек. На урограммах функция правой почки удовлетворительная, слева на отсроченных снимках отмечается контрастирования расширенной полостной системы – картина гидронефроза, лоханка 6х6 см. На компьютерной томографии резкое расширение полостной системы левой почки. На основании обследования установлен диагноз стриктура ЛМС слева, гидронефроз слева 2 стадии. В положении больной на правом боку установлены троакары по вышеописанной методике. При лапароскопии через брыжейку толстой кишки хорошо визуализируется расширенная лоханка левой почки, которая выделена через окно в брыжейке кишки. Произведена резекция суженного ЛМС, на стенке 6 Ch сформирован пиелoureteroанастомоз. Установлен страховочный дренаж в паранефрий. Дефект в брыжейке толстой кишки ушит наглухо. После операционных осложнений не было, дренаж удален на 2-е сутки, и больная выписана на амбулаторное лечение. При обследовании через 14 месяцев по данным УЗИ и экскреторной урографии функция почек своевременная, слева – умеренное остаточное расширение полостной системы, справа нарушения уродинамики верхних мочевых путей нет. В настоящее время состояние больной удовлетворительное, жалоб нет.

В данном клиническом случае успешно выполнена ЛП чрезбрыжеечным доступом. В настоящее время, методом выбора при оперативном лечении больных с первичными сужениями ЛМС является лапароскопическая пластика. Впервые данная операция выполнена Schuessler W.W. и соавт. в 1993 г. [4]. ЛП можно выполнить чрезбрюшинным и ретроперитонеальным доступами. При трансперитонеальной ЛП имеется большая рабочая полость, что облегчает выполнение как пиелопластики, так и других операций на почке и мочеточнике. Кроме того, при этом доступе меньше наносится хирургическая травма, легче выполняется инсуффляция и анатомические структуры брюшной полости более понятны, что облегчает ориентацию хирурга. В настоящее время широко внедряется робот-ассистированная ЛП, но из-за

высокой стоимости она выполняется в единичных клиниках. Мобилизация толстой кишки при стандартной ЛП, необходимость её максимального отведения для визуализации и выделения мочеточника, значительно удлиняет время операции. При гидронефрозе слева альтернативой стандартной методике является чрезбрыжеечная ЛП [1]. Впервые подобный доступ к левой почке описан Ramalingam M. et al., которые рассматривали его как наиболее прямой путь к сосудам почки [3]. Wagner H.C. et al. использовали данный доступ при лапароскопической резекции суженного ЛМС тазоводистопированной почки [5]. Castillo O. et al. выполнили 11 чрезбрыжеечных ЛП с достоверным снижением времени операции с 117 мин до 88,6 мин. Использование чрезбрыжеечного доступа у больных с высокой массой тела и толстой брыжейкой кишки является сомнительным и опасным, так как трудно визуализировать мочеточник и лоханку, а также существует высокая опасность травмы мезентериальных сосудов и кровотечения [2].

При гидронефрозе слева стандартная мобилизация толстой кишки может быть необходимой в тех случаях, когда нужно максимально выделить почку для удаления камней из ее полостной системы или в анамнезе больного были операции на левой почке. Основным преимуществом чрезбрыжеечной ЛП является прямой доступ к ЛМС с незначительной манипуляцией на кишке и укорочением времени операции. При данной операции теоретически существует опасность травмы мезентериальных сосудов, однако в литературе и в нашей серии оперированных больных подобных осложнений не было. На наш взгляд, оптимальными кандидатами к чрезбрыжеечному выполнению ЛП слева являются пациенты с низким индексом массы тела и невыраженной жировой клетчаткой брыжейки толстой кишки.

Заключение: Лапароскопическая трансмезоколическая пиелопластика является малоинвазивным и эффективным способом лечения больных с обструкцией ЛМС и не уступает по эффективности лапароскопической ретроколической и открытой пластике. У больных с гидронефрозом слева ЛП можно выполнить чрезбрыжеечным доступом, позволяющим сократить время операции и снизить ее травматичность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Комуяков, В. К., Guliev, B. G., & Aliev, R. V. (2013). Лапароскопическая пластика при первичных сужениях пиелoureterального сегмента [Laparoscopic plasty in primary ureteropelvic junction strictures]. *Urologiya*, (6), 81–84.
2. Castillo, O. A., et al. (2007). Transmesocolic pyeloplasty: Experience of a single center. *Journal of Endourology*, 21(4), 415–418. <https://doi.org/10.1089/end.2006.0314>
3. Ramalingam, M., et al. (2008). Transmesocolic approach to laparoscopic pyeloplasty: Our 8-year experience. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 18(2), 194–198. <https://doi.org/10.1089/lap.2007.0128>
4. Schuessler, W. W., et al. (1993). Laparoscopic dismembered pyeloplasty. *Journal of Urology*, 150(6), 1795–1799. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)35836-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)35836-5)
5. Wagner, H. C., et al. (2010). Laparoscopic dismembered pyeloplasty: Technique and results in 105 patients. *World Journal of Urology*, 28(5), 615–618. <https://doi.org/10.1007/s00345-010-0541-5>

Информация об авторах:

© КАРИМОВ О.М. - врач клиники “Med.Art.Clinic”, г. Фергана, Узбекистан.

© ТУРГУНАЛИЕВ С.А. - врач клиники “Med.Art.Clinic”, Фергана, Узбекистан.

© АЮБОВ Б.А. - д.м.н., врач Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, г. Ташкент, Узбекистан.

© МИРХАМИДОВ Д.Х. - к.м.н., доцент, доцент кафедры Урологии Ташкентского государственного медицинского университета, г. Ташкент, Узбекистан.

Muallif haqida ma'lumot:

© KARIMOV O.M. - “Med.Art.Clinic” klinikasi shifokori. Farg’ona sh., O‘zbekiston.

© TURGUNALIYEV S.A. - “Med.Art.Clinic” klinikasi shifokori. Farg’ona sh., O‘zbekiston.

© AYUBOV B.A. – t.f.d., Respublika ixtisoslashtirilgan Urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi shifokori. Toshkent sh., O‘zbekiston.

© AKILOV F.A. - t.f.d., professor, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Urologiya kafedrasini mudiri. Toshkent sh., O‘zbekiston.

© MIRXAMIDOV D. X. - t.f.n., dotsent, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Urologiya kafedrasini dotsenti. Toshkent, O‘zbekiston.

Information about the authors:

© KARIMOV O.M. - doctor of the clinic “Med.Art.Clinic”, Fergana, Uzbekistan.

© TURGUNALIEV S.A. - doctor of the clinic “Med.Art.Clinic”, Fergana, Uzbekistan.

© AYUBOV B.A. - DSc., Doctor of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology. Tashkent, Uzbekistan.

© AKILOV F.A. – DSc., Professor, Head of the Department of Urology, Tashkent State Medical University. Tashkent, Uzbekistan.

© MIRKHAMIDOV D.Kh. - PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Urology, Tashkent State Medical University. Tashkent, Uzbekistan.