

2018. 04.011
16. Morrill CC, Haffar A, Harris TGW, Crigger C, Gearhart JP. Current management of classic bladder exstrophy in the modern era. *Afr J Urol* 2023;29:27. <https://doi.org/10.1186/s12301-023-00356-43>.
17. Morrill CC, Manyevitch R, Haffar A, Wu WJ, Harris KT, Maruf M, et al. Complications of delayed and newborn primary closures of classic bladder exstrophy: is there a difference? *J Pediatr Urol* 2023; 19:249. e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2023.01.001>.
18. Moser C, Opitz I, Zhai W, Rousson V, Russi EW, Weder W, et al. Autologous fibrin sealant reduces the incidence of prolonged air leak after lung volume reduction surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;136:843-9. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2008.02.079>.
19. Rodas MAR, Paula BL, Pazmiño VFC, Lot Vieira FFDS, Junior JFS, Silveira EMV. Platelet-rich fibrin in coverage of gingival recession: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Dent* 2020;14:315-326. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701907>.
20. Soyer T, Cakmak M, Aslan MK, Senyücel MF, Kisa U. Use of autologous platelet-rich fibrin in urethrocutaneous fistula repair: preliminary report. *Int Wound J* 2013;10:345-7. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.00983.x>.
21. Spotnitz WD. Fibrin sealant: the only approved hemostat, sealant, and adhesive—a laboratory and clinical perspective. *ISRN Surg* 2014;2014:203943. <https://doi.org/10.1155/2014/203943>.
22. Spotnitz WD, Falstrom JK, Rodeheaver GT. The role of sutures and fibrin sealant in wound healing. *Surg Clin North Am* 1997;77:651-69. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(05\)70573-9](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(05)70573-9).

UO'K 617-089.844

BOLALARDA QAYTALANUVCHI VEZIKOURETERAL REFLYUKSNI BARTARAF ETISHNING JARROHLIK AMALIYOTI NATIJALARI

Ergashev K.T.^{1,2}, Abdullayev Z.B.^{1,2}, Eshonqulov S.G.^{1,2}, Xoltursunov D.Sh.², Agzamxodjayev S.T.^{1,2}

¹ Bolalar milliy tibbiyot markazi, Toshkent,

² Toshkent davlat tibbiyot universiteti

РЕЗЮМЕ

Цель. Персистирующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) после ранее перенесенных безуспешных операций представляет собой серьезную проблему в детской урологии. В данном исследовании оцениваются результаты повторных (спасительных) операций у детей, получавших лечение по поводу рецидивирующего ПМР.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 92 пациентов детского возраста (44 мальчика, 48 девочек) за период с 2021 по 2025 год; в общей сложности был прооперирован 151 мочеточник. Все пациенты в анамнезе имели предшествующие хирургические вмешательства на мочеточниково-пузырном сегменте, включая реимплантацию мочеточника (65 случаев) и эндоскопическую коррекцию (27 случаев). Были проанализированы исходные демографические данные, предоперационная симптоматика, результаты лучевой диагностики и послеоперационные исходы. Для оценки статистических параметров использовался U-критерий Манна-Уитни; статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Результаты. Медианный возраст на момент операции составил 64,5 месяца (от 7 до 181). Средняя степень ПМР до операции составила 3,3. Повторные вмешательства включали открытую и

SUMMARY

Objective. Persistent vesicoureteral reflux (VUR) following failed previous operations presents a significant challenge in pediatric urology. This study evaluates the outcomes of redo salvage surgeries in children treated for recurrent VUR.

Materials and methods. A retrospective review was conducted at a single center between 2021 and 2025, including 92 pediatric patients (44 males, 48 females) for a total of 151 ureters. All patients had a history of prior surgical interventions at the ureterovesical junction, including ureteral reimplantation (65 cases) and endoscopic correction (27 cases). Data on baseline demographics, preoperative symptoms, radiologic imaging studies, and postoperative outcomes were analyzed. The Mann-Whitney U test was used for statistical analysis, with a p -value < 0.05 considered statistically significant.

Results. The median age at operation was 64.5 months (range 7-181). The mean preoperative VUR grade was 3.3. Redo interventions included open and pneumovesicoscopic reimplantation, and endoscopic correction. Tailoring of the distal ureter was required in 8 cases. The operations were conducted unilaterally (52 cases) and bilaterally (40 cases). The mean operative time was 171 minutes (110-399), and the average hospital stay was 6.5 days (3-15). Success rates were as follows: open (57/60, 95%), pneumovesicoscopic (4/5,

пневмозикоскопическую реимплантацию, а также эндоскопическую коррекцию. В 8 случаях потребовалось моделирование дистального отдела мочеточника. Операции проводились с одной стороны (52 случая) и с двух сторон (40 случаев). Средняя продолжительность операции составила 171 минуту (110-399), а средняя продолжительность госпитализации – 6,5 дней (3-15). Показатели успеха были следующими: при открытой операции – 95% (57/60), при пневмозикоскопической – 80% (4/5) и при эндоскопической коррекции – 65,5% (19/29). Общая частота устранения ПМР составила 85% (78/92). Период последующего наблюдения варьировался от 6 месяцев до 3 лет.

Закключение. Спасительные операции являются безопасным и эффективным методом лечения персистирующего рефлюкса после предшествующих хирургических вмешательств. Открытые хирургические методики, адаптированные к индивидуальным анатомическим и клиническим особенностям пациента, позволяют достичь благоприятных результатов с минимальным числом осложнений. Данное исследование подтверждает целесообразность выполнения повторной реимплантации у тщательно отобранных пациентов детского возраста.

Ключевые слова: персистирующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндоскопическая коррекция, реимплантация.

Vezikoureteral refluks (VUR) bolalar orasida eng ko'p tashxislanadigan urologik anomaliyalardan biri bo'lib, barcha bolalarning taxminan 1-2 foizida va simptomli siydik yo'llari infeksiyalari (SYI) bilan murojaat qilganlarning 30-40 foizida uchraydi [17,20]. VURning asosiy klinik ahamiyati uning takroriy febril SYI bilan bog'liqligidadir. Bu esa bakteriyalarning yuqori siydik yo'llariga retrograd (teskari) yo'nalishda ko'tarilishiga sharoit yaratib, piyelonefrit, buyrak parenximasining chandiqlanishi, gipertenziya va surunkali buyrak kasalligiga olib kelishi mumkin [8,18]. Shuning uchun VURni davolashdan ko'zlangan asosiy maqsad buyrak funksiyasini saqlab qolish va bemorlardagi asoratlarni oldini olishdan iboratdir [15].

Veziko-ureteral refluksni (VUR) davolash sezilarli darajada rivojlanib, konservativ yondashuvlar bilan bir qatorda jarrohlik aralashuvlari ham takomillashib kelmoqda. VURning past darajalari ko'pincha davomli antibiotik profilaktikasi yordamida davolansa-da, uning yuqori darajalari yoki turg'un febril SYI bilan asoratlangan holatlar odatda jarrohlik yo'li bilan davolashni talab qiladi [5,16]. Bugungi kunda VURni birlamchi korreksiya qilish usullari orasida ochiq usulda siydik nayi reimplantatsiyasi (masalan, kross-trigonal Koen usuli yoki Lix-Greguar ekstravezikal usuli), kam invaziv laparoskopik yoki pnevmovezikoskopik yondashuvlar hamda hajm hosil qiluvchi moddalarning endoskopik inyeksiyasi (masalan, Dekstranomer/Gialuron kislotasi) mavjud [2,19]. Birlamchi reimplantatsiya uzoq vaqtdan

80%) and endoscopic correction (19/29, 65.5%). The overall VUR resolution rate was 85% (78/92). The follow-up period ranged from 6 months to 3 years.

Conclusion. Salvage surgeries are a safe and effective solution for persistent reflux following previous surgical interventions. Open surgical techniques, tailored to individual anatomical and clinical needs, achieve favorable outcomes with minimal complications. This study supports the feasibility of redo reimplantation in carefully selected pediatric patients.

Keywords: persistent vesicoureteral reflux, endoscopic correction, reimplantation.

beri "oltin standart" hisoblanib, hozirda 95% dan ortiq muvaffaqiyat darajasiga erishgan [4].

Dastlabki muvaffaqiyat ko'rsatkichlari yuqori bo'lishiga qaramay, davolashning samarasizligi ham uchray turadi. Avvalgi muvaffaqiyatsiz operatsiyalardan keyin kuzatiladigan doimiy yoki qaytalanuvchi VUR bolalar urologiyasida muhim va murakkab muammo hisoblanadi. Dastlabki jarrohlik amaliyotining samarasizligiga olib keluvchi sabablar ko'pincha ko'p omilli bo'lib, ular aniqlanmagan anatomik anomaliyalar (masalan, siydik chiqarish funksiyasining buzilishi, ikkilanish yoki megaureter), birlamchi muolaja vaqtidagi texnik xatolar, endoskopik amaliyotlarda biomaterialning siljishi yoki qovuq va siydik nayining kuchli chandiqlanishini o'z ichiga oladi [1,9].

Birlamchi aralashuvlar samarasiz bo'lganda, shifokor va bemorning oilasi murakkab davolash algoritmlarga duch keladi. Takroriy operatsiyalar o'zgargan anatomik sathlar, kuchli ifodalangan fibroz, siydik nayining distal qismida qon ta'minotining buzilishi va siydik pufagi hajmining kichrayishi sababli texnik jihatdan murakkab hisoblanadi [6]. Natijada, adabiyotlarda qayd etilishicha, ikkilamchi jarrohlik amaliyotlari birlamchi aralashuvlarga nisbatan siydik nayi strikturasi, obstruksiya va refluksning qaytalanishi kabi asoratlarning xavfining yuqoriligi bilan ajralib turadi [3]. Garchi endoskopik korreksiya asoratlarning kamligi tufayli ko'pincha birinchi tanlovdagi qutqaruv muolajasi sifatida qo'llanilsa-da, takroriy operatsiyalar sharoitida uning

samaradorligi sezilarli darajada pasayadi [14]. Aksincha, ochiq usuldagi takroriy reimplantatsiya aniq anatomik tuzatishni ta'minlaydi, biroq bemorni sinchkovlik bilan tanlashni va jarrohdan yuksak mahoratni talab etadi [7].

Hozirgi kunda zamonaviy tibbiyotda qayta jarrohlikning turli usullari – ochiq, endoskopik va pnevmovezikoskopik – ning qiyosiy natijalarini maxsus baholaydigan ishonchli, yirik kogortli tadqiqotlar yetarli emas. Shu bois, ushbu tadqiqotning maqsadi qaytalanuvchi VUR sababli davolangan bolalarda takroriy operatsiyalar natijalarini baholash hamda ushbu aralashuvlarning samaradorligi va xavfsizligini aniqlashdan iborat.

MATERIALLAR VA USULLAR

Tadqiqot dizayni va bemorlar populyatsiyasi. Retrospektiv tahlil to'rtinchi darajali tibbiy markazi – Bolalar milliy tibbiyotmarkazida (Toshkent, O'zbekiston) 2021-yildan 2025-yilgacha bo'lgan besh yillik davrdagi jarrohlik amaliyotlari natijalarini o'rganish maqsadida o'tkazildi. Tadqiqot guruhiga qaytalanuvchi VUR sababli jarrohlik amaliyotini o'tkazgan jami 92 nafar bemor bolalar kiritildi. Bemorlar jins bo'yicha deyarli teng taqsimlangan bo'lib, ularning 44 nafari (47,8%) o'g'il va 48 nafari (52,2%) qiz bolalarni tashkil etdi. Ushbu tadqiqotda jami 151 ta siydik nayi tahlil qilindi. Tadqiqotga kiritish va istisno mezonlari. Tadqiqotga kiritish mezonlariga ko'ra, barcha bemorlarning anamnezida VUR sababli siydik nayi-qovuq birikmasida (ureterovezikal birikma) avval jarrohlik aralashuvi o'tkazilgan va birlamchi operatsiyadan so'ng asorat sifatida reflyuks saqlanib qolganligi hujjatlashtirilgan bo'lishi kerak. Guruhdagi avvalgi samarasiz aralashuvlar 65 ta holatda (70,6%) siydik nayining birlamchi ochiq yoki minimal invaziv reimplantatsiyasini va 27 ta holatda (29,4%) siydik nayi ostiga hajm beruvchi moddalar yordamida endoskopik korrektsiyani o'z ichiga olgan.

Qaytalanuvchi SYIning asosiy sababi anatomik reflyukssiz, davolanmagan pastki siydik yo'llari disfunktsiyasi bilan bevosita bog'liq bo'lsa yoki kuzatuv ma'lumotlarining to'liq emasligi operatsiyadan keyingi holatni to'g'ri baholashga imkon bermasa, bunday bemorlar tadqiqotdan chetlatildi.

Ma'lumotlarni yig'ish va jarrohlik uslubi. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarning ma'lumotlari to'liq yig'ib olindi. Qayd etilgan ko'rsatkichlar bemorning umumiy demografik ma'lumotlari (yoshi va jinsi), operatsiyadan oldingi belgilari (masalan, isitmali SYI chastotasi), operatsiyadan oldingi radiologik tekshiruvlar (shu jumladan, miksion sistouretrografiya – MSUG va buyraklar ultratovush tekshiruvi), shuningdek, operatsiyadan keyingi natijalarni o'z ichiga oldi.

Takroriy aralashuvni tanlash – ochiq jarrohlik reimplantatsiyasi, pnevmovezikoskopik reimplantatsiya yoki takroriy endoskopik korrektsiya – davolovchi shifokor tomonidan bemorning individual anatomik xususiyatlari, avvalgi muvaffaqiyatsiz operatsiyaning tabiati va qaytalanган VUR darajasiga asoslanib belgilandi. Distal siydik naylari sezilarli darajada

kengaygan yoki anatomik jihatdan anomal bo'lgan holatlarda, shilliqosti tunnelining uzunligi va diametri o'rtasida yetarli nisbatni ta'minlash va shu orqali optimal antireflyuks exanizmiga erishish uchun distal siydik nayini modelirlash amaliyoti bajarildi.

Statistik tahlil. Klinik o'zgaruvchilar va natijalarni tahlil qilish uchun statistik baholash o'tkazildi. Aksariyat klinik ma'lumotlarning noparametrik taqsimotga egaligini hisobga olib, statistik parametrlarni baholash uchun Mann-Uitni U-testi qo'llanildi. Barcha qiyosiy tahlillarda statistik ahamiyatlilik chegarasi sifatida p -qiymati $<0,05$ etib belgilandi. Operatsiyadan keyingi muvaffaqiyat deganda, nazorat MSUG tekshiruvda VURning to'liq bartaraf etilishi yoki takroriy vizualizatsiya tekshiruvlarida va umumiy peshob tahlilining o'zgarishsiz/normal natijasi kuzatilganligi tushunildi.

TADDIQOT NATIJALARI VA MUHOKAMA

Demografik va operatsiyadan oldingi xususiyatlar. Tadqiqot kogortasiga qayta aralashuv talab etiladigan 92 nafar bemor bolalar kiritildi. Qayta operatsiya vaqtidagi o'rtacha yosh 64,5 oyni tashkil etib, yosh diapazoni 7 oydan 181 oygacha bo'lgan holatlarni aks ettirdi. Qaytalanuvchi reflyuksning og'irlik darajasi sezilarli bo'lib, kogort bo'yicha operatsiyadan oldingi o'rtacha VUR darajasi 3,3 ni tashkil etdi, bu esa o'rta va yuqori (III-IV daraja) darajadagi reflyuksning ustunligini ko'rsatdi. Jarrohlik amaliyotlarining taqsimoti shuni ko'rsatdiki, operatsiyalar 52 holatda bir tomonlama va 37 holatda ikki tomonlama bajarilgan.

Operatsiya tafsilotlari. Ushbu kogortda qo'llanilgan qayta aralashuvlar qatoriga ochiq usulda bajarilgan siydik nayi reimplantatsiyasi, pnevmovezikoskopik reimplantatsiya va endoskopik korrektsiya kiritildi. Ilgari operatsiya qilingan qovuq-siydik nayi segmentining fibrozga uchragani va tuzilishi o'zgargani sababli, ba'zida qo'shimcha jarrohlik modifikatsiyalari talab etildi. Xususan, samarali anti-reflyuks mexanizmini yaratish uchun distal siydik nayini toraytirish (modelirlash) intraoperatsion zarur deb topilib, 8 ta holatda amalga oshirildi.

Jarrohlik amaliyotlarining o'rtacha davomiyligi 171 daqiqani tashkil etdi, ammo bu ko'rsatkich zarur bo'lgan qayta aralashuvining murakkabligiga hamda amaliyotning bir yoki ikki tomonlama ekanligiga qarab sezilarli darajada farqlandi (diapazon: 110–399 daqiqa). Aralashuvdan so'ng bemor bolalarning shifoxonada yotish muddati o'rtacha 6,5 kunni tashkil etib, bu qo'llanilgan jarrohlik usuli va operatsiyadan keyingi tiklanish davriga qarab 3 kundan 15 kungacha o'zgarib turdi.

Klinik natijalar va muvaffaqiyat darajalari.

Bemorlar guruhini kuzatish davri qayta operatsiyadan keyin 6 oydan 3 yilgacha davom etib, tadqiqot uchun yetarli asos bo'ldi. Barcha usullar bo'yicha bemorlar guruhida VUR bartaraf etilishining umumiy darajasi 85% qayd etildi. Bu 92 nafar bemordan 78 nafarida muolaja muvaffaqiyatli o'tganini ko'rsatadi. Takroriy

aralashuvning muayyan turiga ko'ra taqsimlanganda, muvaffaqiyat darajalarida sezilarli farqlar kuzatildi:

- Ochiq qayta reimplantatsiya: Eng yuqori samaradorlikni namoyon etib, 95% lik muvaffaqiyat darajasiga erishildi (60 ta muolajadan 57 tasi).

- Pnevmovezikoskopik reimplantatsiya: Muvaffaqiyat darajasi 80% ni tashkil etdi (5 ta muolajadan 4 tasi).

- Endoskopik korreksiya: Qayta operatsiya sifatida eng past samaradorlikni ko'rsatib, muvaffaqiyat darajasi 65,5% ni tashkil etdi (29 ta muolajadan 19 tasi).

Bu natijalar kam invaziv usullar yordamida o'rtacha muvaffaqiyat darajasiga erishilsada, ochiq jarrohlik texnikalari takroriy VURni bartaraf etishda eng ishonchli yechim ekanini ko'rsatadi.

Dastlabki jarrohlik amaliyoti muvaffaqiyatsiz yakunlanganidan so'ng kuzatiladigan qaytalanuvchi VURni davolash operatsiyadan oldin sinchkovlik bilan rejalashtirishni va jarrohlik amaliyotini aniq bajarishni talab qiladigan murakkab vazifadir. 2021-2025-yillar oralig'ida davolangan 92 nafar bemor bolalar (151 ta siydik nayi) ma'lumotlarining retrospektiv tahlili turli takroriy davo usullarining samaradorligiga oid ishonchli dalillarni taqdim etadi.

Tadqiqotimizning eng muhim xulosasi shuki, VURning to'liq bartaraf etilishining umumiy ko'rsatkichi 85% ni tashkil etdi. Bu takroriy operatsiyalarga xos bo'lgan anatomik qiyinchiliklarga qaramasdan, to'rtinchi darajali tibbiy yordam muassasalari sharoitida yuqori klinik muvaffaqiyatga erishish mumkinligini ko'rsatadi.

Qo'llanilgan maxsus usullarni tahlil qilganimizda, ma'lumotlar muolaja samaradorligi bo'yicha aniq ketma-ketlik mavjudligini ko'rsatdi. Ochiq qayta reimplantatsiya bemorlar kogortida eng ko'p qo'llanilgan va eng muvaffaqiyatli usul bo'lib, 95% (60 tadan 57 ta) samaradorlikka erishdi. Bu natijalar keng qamrovli xorijiy adabiyotlardagi ma'lumotlarga mos keladi. Ularga ko'ra, ochiq reimplantatsiya (transvezikal yoki ekstravezikal) chandiq to'qimasini to'liq kesib olib tashlash, siydik nayini optimal mobilizatsiya qilish va adekvat shilliqosti tunnelini yaratish imkonini beradi [17, 13]. Ushbu muvaffaqiyatsiz holatlarda puxta anatomik rekonstruksiya o'tkazish zarurligi 8 ta holatda siydik nayining distal qismini modelirlash talab etilgani bilan tasdiqlanadi. Birlamchi operatsiyalarda modelirlash odatda megaureterlar uchun qo'llaniladi; takroriy operatsiyalarda esa birlamchi aralashuv natijasida yuzaga kelgan ishemik yoki fibrotik segmentlarni aylanib o'tish uchun ko'pincha modelirlash zarur bo'lib qoladi [12].

Aksincha, joriy tadqiqot natijalariga ko'ra, qayta muolaja sifatida o'tkazilgan endoskopik korreksiyaning muvaffaqiyat darajasi nisbatan past – 65,5% ni (19/29) tashkil etdi. Siydik nayi og'izchasiga hajm hosil qiluvchi moddalarni yuborish usuli siydik nayi og'izchasining yetarli darajada yopilishini (koaptatsiya) ta'minlash uchun elastik shilliqosti bo'shlig'ining mavjudligiga asoslanadi [10]. Birlamchi reimplantatsiya yoki avvalgi inyeksiyalar samarasiz bo'lgan bemorlarda o'sha sohadagi to'qimalar ko'pincha qattiq chandiqlanib,

yuborilgan materialning mexanik samaradorligini cheklaydi [11]. Endoskopik korreksiya o'zining minimal invazivligi va qisqa operatsiya vaqti tufayli jozibali usul bo'lib qolsa-da, olingan natijalar ushbu muolajani takroriy holatlarda qo'llash, ehtimol, past darajadagi qaytalanuvchi VURda yoki yirik rekonstruktiv jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkonini bo'lmagan bemorlar uchun vaqtinchalik chora sifatida saqlab qo'yish kerakligini ko'rsatadi.

Pnevmovezikoskopik yondashuv bemorlar guruhi-ning kichik bir qismini tashkil etdi (5 tadan 4 ta holatda muvaffaqiyatli, 80%). Garchi bu usul laparoskopiyaga o'xshash minimal invazivlik afzalliklariga ega bo'lsa-da, fibrozlashgan qorin pardaorti va qovuq ichi qatlamlarida harakatlanishning texnik murakkabligi uning takroriy operatsiyalarda keng qo'llanilishini cheklaydi. 80 foizlik muvaffaqiyat ko'rsatkichi, biroq tadqiqot guruhining kichikligi natijalarni ehtiyotkorlik bilan izohlashni talab qiladi.

O'rtacha 171 daqiqa (399 daqiqagacha) davom etgan operatsiya vaqti va o'rtacha 6,5 kunlik (15 kungacha) shifoxonada qolish vaqti qayta operatsiyalarning murakkabligidan dalolat beradi. Taqqoslaganda, birlamchi reimplantatsiya o'tkazilgan holatlar odatda qisqaroq operatsiya vaqtini va kamroq muddatli gospitalizatsiyani talab qiladi. Ilgari operatsiya qilingan siydik nayining nozik adventitsial qon ta'minotini saqlagan holda uni xavfsiz ajratib olish uchun talab etiladigan keng ko'lamli disseksiya bu ko'rsatkichlarning uzayishiga sabab bo'ladi [6]. Qayta reimplantatsiyasini amalga oshiruvchi jarrohlar operatsiya vaqtining uzayishiga va siydik nayi ishemiyasi bilan bog'liq yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarga tayyor turishlari lozim.

Kamchiliklar. Ushbu tadqiqot bir qancha kamchiliklarga ega. Birinchidan, uning retrospektiv tabiati mavjud tibbiy ma'lumotlarning aniqligi va yanada ko'proq ko'rsatkichlar bo'yicha to'liqroq baholash imkoniyatini cheklaydi. Ikkinchidan, tadqiqot bir markazda o'tkazilganligi sababli, jarrohlik natijalari asosan operatsiya o'tkazilgan muassasa jarrohlarning o'ziga xos tajribasi va ish hajmini aks ettiradi, bu esa olingan xulosalarni kichikroq yoki ixtisoslashmagan markazlar uchun umumlashtirishni cheklashi mumkin. Nihoyat, 6 oydan 3 yilgacha bo'lgan kuzatuv davri erta va o'rta muddatli qaytalanishlarni aniqlash uchun yetarli bo'lsa-da, siydik nayi-qovuq birikmasining progressiv obstruksiyasi yoki kechki buyrak chandiqlanishi kabi kech yuzaga keladigan kechki asoratlarni kuzatish uchun uzoqroq muddatli nazorat maqsadga muvofiqdir.

XULOSA

Qayta jarrohlik amaliyotlari avvalgi operatsiyalardan so'ng saqlanib qolgan refluksni davolashda xavfsiz va samarali yechim hisoblanadi. Bemorning individual anatomik va klinik ehtiyojlariga moslashtirilgan ochiq jarrohlik usullari minimal asoratlar bilan yuqori darajada ijobiy natijalarga erishish imkonini beradi. Ushbu tadqiqot sinchkovlik bilan tanlangan bemor bolalarda qayta reimplantatsiya o'tkazish maqsadga muvofiq ekanini

tasdiqlaydi. Samaradorligi past bo'lishiga qaramasdan endoskopik korreksiya usuli bemorlarning 2/3 qismini qayta reimplantatsiya amaliyotidan saqlab qolishi mumkin. Kelgusida ushbu murakkab bemorlar guruhini davolashda ochiq jarrohlik va endoskopik usullarni taqqoslaydigan individuallashtirilgan yondashuv muhim ahamiyat kasb etadi.

ADABIYOTLAR

1. Bomalaski, M. D., Ritchey, M. L., & Bloom, D. A. (1997). What imaging studies are necessary to determine the outcome of a completely re-implanted ureter? *British Journal of Urology*, 79(6), 963-967.
2. Cohen, S. J. (1975). Ureterozystoneostomie: eine neue Antirefluxtechnik. *Aktuelle Urologie*, 6, 1-6.
3. Chertin, B., De Caluwe, D., & Puri, P. (2003). Endoscopic treatment of primary grades IV and V vesicoureteral reflux in children with subureteric injection of polytetrafluoroethylene. *The Journal of Urology*, 169(5), 1804-1807.
4. Elder, J. S., Peters, C. A., Arant Jr, B. S., Ewalt, D. H., Hawtrey, C. E., Hurwitz, R. S., ... & Snyder, H. M. (1997). Pediatric Vesicoureteral Reflux Guidelines Panel summary report on the management of primary vesicoureteral reflux in children. *The Journal of Urology*, 157(5), 1846-1851.
5. Garin, E. H., Olavarria, F., Garcia Nieto, V., Valenciano, B., Campos, A., & Young, L. (2006). Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. *Pediatrics*, 117(3), 626-632.
6. Hendren, W. H. (1992). Reoperation for the failed ureteral reimplantation. *The Journal of Urology*, 148(3 Part 2), 845-850.
7. Homsy, Y. L., Nsouli, I., Hamburger, B., & Luke, I. (1985). Effects of oxybutynin on vesicoureteral reflux in children. *The Journal of Urology*, 134(6), 1168-1171.
8. Jacobson, S. H., Hansson, S., & Jakobsson, B. (1999). Vesico-ureteric reflux: occurrence and long-term risks. *Acta Paediatrica*, 88, 22-30.
9. Kirsch, A. J., Perez-Brayfield, M., Smith, E. A., & Scherz, H. C. (2003). The modified sting procedure to correct vesicoureteral reflux: improved results with submucosal implantation within the intramural ureter. *The Journal of Urology*, 169(4), 1560-1564.
10. Läckgren, G., Wåhlin, N., Sköldenberg, E., & Stenberg, A. (2001). Long-term followup of children treated with dextranomer/hyaluronic acid copolymer for vesicoureteral reflux. *The Journal of Urology*, 166(5), 1887-1892.
11. Lee, E. K., Gatti, J. M., Demarco, R. T., & Murphy, J. P. (2009). Long-term followup of dextranomer/hyaluronic acid injection for vesicoureteral reflux: late failure warrants continued ultrasound monitoring. *The Journal of Urology*, 181(4), 1869-1875.
12. Mouriquand, P. D., Sheard, R., Phillips, N., Basset, T., & Wilcox, D. T. (1995). Extravesical ureteral reimplantation: a single center experience of 334 cases. *The Journal of Urology*, 154(2), 804-806.
13. Nepple, K. G., Knudson, M. J., Austin, J. C., & Cooper, C. S. (2008). Redo extravesical ureteral reimplantation for failed extravesical ureteral reimplantation. *The Journal of Urology*, 180(6), 2622-2626.
14. Perez-Brayfield, M. R., Kirsch, A. J., Hensko, J., Perez-Brayfield, M. A., & Scherz, H.C. (2004). Endoscopic treatment with dextranomer/hyaluronic acid for complex cases of vesicoureteral reflux. *The Journal of Urology*, 172(4 Part 2), 1614-1616.
15. Peters, C. A., Skoog, S. J., Arant Jr, B. S., Copp, H. L., Elder, J. S., Hudson, R. G., ... & Snodgrass, W. T. (2010). Summary of the AUA guideline on management of primary vesicoureteral reflux in children. *The Journal of Urology*, 184(3), 1134-1144.
16. RIVUR Trial Investigators. (2014). Antimicrobial prophylaxis for children with vesicoureteral reflux. *New England Journal of Medicine*, 370(25), 2367-2376.
17. Sargent, M. A. (2000). What is the normal prevalence of vesicoureteral reflux? *Pediatric Radiology*, 30(9), 587-593.
18. Smellie, J. M., Prescod, N. P., Shaw, P. J., Risdon, R. A., & Bryant, T. N. (1998). Childhood reflux and urinary infection: a follow-up of 10-41 years in 226 adults. *Pediatric Nephrology*, 12(9), 727-736.
19. Stenberg, A., & Läckgren, G. (1995). A new bioimplant for the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux: experimental and short-term clinical results. *The Journal of Urology*, 154(2), 800-803.
20. Williams, G., Fletcher, J. T., Alexander, S. I., & Craig, J. C. (2008). Vesicoureteral reflux. *Journal of the American Society of Nephrology*, 19(5), 847-862.