



НИИ УРОЛОГИИ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ
ИМ. Н.А. ЛОПАТКИНА – ФИЛИАЛ ФГБУ «НМИЦ радиологии»
МИНЗДРАВА РОССИИ

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

Х ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ

7–8 апреля 2022 г.

ТЕЗИСЫ

Москва, 2022
Издательский дом «Уромедиа»

БАЛАНЕКС

1-ОЕ СРЕДСТВО

ДЛЯ МЕСТНОГО ТАРГЕТНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БАЛАНОПОСТИТА



- Крем-гель с антибактериальным и противовоспалительным эффектом
- Уникальная комбинация 5-ти активных компонентов
- Может применяться длительное время, не вызывая резистентности

SHPHARMA
source of healing

+7 495 178 0823

✉ info@shpharma.ru

🌐 shpharma.ru

НИИ УРОЛОГИИ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ
ИМ. Н.А. ЛОПАТКИНА – ФИЛИАЛ ФГБУ «НМИЦ радиологии»
МИНЗДРАВА РОССИИ

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

Х ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ

7–8 апреля 2022 г.

ТЕЗИСЫ

Москва, 2022
Издательский дом «Уромедиа»

УДК 616.6-053.2(043.2)

ББК 57.336.9

T29

T29 X Юбилейная Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии.
Сборник тезисов / г. Москва, ИД «Уромедиа», 80 с., 2022 г.

ISBN 978-5-6042610-0-2

Сборник тезисов научных трудов российских и зарубежных детских урологов-андрологов предназначен для ознакомления врачебной аудитории с достижениями отечественной детской урологии. Издание рекомендовано для врачей всех специальностей, учащихся медицинских вузов, ординаторов и аспирантов.

УДК 616.6-053.2(043.2)

ББК 57.336.9

ISBN 978-5-6046946-4-0



Издательский дом «УроМедиа»
Москва, 2022

Организационный комитет

Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии:

О.И. Аполихин – д.м.н., профессор, чл.-кор. РАН, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

А.В. Сивков – к.м.н., заместитель директора по науке НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Ю.Э. Рудин – детский уролог-андролог высшей квалификационной категории, д.м.н., профессор, заведующий отделом детской урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

И.А. Шадеркин – к.м.н., уролог, создатель и руководитель урологического информационного портала UroWeb.ru, заведующий лабораторией электронного здравоохранения Института цифровой медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

И.В. Казанская – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, Москва

Л.Б. Меновщикова – детский уролог-андролог, д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ПФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

В.А. Шадеркина – уролог, научный редактор UroWeb.ru, Москва

1. <i>Д.А. Гасанов, М.А. Барская, С.С. Терехин</i> Анализ эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	6
2. <i>А.В. Аникиев, Д.Н. Бровин, Е.А. Володько, В.П. Владимиров, Д.М. Бабаева</i> Неинвазивная диагностика уровня уретровагинального слияния у пациенток пубертатного возраста с урогенитальным синусом	8
3. <i>С.С. Задьян, Р.С. Задьян, И.М. Каганцов, В.В. Сизонов</i> Tubularised incised plate и ее модификация GTIP при хирургической коррекции дистальных форм гипоспадии у детей	9
4. <i>С.Н. Зоркин, А.С. Гурская, Р.Р. Баязитов, Д.С. Шахновский</i> Предикторы успеха эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	10
5. <i>С.Н. Зоркин, А.Т. Галузинская, И.В. Филинов, Е.И. Петров</i> Прогностические факторы эффективности баллонной дилатации высокого давления при первичном обструктивном мегауретере у детей раннего возраста	11
6. <i>О.Б. Головина, Я.А. Герасименко</i> Эндоскопическое лечение детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР)	12
7. <i>О.Б. Головина, Я.А. Герасименко</i> Особенности хирургической тактики у пациентов с варикоцеле в современных условиях	13
8. <i>Н.С. Обухов, Е.В. Пицаев, В.В. Осипов, В.А. Кропин, Г.Р. Шарифиев</i> Клинический случай инвазии гельминта семейства Filariidae в органы мошонки у ребенка	14
9. <i>А.А. Тратонин, П.А. Кожевников, А.В. Грамзин, И.В. Феофилов, Ю.В. Чикинев</i> Лечение открытой раны ствола полового члена у ребенка после обрезания крайней плоти ..	16
10. <i>И.С. Шнайдер, С.Ю. Комарова, Н.А. Цап, Е.В. Гайдышева, М.Ю. Тимошинов, М.Н. Екимов, С.Е. Смирнова</i> Преимущества и риски лапароскопической герниорафии	17
11. <i>Р.Н. Урасин, В.Г. Егоров, Р.Р. Марданов, Э.М. Шокуев</i> Результаты лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	18
12. <i>С.Ю. Комарова, Н.А. Цап, И.С. Шнайдер, Е.В. Гайдышева, М.Ю. Тимошинов, М.Н. Екимов, С.Е. Смирнова</i> Лапароскопия в диагностике и лечении брюшной формы крипторхизма	19
13. <i>Ю.В. Баранов, Д.Д. Суенкова, Н.А. Цап</i> Исходы фетальной хирургии при врожденном гидронефрозе	20
14. <i>Р.З. Ахметшин, С.А. Коновалов, Ш.Ф. Шарипов, М.М. Ахмаров, Л.В. Коновалова</i> Профилактика инфекции мочевых путей у детей с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря	21
15. <i>О.С. Шмыров, Р.В. Суров, А.В. Кулаев, М.Н. Лазивили, А.А. Волкова</i> Лапароскопическая резекция неудвоенной почки у детей	22
16. <i>О.С. Шмыров, Р.В. Суров, А.В. Кулаев, М.Н. Лазивили, А.А. Волкова</i> Лапароскопический доступ в формировании цистостом и комплексного обеспечения континенции	23
17. <i>Р.В. Суров, О.С. Шмыров, Ю.И. Вельская, М.Н. Лазивили, А.В. Кулаев, А.А. Волкова</i> Применение свободного трансплантата при дефиците кожи полового члена у детей с гипоспадией и скрытым половым членом	24
18. <i>М.Н. Лазивили, О.С. Шмыров, Р.В. Суров, А.В. Кулаев, А.А. Волкова</i> Первый опыт применения инъекционного импланта «Рефлюксин» в лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	25

19. <i>А.З. Тибиков, Н.Б. Киреева</i> Способ хирургического лечения дистальных форм гипоспадии	26
20. <i>Н.Б. Киреева, А.З. Тибиков</i> Опыт лечения скрытого полового члена	27
21. <i>М.Ю. Заугаров, М.М. Сулейманова, Н.Б. Киреева</i> Клинический случай дифилоляриоза оболочек яичка в детском возрасте	28
22. <i>А.Е. Пигарева, Ю.В. Баранов, Н.А. Цап</i> Тактика обследования и лечения детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря	29
23. <i>Н.А. Беляева, А. Н. Жаров</i> Оценка показателей уродинамики у детей после эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса	30
24. <i>Е.А. Воронина, О.А. Ломакин, С.А. Данилюк</i> Полиорхизм. Ишемическое поражение (перекрут) рудиментарного (добавочного) яичка. (Клинический случай)	31
25. <i>С.А. Мельникова, Н.А. Цап, Н.В. Винокурова, С.Ю. Комарова</i> Динамика патологии крайней плоти у мальчиков и подростков: заболеваемость, степень локальных изменений, выбор оперативного вмешательства	32
26. <i>И.А. Панченко, Э.С. Марабян, О.Н. Гармаш, Р.И. Панченко, А.И. Шпилов</i> Способ низведения яичка при абдоминальной ретенции без пересечения внутренних тестикулярных сосудов	33
27. <i>И.А. Панченко, Э.С. Марабян, А.И. Шпилов, А.А. Кондраков</i> Хирургическое лечение проксимальных форм гипоспадии с использованием лоскута на питающей ножке	34
28. <i>С.Л. Коварский, С.П. Даренков, А.И. Захаров, Ю.В. Петрухина, И.С. Пинчук, В.С. Гладеева</i> Деривация мочи у ребенка с клоакой	35
29. <i>С.Л. Коварский, Л.Б. Меновицкова, А.И. Захаров, З.З. Соттаева, Т.А. Склярова, К.А. Струянский, З.В. Бетанов, А.Н. Текотов, Ю.В. Петрухина</i> Использование лапароскопической методики при проведении геминефруретерэктомии у детей	36
30. <i>Т.Х. Назаров, В.В. Ясюченя</i> Олеогранулема полового члена в подростковом возрасте	42
31. <i>И.В. Поддубный, К.Н. Толстов, Е.В. Федорова, М.Г. Петрова, А.С. Ранишаков, В.О. Трунов, М.М. Ханов, В.В. Сытьков</i> Лапароскопические операции при гидронефрозе у детей	38
32. <i>А.К. Файзулин, И.В. Поддубный, Е.В. Федорова, М.Г. Петрова, А.С. Ранишаков, В.О. Трунов, К.Н. Толстов, М.М. Ханов, В.В. Сытьков, А.А. Магер</i> Оценка пятилетнего опыта лечения гипоспадии у детей	39
33. <i>А.К. Файзулин, И.В. Поддубный, Е.В. Федорова, В.О. Трунов, К.Н. Толстов, М.Г. Петрова, А.С. Ранишаков, В.В. Сытьков, М.М. Ханов</i> Рецидивы крипторхизма у детей	40
34. <i>С.Т. Агзамходжаев, З.Б. Абдуллаев, Р.Т. Батрутдинов, А.В. Бойко, А.А. Рахматуллаев, К.Т. Эргашев, А.Т. Солиев</i> Наш метод хирургического лечения удвоения уретры по типу ПА-1	42
35. <i>В.В. Рыбченко, С.Л. Коварский, К.А. Струянский, Л.Я. Идрис</i> Хирургическое лечение ребенка с частичной ампутацией полового члена после электроожога наружных половых органов по методу де Кастро	43

36. С.Л. Коварский, И.М. Пепеляева, А.И. Захаров, З.З. Соттаева, К.А. Струянский Сравнение результатов одномоментных и этапных оперативных вмешательств при проксимальных формах гипоспадии	44
37. Н.Р. Акрамов, Э.И. Хаертдинов Патоморфологические изменения уретральной площадки при дистальных формах гипоспадии	45
38. Н.Р. Акрамов, А.А. Рахматуллаев, А.А. Исроилов, Э.И. Хаертдинов Транскротальная орхопексия при двухстороннем паховом крипторхизме	46
39. Д.А. Рахимов, А.Л. Асадуллоев, Ш.М. Мирзоев, Д.Р. Махмудов Диагностика и оперативное лечение варикоцеле в подростковом возрасте	46
40. М.В. Левитская, О.Г. Мокрушина, В.С. Шумихин, Н.О. Ерохина, А.А. Бебенина Лечение детей грудного возраста с тяжелой степенью гидронефроза	48
41. П.И. Чумаков Хирургическое лечение ПМР при полном удвоении мочеточников	49
42. М.В. Левитская, Е.В. Юдина, О.Г. Мокрушина, В.С. Шумихин Антенатальная диагностика, фетальная хирургия пороков развития мочевыделительной системы плода, роль детского хирурга	50
43. Ю.Э. Рудин, А.Ю. Рудин, Д.В. Марухненко, Г.В. Лагутин, В.И. Руненко Использование объемобразующих веществ для коррекции удержания мочи у больных с ЭМП после пластики шейки мочевого пузыря	51
44. Ю.Э. Рудин, А.Б. Вардак, Л.Д. Арустамов Перкутанная нефролитотрипсия у детей с использованием инструментария миниатюрного размера	52
45. Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин, А.Б. Вардак, Д.К. Алиев Эндопиелотомия как эффективный метод лечения рецидива гидронефроза после пиелопластики у детей	53
46. Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев Выбор метода операции у пациентов с недержанием мочи при внепузырной эктопии устья мочеточника верхней половины удвоенной почки	54
47. Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин, А.Б. Вардак, Д.К. Алиев Сложные клинические случаи применения пневмовезикоскопического доступа у детей	55
48. Н.В. Иванов, Е.Б. Башнина, С.В. Выходцев, А.И. Федорова Опыт применения трансдермального геля тестостерона для лечения идиопатического микропениса у мальчиков	56
49. Н.В. Иванов, Е.Б. Башнина, С.В. Выходцев, А.И. Федорова Пубертатное половое развитие и сперматогенез у юношей с синдромом де ля Шапелль (46,XX SRY+)	57
50. Ш.Ф. Шарипов, Р.З. Ахметишин, С.А. Коновалов, М.М. Ахмаров, Р.Р. Яниахметов, Ш.С. Смаков, Р.И. Сафиуллин, Д.И. Кремешная Первый опыт роботизированных операций у детей в Республике Башкортостан	58
51. Р.З. Ахметишин, С.А. Коновалов, Ш.С. Смаков, М.М. Ахмаров, Ш.Ф. Шарипов, Р.Р. Яниахметов Опыт оперативного лечения гипоспадий у детей в Республике Башкортостан	59
52. А.А. Сагымбаева Результаты диагностики и лечения уролитиаза у детей	61

53. Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, А.А. Сухоцкая, М.Г. Витовщик, В.В. Петрова Методы диагностики при обструктивных уropатиях у новорожденных и детей грудного возраста	62
54. Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, В.В. Петрова Ранняя диагностика обструктивных уropатий у новорожденных и детей грудного возраста	63
55. А.В. Носков, П.Г. Семеняк, Н.А. Мостовской, Ю.С. Кудашкин, С.И. Неверов, Р.С. Петренко, С.А. Сивоконь Применение каудальной анестезии у детей при коррекции гипоспадии	64
56. Ю.С. Кудашкин, А.В. Носков, П.Г. Семеняк, С.И. Неверов, Н.А. Мостовской Эндовидеохирургическое лечение рецидивного варикоцеле в детской урологии	65
57. П.А. Кожевников, А.А. Тратонин, А.В. Гразмин, П.В. Трушин, И.В. Феофилов Современный взгляд на хирургическую коррекцию вирилизации наружных гениталий у детей с нарушением формирования пола	66
58. Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Е.А. Ефремов, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, Д.А. Сафин, С.А. Горкин Группировка исходов оперативного лечения варикоцеле	67
59. Н.А. Середницкая, Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Е.А. Ефремов, М.В. Жидков, Д.А. Сафин, С.А. Горкин Операция Е.А. Ефремова в детской уроандрологической практике. Анонс	69
60. Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, Е.А. Ефремов, М.В. Жидков, Д.А. Сафин, С.А. Горкин Топическая диагностика венозной недостаточности в системе оттока от левого яичка у детей и подростков	70
61. Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, Д.А. Сафин, С.А. Горкин Грыжевой мешок – так ли все безобидно?	72
62. А.А. Матар, Н.А. Середницкая, Д.И. Тарусин, Е.А. Ефремов, М.В. Жидков, Д.А. Сафин, С.А. Горкин Методы светолечения в оптимизации результатов пластики уретры у детей	74
63. А.В. Бойко, Ж.М. Султанбай, Д.А. Лебедев Результаты лечения врожденного гидронефроза у детей грудного возраста	75
64. А.В. Бойко Влияние ширины уретральной площадки на результаты лечения дистальной гипоспадии у детей	76
65. А.В. Бойко, Ж.М. Султанбай Анализ традиционного и лапароскопического методов ликвидации необлитерированных вагинальных отростков брюшины	77
66. Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, И.М. Каганцов Диагностика и выбор тактики хирургического лечения детей с обструктивными уropатиями	78
67. С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, А.С. Врублевский, А.А. Оганисян, Р.Ю. Валиев Лапароскопическое замещение протяженной стриктуры мочеточника черезобразным отростком. Клиническое наблюдение	78
68. Е.А. Володько, А.Г. Буркин, Т.В. Гаджиев, Д.Н. Годлевский, К.К. Мираков, Сангаре Кадидиату Джинеди, А.Б. Окулов, А.В. Газаматов Диагностические аспекты заболеваний простато-везикулярного комплекса у детей и лиц молодого возраста	80

1. АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Д.А. Гасанов^{1,2}, М.А. Барская¹, С.С. Терехин²

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара

² ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время многие практикующие врачи разного профиля занимаются поиском новых методов лечения и профилактики врожденного пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Тактика лечения ПМР зависит от возраста ребенка, степени и сопутствующей патологии. Большое значение имеет анатомическая характеристика устья мочеточника при цистоскопии. Около 40 лет назад впервые применили новый метод лечения ПМР – эндоскопическую коррекцию с помощью синтетических уроимплантов. После применения «стойких» объемобразующих веществ (Vantris) появились первые упоминания о развитии обструктивного мегауретера в послеоперационном периоде. Тактика возможного лечения обструктивных осложнений неоднозначна. Поиском решения и профилактики этой проблемы занимаются многие детские урологи, о чем говорит большое количество публикаций в ведущих журналах за последние 5–7 лет. В единичных работах авторы объясняют нарушение уродинамики избыточным количеством объемобразующего вещества, или неспособностью дистального отдела мочеточника к адекватному опорожнению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием различных уроимплантов на базе урологического отделения педиатрического отделения СОКБ им. В.Д. Середавина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2020 гг. в отделении урологии ПК (заведующий отделением – к.м.н. Терехин С.С.) эндоскопическая коррекция ПМР выполнена 377 пациентам. Использовались три вида уроимплантов: Коллаген (100 пациентов), Refluxin (46 пациентов), Vantris (231 пациент). Средний возраст пациентов составил 3,2 года. Односторонний рефлюкс выявлен у 79% (298 пациентов), двусторонний рефлюкс – у 21% (79 пациентов). При эндопластике устья мочеточника применялись методики Sting, НИТ, Double НИТ. По степени рефлюкса пациенты распределены: со 2 степенью 20% (75 пациентов), с 3 степенью 50% (187 пациентов), с 4 степенью 30% (115 пациентов). При 1 и 5 степени ПМР эндоскопическое лечение не применялось. Группа коллагена (1): по гендерному признаку: мальчиков – 46% (46 пациентов), девочек – 54% (54 пациента). Методика Sting использована у 52% (52 пациента), НИТ – 18% (18 пациентов), 2НИТ – 30% (30 пациентов). Средний объем препарата составил 1,4 мл. Группа Refluxin (2): по гендерному признаку: мальчиков 49% (22 пациента), 51% девочек (24 пациента). Методика Sting использована у 70% (32 пациента), НИТ – 13% (6 пациентов), 2НИТ – 17% (8 пациентов). Средний объем препарата составил 0,8 мл.

Группа Vantris (3): по гендерному признаку: 55% мальчиков (127 пациентов), 45% девочек (104 пациента). Методика Sting использована у 64% (148 пациентов), НИТ – 22% (51 пациент), 2НИТ – 14% (32 пациента). Средний объем препарата составил 0,4 мл.

При отборе пациентов для эндоскопического лечения ПМР с использованием стойких уроимплантов (Vantris) во избежание развития обструктивных осложнений нами с 2018 года применяется математическая модель (патент на изобретение №2737493 «Способ прогнозирования обструктивных осложнений после эндопластики устья мочеточника с использованием объемобразующих веществ»). Полученные данные можно использовать для расчета коэффициента линейной регрессии по формуле: $y_i = 0,2273 - 0,1057 \cdot x_{1i} + 3,3867 \cdot x_{3i}$,

y_i – возникновение обструкции;

x_{1i} – степень ПМР

x_{3i} – процент расширения мочеточника и почечной лоханки при проведении УЗИ с диуретической нагрузкой

При $y_i > 0,5$ вероятность развития обструктивных осложнений после эндопластики устья мочеточника с использованием Vantris высокая. Если $y_i < 0,5$, то вероятность получить обструктивные осложнения низкая.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранних послеоперационных осложнений, включающих гипертермию, макрогематурию, нами отмечено не было. В 1 группе детей выздоровление отмечалось у 60% (60 пациентов), рецидив рефлюкса отмечался у 40% (40 пациентов). Во 2 группе детей выздоровление отмечалось у 63% (29 пациентов), рецидив ПМР у 36% (16 пациентов), у 1% (1 пациент) отмечалось нарастание обструкции мочевых путей на стороне введения препарата, которое самостоятельно разрешилось через 2 месяца после операции. В 3 группе выздоровление отмечалось у 85% (196 пациентов), рецидив ПМР у 6% (14 пациентов), обструктивные осложнения у 9% (21 пациент). Признаки обструкции появились на сроках 1 – 36 месяцев и не проявлялись клинически (не было признаков почечной колики). Пациенты с обструктивными осложнениями были прооперированы в объеме реимплантации мочеточника по методике Cohen. Из-за высокой биоустойчивости препарата мы не применяли эндоскопическое стентирование. Проведено гистологическое исследование терминальных отделов мочеточников, по результатам которого отмечалось отсутствие нервно – мышечных элементов в стенке мочеточника, фиброз и атрофия подслизистого слоя. Это может говорить о дисплазии терминального отдела мочеточника и слабой сократительной способности терминального отдела. Воспалительной реакции около болюса препарата не отмечалось. Болюсы располагались правильно, в подслизистом слое и проходимость устья для катетера Ch6 была свободной. В просвет мочевого пузыря выделение мочеточника технически не было затруднено, болюс представлял собой капсулу, заполненную препаратом, неплотно спаянную со стенкой мочеточника. После внедрения в работу модели отбора пациентов для эндопластики обструктивных осложнений после применения Vantris мы не наблюдали.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическое лечение ПМР – малоинвазивный и эффективный метод лечения. Относительно низкая эффективность применения коллагена и Refluxin обусловлена возможностью миграции препаратов из места инъекции и рассасыванием препарата в позднем после-

операционном периоде. Учитывая фактор «нестойкого» эффекта этих препаратов, их использование целесообразно у младшей возрастной группы. Высокая эффективность препарата Vantris обусловлена его стойкостью и отсутствием миграции. Основным фактором, влияющим на развитие обструктивных осложнений после эндопластики, является не диагностированный рефлюкс – стеноз, устранение которого возможно только путем реимплантации мочеточника с резекцией терминального отдела мочеточника. Достоверными факторами при прогнозировании обструкции являются степень ПМР и положительная проба при УЗИЛН. Возраст, пол, объем вводимого препарата, методика введения достоверного значения не имеют. Использование модели прогнозирования обструктивных осложнений позволяет проводить отбор пациентов к эндоскопическому лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием «стойких» объемобразующих веществ.

2. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ УРЕТРОВАГИНАЛЬНОГО СЛИЯНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ

А.В. Аникиев¹, Д.Н. Бровин¹, Е.А. Володько², В.П. Владимирова¹, Д.М. Бабаева¹

¹ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ. Уровень уретровагинального слияния (УВС) является важным критерием в выборе тактики хирургической пластики входа во влагалище у пациенток с урогенитальным синусом. В литературе существует единичные работы, посвященные этой теме.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. С целью поиска неинвазивного метода диагностики уровня УВС у группы пациенток пубертатного возраста нами проведено исследование, в основу которого легла сравнительная оценка эндоскопических находок и МРТ данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 56 пациенток с урогенитальным синусом вследствие различных вариантов НФП в возрасте от 12 до 34 лет (в среднем 18 лет): с врожденной дисфункцией коры надпочечников сольтеряющей формой 32, вирильной формой 14, идиопатической вирилизацией 2, с парциальной 46, ХУ дисгенезией гонад 4, со смешанной 45, Х0/46, ХУ дисгенезией гонад 3, с синдромом парциальной нечувствительности к андрогенам 1. Всем пациенткам последовательно проведены МРТ малого таза и эндоскопия нижних мочевых путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Надсфинктерное (высокое) УВС выявлено у 11 пациенток (20%). По данным МРТ малого таза длина уретры у данной категории больных варьировала от 12 до 22 мм. Под-

сфинктерное (низкое) и внутрисфинктерное (промежуточное) УВС выявлено соответственно у 15 (26%) и 30 (54%) пациенток. Оценка общего мочеполового канала, в ряде случаев, позволяла определить локализацию УВС. Визуализирующиеся при осмотре гименальное кольцо и наружное отверстие уретры свидетельствовали о подсфинктерном УВС. Если при осмотре можно было частично визуализировать гименальное кольцо, диагностировали внутрисфинктерное УВС. В тех ситуациях, когда ОМК был узким и недоступным для осмотра, высоту УВС определяли с помощью эндоскопии. По данным МРТ малого таза длина уретры от 23 до 33 мм соответствовала внутрисфинктерному УВС, длина уретры от 34 до 42 мм соответствовала подсфинктерному УВС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанный метод неинвазивной диагностики высоты УВС позволяет заблаговременно, до оперативного вмешательства, уточнить тяжесть УГС, определить тактику феминизирующей пластики и риск ее осложнений, а также предоставить больному и его родственникам более подробную информацию для получения согласия на операцию.

3. TUBULARISED INCISED PLATE И ЕЕ МОДИФИКАЦИЯ GTIP ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

С.С. Задыкян¹, Р.С. Задыкян¹, И.М. Каганцов², В.В. Сизонов³

¹ГБУЗ «Центр охраны материнства и детства города Сочи» МЗ КК, Сочи

²ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ. Гипоспадия является одной из частых врожденных аномалий развития наружных половых органов у мальчиков. В 1994 году W.Snodgrass предложил и опубликовал методику уретропластики Tubularised incised plate (TIP), основным принципом которой является сохранение уретральной площадки. В последние два десятилетия операция TIP стала наиболее часто применяемой при коррекции дистальной гипоспадии у детей. Благодаря большой популярности данной методики и быстрому накоплению опыта, в мире появились различные модификации предложенной операционной техники. Одной из наиболее часто применяемых модификаций является Grafted tubularized incised plate (GTIP).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты применения методики TIP и GTIP за 10 лет ее применения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2009 по 2022 гг. в хирургическом отделении педиатрического стационара г. Сочи прооперировано методикой TIP 139 мальчиков с гипоспадией в возрасте от 9 месяцев до 15 лет; средний возраст составлял $40,7 \pm 31,3$ месяцев. До года – 29 (20,8%) мальчиков,

от 1 до 3 лет – 62(44,6%), 3 – 7 лет – 30(21,6%) детей, от 7 до 15 лет – 18(13%) пациентов. Первичных пациентов было 137(98,5%), оперированных ранее 2(1,5%). Дистальная гипоспадия наблюдалась у 118(85%), стволовая у 21(15%) детей. 90(65%) детям проводилась операция ТПР, описанная Snodgrass; остальным 49(35%) пациентам выполнена операция по методике ГТПР с использованием свободного лоскута внутреннего листка крайней плоти.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Детей после операции осматривали через 6 и 12 месяцев. Обращали внимание на степень рубцового процесса на коже ствола полового члена, расположение меатуса, качество мочеиспускания. Осложнения после операции ТПР наблюдали у 16 (17,7%) детей; при операции ГТПР отмечено 11 (22,4 %) соответственно ($p = 0,509$; $p > 0,05$). Из них у 10 и 3 детей соответственно сформировались свищи уретры, которые закрыты оперативным путем через 6 месяцев, результат отличный. По 1 ребенку из каждой группы в результате были повторно оперированы по поводу меатостеноза, результат также отличный. Хороший косметический и функциональный результат наблюдался у всех детей.

ВЫВОДЫ. Выполнение операции ТПР с соблюдением всех ключевых моментов методики позволяет получить хороший функциональный и косметический результат у детей с дистальной гипоспадией вне зависимости от состояния уретральной площадки и размеров головки полового члена. Уретропластика по методике ТПР проще в исполнении, чем ее рассмотренная модификация. Более глубокое изучение результатов обеих методик будет целью дальнейших исследований для лучшего понимания необходимости применения ГТПР в зависимости от тяжести анатомических нарушений при гипоспадии.

4. ПРЕДИКТОРЫ УСПЕХА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

*С.Н. Зоркин, А.С. Гурская, Р.Р. Баязитов, Д.С. Шахновский
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава
России, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Первичный пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) вызван врожденной аномалией везико-уретерального сегмента, проводящий к рецидивирующим инфекциям мочевыводящих путей и рефлюкс-нефропатии с развитием хронической почечной недостаточности. Существует множество факторов, влияющих на клинические исходы, такие как возраст, пол и двусторонность ПМР, но наиболее часто используемым параметром по-прежнему является степень рефлюкса

Прогнозирование результата эндоскопической коррекции рефлюкса является актуальной проблемой детской урологии, так как выявление предикторов эффективности эндоскопического лечения ПМР позволит оптимизировать стратегию обследования и лечения детей с данной патологией.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование базировалось на результатах эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у 70 пациентов (110 мочеточников) в возрасте от 1 месяца до 7 лет. В качестве предикторов оценивались такие показатели, как: пол, возраст манифестации заболевания, двусторонность, степень рефлюкса, соотношения наибольшего диаметра мочеточника в дистальном отделе и деления на расстояние между телами позвонков L1 и L3 (М/ПП), момент регистрации рефлюкса по данным МЦУГ, расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника по данным УЗИ, наличие инфекции мочевыводящих путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Согласно полученным данным при сравнении степени рефлюкса, момента регистрации ПМР, М/ПП, УЗИ ЧЛС, УЗИ мочеточника в зависимости от результата лечения, были установлены существенные различия ($p < 0,001$). Для оценки диагностической значимости количественных признаков при прогнозировании определенного исхода применялся метод анализа ROC-кривых. Была разработана прогностическая модель для определения вероятности результата эндоскопической коррекции методом бинарной логистической регрессии. Площадь под ROC-кривой составила $0,871 \pm 0,034$ с 95% ДИ: 0,804 – 0,938. Полученная регрессионная модель была статистически значимой ($p < 0,001$). Чувствительность и специфичность модели составили 89,7% и 78,8% соответственно.

ВЫВОДЫ. Результаты нашего исследования показывают, что М/ПП, момент возникновения рефлюкса имеют более предсказуемую способность к успеху эндоскопической инъекции по сравнению с только степенью рефлюкса. Мы считаем, что эти дополнительные прогностические параметры, могут помочь детским урологам выбрать лучших кандидатов для эндоскопической коррекции и персонализированной тактики лечения.

5. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*С.Н. Зоркин, А.Т. Галузинская, И.В. Филинов, Е.И. Петров
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»
Минздрава России, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Метод баллонной дилатации высокого давления (БДВД) устья мочеточника при первичном обструктивном мегауретере (ПОМ) рассматривается как еще один малоинвазивный метод лечения, обладающий многими достоинствами: транслюминарный доступ, малое количество осложнений, короткий послеоперационный период. Несмотря на это, данный метод не

является достаточно предсказуемым и в настоящий момент лишен четких абсолютных показателей для его использования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить и оценить предикторы эффективности БДВД у детей раннего возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2018 по 2021 гг. 47 детям с диагнозом ПОМ была выполнена БДВД. Средний возраст пациентов составил 12 месяцев. БДВД выполнялась под контролем прицельной высокочастотной уретерографии, оценивались такие параметры зоны обструкции, как: протяженность стеноза с точностью до десятых миллиметра, диаметр и площадь стеноза до и сразу после проведения баллонной дилатации. Всем детям в послеоперационном периоде проводилось низкое стентирование сроком на 1,5 месяца. Результаты лечения оценивались по данным УЗИ и ренограммы МАG-3 через 6 и 12 месяцев после процедуры. Положительным результатом мы считали уменьшение переднезаднего и дистального диаметров лоханки и мочеточника и улучшение пассажа радиофармпрепарата по данным радионуклеидной диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Были изучены основные диагностические показатели приверженности мочеточника к дилатации: протяженность, диаметр и площадь стеноза. Наиболее достоверными прогностическими значениями успешного лечения оказались: протяженность стенозированного участка менее 1,8 мм и площадь стеноза менее 96,8%. Предикторами отрицательного результата применения БДВД являлись стеноз диаметром менее 0,7 мм и его площадь более 99%. В наших исследованиях общая эффективность лечения составила 84%.

ВЫВОДЫ. Наши исследования показали, что оценка зоны обструкции при выполнении БДВД является необходимым диагностическим этапом, который служит достоверным методом для прогнозирования успеха лечения детей с ПОМ. При получении параметров, которые не могут обеспечить высокий положительный результат лечения, нами рекомендовано выполнение реимплантации мочеточника.

6. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ (ПМР)

О.Б. Головина¹, Я.А. Герасименко²

¹ МЦ «Аленка», Владивосток

² «Центральная районная больница», Надеждинский район, Владивосток

ВВЕДЕНИЕ. На сегодня предложено большое количество методов диагностики и лечения ПМР, при этом универсального способа решения проблемы не найдено. Являясь нередко тяжелым пороком развития, приводящим без лечения к вторичному сморщиванию почки, ПМР остается предметом актуальных дискуссий, поиска новых и усовершенствования существующих методов его коррекции. На

сегодняшний день разработано большое количество различных способов хирургической коррекции ПМР. Однако за счет внедрения высокотехнологичных методов лечения отмечается тенденция к минимизации травматичности антирефлюксных операций. В последние годы все более популярной становится альтернатива открытому оперативному вмешательству – эндоскопическая коррекция рефлюкса синтетическими гелями. Суть данной методики состоит во введении веществ, искусственно удлиняющих подслизистый отдел мочеточника, тем самым препятствующих обратному забросу мочи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом до и после проведения эндоскопической коррекции различными видами синтетических гелей. Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2010 по 2020 гг. находилось 87 детей в возрасте от 4 до 14 лет (15 мальчиков и 72 девочки). Выполнено 130 эндоскопических коррекции рефлюкса: 21 процедура гелем коллаген и 5 вурдексом; 45 гелем ДАМ+ и 16 гелем вантрис.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После проведения контрольной микционной цистографии через 6 месяцев и экскреторной урографии через 2 года после операции мы отметили исчезновение ПМР у 25 детей, исчезновение заброса с одной стороны у 17 пациентов, снижение степени ПМР у 40 и без динамики – у 5. Оценивая воспалительные осложнения, мы выявили стойкую ремиссию пиелонефрита у 7 детей с непрерывно-рецидивирующим его течением, снижение частоты обострений – у 19 пациентов и нормализация анализов мочи – у 61. Из осложнений встретились: миграция геля – у 6, введение геля в паравезикальное пространство – у 2, пионефроз – у 1, отсутствие функции почки – 1. Мы отметили статистически значимое увеличение минимального и среднего объемов микции ($p < 0,05$) с $37,5 \pm 5,3$ и $93,6 \pm 2,5$ до цифр $67,5 \pm 5,3$ и $143,6 \pm 2,5$ и показателя ускорения по данным неинвазивной уродинамики (урофлоуметрия, дневник мочеиспусканий).

ВЫВОДЫ. Таким образом, эффективность эндоскопической коррекции составляет 96,6% (снижение степени рефлюкса или купирование воспалительных осложнений), что позволяет рекомендовать ее как один из этапов комплексного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

7. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

О.Б. Головина¹, Я.А. Герасименко²

¹ МЦ «Аленка», Владивосток

² «Центральная районная больница», Надеждинский район, Владивосток

ВВЕДЕНИЕ. На сегодняшний день практикующие урологи придерживаются клинических рекомендаций по ведению детей и подростков с варикоцеле. Несмотря на данный факт, остается нерешенным вопрос о методе оперативной коррекции. В практических рекомендациях Национального руководства по детской хирургии освещены показания для оперативного лечения, но остается открытым вопрос, каким методом его проводить. В рекомендациях указана высокая

(в том числе и лапароскопическая) и низкая (операция Мармара) перевязка семенной вены. Особые указания – рекомендовано проведение, когда есть технические возможности и подготовка. Из известных нам работ по поводу варикоцеле не встретилось ни одно исследование, связанное с изучением проходимости семявыносящего протока после проведенной низкой перевязки семенной вены, а ведь данный вид обструктивного бесплодия может иметь место после различных операций на репродуктивных органах – водянке, паховых грыжах, операции Мармара.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ лечения детей с варикоцеле до и после проведения операций по «высокой перевязке» семенной вены – открытым и лапароскопическим доступом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением в период с 2017 по 2020 гг. находилось 44 пациента с диагностированным варикоцеле в возрасте от 9 до 17 лет. Показанием для оперативного вмешательства служили – уменьшение размера гонады и жалобы на боли в яичке в проекции расширенных вен. Кроме того, оперативное лечение проведено 7 пациентам со 2 степенью варикоцеле без жалоб и без изменения яичка. Данный факт обусловлен личным желанием пациентов и их родителей в связи с поступлением в военные учебные заведения. Из них лапароскопическое лигирование семенной вены проведено у 28 пациентов. Группу сравнения составили 16 детей после операции Иванисевича, после перевязки вены из забрюшинного доступа. Осмотр пациентов проводился через 10 дней, 1 месяц и 6 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализируя результаты, мы отметили 4 рецидива заболевания (2 в основной группе и 2 в группе сравнения). Из осложнений: развитие водянки яичка на стороне оперативного вмешательства, острые – в первый месяц после операции у 3 пациентов (1-основная группа и 2 – группа сравнения) и отдаленные – через 4-6 месяцев после операции – у 2 пациентов группы сравнения.

ВЫВОДЫ. Таким образом, мы считаем, что ввиду небольших различий по частоте рецидивов и осложнений, преимущество для оперативного лечения детей и подростков с варикоцеле должно быть на стороне методики, несущей меньшую инвазию в «зону интереса», а именно – лапароскопического лигирования семенной вены.

8. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВАЗИИ ГЕЛЬМИНТА СЕМЕЙСТВА FILARIIDAE В ОРГАНЫ МОШОНКИ У РЕБЕНКА

*Н.С. Обухов, Е.В. Пицаев, В.В. Осипов, В.А. Кропин, Г.Р. Шарафиев
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница», Ханты-Мансийский Автономный Округ, Нижневартовск*

ВВЕДЕНИЕ. Пальпаторно определяемое образование в мошонке является показанием для активного обследования пацинета с учетом высокой онкологической настороженно-

сти. Инвазия гельминтов в ткани мошонки, как правило, не входит в дифференциальный диагноз у пациентов с данными жалобами. Представленный клинический случай является нетипичным течением инвазии гельминта семейства Filariidae в органы мошонки.

Клинические проявления обусловлены миграцией незрелых гельминтов в тканях или внутренних органах. Типичная локализация паразита – подкожная или подслизистая жировая клетчатка. Диагностика данного гельминтоза у человека вызывает затруднения, что связано с отсутствием характерных изменений в клинических анализах крови.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. Пациент 13 лет. Жалобы на тянущие боли в левой половине мошонки, наличие образования в левой половине мошонки. Локально в левой половине мошонки в проекции нижнего полюса левого яичка определяется образование неправильной формы, с неровными краями, плотной консистенции, размерами – 30x20 мм. Образование подвижно относительно близлежащих тканей, пальпаторно связи с яичком достоверно не выявлено. С подозрением на новообразование левой половины мошонки госпитализирован в детское уроандрологическое отделение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Лабораторные методы диагностики без патологических изменений. Онкомаркеры в пределах нормы. УЗИ органов мошонки: по нижнему полюсу левого яичка визуализируется солидное образование, вероятнее относящееся к придатку, неправильной формы, размером – 28,0x20,0x21,0 мм. Контур четкий, неровный. Структура однородная, изоэхогенная. При ЦДК: смешанный тип кровотока. МРТ органов мошонки: по медиальной поверхности левого яичка визуализируется образование однородное по структуре, размерами 22x13x26мм, с признаками неоднородного контрастного усиления. Выполнено хирургическое лечение: ревизия левой половины мошонки. Иссечение образования левой половины мошонки. Интраоперационно: образование с яичком, придатком не связано. Рост образования определяется из мышечного слоя левой половины мошонки, имеет неправильную форму, неровную поверхность, собственную капсулу, хрящевидную консистенцию, размерами – 23x 20x20 мм.

Результат гистологического исследования. Гистологическая картина свидетельствует о гельминтной паразитарной инвазии, предположительно, семейства Filariidae. В последующем из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в летний период 2021 года длительное время находился на территории Таджикистана.

ВЫВОДЫ. Представленный клинический случай является ярким примером трудности дифференциальной диагностики онкологического процесса и инфекционного паразитарного заболевания. Данная клиническая картина на всех этапах обследования и лечения соответствовала неопластическому процессу, но лишь гистологическое исследование полностью верифицировало крайне редкую паразитарную инвазию.

9. ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОЙ РАНЫ СТВОЛА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ОБРЕЗАНИЯ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

А.А. Тратонин¹, П.А. Кожевников^{1,2}, А.В. Грамзин^{1,2}, И.В. Феофилов^{1,2}, Ю.В. Чикинев^{1,2}

*¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,
областной нефроурологический центр, Новосибирск*

*² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Новосибирск*

ВВЕДЕНИЕ. Осложнения при обрезании крайней плоти встречаются достаточно редко, что в свою очередь ведет к поиску решения данной проблемы и вызывает большой интерес у детских урологов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение возможности и эффективности использования двухэтапной методики Сапожкова-Райха при возникновении дефекта кожи ствола полового члена после обрезания крайней плоти у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ребенку Т. 4 года выполнено обрядовое обрезание крайней плоти. В послеоперационном периоде сформировался дефект кожи ствола полового члена. Лечение получал амбулаторно по месту жительства без эффекта. Спустя 3 месяца после оперативного лечения самостоятельно обратились в приемный покой клиники. На момент обращения: наружные половые органы – по мужскому типу, половой член не искривлен. Кожа ствола полового члена от венечной борозды до основания полового члена отсутствует. Рана чистая, дном раны является фасция Бака. Принято решение о двухэтапной пластике полового члена по методике Сапожкова-Райха. Целью первого этапа являлось закрытие дефекта ствола полового члена, ствол полового члена помещен под кожу мошонки, оставляя снаружи только головку полового члена. Послеоперационный период протекал без осложнений. Уретральный катетер удален на 6-е сутки. Второй этап – через 5 месяцев. При повторном поступлении: наружные половые органы – по мужскому типу, половой член погружен под кожу мошонки, мочеиспускание самостоятельное, струя мочи ровная, широкая. II-й этап включал в себя отделение полового члена от мошонки. Половой член укрыт полностью лоскутом, сформированным из кожи мошонки. Послеоперационный период протекал без осложнений, уретральный катетер удален на 7-е сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данная методика позволяет эффективно закрыть дефект кожи ствола полового члена, сохранив при этом эстетический внешний вид полового члена.

ВЫВОДЫ. Основные проблемы, с которыми встречается детский уролог при возникновении осложнений после обрезаний крайней плоти, заключаются в выборе методики. На наш взгляд, двухэтапная методика Сапожкова-Райха хорошо показала себя и может использоваться при данных осложнениях в детской практике.

10. ПРЕИМУЩЕСТВА И РИСКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОРАФИИ

И.С. Шнайдер¹, С.Ю. Комарова¹, Н.А. Цан¹, Е.В. Гайдышева², М.Ю. Тимошинов², М.Н. Екимов², С.Е. Смирнова²

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург

² ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург

ВВЕДЕНИЕ. В течение последних десяти лет в отечественной и зарубежной литературе ведется дискуссия о выборе способа хирургической коррекции паховой грыжи у детей. Выбор метода оперативного лечения врожденной косой грыжи у детей должен минимизировать риск возможных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнительная оценка лапароскопической и открытой герниорафии у детей с паховыми грыжами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведена сравнительная оценка результатов оперативного лечения детей с врожденной косой паховой грыжей. За 3-летний период в клинике детской хирургии 1112 детям в возрасте от 6 месяцев до 17 лет выполнено 1620 оперативных вмешательств по поводу паховой грыжи. По гендерному признаку мальчики преобладали над девочками и составили 63% (n=703). Из них большинству детей с паховыми грыжами – 733 (65,9%) больных – выполнялась лапароскопическая герниорафия (I группа). PIRS – метод включает чрескожное лигирование внутреннего пахового кольца. Внутреннее паховое кольцо огибается при помощи иглы Touhy, через которую проводится нить. У 402 (54,8%) детей оперативное лечение выполнялось с двух сторон. Всего выполнено 1135 лапароскопических внебрюшинных герниорафий. В остальных случаях (II группа) – 379 (34,1%) – применялась методика грыжесечения по Дюамель I и II, при этом мальчики значительно преобладали над девочками и составили 97,6% (n=370) от всех детей данной группы. Двустороннее вмешательство выполнено у 106 (28%) детей. Всего выполнено 485 герниотомий. Рецидивы паховой грыжи встречались в обеих группах. В I группе данный показатель составил 0,7% случаев (n=5). Рецидивы техники PIRS возникали при формировании узла в подкожной клетчатке вместо предбрюшинного пространства. Во II группе рецидив выявлен у 9 (2,4%) детей. В этих случаях причиной рецидива паховой грыжи явились технические погрешности при перевязке шейки грыжевого мешка, а именно – длинная культия.

ВЫВОДЫ. Методика PIRS имеет ряд преимуществ перед традиционным грыжесечением по Дюамель I и II, в первую очередь – по снижению показателя рецидива в 3,4 раза. При проведении лапароскопической герниорафии осмотр контрлатерального пахового кольца позволяет выявить паховую грыжу при отсутствии клинических признаков. К преимуществам также относится возможность лечения всех форм грыж одновременно: пупочной, прямой, бедренной грыжи. Оптическое увеличение способствует прецизионному выделению семенного канатика, сосудов, связки матки. Однако при выраженном расширении наружного пахового кольца и ожирении методика PIRS не показана.

11. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

*Р.Н. Урасин, В.Г. Егоров, Р.Р. Марданов, Э.М. Шокуев
БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», Ижевск*

ВВЕДЕНИЕ. В урологическом отделении РДКБ с 2000 по 2021 года находилось на лечении 4632 пациента с ПМР. Из них оперированы 1773 больных, 93% оперированы до 2006 года. С 2009 по 2021 год выполнена 1061 ЭКР.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение эффективности ЭКР с использованием различных имплантов и техник ЭКР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Все имплантации подразделены на 3 группы: в 1 группе в качестве импланта использовался коллаген, во время 2 группе – декстраномер гиалуроновой кислоты (VURDEX), в третьей группе – сополимер полиалкоголя полиакрилата (VANTRIS). 1 группу составили 337 мочеточник, 2 группу – 583 имплантации, 3 группу – 83 мочеточников. В 4 группу выделены имплантации препаратом «ДАМ+» 113 имплантация.

ЭКР проводилась по методике STING, HIT и HIT2. Методика STING применена в 835 (78.4%) случаях, по методике HIT – 186 (17.5%) имплантации, по методике HIT2 – 83 (10.1%) имплантаций. Объем вводимого импланта в 1 группе составил 1-2 мл, во 2, 3, 4 группах – от 0.5 до 1.0 мл. Коллаген использовался детям в возрасте до 1 года. Декстраномер гиалуроновой кислоты использован у пациентов в возрасте от 1 года до 8-9 лет. Соплимер полиалкоголя полиакрилата использовался в возрасте старше 10 лет. Всем в послеоперационном периоде проводилось УЗИ почек и мочевого пузыря: оценивались размеры ЧЛС, мочеточника, размеры и локализация болюса импланта.

Оценка результатов проводилась на основании МЦУГ через 6 месяцев после ЭКР. В 72% результатов констатировано отсутствие рефлюкса, в 14% отмечалось снижение степени рефлюкса, и в 14% случаев рефлюкс сохранился.

Осложнения ЭКР наблюдались у 36 пациентов (менее 1%). Выделены 2 основных типа осложнений: обструкция ПМС болюсом импланта и обострение. В 1 группе имплантаций отмечено 11 осложнений в виде обострения пиелонефрита. Обструкций ПМС в данной группе не было. В 2 группе выявлено 7 осложнений в виде обструкции ПМС болюсом импланта в раннем послеоперационном периоде, купированные путем стентирования устья мочеточника на срок до 1.5 месяцев. И 15 осложнений в виде атаки пиелонефрита. Все атаки пиелонефрита купированы консервативным путем. В 3 группе имплантаций выявлено 3 осложнения в виде обструкции ПМС, наблюдаемые позднее 30 суток после проведения ЭКР. В 2 случаях осложнений выполнена реимплантация мочеточников. В одном из случаев выполнена эндоскопическая пластика ПМС с резекцией болюса импланта. В 4 группе осложнений не выявлено. Эффективность препарата полиакрилата составила 30%.

ВЫВОДЫ. Наибольшая эффективность эндоскопической коррекции достигается правильной техникой процедуры, при использовании импланта, соответствующего возрасту пациента, а

также зависит от степени рефлюкса, степени дисплазии уретеро-везикального соустья и мочеочника, первичности процедуры. На результат ЭКР влияют аномалии ПМС.

12. ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРЮШНОЙ ФОРМЫ КРИПТОРХИЗМА

*С.Ю. Комарова¹, Н.А. Цан¹, И.С. Шнайдер¹, Е.В. Гайдышева², М.Ю. Тимошинов²,
М.Н. Екимов², С.Е. Смирнова²*

*¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Екатеринбург*

²ГАУЗ «СО Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург

ВВЕДЕНИЕ. Крипторхизм – системное заболевание, при котором нарушается процесс миграции яичка от своего первоначального расположения (мезонефрос) до полости мошонки. Согласно современным представлениям о процессе опускании яичек, трансабдоминальный и пахово-мошоночный этап регулируются гормональными факторами, зависят от диссеминированного поражения соединительной ткани (фиброзные перегородки, недоразвитие гунтерова тяжа).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка диагностической эффективности и способа оперативной коррекции при лапароскопии у детей с синдромом непальпируемого яичка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 3-летний период пролечено 393 мальчика с различными формами крипторхизма. Критерий включения в данное исследование – выполнение ребенку с синдромом непальпируемого яичка лапароскопического вмешательства. Оперировано 50 (12,7%) мальчиков и подростков, лапароскопия всегда сочетала диагностический этап (полноценная визуализация порочной гонады) и лечебный этап (мобилизация, степень возможного низведения). Возраст детей на момент операции составлял от 15 месяцев до 13 лет. По данным предоперационного УЗИ им установлена брюшная форма крипторхизма. При выполнении лапароскопии яичко обнаружено в брюшной полости у 24 (48%) мальчиков – I группа. Лапароскопическая мобилизация семенных сосудов и семявыносящего протока выполнена в 14 (58,3%) случаях, что позволило низвести яичко через искусственное окно на уровне поверхностного пахового кольца и фиксировать его к апоневрозу. У 10 (41,7%) пациентов мобилизация не потребовалась, так как яичко располагалось у внутреннего пахового кольца. Низведение яичка выполнено паховым доступом. II группа клинического материала представлена 26 (52%) мальчиками и подростками. Лапароскопия в объеме диагностического этапа выполнена 22 (84,6%) детям, интраоперационная визуализация установила наличие только семявыносящего протока, слепо заканчивающегося булавовидным утолщением. В этой группе в 4 (15,4%) случаях выполнена лапароскопическая орхидэктомия в связи с гипоплазией и критически высоким расположением яичка (1), с наличием признаков тяжелой степени гипоплазии (3), что во всех случаях подтверждено морфологическим исследованием. Осложнений и конверсий не было.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая операция у детей с крипторхизмом несет в себе как диагностическую, так и лечебную функции. Данный метод имеет множество преимуществ, позволяя достоверно выявить абдоминальную форму крипторхизма, гипоплазию и аплазию яичка, а также дифференцированно обосновать хирургическую тактику.

13. ИСХОДЫ ФЕТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ

Ю.В. Баранов¹, Д.Д. Суенкова², Н.А. Цап²

¹ ГАУЗ СО «ОДКБ», Екатеринбург

² ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

ВВЕДЕНИЕ. Широкое внедрение антенатального УЗИ плода привело к значительному росту возможностей ранней диагностики пороков развития мочевых путей. В последние десятилетия происходило накопление и анализ опыта антенатальной диагностики, а также тактики ведения пациентов с антенатально выявленным гидронефрозом. Одним из направлений коррекции обструктивных уropатий является фетальная хирургия, начало которой было положено в начале XXI века.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты нефроамниального стентирования у плода при врожденном гидронефрозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2019–2021 гг. в отделение хирургии новорожденных поступило 11 новорожденных из ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава РФ, которым проведена процедура фетальной хирургии – нефроамниальное стентирование. Антенатально врожденный гидронефроз диагностирован на 19–22 недели. Всем беременным женщинам проведен федеральный перинатальный консилиум, определяющий показания для фетального хирургического вмешательства. Двусторонний характер патологии диагностирован у 6 плодов (54,5%), левосторонний гидронефроз выявлен у 3 плодов (27,3%), гидронефроз справа в 2 случаях (18,2%). У всех плодов установлена III–IV степень гидронефроза по классификации SFU. С целью деривации мочи выполнено нефроамниальное стентирование. Внутриутробно экспульсия или миграция стента в лоханку выявлена в 6 случаях (54,5%). У 3 пациентов (27,3%) потребовалось повторное выполнение процедуры нефроамниального стентирования. Интранатально миграция нефроамниального стента выявлена у 2 новорожденных (18%).

В постнатальном периоде у 2 пациентов выявлена миграция дистального конца стента в мягкие ткани и забрюшинное пространство с формированием мочевого затека (18%).

Всем новорожденным проведено комплексное обследование, определены показания для рас-

членяющей пиелопластики. В случае двустороннего процесса операции выполнены последовательно с интервалом 1–1,5 месяца. В настоящее время данная категория пациентов находится в группе динамического наблюдения.

ВЫВОДЫ. Применение процедуры фетальной хирургии при врожденном гидронефрозе имеет большое количество осложнений, связанных с неудовлетворительным положением или экспульсией стента в антенатальном периоде – 54,5%. При одностороннем процессе (не сопровождающемся маловодием во внутриутробном периоде) или нарушении функции почек постнатально эффективность данной процедуры является сомнительной и требует дальнейшего изучения.

14. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Р.З. Ахметшин¹, С.А. Коновалов¹, Ш.Ф. Шарипов¹, М.М. Ахмаров¹, Л.В. Коновалова²
¹ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», урологическое отделение, Уфа
²МБУЗ РБ «Детская поликлиника № 4 г. Уфы», Уфа*

ВВЕДЕНИЕ. В практике поликлинического уролога пациенты с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря составляют от 30 до 45%. Присоединение инфекции мочевых путей значительно осложняет процесс лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В урологическом отделении ГБУЗ РБ «РДКБ», МБУЗ РБ «Детская поликлиника № 4 города Уфы» в 2019–2021 гг. наблюдалось 318 детей с нарушениями уродинамики нижних мочевых путей сопровождающимися наличием остаточной мочи более 30% от объема мочеиспускания, в возрасте от 5 до 18 лет. Мальчиков было 116, девочек – 202. Средний период наблюдения за ребенком составил 18 мес.

При обращении: жалобы на недержание мочи во время сна у 318 детей, 210 – с жалобами на императивные позывы на мочеиспускание и императивное недержание мочи, 118 детей – с подтеканием мочи. Обследование включало: регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий, УЗИ с определением объема остаточной мочи, урофлоуметрию с определением максимального и среднего потока мочи, времени мочеиспускания, времени достижения пика потока, объема мочеиспускания; ретроградную цистотонометрию с определением базового давления в мочевом пузыре, объема первого позыва на мочеиспускание и давления в мочевом пузыре в этот момент, максимальной емкости мочевого пузыря и давления наполнения, посев мочи на флору. Для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса проводилась микционная цистография (дети с пузырно-мочеточниковым рефлюксом не включались в данное исследование).

Дети были разделены на 2 группы: 150 детей (1 группа) получали стандартное лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, 168 пациентов (2 группа) в составе комплексной терапии

получали диуретические средства растительного происхождения (Золототысячника трава + Любисток лекарственного корень + Розмарин обыкновенного листья)

В первой группе за период наблюдения у 62 (41,3%) детей отмечалось не менее 2-х случаев лейкоцитурии и бактериурии. Во 2 группе – у 23 (13,6%).

Выводы. Таким образом, включение в комплекс терапии диуретиков растительного происхождения («Канефрон Н») позволяет снизить риск развития инфекции мочевых путей на фоне нейрогенных дисфункций мочевого пузыря.

15. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ НЕУДВОЕННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

*О.С. Шмыров, Р.В. Суков, А.В. Кулаев, М.Н. Лазивили, А.А. Волкова
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», отделение детской урологии и андрологии, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Резекция неудвоенной почки у детей – одна из самых технически сложных и опасных операций, и выполняется в подавляющем большинстве специализированных клиник открытым доступом. Лапароскопическая резекция почки у взрослого пациента уже некоторое время признана эффективной альтернативой открытой. Адаптация минимально травматичных «взрослых» технологий к лечению патологических состояний детского возраста полностью соответствует современным парадигмам детской урологии, чем и обусловлен интерес к данной проблеме.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представить результаты собственного опыта лапароскопической резекции неудвоенной почки у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2017 по 2021 гг. в отделении прооперировано 13 детей, выполнена лапароскопическая резекция почки по поводу 15 патологических очагов: нейробластома надпочечника с инвазией почки – 1, «холодный абсцесс» – 1, кистозные поражения (резекция полюса почки) – 4, доброкачественные новообразования – 2, злокачественные новообразования – 7. Интраоперационно: маркировка лапароскопическим УЗ-датчиком – 10 очагов, резекция по очагу – у 4 пациентов с доброкачественными поражениями, у всех пациентов со злокачественными процессами – «чистый хирургический край»; тепловая ишемия применялась при резекции 12 очагов, среднее время 28,5 мин (min-22 мин, max-36 мин); «энергетический» гемостаз – 3 пациента, у остальных – паренхиматозный интракорпоральный шов; среднее время вмешательств 177 мин (min-100 мин, max-300 мин); средняя кровопотеря 67 мл (min- 20 мл, max-150 мл). Конверсий не было. Внеорганных кровотечений, мочевых затеков, азотемии, гипертензии и стойких нарушений паренхиматозного кровотока не отмечено. За время наблюдения (от 4 до 48 мес.) рецидивов основного заболевания не отмечено. Все дети с нефробластомами лечение по протоколу закончили и переведены в группу наблюдения.

Выводы. Лапароскопическая резекция почки может рассматриваться как менее травматичная альтернатива открытой резекции, при условии адекватного уровня навыков хирурга, достаточном аппаратном оснащении и корректном подборе пациентов в зависимости от размеров, вида и локализации процесса.

16. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ФОРМИРОВАНИИ ЦИСТОСТОМ И КОМПЛЕКСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНТИНЕНЦИИ

*О.С. Шмыров, Р.В. Суоров, А.В. Кулаев, М.Н. Лазивили, А.А. Волкова
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», отделение детской урологии и андрологии, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Традиционно максимальный комплекс хирургических вмешательств, направленных на достижение континенции и произвольной деривации мочи у пациентов с недержанием мочи и нарушением ее спонтанной эвакуации, включает в себя формирование континентной стомы, аугментацию мочевого пузыря и блокировку естественного пути мочеотведения. Открытые вмешательства подобного типа высокотравматичны, характеризуются обширностью доступа, часто – необходимостью выполнения нескольких разрезов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность и безопасность лапароскопического доступа при выполнении хирургических вмешательств, направленных на достижение континенции и произвольной эвакуации мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении с 2014 по 2021 гг. лапароскопическим доступом прооперировано 12 пациентов с различными нарушениями континенции и эвакуации мочи: 4 детей с травмами уретры различной этиологии и невозможностью восстановления естественного мочеиспускания, 8 детей с нейрогенным мочевым пузырем, недержанием мочи резистентной к консервативной терапии при невозможности или нежелании проводить катетеризацию через естественные мочевые пути. Этим детям с применением лапароскопического доступа эффективно выполнено 11 аппендицистостомий, 1 энтероцистотомия, 4 расширяющих энтероцистопластики, 6 лапароскопических блокировок шейки мочевого пузыря. У 5 детей потребовался дополнительный лапаротомный доступ малого размера (до 3 см) для формирования аугментационного участка, трубчатого лоскута по Monti и кишечного анастомоза. Конверсий не было. Интраоперационных осложнений не отмечено. Осложнения послеоперационного периода: стеноз кожной аппендикостомы у 2 пациентов, мочевого затек – 1, транзиторная инконтиненция стомы – 2.

Выводы. Первый опыт применения видеохирургических технологий в радикальной коррекции состояний, требующих достижения континенции и произвольной деривации мочи,

расценен как положительный. Лапароскопия обеспечивает адекватный доступ к целевым отделам мочевого тракта и кишечника, позволяет соблюсти принципы эффективной открытой хирургии, при этом минимизируя операционную травму.

17. ПРИМЕНЕНИЕ СВОБОДНОГО ТРАСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФИЦИТЕ КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ И СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ

*Р.В. Суров, О.С. Шмыров, Ю.И. Вельская, М.Н. Лазивили, А.В. Кулаев, А.А. Волкова
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», отделение детской урологии и андрологии, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. При операциях на половом члене грубое отношение к тканям, а также неправильное их перемещение и/или избыточное их иссечение могут привести к ятрогенному дефициту кожи ствола полового члена. Полная или частичная потеря пенильной кожи приводит к формированию скрытого полового члена (СПЧ), хирургическая коррекция которого становится сложной задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность применения свободного полнослойного кожного трансплантата для замещения дефицита пенильной кожи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За двухлетний период 2020 и 2021 гг. проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 10 мальчиков с ятрогенным дефицитом кожи полового члена от 2 до 15 лет, средний возраст – 10 лет, медиана – 7 лет. В 8 случаях дефицит кожи ствола полового члена был выявлен при повторных реконструкциях полового члена у пациентов с осложненной гипоспадией и жалобами на малые размеры и вентральное искривление полового члена. У 2 мальчиков операция была проведена по поводу СПЧ, развившегося после проведения обрезания крайней плоти. У 6 мальчиков с гипоспадией и 2 мальчиков, имеющих СПЧ, было выполнено циркулярное замещение дефицита кожи от пенокротального угла или средней трети ствола полового члена до венечной борозды. В 2 случаях с осложненной гипоспадией после этапов ортопластики было выполнено замещение вентрального дефекта кожи полового члена полнослойным кожным трансплантатом. В 7 случаях в качестве трансплантата была выбрана кожа внутренней поверхности плеча, у 3 мальчиков выполнялся забор полнослойного кожного трансплантата в области паховой складки. Трансплантат имел размеры от 30*40 мм до 50*100 мм. После забора подготавливался однотипно – проводилось полное иссечение подкожной жировой клетчатки. Трансплантат размещался в реципиентной зоне и фиксировался по краям рассасывающимся шовным материалом.

Осложнений, требующих повторного вмешательства, не было. У 2 детей развился краевой некроз трансплантата незначительных размеров, пролечен консервативно.

За период наблюдения нами был обнаружен сравнительно хороший эстетический результат.

Несмотря на то, что лоскут имел отличия в окраске с другими тканями, нам удалось выполнить удлинение полового члена путем замещения дефицита кожи. При этом отмечена хорошая приживляемость, подвижность лоскута и безболезненная эрекция.

ВЫВОДЫ. Применение полнослойного кожного трансплантата в реконструкции кожи ствола полового члена у пациентов, имеющих ятрогенный дефицит кожи в этой зоне, показывает хороший эстетический и функциональный результат.

18. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОГО ИМПЛАНТА «РЕФЛЮКСИН» В ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

*М.Н. Лазивици, О.С. Шмыров, Р.В. Суров, А.В. Кулаев, А.А. Волкова
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», отделение детской урологии и андрологии, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. По данным литературы приблизительно у 0,4–1,8% детей и является наиболее распространенной аномалией мочевыводящих путей в популяции. На сегодняшний день существует огромное количество вариантов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Однако метод эндоскопической коррекции в настоящее время занимает приоритетное место в выборе тактики лечения данной группы пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей препаратом «Рефлюксин».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для оценки эффективности эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса имплантом «Рефлюксин» нами было отобрано 30 пациентов, у которых рефлюкс выявлен впервые, степень рефлюкса 2–4 ст, по данным цистоскопии рефлюксирующее устье типично расположено, отсутствуют воспалительные изменения слизистой мочевого пузыря и признаки нейрогенной дисфункции. И 14 пациентов с рецидивом пузырно-мочеточникового рефлюкса, у которых ранее проводилась одна эндоскопическая коррекция другим объемобразующим имплантом.

Через 6 месяцев детям была выполнена повторная цистография, по данным которой у 4 (13%) первичных пациентов был выявлен рецидив рефлюкса, а у вторичных пациентов рецидив выявлен у 3 детей (21%).

ВЫВОДЫ. Первый опыт применения препарата «Рефлюксин» расценен как положительный. При условии адекватного подбора пациентов и соблюдения принципов инъекционной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса препарата может расцениваться как эффективная альтернатива для эндоскопической коррекции ПМР у детей.

19. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ

А.З. Тиболов², Н.Б. Киреева^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Нижний Новгород

² ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница», Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время известно более 200 методик оперативного лечения гипоспадии, но ни одна из них не является идеальной и имеет от 20 до 40% осложнений (Snodgrass W,1994; Рудин Ю.Э., 2018). Кроме оценки функционального результата большое внимание уделяется косметической составляющей, включающей не только нормальную конфигурацию головки, но и ее анатомию, в том числе наличие уздечки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить функциональные и косметические результаты хирургического лечения дистальных форм гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 1,5-летний период в клинике ГБУЗ НО «НОДКБ» выполнено 30 операций с пластикой головки и формированием артифициальной уздечки мальчикам с дистальной формой гипоспадии от двух до 13 л. Способ (патент № RU 2747692 С1 от 12.05.2021 г.) заключался в следующем: после разметки выполняли V-образный разрез с выкраиванием по обеим сторонам крайней плоти краевых остроконечных лоскутов, разрез циркулярно продолжали на вентральную поверхность. На катетере Нелатона 8-10 Ch формировали уретру двухрядным швом нитью PDS 6 «0». Линию шва укрывали мясистой оболочкой. Выкроенные лоскуты внутреннего листка крайней плоти переносили на вентральную поверхность, где фиксировали к головке и сшивали между собой, образуя артифициальную веерообразную уздечку. В группе сравнения 44 больных с дистальной формой гипоспадии, которым выполнена ТП-уретропластика с замыканием головки. В послеоперационном периоде дети получали антибиотикотерапию и местное лечение. Проводили отведение мочи в течение 10 дней уретральным катетером. Контрольный осмотр производили через 1, 3 и 6 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 21 (70%) больного косметический эффект удовлетворительный, показатели урофлоуметрии соответствовали нормальным значениям – 13 мл/сек. У 3 (10%) больных сформировался меатостеноз, что потребовало проведения меатотомии. У одного больного открылся уретральный свищ (3,3%). В группе сравнения меатостеноз развился у 5 больных (12,5%), уретральный свищ – у 3-х пациентов (6,8%), в одном случае имело место расхождение швов головки и смещение неомеатуса на венечную борозду (2,2%). В целом частота осложнений при замыкании головки составила 20,4%, без замыкания – 13,3%.

ВЫВОДЫ. Формирование уретры в области головки без ее замыкания снижает число послеоперационных осложнений на 7%. Технически простое выкраивание двух лоскутов внутреннего листка крайней плоти обеспечивает удовлетворительный функциональный и косметический результат.

20. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Н.Б. Киреева^{1,2}, А.З. Тибилев²

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Нижний Новгород

² ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ. Скрытый половой член (СПЧ) – это порок развития, характеризующийся нормально развитыми, но аномально расположенными кавернозными телами в окружающих тканях лона или мошонки, проявляющийся визуальным уменьшением размеров ствола полового члена. За последние годы отмечается отчетливый рост данной патологии. Наиболее часто встречается такой вид СПЧ, как утопленный, представленный обычно в виде двух форм: первичного СПЧ и СПЧ у подростков с выраженным надлобковым ожирением.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов лечения утопленного полового члена с применением усовершенствованной хирургической методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2021 год пролечены 20 мальчиков с диагнозом СПЧ в возрасте от 2 до 15 л. (средний возраст $9 \pm 1,59$ л.). УПЧ диагностирован у 18 детей (90 %), ППЧ — у 2 (10 %). Средний возраст детей с первичным СПЧ составил $3,9 \pm 2,48$ л., с вторичным СПЧ на фоне лобкового ожирения – $12 \pm 3,84$ л. В большинстве случаев СПЧ сочетался с фимозом. При оперативном лечении применяли циркулярный или циркулярный и вентральным срединным разрез до середины мошонки с последующей мобилизацией полового члена от сращений, иссечением жировой ткани в области лона, фиксацией пубопенильного и пенокротального углов нерассасывающейся нитью. Выполняли кожную пластику. Авторами предложен новый способ фиксации кожи крайней плоти с использованием насечек (2 на вентральной и 2 на дорзальной), через которые кожу подшивали к белочной оболочке ствола для предупреждения ее дистального смещения (патент № 2 728 585 от 30.07.2020 г.). В послеоперационном периоде дети получали антибиотикотерапию, на 3-4 дня устанавливали уретральный катетер.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнений хирургического лечения СПЧ не было. В ближайшем послеоперационном периоде у ряда детей отмечался отек крайней плоти, который самостоятельно разрешился через 1-2 нед. Рецидива УПЧ в отдаленном (1-3 года) периоде не было.

ВЫВОДЫ. Сроки оперативного вмешательства зависят от вида СПЧ. У пациентов с врожденным первичным СПЧ используется раннее хирургическое вмешательство, при вторичном СПЧ у подростков подход к оперативному вмешательству определяется степенью визуализации полового члена, психологическим дискомфортом пациента и отсутствием эффекта при использовании консервативных мер. При выполнении оперативного пособия дополнительное использование насечек с целью фиксации кожи крайней плоти позволяет предотвратить ее дистальное смещение.

21. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

М.Ю. Заугаров^{1,2}, М.М. Сулейманова², Н.Б. Киреева^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Нижний Новгород

² ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ. Паразитарные заболевания наружных половых органов в детской урологии приобретают свою актуальность в связи с ростом заболеваемости данной патологией на территории Российской Федерации и сложностью профилактики и диагностики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Описать особенности клинического течения дирофиляриоза оболочек яичка у ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент Д., 14 лет, 28.02.22 г. госпитализирован в ГБУЗ НО «НОДКБ» с жалобами на наличие плотного округлого образования в правой половине мошонки. Из анамнеза: в середине января 2022 г. на фоне полного здоровья мальчик почувствовал боль в правой половине мошонки, отметил незначительную гиперемию. 26.01.22 г. обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства. Выполнено УЗИ органов мошонки, при котором обнаружены признаки орхоэпидидимита справа. Назначена антибактериальная терапия. Амбулаторное лечение без эффекта. Боль и гиперемия купировались самостоятельно в течение нескольких дней, однако мальчик отметил наличие плотного безболезненного образования в правой половине мошонки. 08.01.22 г. в НОДКБ при УЗИ органов мошонки заподозрена паразитарная киста оболочек правого яичка. Госпитализирован в хирургическое отделение НОДКБ с диагнозом: дирофиляриоз мягких тканей правой половины мошонки.

При поступлении состояние удовлетворительное. В правой половине мошонки определяется плотное подвижное опухолевидное образование овоидной формы, размерами 0,8x0,6см, не связанное с яичком, безболезненное при пальпации. Кожа мошонки не изменена. В общем анализе крови – эозинофилия (9,6%)

01.03.22 г. выполнено оперативное лечение – ревизия правой половины мошонки, во время которой в оболочках правого яичка обнаружен фиброзный инфильтрат размерами 1,0x0,6см, интимно спаянный с последними. Образование удалено без нарушения целостности капсулы, отправлено на гистологическое исследование.

При вскрытии фиброзной капсулы выделилось умеренное количество слизисто-гноевидного отделяемого, обнаружен паразит — нитевидный червь диаметром до 0,5 мм и длиной до 9 см. Послеоперационный диагноз: дирофиляриоз оболочек правого яичка. Течение послеоперационного периода гладкое.

ВЫВОДЫ. При дифференциальной диагностике заболеваний органов мошонки, помимо острых и онкологических заболеваний, необходимо рассматривать и возможность паразитарных заболеваний наружных половых органов.

22. ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Е. Пигарева¹, Ю.В. Баранов¹, Н.А. Цан²

¹ГАОУ СО «ОДКБ», Екатеринбург

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) при спинальном дизрафизме является ведущей причиной тяжелых форм недержания мочи, приводящих к нарушению функции почек и инвалидизации ребенка.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить комплекс лечебных мероприятий для адаптации НДМП у детей со спинальным дизрафизмом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении детской урологии-андрологии с 2019 по 2021 гг. проведены обследование и лечение 60 пациентов со спинальным дизрафизмом по поводу НДМП. В анамнезе у 40 (66,5%) детей в неонатальном периоде проведено нейрохирургическое лечение по поводу спинномозговой грыжи. Первичная диагностика НДМП на первом году жизни проведена в 25 (42%) случаях, включая комплексное уродинамическое и рентгенурологическое обследование. Спастический мочевой пузырь со значительным снижением объема мочевого пузыря, повышением внутрипузырного давления и комбинированным недержанием мочи выявлен у 39 (65%) больных. Всем пациентам первично назначались препараты группы м-холиноблокаторов. При отсутствии микции, больших объемах остаточной мочи проводилась периодическая катетеризация с использованием лубрицированных уретральных катетеров, с индивидуальным графиком катетеризации. При применении антихолинергической терапии у 18 (30%) пациентов отмечено снижение эффективности терапии либо ее отсутствие, что потребовало эндоскопических внутридетрузорных инъекций ботулотоксина типа А. Положительная динамика в течение 6-9 месяцев после введения отмечена в 94% случаев (n=17). При выявлении дилатации верхних мочевых путей оперативная коррекция проводилась после адаптации мочевого пузыря и снижения внутрипузырного давления. Эндовезикальная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса III–IV степени выполнена у 9 (15%) детей. Учитывая высокую степень рефлюкса, сохраняющуюся гиперактивность детрузора, нарушение эвакуаторной функции, трудности проведения самокатетеризации, 3 (5%) детям проведена везикостомия тубуляризированным лоскутом мочевого пузыря с неоимплантацией мочеточников с антирефлюксной защитой.

ВЫВОДЫ. Ранняя диагностика НДМП позволяет сохранить функцию верхних мочевых путей, купировать проявления хронической инфекции, адаптировать мочевой пузырь путем увеличения объема и снижения внутрипузырной гипертензии, тем самым достичь ранней социализации ребенка и избежать грубой инвалидизации. Реконструктивные оперативные вмешательства

на мочевом пузыре позволяют облегчить ребенку самокатетеризацию, что способствует снижению частоты травм и инфекционных осложнений.

23. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

Н.А. Беляева¹, А. Н. Жаров²

¹ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарева», Саранск

²ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск

ВВЕДЕНИЕ. Улучшение результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей является актуальной задачей детской уроандрологии. Особую группу составляют пациенты с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, которая может являться как причиной развития данного заболевания, так и значительно влиять на эффективность современных методов лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка уродинамических показателей у детей после эндоскопической трансуретральной коррекции ПМР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ историй болезни 58 пациентов (88 мочеточников) после эндоскопической трансуретральной коррекции ПМР. Исследование проведено на универсальной системе для уродинамических исследований Solar Uro (MMS-Laborie, Нидерланды). Пациенты были разделены на три группы: в I группе – 30 детей, оперированных с использованием объемообразующим веществом Urodex. II группе – 15 детей после ЭТУК ПМР Vantris, в III группе – 13 детей после эндоскопической коррекции ПМР DAM+. По данным урофлоуметрии среднее значение максимальной скорости потока (Q_{\max}) в общей группе больных составило 20 ± 7.74 мл/с, средняя скорость потока ($Q_{\text{ср}}$) – 9.7 ± 3.67 мл/с, объем выделенной мочи – 168.83 ± 79.16 мл. В результате анализа полученных данных статистически значимых различий по средней и максимальной скорости мочеиспускания и по объему выделенной мочи среди групп не выявлено. Цистометрия проведена 27 (69 %) пациентам данной группы, у 14 (51,8 %) пациентов наблюдался норморефлекторный адаптированный мочевой пузырь, у 5 (18,5 %) гиперрефлекторный адаптированный мочевой пузырь, у 7 (26 %) гиперрефлекторный неадаптированный мочевой пузырь у 1 (3,7 %) гипорефлекторный адаптированным мочевым пузырем.

ВЫВОДЫ. Таким образом, после эндоскопической коррекции ПМР с использованием различных уроимплантов статистически значимых различий по средней и максимальной скорости мочеиспускания не выявлено. У 28,3 % определялась нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гиперрефлекторному типу.

24. ПОЛИОРХИЗМ. ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ (ПЕРЕКРУТ) РУДИМЕНТАРНОГО (ДОБАВОЧНОГО) ЯИЧКА. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Е.А. Воронина, О.А. Ломакин, С.А. Данилюк
ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», отделение детской урологии, Челябинск*

ВВЕДЕНИЕ. В структуре хирургической андрологии патология крайней плоти (ПКП) является одной из основных причин обращений за медицинской помощью и показаний к оперативному лечению. К патологическим изменениям относят: образования, повреждения крайней плоти, короткую уздечку полового члена, дерматит, рубцовый фимоз, парафимоз, баланопостит различной этиологии. Диагностические и лечебно-тактические решения при ПКП чаще принимаются в экстренном порядке.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинико-статистический анализ в значительной выборке патологических изменений крайней плоти у мальчиков и подростков, оценка вариантов оперативной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обращаемость детей к детскому урологу-андрологу с патологией крайней плоти в Екатеринбурге и Свердловской области за 7-летний период увеличилась в 4 раза. Количественный показатель оперированных детей с фимозом возрос на 2,2 раза. Показания к оперативному вмешательству установлены 1499 мальчикам и подросткам, среди которых подавляющее большинство – 1252 (83,5%) – это дети с патологическим фимозом. В возрастной структуре данной ПКП мальчики в возрасте до 7 лет составили 22,5% (n=282). Крайняя плоть у дошкольников была рубцово изменена в 85,1% (n=240) случаев. У школьников рубцовые изменения крайней плоти встречались несколько реже – 77,9% (n=756) детей, хоботковая крайняя плоть выявлена у 11,5% (n=112) мальчиков, функционально узкая крайняя плоть – 9,1% (n=88), в остальных случаях показания к операции обрезания вызваны дегенеративными заболеваниями крайней плоти. Иссечение рубца крайней плоти с последующим сопоставлением внутреннего и наружного листков препуциального мешка выполнено 556 (57,3%) мальчикам. По желанию подростка с функционально узкой крайней плотью выполнялась пластика крайней плоти у 53 (61%) детей; при хоботковой крайней плоти у 299 (97%) подростков. В течение 6 месяцев у 3 (0,3%) школьников после перенесенного обрезания, сохранялся плотный отек листков крайней плоти, разбрызгивание струи при мочеиспускании, гиперчувствительность головки. Послеоперационное (вторичное) рубцевание после обрезания крайней плоти было устранено путем пластики остаточных листков крайней плоти.

ВЫВОДЫ. Заболевания крайней плоти являются одними из самых распространенных в детской и подростковой андрологии. Способ оперативной коррекции ПКП определяется персонифицировано, учитывая анатомический вариант строения крайней плоти, наличие воспалительных и рубцовых изменений.

25. ДИНАМИКА ПАТОЛОГИИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СТЕПЕНЬ ЛОКАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

С.А. Мельникова, Н.А. Цап, Н.В. Винокурова, С.Ю. Комарова
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Екатеринбург

ВВЕДЕНИЕ. В структуре хирургической андрологии патология крайней плоти (ПКП) является одной из основных причин обращений за медицинской помощью и показанием к оперативному лечению. К патологическим изменениям относят: образования, повреждения крайней плоти, короткую уздечку полового члена, дерматит, рубцовый фимоз, парафимоз, баланопостит различной этиологии. Диагностические и лечебно-тактические решения при ПКП чаще принимаются в экстренном порядке.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинико-статистический анализ в значительной выборке патологических изменений крайней плоти у мальчиков и подростков, оценка вариантов оперативной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обращаемость детей к детскому урологу-андрологу с патологией крайней плоти в Екатеринбурге и Свердловской области за 7-летний период увеличилась в 4 раза. Количественный показатель оперированных детей с фимозом возрос на 2,2 раза. Показания к оперативному вмешательству установлены 1499 мальчикам и подросткам, среди которых подавляющее большинство – 1252 (83,5%) – это дети с патологическим фимозом. В возрастной структуре данной ПКП мальчики в возрасте до 7 лет составили 22,5% (n=282). Крайняя плоть у дошкольников была рубцово изменена в 85,1% (n=240) случаев. У школьников рубцовые изменения крайней плоти встречались несколько реже – 77,9% (n=756) детей, хоботковая крайняя плоть выявлена у 11,5% (n=112) мальчиков, функционально узкая крайняя плоть – 9,1% (n=88), в остальных случаях показания к операции обрезания вызваны дегенеративными заболеваниями крайней плоти. Иссечение рубца крайней плоти с последующим сопоставлением внутреннего и наружного листков препуциального мешка выполнено 556 (57,3%) мальчикам. По желанию подростка с функционально узкой крайней плотью выполнялась пластика крайней плоти у 53 (61%) детей; при хоботковой крайней плоти у 299 (97%) подростков. В течение 6 месяцев у 3 (0,3%) школьников после перенесенного обрезания, сохранялся плотный отек листков крайней плоти, разбрызгивание струи при мочеиспускании, гиперчувствительность головки. Послеоперационное (вторичное) рубцевание после обрезания крайней плоти было устранено путем пластики остаточных листков крайней плоти.

ВЫВОДЫ. Заболевания крайней плоти являются одними из самых распространенных в детской и подростковой андрологии. Способ оперативной коррекции ПКП определяется персонализировано, учитывая анатомический вариант строения крайней плоти, наличие воспалительных и рубцовых изменений.

26. СПОСОБ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ РЕТЕНЦИИ БЕЗ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ТЕСТИКУЛЯРНЫХ СОСУДОВ

*И.А. Панченко, Э.С. Марабян, О.Н. Гармаиш, Р.И. Панченко, А.И. Шипилов
ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр», Ставрополь*

ВВЕДЕНИЕ. Крипторхизмом страдают по данным разных источников от 0,28 % до 4 % доношенных и 30–70 % недоношенных детей. Крипторхизм является одной из основных хирургических причин мужского бесплодия. В настоящее время особую сложность представляет диагностика и лечение высокой брюшной ретенции яичка.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка оптимального подхода к диагностике, хирургическому лечению высокой брюшной ретенции яичка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2021 гг. в урологическом стационаре ККСУЦ пролечено 207 пациентов с крипторхизмом в возрасте от 1 г. 8 мес. до 37 лет. Брюшная форма была отмечена у 49 пациентов (23,7%) из них высокая ретенция у 28 пациентов. 4 пациентам выполнена операция Фаулера–Стивенса, 24 пациентам двухэтапная орхопексия без пересечения внутренних тестикулярных сосудов.

При непальпируемом яичке и отсутствии УЗ-признаков наличия яичка в паховом канале применена лапароскопическая ревизия брюшной полости с целью определения топического расположения неопущенного яичка. На основании результатов этого принималось окончательное решение о методике операции. При низкой брюшной ретенции, выявленной у 21 пациента, выполнено одноэтапное низведение яичка без пересечения питающих сосудов. При высокой ретенции (кранеальнее более 3-х см от глубокого пахового кольца) в контрольной группе производилась лапароскопическая двухэтапная орхопексия по Фаулеру–Стивенсу. В основной группе (24 пациента) применен метод поэтапного низведения яичек без пересечения тестикулярных сосудов. Методика операции, 1 этап: после лапароскопической визуализации яичка и определения его подвижности производилась мобилизация путем рассечения париетальной брюшины над внутренними тестикулярными сосудами и семявыносящим протоком. В зависимости от длины мобилизованной питающей ножки яичко фиксировалось на 6 месяцев или у глубокого пахового кольца, или проводилось максимально по сформированному паховому каналу до наружного пахового кольца. Во время второго этапа операции производилась видеоассистированная или открытая мобилизация яичка и орхопексия по Петривальскому–Шумахеру.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У 4-х больных после оперативного лечения по Фаулеру–Стивенсу установлено развитие выраженной гипотрофии яичек, что послужило причиной орхэктомии и отказа от данной методики. При использовании техники поэтапного низведения неопущенного яичка без пересечения питающей ножки признаков гипотрофии не выявлено, что подтверждено ультразвуковым исследованием с ЦДК в катамнезе. Таким образом, метод

поэтапного удлинения сосудов яичка за счет максимальной мобилизации и последующей поэтапной фиксацией позволяет: сохранить состоятельность яичка, предотвратить развитие гипотрофии, выполнять УЗИ и самоконтроль состояния низведенного яичка в динамике, провести профилактику сексуальной дисморфобии.

В 2021 году нами получен патент «Способ низведения яичка при абдоминальной ретенции без пересечения внутренних тестикулярных сосудов».

ВЫВОДЫ. Описанный метод позволяет в большинстве случаев низвести жизнеспособное яичко в мошонку при любом уровне брюшной ретенции.

27. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТА НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

*И.А. Панченко, Э.С. Марабян, А.И. Шипилов, А.А. Кондраков
ГАУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр», Ставрополь*

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия – это одна из наиболее частых урогенитальных мальформаций с встречаемостью 1 на 300 новорожденных мальчиков. Хирургическое лечение проксимальных форм гипоспадии представляет собой сложную и проблемную часть уретральной хирургии. Оно охватывает как создание неомеатуса, так и коррекцию возможных ранних и поздних послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить опыт использования лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке при двухэтапной операции Брака у больных с проксимальными формами гипоспадии в условиях стационара краткосрочного пребывания уроандрологического центра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2010 по 2021 гг. в урологическом стационаре ККСУЦ прооперировано 18 первичных пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Из них с проксимально-стволовой формой гипоспадии было 14 пациентов, 4 пациента имели пенискоротальную форму гипоспадии. Возраст пациентов составлял от 5 до 14 лет.

Всем детям на догоспитальном этапе производилось урологическое обследование, в том числе включающее исследование уродинамики нижних мочевых путей.

Всем детям была выполнена операция Брака с использованием лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке. Второй этап (тубуляризация) производился через 6 месяцев после первого этапа оперативного лечения. Средняя продолжительность 1 этапа оперативного вмешательства составила 63±9,5 мин. Среднее пребывание в стационаре – 7 койко-дней. Удаление уретрального катетера производилось в среднем на 7±1 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех случаях мы не отмечали такие ранние послеоперационные осложнения как расхождение или нагноение раны, кровотечение (гематомы), отторжение трансплантата, и поздние (катамнез 5+/-2 года) осложнения в виде стриктур, камней, дивертикулов неоуретры. В одном случае отмечался свищ неоуретры; также в одном случае был меатостеноз. Данные осложнения устранены оперативным путем.

ВЫВОДЫ. Применение лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке при двухэтапной операции Брака у первичных пациентов с проксимальными формами гипоспадии является удовлетворительным и рекомендуется к применению.

28. ДЕРИВАЦИЯ МОЧИ У РЕБЕНКА С КЛОАКОЙ

*С.Л. Коварский^{1,2}, С.П. Даренков³, А.И. Захаров², Ю.В. Петрухина^{1,2}, И.С. Пинчук³,
В.С. Гладеева¹*

*¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва
²ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва
³ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Персистирующая клоака является наиболее редкой и сложной в плане хирургической коррекции аноректальной мальформацией, которая проявляется слиянием кишки, влагалища и мочевого тракта в единый канал.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения пациентов с тяжелым пороком развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Девочка 16 лет находилась в отделении урологии ДГКБ им. Н. Ф. Филатова с высокой формой персистирующей клоаки. В периоде новорожденности ребенку была наложена защитная колостома и цистостома, в возрасте 2-х лет выполнена аноректовагиноуретропластика.

В дальнейшем ребенок неоднократно находился на этапном лечении в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова. Проводились курсы консервативного лечения нейрогенного мочевого пузыря: м-холинолитики, физиолечение, химическая денервация с использованием введения ботулинического токсина типа А в детрузор. Ребенок самостоятельно мочился, отмечалось недержание мочи. Учитывая наличие большого количества остаточной мочи, у девочки оставалась цистостома.

В настоящее время у девочки отмечались жалобы на отсутствие самостоятельного мочеиспускания и подтекание мочи из цистостомического свища. При проведении цистографии емкость мочевого пузыря – 270 мл. По результатам уродинамического исследования – неадаптированный мочевой пузырь с умеренным снижением резервуарной функции. Учитывая отсутствие самостоятельного мочеиспускания, умеренное снижение емкости мочевого пузыря, встал вопрос о методе отведения мочи.

Методом первого выбора для создания кожного континентного механизма с использованием червеобразного отростка является антирефлюксное имплантирование трубки малого диаметра в подслизистый тоннель по принципу Mitrofanoff.

В связи с отсутствием червеобразного отростка, с целью создания эфферентной регулируемой стомы для полноценного удержания и эвакуации мочи, ребенку выполнена операция по ушиванию шейки мочевого пузыря с формированием континентной выводящей стомы по Монти.

Ребенок находится на режиме периодической катетеризации мочевого резервуара катетером № 12 каждые 2 часа, девочка сухая, подтекания мочи из стомы Монти нет.

ВЫВОДЫ. Несмотря на хороший результат, мы считаем, что этот вид хирургической коррекции недержания мочи у детей является крайним вариантом. И его применение обосновано только после безуспешных попыток использования всех возможных видов оперативного вмешательства, обеспечивающих удержание мочи естественными механизмами.

29. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМИНЕФРУРЕТЕРЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

С.Л. Коварский^{1,2}, Л.Б. Меновицкова², А.И. Захаров², З.З. Соттаева^{1,2}, Т.А. Склярова², К.А. Струянский², З.В. Бетанов¹, А.Н. Текотов¹, Ю.В. Петрухина^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

²ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Удвоение почки и мочеточников – самая частая аномалия мочевой системы, встречающаяся у 1 из 150 новорожденных. Эта патология часто сочетается с эктопией устья, структурой или недостаточностью пузырно-уретрального сегмента. Учитывая возможную сочетанность поражения сегментов почки при этой патологии, аспекты лечения остаются предметом постоянного изучения и совершенствования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов оперативного лечения детей с отсутствием функции одного из сегментов удвоенной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 года в отделении урологии Филатовской больницы проведено 19 геминефруретерэктомий лапароскопическим доступом. Возраст детей варьировал от 1 года до 15 лет. В протокол обследования, помимо УЗИ почек с определением кровотока, обязательными методами были компьютерная томография, цистография и статическая нефросцинтиграфия с отдельным определением функции сегментов.

У 18 детей, по данным УЗИ, компьютерной томографии и статической нефросцинтиграфии, отмечалось уменьшение размеров и отсутствие функции верхнего сегмента, а также выраженное расширение мочеточника от этого сегмента. При цистографии у 4 детей выявлен пузырно-моче-

точниковый рефлюкс в нижний сегмент: 2 детям одновременно с лапароскопической геминефруретерэктомией произведена уретероцистонеоимплантация по методике Коэн, 2 детям эндоскопическая подслизистая имплантация объемообразующего вещества (Коллаген). У одного ребенка отсутствовала функция нижнего сегмента, при цистографии выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 5 ст в нефункционирующий сегмент.

При проведении лапароскопической геминефруретерэктомии ни в одном случае конверсии не было. Время проведения операции 120 ± 30 мин. Кровотечения из сосудистой ножки во время операции и в послеоперационном периоде не отмечалось. У 3 детей при контрольном обследовании в отдаленном послеоперационном периоде (6 мес-1 год) в проекции удаленного верхнего сегмента выявлены кисты, размерами до 2 см. Одному ребенку, у которого киста была размером 3 см проведена пункция и дренирование кисты. Удаляемый мочеточник у мальчиков выделялся ниже перекреста с семявыносящим протоком, у девочек ориентиром были придатки матки. Повреждения мочеточника здорового сегмента не было ни в одном случае.

ВЫВОДЫ. Использование лапароскопической техники позволяет выполнить геминефруретерэктомию из одного доступа, что способствует облегчению течения послеоперационного периода за счет уменьшения болевого синдрома и ранней активизации больных, уменьшению количества послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации больных и отличному косметическому результату.

30. ОЛЕОГРАНУЛЕМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Т.Х. Назаров¹, В.В. Ясюченя²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

²СПбГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова», Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Олеогранулема полового члена (ОПЧ) – редкое заболевание в подростковом возрасте. Систематический поиск в PubMed и Scopus выявляет 124 случая ОПЧ у мужчин в возрасте от 17 до 71 года, что свидетельствует об отсутствии данной нозологии у детей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Ретроспективный анализ хирургического лечения ОПЧ у подростка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представляем редкий клинический случай ОПЧ у подростка. Пациент В., 16 лет, поступил 15.01.2020 г. в плановом порядке в хирургическое отделение ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова г. Санкт-Петербурга с жалобами на увеличение полового члена (ПЧ) и боли, усиливающиеся при эрекции.

Анамнез: 2 года назад пациент самостоятельно ввел под кожу ПЧ жидкое вазелиновое масло (2 инъекции по 15 мл) с целью увеличения и придания объема ПЧ. При осмотре: общее

физическое состояние удовлетворительное, адекватен, температура тела нормальная. Наружные половые органы: ПЧ больших размеров, имеется рубцовая деформация крайней плоти, которая не позволяет обнажить головку ПЧ. Кожа отечна и гиперемирована, эрозии по левой поверхности тела ПЧ. При пальпации отмечается равномерная болезненность ПЧ от головки до корня, видны множественные плотные инфильтраты на всей поверхности с распространением в надлобковую область и на переднюю поверхность мошонки ближе к корню ПЧ. Яички и придатки нормальных размеров, без особенностей. Мочеиспускание незначительно затруднено. Клинический диагноз: ОПЧ, III стадия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 16.01.2020 г. проведена операция: иссечение ОПЧ с одномоментной пластикой свободным перфорированным кожным аутоотрансплантатом. Под общей эндотрахеальной анестезией осуществлено иссечение олеогранулематозных очагов ПЧ, включая область корня до подвешивающей связки и мошонки. При помощи дерматома с передней поверхности левого бедра произведен забор кожного аутоотрансплантата. Последний перфорирован по всей поверхности скальпелем. Выполнена аутодермопластика ПЧ. Рану мошонки ушили. На ПЧ и область забора аутоотрансплантата наложили асептическую повязку с мазью. Продолжительность операции – 2 ч 30 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Уретральный катетер удален на третьи сутки, мочеиспускание удовлетворительное. Больной выписан на 7-е сутки. Контрольный осмотр через 3 и 6 мес. жалоб не имеет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Тактика оперативного вмешательства при ОПЧ III стадии с одномоментной пластикой ПЧ свободным перфорированным кожным аутоотрансплантатом, используемая у взрослых мужчин, является наиболее оптимальной и может быть использована у пациентов подросткового возраста.

31. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

*И.В. Поддубный^{1,2}, К.Н. Толстов^{1,2}, Е.В. Федорова^{1,2}, М.Г. Петрова², А.С. Ранишак^{1,2},
В.О. Трунов², М.М. Ханов¹, В.В. Сытьков^{1,2}*

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Ежегодно в отделении хирургии ФНКЦ детей и подростков ФМБА проходят обследование и лечение более 300 детей с различной уроandroлогической патологией. Несмотря на то, что основные принципы хирургического лечения гидронефроза были разработаны в 50-х годах 20 века, новые методы малоинвазивного лечения практически полностью вытеснили открытые операции. При этом в зависимости от причины, вызвавшей гидронефроз, могут использоваться разные подходы к лечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Всего за период с 2014 по 2022 гг. было проведено 102 лапароскопических вмешательства по поводу гидронефроза. У 85 пациентов проведена лапароскопическая пиелопластика в связи со стенозом пиелoureтерального перехода (56 больных), высоким отхождением мочеточника (15 больных), полипом мочеточника (2 больных), абберантным нижнеполюсным сосудом (29 больных), из них у 17 пациентов выполнена лапароскопическая неразобшающая пиелопластика (вазопексия). Возраст пациентов находился в пределах от 2 месяцев до 17 лет, в группе детей с вазопексией до 5 до 17 лет. Для подтверждения дополнительного нижнеполюрного сосуда как причины гидронефроза, всеми детям проводилась компьютерная томография с контрастным усилением. У трех пациентов в описываемой группе проводилось дооперационное наложение пункционной нефростомы в связи с выраженным расширением собирательной системы почки. В срок от 1,5 до 2 месяцев проведена лапароскопическая пиелопластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции при пластике пиелoureтерального сегмента составило от 108 до 240 минут, а при вазопексии от 75 до 110 минут, причем время прогрессивно уменьшалось по мере накопления опыта выполнения операций. Всем больным при разобшающей пластике пиелoureтерального сегмента проводилось интраоперационное стентирование мочеточника в соответствии с возрастным размером мочеточника, на срок от 1,5 до 2 месяцев после операции. У пациентов с неразобшающей пиелопластикой внутреннее стентирование было выполнено у первых 3 пациентов, далее все больные велись без установки внутренних дренажей. У 6 пациентов возникла несостоятельность анастомоза на первые сутки, что потребовало повторной лапароскопической пиелопластики с наложением нефростомы. У 1 ребенка через 1 год после неразобшающей пиелопластики возник рецидив гидронефроза, в результате была проведена лапароскопическая пиелопластика. Интраоперационных осложнений и конверсий не было.

Выводы. Лапароскопическая пиелопластика является несомненной альтернативой открытым вмешательствам на области пиелoureтерального перехода, которая обладает прекрасными функциональными и косметическими результатами.

32. ОЦЕНКА ПЯТИЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

А.К. Файзулин¹, И.В. Поддубный^{1,2}, Е.В. Федорова^{1,2}, М.Г. Петрова², А.С. Раншаков^{1,2}, В.О. Трунов², К.Н. Толстов^{1,2}, М.М. Ханов¹, В.В. Сытьков^{1,2}, А.А. Магер¹

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия – наиболее частый порок развития уrogenитального тракта у детей. Частота встречаемости данного порока в разных странах варьируется от 34,2 до 69 на 10000 рождений, а в некоторых регионах достигает 80 на 10000 рожденных мальчиков. Столь высокий процент встречаемости данного порока, совместно со сложностью лечения и высоким количеством осложнений (от 7 до 18%), делает данную проблему актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать свой опыт лечения, оценить эффективность применяемых методов лечения и сравнить их с литературными данными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2017 по 2022 гг. на базе ФНКЦ детей и подростков ФМБА России (бывшая ЦДКБ №38 ФМБА России) было выполнено 247 оперативных вмешательств по поводу различных форм гипоспадии.

Для данной работы с целью оценки результатов лечения мы отобрали 212 пациентов с дистальными и проксимальными формами гипоспадии. Дети с формой гипоспадия «типа хорды», оперативное лечение которых не включало пластику уретры, были исключены из исследования. Также мы не учитывали детей (24 ребенка), оперированных повторно после первичных неудачных вмешательств, выполненных по месту жительства в других регионах России.

Возраст пациентов – от 12 месяцев до 17 лет (средний возраст 4 года 1 месяц). Головчатая форма гипоспадии встретилась у 31 ребенка (14,62 %), венечная – у 129 (60,85 %), стволовая – у 44 (20,80%), мошоночная и промежностная – у 8 (3,73 %). Среди них у 24 пациентов (11,32%) интраоперационно после рассечения дисплазированного участка уретры констатирована более тяжелая форма гипоспадии. У 193 детей (91,03%) нами использовалась операция ТПР (уретропластика по Snodgrass). У 12 (5,66%) пациентов выполнена операция Duplay. В 2 случаях (0,94%) использовалась двухэтапная операция Брака, в 4 (1,89%) случаях при проксимальных формах применялась операция Onlay tube onlay. У 1 (0,47%) ребенка использовалась операция ГТТР.

Осложнения возникли у 9 пациентов, что составило 4,25% от общей выборки, из них у 8 в ближайшем послеоперационном периоде. В 5 случаях произошло формирование свища искусственной уретры, в 3 случаях произошел лизис неоуретры, у 1 пациента возник дивертикул неоуретры.

Время оперативного лечения составило от 20 до 180 минут (среднее время 75,6 минут.) Удаление уретрального катетера в среднем происходило на 9–11 послеоперационные сутки в зависимости от течения послеоперационного периода и протяженности дефекта уретры.

ВЫВОДЫ. Использование предоперационной подготовки в виде аппликации тестостеронсодержащей мази, применение для уретропластики запатентованного непрерывного возвратного шва, использование оптического увеличения позволило снизить число послеоперационных осложнений и улучшить косметический результат операции.

В настоящее время в клинике проводится разработка методов оценки удовлетворенности результатами оперативного лечения путем анкетирования родителей.

33. РЕЦИДИВЫ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

А.К. Файзулин¹, И.В. Поддубный^{1,2}, Е.В. Федорова^{1,2}, В.О. Трунов², К.Н. Толстов^{1,2}, М.Г. Петрова², А.С. Раншаков^{1,2}, В.В. Сытьков^{1,2}, М.М. Ханов¹

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Рецидивы после орхипексии по поводу различных форм крипторхизма являются довольно редким осложнением. Процент их возникновения колеблется от 0,2 до 10% и возрастает при абдоминальных формах. Общеизвестно, что такие дети нуждаются в повторных хирургических вмешательствах по коррекции рецидива крипторхизма. Представлен наш опыт хирургического лечения детей с рецидивами крипторхизма: тактика предоперационной подготовки и варианты хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2022 гг. сотрудниками кафедры детской хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе хирургического отделения ФНКЦ детей и подростков ФМБА России было оперировано 26 детей (28 гонад) с рецидивами крипторхизма в возрасте от 1,5 до 17 лет (средний возраст 7 лет). Односторонний рецидив был у 24 детей, двусторонний – у двоих. Достоверно не удалось проанализировать дооперационный анамнез всех детей с рецидивами крипторхизма в связи с отсутствием точных данных в предоставленных выписках. Средний период между первым и вторым оперативными вмешательствами составил 3 года (4 месяца – 8 лет). Первое оперативное вмешательство у всех детей была орхипексия. После первичной операции при осмотре гонады была обнаружена в средней или нижней трети пахового канала у 14 детей (16 гонад), у входа в мошонку в проекции наружного пахового кольца – у 7 детей. В 5 случаях пальпировать гонаду не удалось.

В качестве предоперационной подготовки для повышения эластичности яичковых сосудов проводился курс гормональной терапии ХГЧ по схеме. Исключение составляли дети в возрасте старше 6–7 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ревизия пахового канала с повторной орхипексией по методике Шемакера была выполнена у 17 больных (19 гонад). Из них 17 гонад удалось фиксировать в мошонке, две гонады – у корня мошонки. Лапароскопически ассистированная орхипексия предпринята в четырех случаях. Выполнялся лапароскопический этап мобилизации яичковых сосудов до нижнего полюса почки слева и места впадения яичковых сосудов в магистральный ствол справа. Одновременно проводили этап низведения гонады через паховый доступ. У одного больного гонада была низведена через внутреннюю медиальную ямку без вскрытия пахового канала. Таким образом, успешное повторное низведение гонад удалось достигнуть у 19 детей (21 гонада) (75%). К корню мошонки – у двоих детей (2 гонады) (7,2%). В 5 случаях (17,8%) выполнена орхэктомия в связи с атрофией гонады. Продолжительность оперативного вмешательства составляла от 55 минут до 120 минут. Интраоперационной кровопотери не было. В отдаленном послеоперационном периоде послеоперационных атрофий яичек не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В своей работе мы сформулировали риски развития рецидива крипторхизма. Повторные оперативные вмешательства при рецидивах крипторхизма лучше выполнять после предоперационной гормональной подготовки с использованием микрохирургической и, в ряде случаев, лапароскопической техники.

34. НАШ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УДВОЕНИЯ УРЕТРЫ ПО ТИПУ IIА-1

*С.Т. Агзамходжаев^{1,2}, З.Б. Абдуллаев^{1,2}, Р.Т. Батрутдинов³, А.В. Бойко⁴,
А.А. Рахматуллаев^{1,2}, К.Т. Эргашев¹, А.Т. Солиев¹*

¹«Национальный детский медицинский центр», Ташкент, Узбекистан

²«Ташкентский педиатрический медицинский институт», Ташкент, Узбекистан

³Клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург

⁴КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7», Барнаул

ВВЕДЕНИЕ. Удвоение уретры является крайне редкой врожденной аномалией развития мочеиспускательного канала. Мы приводим клинические данные ребенка с удвоением уретры по типу IIА-1 по классификации Effmann с множественными системными аномалиями (атрезия ануса, агенезия правой почки, клапан задней уретры).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Описание клинических проявлений и малоинвазивного метода лечения ребенка с полным удвоением уретры.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Мальчик в возрасте 4 лет обратился в наше отделение с жалобами на наличие двух отверстий мочеиспускательного канала и капельное выделение мочи из добавочной уретры. При осмотре на кончике головки полового члена определяются два отверстия мочеиспускательного канала, которые расположены в вертикальном направлении. Мочеиспускание происходит по вентральному меатусу, а по дорсальному отмечается капельное выделение мочи. Провести уретроскопию добавочной уретры не удалось из-за малого диаметра меатуса. Проводник был проведен через добавочную уретру для определения внутреннего отверстия уретры. При уретроскопии основной уретры был обнаружен клапан задней уретры по I типу, клапан рассечен. Семенной бугорок и шейка мочевого пузыря были без патологических изменений. При цистоскопии найден проводник на 12 часах по циферблату. Также не удалось определить устья правого мочеточника, левое устье расположено обычно. Для определения отхождения дорсальной уретры, выполнена пункция мочевого пузыря 5 мм портом для оптики. Было обнаружено, что внутреннее отверстие добавочной уретры располагалось в области шейки мочевого пузыря, на 2 мм переднее основной уретры. Из-за близкого расстояния между двумя отверстиями и риска повреждения структур основной уретры, было принято решение о наружном иссечении добавочной уретры. Произведена декутангизация полового члена, по дорсальной поверхности найдена добавочная уретра по проводнику, мобилизована от окружающих тканей, перевязана и отсечена. Наружное отверстие добавочной уретры иссечена, выполнена пластика головки полового члена.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ребенок выписан на 5-е сутки после операции. В настоящее время ребенок самостоятельно опорожняет мочевой пузырь через основной мочеиспускательный канал без симптомов дизурии. Послеоперационный Q-мах составил 13,6 мл/сек.

ВЫВОДЫ. По нашему мнению, данный малоинвазивный метод может быть альтернативным подходом к лечению удвоения уретры по типу ПА-1 с минимальными послеоперационными осложнениями.

35. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ЭЛЕКТРООЖОГА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПО МЕТОДУ ДЕ КАСТРО

В.В. Рыбченко¹, С.Л. Коварский^{1,2}, К.А. Струянский¹, Л. Я. Идрис²

¹ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Фаллопластика по методу де Кастро активно применяется у детей с афалией с мужским кариотипом 46 XY, микропенией и комплексом экстрофия–эписпадия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Продемонстрировать клиническое наблюдение пациента с частичной ампутацией полового члена после электроожога наружных половых органов, полученного во время ритуального обрезания крайней плоти с применением электроножа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Во время обрезания крайней плоти по месту жительства у мальчика произошел электроожог полового члена и мошонки. По стабилизации состояния ребенок переведен в нашу клинику. В течение года ребенку проводилась предоперационная подготовка в виде приема гормональной терапии и имплантации тканевого эндоэкспандера в область нижней части передней стенки живота, с целью формирования полноценного лоскута для выполнения фаллопластики по методу Де Кастро. Когда избыток донорского участка кожи в области нижних отделов брюшной стенки стал достаточным для формирования лоскута, ребенок поступил в отделение урологии для проведения основного этапа операции по восстановлению полового члена. Выполнен фигурный разрез кожи, лоскут послойно отсепарирован, одновременно с этим удален тканевой эндоэкспандер. Выполнено сопоставление треугольных Z-образных краев отдельными узловыми швами на дорсальной поверхности кавернозных тел с формированием неофаллоса. Выполнена кожная пластика передней брюшной стенки отдельными узловыми швами. Уретральный катетер Foley Ch/Fr 6 удален на 12-е послеоперационные сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 15-е послеоперационные сутки выполнена урофлоуметрия: объем эффективный – 95 мл, объем остаточной мочи – менее 1/3. Скорость потока мочи – 10,6 мл/сек, средняя – 5,9 мл/сек, что является хорошим результатом для ребенка данного возраста.

ВЫВОДЫ. Безусловно, для полной оценки успеха оперативного вмешательства необходимо время и наблюдение ребенка в течение нескольких лет. Но результат, который мы имеем на сегодняшний день, говорит сам за себя: ребенок может осуществлять акт мочеиспускания, физиологичный для мальчиков, он адаптирован в социуме и его психологическое состояние не страдает.

36. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

*С.Л. Коварский^{1,2}, И.М. Пепеляева¹, А.И. Захаров², З.З. Соттаева^{1,2}, К.А. Струянский¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва
2ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва*

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время при проксимальных формах гипоспадии нет единого мнения о применении одномоментных или этапных оперативных вмешательств. Количество осложнений достигает 40%. В связи с этим логичен поиск объективных показаний к применению той или иной методики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов оперативного лечения детей с проксимальными формами гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ежегодно в отделение урологии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова госпитализируется более 200 детей с гипоспадией. Проксимальные формы составляют около 20%. В нашем отделении имеется огромный опыт одномоментных пластик при проксимальных формах. С 2019 года мы внедрили двухэтапные оперативные вмешательства по методике Бракка, которые особенно целесообразны при недостатке пластического материала. Для первого этапа применялись лоскуты с внутренней поверхности щеки, кожи предплечья, крайней плоти. С 2017 по 2021 гг. было прооперировано 85 пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Пациенты были разделены на две группы, в зависимости от типа проведенного оперативного вмешательства. В первую группу (N=48) вошли дети, которым были проведены одномоментные оперативные вмешательства – операции Ходсона (23 пациента) и onlay-tube (25 пациентов). Во второй группе (N=24) были проведены двухэтапные оперативные вмешательства по методике Бракка. Проведена оценка осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде. В первой группе осложнения отмечались у 12 детей: у семи детей свищ уретры, у четырех – стеноз уретры, у одного ребенка частичное расхождение швов. Во второй группе у 6 детей отмечалось образование свища уретры, у 1 ребенка лизис лоскута. Несмотря на одинаковое количество осложнений в обеих группах, и отсутствие статистически значимых различий ($p = 0,779$), характер осложнений в первой группе был более тяжелый.

ВЫВОДЫ. Необходимо дальнейшее изучение причин осложнений при различных видах оперативных вмешательств и определение более точных показаний к применению одномоментных и этапных оперативных вмешательств с целью улучшения результатов лечения данного заболевания.

37. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

Н.Р. Акрамов^{1,2}, Э.И. Хаертдинов^{1,3}

¹Многопрофильный медицинский центр «КОРЛ», Казань

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань

³ГАУЗ «Детская Республиканская Клиническая больница МЗ РТ», Казань

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время сформировалась стойкая тенденция к сохранению уретральной площадки при коррекции гипоспадии как ткани, максимально схожей с нормальной уретрой. Однако до сих пор мало публикаций о доскональном клеточном составе и наличии патоморфологических изменений, а также не оценены риски его использования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести гистологическое исследование уретральной площадки для определения морфологических изменений и целесообразности ее применения при коррекции дистальных форм гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. У 22 пациентов с дистальной гипоспадией при проведении коррекции с использованием методики перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой иссекалась и направлялась на гистологическое исследование уретральная площадка. Для детального изучения морфологических структур проведено ИГХ-исследование с использованием первичных антител: пан-цитокератины (эпителиальные клетки), CD 31 (эндотелий сосудов), коллаген IV (базальные мембраны), виментин (фибробласты) и десмин (мышечная ткань).

Установлено 23 патогистологических изменения в уретральной площадке у 16 пациентов. Данные изменения чаще были локального характера, а в некоторых случаях обнаруживались по всей структуре гистологического материала. В 11 случаях, эпителиальная выстилка имела неравномерную толщину. На отдельных участках обнаружен не только многослойный плоский эпителий, но и однослойный однорядный, состоящий из цилиндрических или кубических клеток. В 6 случаях обнаружены признаки микроциркуляторных расстройств с наличием венозного полнокровия и периваскулярного отека. В 3 случаях выявлены воспалительные изменения с лимфогистиоцитарной инфильтрацией тканей и участками отложения фибрина. Также в 3 случаях установлены склеротические изменения в различных структурах уретральной площадки с обнаружением в них грубоволокнистой соединительной ткани.

ВЫВОДЫ. Уретральная площадка и губчатая часть нормальной уретры имеют во многом сходное гистологическое строение. В то же время при гипоспадии в уретральной площадке определяются патоморфологические изменения: нарушение строения эпителиальной выстилки,

склеротические процессы, микроциркуляторные расстройства и воспалительная клеточная инфильтрация. Наличие подобных изменений необходимо учитывать при выборе методики коррекции дистальных форм гипоспадии, поскольку они могут негативно отразиться на результатах хирургической коррекции гипоспадии с использованием уретральной площадки.

38. ТРАНССКРОТАЛЬНАЯ ОРХОПЕКСИЯ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ

Н.Р. Акрамов^{1,2}, А.А. Рахматуллаев³, А.А. Исроилов⁴, Э.И. Хаертдинов^{1,5}

¹Многопрофильный медицинский центр «КОРЛ», Казань

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», Казань

³«Ташкентский педиатрический медицинский институт», Ташкент, Узбекистан

⁴«Юнусабадский Медицинский Центр», Ташкент, Узбекистан

⁵ГАУЗ «Детская Республиканская Клиническая больница МЗ РТ», Казань

ВВЕДЕНИЕ. Существующие методы хирургической коррекции двухстороннего крипторхизма, несмотря на достигнутые значительные успехи, выполняются этапно, имеют рецидивы и осложнения. В связи с этим актуально определить возможность использования одноэтапного трансскротального доступа при орхопексии у мальчиков с двухсторонним крипторхизмом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2011-2020 гг. было прооперировано 92 пациента с двухсторонним паховым крипторхизмом с использованием срединного трансскротального доступа. Из них 5 имели высокую паховую ретенцию яичка, 40 – низкую паховую ретенцию и 57 – паховую эктопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты лечения оценивали через 2, 6 и 12 месяцев после операции. Осложнения были выявлены у 8 пациентов: у 1 – односторонний рецидив крипторхизма, у 2 – односторонняя атрофия яичка, у 5 – подкожная гематома мошонки, которая самостоятельно купировалась в течение двух месяцев. Односторонний рецидив крипторхизма и атрофия одного яичка возникли при использовании трансскротального доступа у мальчиков с высокой паховой ретенцией яичка, еще в одном случае односторонняя атрофия яичка развилась при низкой форме паховой ретенции яичка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, двухстороннюю трансскротальную орхопексию целесообразно использовать у мальчиков с низкими паховыми формами и паховой эктопией яичек. Данный доступ нецелесообразно использовать при высокой паховой ретенции яичка.

39. ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Д.А. Рахимов^{1,3}, А.Л. Асадуллоев², Ш.М. Мирзоев², Д.Р. Махмудов³

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

²Центральная больница района им. Б. Гафурова, отделение детской хирургии, район им. Б. Гафурова, Таджикистан

³Центральная больница района им. Б. Гафурова, урологическое отделение, район им. Б. Гафурова, Таджикистан

ВВЕДЕНИЕ. Варикоцеле – это распространенное заболевание половой сферы мужчин различного возраста, которое является одной из причин мужского бесплодия, тянущих болей, частых рецидивов хронических половых заболеваний. Кроме того, оно является проблемой для отбора призывников на военную службу. Частота этого заболевания по данным различных авторов неодинакова и зависит от возраста, расовой принадлежности. Встречается в 2,5 до 30,9% случаев, поэтому имеет не только медицинское, но и социальное значение. Частота этого заболевания неодинакова в различном возрасте. В дошкольном она встречается в 0,1-0,2%, в школьном 2,2-10% и более старших лет до 31%. Как известно, причины возникновения и факторы риска очень многочисленны и разноречивы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить сроки проведения оперативного лечения с целью предотвращения неблагоприятных осложнений данного заболевания в подростковом возрасте.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В течение последних 5 лет в отделениях детской хирургии и урологии Б. Гафуровской ЦРБ прооперированы 80 больных с варикозным расширением вен семенного канатика. Возраст 10-14 лет – 30 (37,5%), 15-18 лет – 50 (62,5%) больных. В 87% случаев нами установлено левостороннее варикоцеле. Заболевание было установлено при медицинском осмотре в школе и в военкомате. При поступлении пациентам проводилось общеклинические анализы, визуальный и пальпаторный осмотр половых органов, ультразвуковое серошкальное и доплерграфическое исследование органов мошонки. Операции проводились под общим и местным обезболиванием в зависимости от возраста. В результате проведенных исследований отмечается, что возрастной ценз, как в возрасте больного, так и давности заболевания играют одну из ключевых значений в развитии и функционировании яичек наличием у них варикозно расширенных вен. В 35 случаях проведена варикоцелэктомия методом Иванисевича, в 45 – Мармар (59,7%). Хотелось бы отметить, что в последнее время число операций методом Мармар увеличивается, и это дает свои положительные результаты. Анализ работы показал, что осложнения после операции по методу Иванисевича встречалось у 1,0% и Мармару у 0,2% больных.

ВЫВОДЫ. Ранее выявление и изучение анамнеза подростков с варикозным расширением вен семенного канатика имеет значительную диагностическую ценность, а своевременно выбранная тактика лечения предотвращает развитие осложнений. Стоит отметить, что методом выбора оперативного вмешательства является микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия методом Мармар.

40. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА

М.В. Левитская², О.Г. Мокрушина^{1,2}, В.С. Шумихин^{1,2}, Н.О. Ерохина², А.А. Бебенина¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.

Пирогова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», хирургическое отделение для новорожденных и недоношенных детей, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Гидронефроз является часто диагностируемой аномалией мочевыделительной системы при проведении пренатальной ультразвуковой диагностики. Лапароскопическая пиелопластика является «золотым» стандартом коррекции гидронефроза. Оценить функцию и резервные возможности ткани почки до проведения пиелопластики в случаях тяжелой степени гидронефроза не представляется возможным без дополнительных методов обследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения детей с тяжелой степенью гидронефроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2012 по 2020 гг. было пролечено 170 детей первого года жизни с IV степенью гидронефроза (классификация Open, 2006 г). Мальчиков было 127(74%), девочек 43 (26%), левосторонних поражений у 98 детей (57%), правосторонних 72 детей (43%). Возраст детей был от 3 дней до 8 месяцев. Все дети разделены на 2 группы: с предварительным отведением мочи 55(33%) – 1 группа; без предварительного отведения мочи 115 (67%) – 2 группа. Критериями отбора были уменьшение толщины паренхимы менее 5 мм, выраженное угнетение кровотока, расширение лоханки более 25 мм. Для оценки резервных возможностей почки у детей 1 группы первым этапом проводилось отведение мочи с помощью установки пункционной нефростомы. Длительность дренирования составила 40 дней (5±2), эффективность была в 98% (54 случаев). Лапароскопическая пиелопластика проводилась трансперитонеальным доступом с резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента и дренированием собирательной системы почки. Результаты оценивались по следующим критериям: восстановлению уродинамики, функции почечной паренхимы, инфекционным осложнениям. Выявлено, что у детей с предварительным отведением мочи темпы сокращения лоханки лучше на 13 %, чем у 2 группы, несмотря на одинаковый процент продленного стентирования в обеих. Предварительное отведение мочи увеличивает темпы прироста паренхимы и способствует улучшению кровотока (1 группа – 77%, а в 2 группе 65% случаев). Функциональное состояния почечной паренхимы оценивалось с помощью статической нефросцинтиграфии (99mTc-ДМСА) с оценкой количества очагов и снижения накопления РФП. Было отмечено, что развитие тяжелой степени нефросклероза одинокого в обеих группах (1 группа – 10 (18%), во 2 группе 23 (20%) детей). Инфекционные осложнения чаще встречались у детей 1 группы 9 (18%) человек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предварительное отведение мочи позволило улучшить темпы роста паренхимы, восстановить кровоток и функциональное состояние почечной паренхимы.

41. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПМР ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

*П.И. Чумаков
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Ставрополь*

ВВЕДЕНИЕ. Антирефлюксный уретероцистоанастомоз одного или обоих рефлюксирующих мочеточников, особенно при их выраженной дилатации, представляет технические трудности. При изолированной пластике каждого мочеточника или обоих (en blok) в результате их операционной травмы возникают выраженные нарушения васкуляризации и иннервации мочеточников, находящихся в едином футляре и имеющих общую адвентицию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Создание новой антирефлюксной пластики устья мочеточников при их удвоении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Из слизисто-подслизистого лоскута мочевого пузыря создавался внутрипузырный отдел общий для обоих удвоенных мочеточников с одним искусственным устьем. После вскрытия мочевого пузыря в устья удвоенных мочеточников, нормальное и рефлюксирующее, до почечной лоханки проводим полиэтиленовые трубки диаметром номера 5-8 по Шарьеру. Окаймляющим разрезом слизистой оболочки мочевого пузыря от устья рефлюксирующего мочеточника, захватывая устье нормального мочеточника, в направлении устья противоположного, выкраиваем лоскут. На трубках отдельными кетгутowymi швами сшиваются внутренние края лоскута. Вторым рядом кетгутowych швов сформированная трубка покрывается слизисто-подслизистым лоскутом стенки мочевого пузыря. Технический принцип операции аналогичен операции Дюплея (Duplay) при гипоспадии. Созданный внутрипузырный отдел, общий для обоих удвоенных мочеточников (нормального и рефлюксирующего) с одним искусственным устьем, выполняет роль клапана, препятствующего пузырно-мочеточниковому рефлюксу и не препятствующий транспорту мочи из почки в мочевой пузырь.

По данной методике оперировано 26 детей в возрасте от 4 до 15 лет (38 рефлюксирующих мочеточников). 10 детей с двух сторон одновременно. Отдаленные результаты изучены у всех в сроки от 6 месяцев до 4 лет. Почки на стороне операции функционируют хорошо. Признаков нарушения оттока мочи из почки по удвоенным мочеточникам нет. Пузырно-мочеточникового рефлюкса нет.

ВЫВОДЫ. Предлагаемая методика может быть использована при лечении ПМР при полном удвоении мочеточников.

42. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ФЕТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА, РОЛЬ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

М.В. Левитская³, Е.В. Юдина², О.Г. Мокрушина^{1,3}, В.С. Шумихин^{1,3}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», хирургическое отделение для новорожденных и недоношенных детей, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Хирург является непосредственным участником антенатального консультирования. Своевременность необходима для выявления фатальных пороков развития, требующих прерывания беременности до 22 недели гестации. Достоверность диагностики обеспечивается соблюдением алгоритма последовательного описания почек плода, разработанного нашим коллективом за 12 лет совместной работы. Достоверное информирование супружеской пары о течении и исходе заболевания может осуществить только хирург, уролог со стажем работы не менее 10 лет, это позволяет избежать субъективной трактовки видение перспектив жизни ребенка и семьи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты антенатальной диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Основанный в 2009 году на базе ДГКБ им Н.Ф. Филатова кабинет дородовой диагностики пороков развития плода, позволил накопить огромный опыт в прогнозировании и течении различных нозологических форм. За последние 12 лет (2009-2021 гг.) в отделении пренатальной диагностики ДГКБ им Н.Ф. Филатова антенатальное консультирование проведено у 6419 беременных, из них с пороками развития МВС у плода 3937 консультаций. В третьем триместре беременности должна быть сформирована группа детей, которым необходимо оказание медицинской помощи после рождения. В эту группу входят дети с критическими расширениями лоханки и мочеточника, уриномами, инфравезикальной обструкции у плодов мужского и женского пола. Фетальная хирургия плода с пороками развития МВС включает в себя везикоамниотическое шунтирование (ВАШ), нефроамниотическое шунтирование (НАШ) и фетальную цистоскопию. Задачей детского хирурга является определить объективные показания к проведению процедуры ВАШ. Нами проведено 4 процедуры нефроамниотического шунтирования при уриноме больших размеров на 27-28 неделях гестации. В 3 случаях процедура имела успех, уринома была купирована, но в долгосрочном прогнозе функции почек отсутствовали, в одном случае произошла миграция шунта.

ВЫВОДЫ. Антенатальная диагностика пороков развития МВС на современном этапе развития позволяет выбрать оптимальный подход к диагностике, прогнозированию и срокам коррекции данной группы пороков.

43. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЪЕМОБРАЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ УДЕРЖАНИЯ МОЧИ У БОЛЬНЫХ С ЭМП ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Ю.Э. Рудин¹, А.Ю. Рудин², Д.В. Марухненко¹, Г.В. Лагутин¹, В.И. Руненко²

¹НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Комплекс экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – эписпадия (Э) – один из наиболее сложных пороков развития для хирургической коррекции. Экстрофия встречается с частотой 1:46000 новорожденных, эписпадия – 1:180000. Усилия лечения направлены на достижение достаточной емкости мочевого пузыря (МП) и хорошего удержания мочи. После первичного закрытия с пластикой шейки мочевого пузыря удержания удается достичь у 35-60 % пациентов. При условии сформированной шейки трансуретральное введение объемобразующих веществ и введения ботулинического токсина типа А в стенку мочевого пузыря, помогает улучшить удержание мочи и обеспечить рост мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе детского уроandroлогического отделения ФГБУ НИИ Урологии им. Н.А. Лопаткина и ДГКБ святого Владимира за период с 2016-2021 гг. пролечено 43 ребенка с ЭМП (31) и эписпадией (Э) (12) с недержанием мочи. Пациенты условно разделены на две группы. В 1 группу вошли 30 детей, с ЭМП (22), получавших этапное лечение, и с Э (9), которым ранее выполнена пластика шейки МП. Остеотомия костей таза проведена 26 детям. Вторую группу составили 12 детей с микроцистисом, с ЭМП (9) и Э (3), которым пластику шейки МП не проводили. Всем детям выполнялось трансуретральное введение объемобразующего вещества в область шейки мочевого пузыря. 22 детям, включая всех детей с микроцистисом (12) – введение ботулинического токсина типа А в стенку мочевого пузыря. Максимальный срок наблюдения составил 6 лет.

Эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря проводилась в положении пациента для литотомии. Объемобразующее вещество вводили под наркозом в подслизистый слой в области шейки мочевого на 3 и 9 часах условного циферблата. Доза препарата зависела от диаметра шейки мочевого пузыря, тонуса сфинктера и варьировала от 0,5 до 3 мл. По окончании операции мочевой пузырь дренировался уретральным катетером на сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения наблюдались у трех детей (6,9%). В двух наблюдениях отмечалось развитие восходящего пиелонефрита, что потребовало более длительного дренирования мочевого пузыря уретральным катетером после операции. У одного ребенка (2,3%) в связи со снижением скорости потока мочи, вызванным обструкцией в области шейки мочевого пузыря, потребовалось эндоскопическое рассечение болюса введенного препарата.

В 1 группе (30) удержание мочи 3 часа и более достигнуто после эндоскопической коррекции

шейки мочевого пузыря объемобразующим веществом в сочетании с введением ботулинического токсина типа А в стенку мочевого пузыря удалось достигнуть у 29 (96,6%) детей с ЭМП и Э.

Во второй группе (12) некоторое увеличение емкости мочевого пузыря с/без значимого улучшения удержания мочи наблюдали 11 детей.

ВЫВОДЫ. Таким образом, трансуретральное введение объемобразующего вещества в шейку МП пузыря наиболее эффективно у детей, которым удалось предварительно сформировать протяженную не мене 2-3 см шейку мочевого пузыря. Двусторонняя остеотомия позволила не только улучшить косметический эффект, но и удержание мочи за счет анатомического восстановления эргономики мышц тазового дна. Эффект введения ботулотоксина так же был выше у детей, имеющих лучшее удержание мочи. При отсутствии сформированной шейки МП введение объемобразующего вещества не способствует значимому улучшению удержания мочи.

44. ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТАРИЯ МИНИАТЮРНОГО РАЗМЕРА

*Ю.Э. Рудин, А.Б. Вардак, Л.Д. Арустамов
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва*

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время перкутанная нефролитотрипсия является основным методом лечения крупных и коралловидных конкрементов у детей.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ. Повышение эффективности перкутанной нефролитотрипсии детям с использованием инструментария миниатюрного размера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2008 по 2019 гг. в детском уроandroлогическом отделении ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России нефролитотрипсия выполнена 320 детям в возрасте от 1 до 17 лет. В зависимости от размера применяемого инструментария пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли дети, которым оперативное вмешательство выполнялось по методике мини-ПНЛ (n-211), во вторую группу вошли пациенты, оперированные по методике ультрамини-ПНЛ (n-16) и в третью – дети, перкутанное вмешательство которым проводилось с использованием нефроскопа стандартного размера (n-93).

Вмешательство выполнялось по стандартной методике. Всем пациентам проводилась цистоскопия, катетеризация мочеточника, формирование доступа, литотрипсия, литоэкстракция и установка нефростомического дренажа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой исследуемой группе детей полное избавление от клинически значимых по размеру (резидуальные конкременты размером меньше 4 мм) конкрементов непосредственно после первичного вмешательства достигнуто у 169 (80,1%) пациентов детского

возраста. Во второй группе показатель составил 13 (81,2%) детей. В третьей группе избавление от конкрементов было достигнуто у 73 (78,5%) пациентов. Среднее время, которое потребовалось для выполнения оперативного вмешательства, во всех трех исследуемых группах сопоставимо и составило в первой группе – 45 (40-125) минут, во второй – 40 (25-85) минут и в третьей – 50 (40-180) минут. Окончательная эффективность перкутанной нефролитотрипсии у детей с использованием инструментария различного размера в первой группе составила 89,6%, во второй – 93,7% и 88,1% – в третьей исследуемой группе. Пребывание детей в стационаре после выполнения оперативного лечения составило: 4 (3-12) дня для первой группы, 3,5 (3-7) и 4,5 (3-17) дня – для второй и третьей групп соответственно. Потребность в дополнительных вмешательствах после проведения перкутанной нефролитотрипсии пациентам детского возраста составила – у 69 (32,7%) детей в первой группе, 4 (25%) – во второй и у 41 (44,1%) – в третьей группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение мини-ПНЛ, ультрамини-ПНЛ позволяет сократить продолжительность времени оперативного вмешательства на 10% и 20%, пребывание детей в стационаре после ПНЛ на 11,2% и 22,3%, необходимость в дополнительных вмешательствах на 11,4% и 19,1%, сократить общее число осложнений на 10% и 12,2% соответственно, по сравнению с применением инструментария стандартного размера. Использование мини-ПНЛ у детей показано в младшей и средней возрастной группах, ультрамини-ПНЛ показано при единичных конкрементах до 2 см или как дополнительный доступ при формировании мультидоступов.

45. ЭНДОПИЕЛОТОМИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГИДРОНЕФРОЗА ПОСЛЕ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

*Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин,
А.Б. Вардак, Д.К. Алиев
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. В клинической практике вызывает трудности определение правильного подхода в лечении рецидива гидронефроза после пиелопластики у детей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты применения эндопиелотомии (ЭП) у детей с рецидивом гидронефроза после пиелопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. ЭП провели 46 пациентом (с 2008 по 2021 гг.). Средний возраст – 6,3 года (2-17 лет). Всем пациентом ранее была проведена пиелопластика открытая (32) или лапароскопическая (14). Антеградную ЭП выполнили 40 детям, 6 – выполнили ретроградную ЭП. Средняя длина стриктуры составила 0.75 см (0.2-1.0 см). Для рассечения стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента использовался гольмиевый лазер.

Внутренний стент 5-7 Ch (и нефростомический дренаж при антеградной ЭП) устанавливался в конце процедуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время операции составило 51,6 мин. (42-84 мин.). Осложнений не было зафиксировано. Сочетание ЭП с нефролитотрипсией требовалось 14 пациентам (25.9%) («лигатурный» нефролитиаз). Хороший результат (период наблюдения 6 мес-12 лет) наблюдается у 38 пациентов (82.6%) с длиной стриктур < 8 мм. При протяженных стриктурах, в 8 случаях (17.4%), применение ЭП было неэффективным. В дальнейшем, этой группе пациентов была выполнена лапароскопическая пиелопластика с хорошим результатом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ЭП эффективный метод лечения рецидива гидронефроза после пиелопластики, при стриктурах 5-8 мм и «лигатурном» нефролитиазе. Противопоказанием к выполнению ЭП являются: первичный врожденный гидронефроз и гидронефроз, обусловленный aberrантным сосудом. Пациенты со стриктурами > 10 мм и существенным снижением почечной функции демонстрируют неблагоприятные результаты после ЭП.

46. ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ ВНЕПУЗЫРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ

Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Удвоение мочевыводящих путей – наиболее распространенное нарушение дизэмбриогенеза мочеточников. Возможно неполное и полное удвоение мочевыводящих путей, при котором каждая из удвоенных лоханок дренируется собственным мочеточником и имеет отдельное устье. При этом устье мочеточника верхней половины, согласно закону Вейгерта-Мейера, открывается дистальнее и медиальнее. В 25% случаев устье верхней половины может быть эктопировано, внутри- или внепузырно. Частота встречаемости эктопии устья составляет примерно 1 на 2000 новорожденных. Эктопия устья мочеточника верхней половины удвоенной почки у девочек встречается в 4–5 раз чаще чем у мальчиков. Внепузырная локализация устья может варьировать, в редких случаях это матка и влагалище (30%), чаще – преддверие влагалища (38%), зона шейки мочевого пузыря и уретра (32%).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Хирургическому лечению подлежат те пациенты, у которых на фоне полного удвоения мочевыводящих путей имеются симптомы рецидивирующей инфекции,

обструкции мочеточника, пузырно-мочеточникового рефлюкса или недержания мочи при внепузырной эктопии устья верхней половины. В случаях снижения функции верхней половины удвоенной почки показана геминефрэктомия, при сохраненной функции – операции, направленные на восстановление адекватного пассажа мочи: реимплантация мочеточника, уретероуретроанастомоз, пиелоуретроанастомоз.

Учитывая вариативность подхода к лечению эктопии устья мочеточника, а также разногласия в выборе методики операции, интересен клинический случай лечения недержания мочи при внепузырной эктопии устья добавочного мочеточника.

В детское отделение НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина поступила девочка 3 лет с симптомами постоянного капельного недержания мочи на фоне нормального акта мочеиспускания. На этапе обследования выполнена компьютерная томография с внутривенным контрастированием, выявлено полное удвоение мочевых путей справа и неполное слева. По данным статической нефросцинтиграфии функция почек с обеих сторон в пределах возрастных значений, по данным УЗИ истончения паренхимы не выявлено. При цистографии данных за ПМР не получено. Также выполнена проба с введением синьки в мочевой пузырь, при этом окрашивания прокладки не отмечено. К сожалению, ни при осмотре наружных половых органов, ни при цистоскопии локализовать внепузырно эктопированное устье не удалось.

Так как выполнение геминефрэктомии верхней половины справа было патогенетически необоснованным, нами было принято решение выполнить лапароскопический экстравезикальный уретероцистоанастомоз верхней половины удвоенной правой почки. Мочеточник был максимально мобилизован в дистальном направлении, отсечен, реимплантирован на заднюю стенку мочевого пузыря в поперечном направлении с формированием антирефлюксного механизма по Грегуару-Бондаренко. Подтекание мочи после окончания операции прекратилось полностью.

Выводы. Таким образом, мы полагаем, что при отсутствии снижения функции верхней половины удвоенной почки, считаем более целесообразным выполнение экстравезикального уретероцистоанастомоза лапароскопическим доступом.

47. СЛОЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ДЕТЕЙ

*Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин, А.Б. Вардак, Д.К. Алиев
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва*

ВВЕДЕНИЕ. Малоинвазивный и высокотехнологический пневмозикоскопический доступ в последние годы стал активнее применяться в ведущих центрах России для коррекции патологии уретеровезикального сегмента у детей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить возможности использования пневмозикоскопического доступа и провести анализ результатов лечения сложных клинических случаев коррекции патологии уретерovesикального сегмента с сопутствующими пороками развития верхних мочевых путей и мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина за 7 лет (с 2014 по 2021 гг.) был прооперирован 61 пациент с использованием пневмозикоскопического доступа. Всем пациентам была выполнена трансстригональная реимплантация мочеточников (РМ) по Коэну. К сложным клиническим случаям мы отнесли РМ: билатеральную (2); с обуживанием мегауретера (11); при обструкции мочеточника объемобразующим веществом (7); с иссечением уретероцеле (3); с иссечением дивертикула мочевого пузыря (3), с полным удвоением верхних мочевых путей и уретероцеле (1).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время операции – 135 мин. (80-235 мин.). Для выполнения одномоментной коррекции сочетанных пороков развития мочевыводящих путей требовалось вдвое больше времени, чем при стандартной РМ. Применение обуживания мочеточника снизило количество пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) в послеоперационном периоде, по сравнению с данными литературы, с 30 % до 1.8%. При РМ единым блоком при полном удвоении верхних мочевых путей (с мегауретером и ПМР) в послеоперационном периоде не отмечалось дальнейшего снижения функции почки. По данным УЗИ через 1-3-6 мес. у всех больных отмечалось постепенное уменьшение размеров ЧЛС и мочеточника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение пневмозикоскопического доступа, при одномоментной коррекции сочетанных пороков развития мочевыводящих путей, эффективно и безопасно при наличии достаточного опыта в его использовании при стандартной реимплантации мочеточников.

48. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ГЕЛЯ ТЕСТОСТЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МИКРОПЕНИСА У МАЛЬЧИКОВ

Н.В. Иванов¹, Е.Б. Башина¹, С.В. Выходцев², А.И. Федорова²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра эндокринологии имени академика В.Г. Баранова

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Микропенис (МП) – аномально малый, но правильно сформированный половой член (ПЧ) с отверстием уретры на головке, не соответствующий по размерам возрастным нормам. МП может быть идиопатическим, а также симптомом врожденного пангипопитуитаризма,

гипопитуитаризма с гипогонадотропным гипогонадизмом, нарушения формирования пола (дисгенезия гонад, нарушение синтеза андрогенов, резистентность к андрогенам). Трудности диагностики и лечения части случаев МП связаны с отсутствием значимого повышения уровня гонадотропинов в крови таких пациентов. Для лечения МП применяют хорионический гонадотропин, инъекции эфиров тестостерона (Т), а также трансдермальный гель Т или дигидротестостерона (ДГТ, не зарегистрирован в России).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить влияние 1% геля Т при лечении идиопатического МП у мальчиков на размер ПЧ, а также на показатели системы гипофиз – гонады и риск развития преждевременного полового развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании включили двух мальчиков с идиопатическим МП (возраст 1,2 и 1,8 года). У пациентов оценивали показатели системы гипофиз – гонады, определяли стадию полового развития по шкале Таннера. Гипопитуитаризм и нарушения формирования пола (синдромы Рейфенштейна, Клайнфельтера, де ля Шапелль, дефицит 5 α -редуктазы, нарушения синтеза андрогенов) у пациентов были исключены. Для лечения применяли 1% гель Т в дозе 12,5 мг/сут путем однократного нанесения на кожу тела ПЧ в течение 3 месяцев. Длину ПЧ измеряли сантиметровой лентой перед лечением, через 3 месяца от начала лечения и через 1 год после его окончания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У обоих мальчиков на фоне лечения отмечали увеличение длины ПЧ: в одном случае увеличение длины составило от 0,7 см до 1,8 см через 3 месяца, в другом случае – увеличение длины составило от 0,9 см до 2,1 см через 3 месяца. На фоне лечения у обоих пациентов отметили увеличение в крови уровня Т примерно в 2 раза и уровня ДГТ в 1,5 раза. Изменений стадии полового развития при лечении выявлено не было. У пациентов не наблюдали роста лобкового и подмышечного оволосения, пигментации мошонки и ПЧ, ускорения роста и увеличения объема яичек. Через год признаков преждевременного полового развития не наблюдали. Регрессии размеров ПЧ после отмены терапии выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Трансдермальный 1% гель Т в дозе 12,5 мг/сутки при нанесении на кожу тела ПЧ в течение 3 месяцев был эффективен при лечении идиопатического МП у мальчиков в возрасте до 2 лет. Применение геля Т не вызвало преждевременного полового развития у пациентов.

49. ПУБЕРТАТНОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И СПЕРМАТОГЕНЕЗ У ЮНОШЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕ ЛЯ ШАПЕЛЛЬ (46,XX SRY+)

Н.В. Иванов¹, Е.Б. Башнина¹, С.В. Выходцев², А.И. Федорова²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра эндокринологии имени академика В.Г. Баранова

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Синдром де ля Шапелль описан как форма гипогонадизма у мужчин с кариотипом 46,XX (А. де ля Шапелль, 1964) и относится к группе орфанных заболеваний. В 80% случаев за-

болевание развивается в результате кроссинговера гена SRY на X-хромосому или аутосому в процессе мейоза гаметогенеза у родителей пробанда. У эмбриона в результате формируется неполноценное яичко, что в дальнейшем сопровождается нарушением вирилизации гениталий различной степени тяжести и формированием гипергонадотропного гипогонадизма (ГГГ) в пубертате. Взрослые мужчины с данным синдромом обращаются в связи с сексуальными нарушениями и бесплодием.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить состояние системы гипофиз-гонады, характер полового развития и показатели спермограммы у юношей пубертатного возраста с синдромом де ля Шапелль.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 4 пациента (возраст 16, 17.5 и 19 лет) с кариотипом 46,XX SRY+. Всем пациентам выполняли оценку гормональных показателей системы гипофиз – гонады методом ИФА и РИА. Стадию полового развития определяли при помощи шкалы Таннера. Оценка вирилизации гениталий проводили при помощи шкал Прадера и Сеннекера. Объем яичек измеряли с помощью орхидометра Прадера и УЗИ. Гинекомастию оценивали методом пальпации и УЗИ. Спермограмму оценивали по методике ВОЗ (2021).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У двух пациентов (16 и 19 лет) была выявлена задержка полового развития в виде недостаточного формирования вторичных половых признаков: уменьшенное лобковое и подмышечное оволосение 1-й ст. по шкале Таннера. У двух других подростков (17,5 и 19 лет) половое развитие соответствовало 5-й стадии по шкале Таннера. У всех четырех пациентов длина полового члена была более 5 см. Гипоспадии, гинекомастии и крипторхизма не было выявлено ни в одном случае. У всех юношей был выявлен ГГГ. Уровень общего тестостерона был менее 6 нмоль/л, а уровень ЛГ более 20 мМЕ/л. Размер яичек у всех пациентов был менее 5 мл, что сопровождалось азооспермией.

ВЫВОДЫ. Для большинства подростков с синдромом де ля Шапелль характерно значительное уменьшение объема яичек, формирование ГГГ в пубертате, дефицитом тестостерона и азооспермией. Тяжелых нарушений вирилизации (микропенис, гипоспадия), гинекомастии и крипторхизма в обследуемой группе не выявлено. Всем подросткам с синдромом де ля Шапелль и задержкой полового развития показана заместительная терапия тестостероном, начиная с 14 лет.

50. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

*Ш.Ф. Шарипов¹, Р.З. Ахметшин¹, С.А. Коновалов¹, М.М. Ахмаров¹, Р.Р. Яниахметов¹,
Ш.С. Смаков¹, Р.И. Сафиуллин², Д.И. Кремешная³
¹ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Уфа
²Клиника ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, Уфа
³ГБУЗ «Городская детская клиническая больница № 17», Уфа*

ВВЕДЕНИЕ. Впервые об использовании роботизированных систем в педиатрической популяции стало известно в 2001 году. В 2017 году в России специалистами Европейского медицин-

ского центра проведена первая робот-ассистированная операция 2-летнему ребенку по поводу гидронефроза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка результатов первых роботизированных операций у детей в РБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2021 году на базе Клиники БГМУ впервые в РБ прооперировано 3 ребенка на роботизированной хирургической системе Da Vinci. Возраст пациентов составлял 15–17 лет. В предоперационном периоде дети обследовались в условиях детского урологического отделения РДКБ. В одном случае у ребенка выявлена солитарная киста правой почки, размерами 59,1*65,7*57,1 мм. Проведена робот-ассистированная лапароскопическая резекция кисты правой почки. У двоих детей диагностирован гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения – им выполнена робот-ассистированная расчленяющая пиелопластика по Андерсону с установкой внутреннего стента. Стенты удалены через 1–1,5 месяца.

Продолжительность операций составляла 45±15 мин. Послеоперационный койко-день составлял до 4 дней. В ходе динамического наблюдения в послеоперационном периоде проводилось УЗ-исследование через 1, 3, 6, 9 месяцев после оперативного лечения. Результаты оперативного лечения оценивались по данным УЗИ. На контрольном УЗИ через 9 месяцев размеры остаточной полости у ребенка с солитарной кистой составляли 22*22*20 мм. У детей с гидронефрозом отмечалось сокращение размеров ЧЛС с 44*60 до 32*42 мм и с 42*82 мм до 22*48 мм соответственно через 9 месяцев после операции.

ВЫВОДЫ. Робот-ассистированная пиелопластика у детей не уступает по эффективности лапароскопическим методам. А прецизионность роботических операций является важным преимуществом в педиатрической практике. Однако техническая возможность ограничивает минимальный возраст детей, а доступность роботических установок не позволяет проводить большое количество операций.

51. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

*Р.З. Ахметшин, С.А. Коновалов, Ш.С. Смаков, М.М. Ахмаров, Ш.Ф. Шарипов, Р.Р. Янихметов
ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», урологическое отделение, Уфа*

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия – один из распространенных пороков развития наружных половых органов. В детской урологии гипоспадия встречается с частотой 1 случай на 200–300 новорожденных мальчиков, составляя 1–4 % среди всей урологической патологии. И наблюдается стойкая тенденция к увеличению встречаемости этого порока. Большое количество этиологических факторов, многообразие клинических проявлений, тяжелое течения заболевания

при некоторых формах патологии, а также тенденция к увеличению частоты встречаемости, трудность лечения порока, вследствие разнообразия форм гипоспадий и методов их коррекции, частота осложнений и высокие косметические требования к результатам лечения, определяют актуальность этой проблемы для современной медицины.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ результатов хирургического лечения различных форм гипоспадий у детей с последующим выбором наиболее эффективного метода коррекции порока развития уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты оперативного лечения 501 пациентов с гипоспадией в возрасте от 1 до 18 лет за период августа 2017–февраль 2021 гг., находившихся на стационарном лечении в отделении урологии (в том числе по пересадке почек) Республиканской детской клинической больницы в г. Уфа. Из них 323 (64,4%) детей – со стволовой формой, 34 (6,7%) – мошоночной, 98 (19,5%) – головчатой, 25 (4,9%) – гипоспадией без гипоспадии.

Операции проводились с использованием преимущественно методов пластики уретры по Снодграсс-Дюплея, Мэтью, Бракка, Дакетта и Бэлмана, а также выпрямление полового члена при гипоспадиях без гипоспадии, по типу «хорды».

Статистика роста гипоспадий по Республике Башкортостан по годам:

- За 2017 г. – 74;
- За 2018 г. – 92;
- За 2019 г. – 103;
- За 2020 г. – 110;
- За 2021 г. – 122.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Была выполнено 501 операция.

- Уретропластика по Снодграсс-Дюплею (%) – 119;
- Уретропластика по Бракка I (%) – 26;
- Уретропластика по Бракка II (%) 26;
- Уретропластика по Дюкетту (%) – 34;
- Уретропластика по Мэтью (%) – 112;
- Уретропластика по Белману (%) – 143;
- Выпрямление полового члена (%) – 41.

Наиболее частые осложнения: свищи уретры 28%, стриктура уретры 2%.

ВЫВОДЫ. Уретропластика по методике Бэлмана может использоваться как наиболее эффективный метод коррекции проксимальных и дистальных стволовых форм гипоспадий. Отмечается рост числа пороков развития полового члена. Методики, применяемые для коррекции порока развития уретры, все еще требуют дальнейшего исследования и доработки.

52. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

А.А. Сагымбаева^{1,2}

¹Казахский медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, кафедра детской хирургии, Алматы

²Научный центр педиатрии и детской хирургии, отделение детской урологии, Алматы

ВВЕДЕНИЕ. В последние три десятилетия в ряде стран мира среди детского населения все чаще диагностируется мочекаменная болезнь. В связи с глобальными изменениями в состоянии здоровья населения нашей планеты, социальная значимость мочекаменной болезни в последнее время приобрела новую актуальность.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить результаты диагностики и лечения пациентов с мочекаменной болезнью в отделении детской урологии Научного центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы, Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Данные 204 пациентов (в возрасте от 1 месяца до 17 лет) с мочекаменной болезнью, поступивших в период с 2015 по 2021 года, были проанализированы на основе медицинских карт. Изучались следующие переменные: демографические и антропометрические данные, клинический статус, семейный анамнез мочекаменной болезни, инфекция мочевыводящих путей, диагностические процедуры, сопутствующие аномалии, метаболические нарушения, виды лечений. Статистический анализ проводился с помощью программы StatTech v. 2.6.1 Количественные переменные с ненормальным распределением описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с помощью абсолютных и относительных частот. Сравнение частот при анализе многопольных таблиц случайности проводилось с помощью теста хи-квадрат Пирсона. Принятый уровень статистической значимости – $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Основные характеристики пациентов: мужской пол, возраст от 7 до 17 лет, семейный анамнез мочекаменной болезни (39,7%), предшествующая мочевого инфекция (90,7%). Наиболее частыми жалобами были боль в животе, почечная колика и макроскопическая гематурия.

Наиболее частыми метаболическими нарушениями были гипероксалурия (12,3%) и гиперкальциурия (8,8%). Гипоцитратурия была связана с предшествующей мочевой инфекцией ($p=0,004$). Ультрасонография органов брюшной полости и мочевыводящих путей была наиболее часто используемым диагностическим методом.

Вторичный гидронефроз встречался в 50,5% случаев, 74% камней находились в почках, а двусторонние камни были связаны с наследственностью. Частота рецидивов составила 30,3% (у большинства пациентов были метаболические нарушения).

При сравнении метаболических нарушений в зависимости от пола не было выявлено статистически значимых различий ($p=0,294$). При сравнении метаболических нарушений в зависимости от возрастных групп были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,015$) (метод: хи-квадрат Пирсона). В 22,5% случаев пациенты получали консервативное лечение, 25% – хирургическое (в основном пиелолитотомия), и только 65,2% был проведен анализ камней (оксалат кальция был основной находкой в исследованных камнях).

ВЫВОДЫ. Частота мочекаменной болезни у этих пациентов была схожа с данными литературы. Для адекватного ведения пациентов необходимо провести оценку метаболизма и изучить состав камней.

53. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, А.А. Сухоцкая, М.Г. Витовцик, В.В. Петрова
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава
России, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Обструктивная уропатия (ОУ) объединяет комплекс структурно-функциональных изменений почечной паренхимы и требует своевременной диагностики и адекватного выбора тактики лечения. Для оценки степени сохранности почечной функции и состояния почечной гемодинамики требуется своевременная и современная диагностика.

В настоящее время оценка состояния верхних мочевых путей с ОУ носит комплексный характер, она невозможна без использования новых технологий. Изучение этих вопросов требует поиск новых способов диагностики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить методы диагностики обструктивных уропатий у новорожденных и детей грудного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные, полученные за 2 года с 2019 по 2021 гг. в отделении детской хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». В основе нашего исследования – анализ этапного УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек у 20 новорожденных и детей грудного возраста. Средний возраст 6,5 мес. (от 1 мес. до 12 мес.). Мальчиков было – 8, девочек – 12. Двухсторонний – у 4, правосторонний – у 6, левосторонний – у 10.

Этапное УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек проводилось 2 раза: перед физиологическим кормлением (голодная пауза) и через час после физиологического кормления без введения диуретических средств. Оценили расширения ЧЛС структурно-функциональные изменения,

степень повреждения и скорость кровотока в почечной паренхиме. Предложенный способ является неинвазивным, простым, экономичным, эффективным, специфичным, точным и более чувствительным в диагностике структурно — функциональных изменениях и повреждениях почечной паренхимы при обструктивных уропатиях у новорожденных и детей грудного возраста. Патент на изобретение № 2758971.

В результате проведенного предложенного нами способа диагностики, впервые было проведено этапное УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек, что позволяет верифицировать степень гидронефроза, уретерогидронефроза с точной оценкой состояния структурно-функционального изменения, тубулоинтерстициального фиброза и прогрессирование фибросклероза почечной паренхимы.

Выводы. Этапное УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек позволяет более точно определить размеры расширения чашечно-лоханочной системы, структурно-функциональные изменения, скорость кровотока и степень повреждения почечной паренхимы. Способ является простым, экономичным, эффективным, специфичным, точным и более чувствительным в диагностике обструктивных уропатий у новорожденных и детей грудного возраста.

54. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, В.В. Петрова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ. Обструктивная уропатия (ОУ) — комплекс морфологических и функциональных изменений верхних мочевыводящих путей, которые развиваются вследствие нарушения пассажа мочи функционального или органического генеза. В настоящее время существенным является выбор инструментальной методики, обладающей высокой чувствительностью и специфичностью в оценке анатомо-функционального состояния почек и мочевых путей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Ранняя диагностика обструктивных уропатий у новорожденных и детей грудного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2019 по 2021 гг. в отделении детской хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» под наблюдением находились 20 детей в возрасте от 3 дней до 1 года. Пациентам было проведено урологическое обследование, были выявлены различные формы ОУ на основании результатов клиничко-лабораторных исследований,

УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек по разработанному способу, а также рентгенологических методов исследования.

Средний возраст – 6,5 мес. (от 1 мес. до 12 мес.). Мальчиков было – 8, девочек – 12. Двухсторонний – у 4, правосторонний – у 6, левосторонний – у 10.

Этапное УЗИ и ИВД с ДС сосудов почек проводилось 2 раза: перед физиологическим кормлением (голодная пауза) и через час после физиологического кормления без введения диуретических средств. Оценили расширения ЧЛС структурно-функциональные изменения паренхимы почек, и определения почечного кровотока. Предложенный способ является неинвазивным, простым, экономичным, эффективным, специфичным и более точным в диагностике структурно-функциональных изменениях и повреждениях почечной паренхимы при ОУ у новорожденных и детей грудного возраста. Патент на изобретение № 2758971.

При недостаточной информации о функциональном состоянии почек у 4 детей проведена динамическая сцинтиграфия как метод раздельной оценки паренхиматозной функции почек.

ВЫВОД. Своевременное выполнение УЗИ и ИВД с ДС мочевыделительной системы до и через час после физиологического кормления способствует раннему выявлению обструктивных уропатий. Разработанный способ дает возможность выбрать тактику лечения, которая избавляет от необоснованных хирургических вмешательств.

55. ПРИМЕНЕНИЕ КАУДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ

*А.В. Носков, П.Г. Семяняк, Н.А. Мостовской, Ю.С. Кудашкин, С.И. Неверов, Р.С. Петренко,
С.А. Сивоконь*

ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница», Благовещенск

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия – одна из наиболее частых врожденных аномалий у детей, частота встречаемости пациентов с гипоспадией составляет 1:200 новорожденных. При этом единственным способом лечения гипоспадии является хирургическая коррекция. Современные требования к результатам операции постоянно растут. Одной из актуальных проблем современной андрологии является выбор анестезиологического обеспечения операции и обезболивание в раннем послеоперационном периоде. В нашей практике каудальная анестезия широко используется как метод интра- и послеоперационного обезболивания у детей оперированных по поводу различных форм гипоспадии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения гипоспадии. Актуальность. Показать эффективность метода каудальной анестезии в интра- и раннем послеоперационном периоде при пластиках уретры у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В данное исследование были включены 52 пациента с различными формами гипоспадии, проходившие лечение в уроandroлогическом центре Амурской областной детской клинической больницы в 2020-2021 гг. В 29 случаях выполнялась уретропластика с применением каудальной анестезии, как компонента анестезиологического обеспечения и послеоперационного обезбоживания. В трех случаях технически каудальную анестезию провести было невозможно из-за отсутствия анатомических ориентиров. Возраст детей составил от 1 года до 10 лет. Премедикация у детей не использовалась. Пункция пациентов проводилась на левом боку, с приведенными к груди и животу бедрами и коленями. Для каудального доступа к эпидуральному пространству использовались иглы размером 20 и 22G. Для проведения каудальной блокады использовался анестетик Ропивакаин (Наропин) в дозировке 2 мг/кг, объем вводимого анестетика в разведении с физиологическим раствором 0,5 мл/кг для обеспечения сакральной блокады.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех детей анестезия была проведена без каких-либо технических трудностей. Во время анестезии проводился мониторинг гемодинамики и дыхания. Интраоперационно дополнительно наркотические анальгетики не вводились. Осложнений, связанных с проведением каудальной анестезии, не получено. В послеоперационном периоде оценка гемодинамики, дыхания и остальных показателей у детей оценивалась в течение суток. В одном случае у ребенка в раннем послеоперационном периоде отмечался моторный блок Bromage 2, который регрессировал через 2 часа и не повлиял на качество лечения. У 5 детей в раннем послеоперационном периоде потребовалось дополнительное однократное обезбоживание без применения наркотических анальгетиков.

56. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕДИВНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

*Ю.С. Кудашкин, А.В. Носков, П.Г. Семяняк, С.И. Неверов, Н.А. Мостовской
ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница», урологическое отделение,
Благовещенск*

ВВЕДЕНИЕ. На сегодняшний день важной проблемой в детской урологии является лечение детей с рецидивом варикоцеле.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить причину возникновения рецидивных форм варикоцеле у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2021 по 2022 гг. в УО ГАУЗ АО «АОДКБ» выполнено 11 эндовидеохирургических операций лигирования яичковых вен по поводу рецидива варикоцеле слева после открытых и лапароскопических операций. Перед оперативным лечением

проводилось стандартное обследование и УЗДГ сосудов яичек. Возраст больных составил от 12 до 18 лет. Вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом по стандартной методике использования оборудования «Karl Storz».

При лапароскопии выявлены яичковые вены в типичном месте, представлены 1–2 стволами, диаметром до 4-х мм, которые успешно мобилизованы и лигированы электрокоагулирующим аппаратом «Liga Sure», что сократило длительность оперативного вмешательства до 30 минут. Выписаны на 3 день лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По катamnестическим данным, которые составляли от 1 месяца до 1 года, ни у одного из оперированных детей рецидива варикоцеле не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Причиной рецидива варикоцеле у детей явилось наличие не облитерированных венозных стволов, которые не были лигированы во время проведения первой операции. Лапароскопия при рецидивах варикоцеле является малотравматичным и надежным способом лечения, что также способствует уменьшению болевого синдрома в послеоперационном периоде и длительности госпитализации.

57. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

П.А. Кожевников^{1,2}, А.А. Тратонин¹, А.В. Гразмин^{1,2}, П.В. Трушин², И.В. Феофилов^{1,2}

¹Областной детский нефроурологический центр, отделение детской хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

ВВЕДЕНИЕ. Нарушение формирования пола (Disorders of Sex Development, DSD) встречается с частотой 1 случай на 4500 живорожденных детей. Проблема хирургической коррекции наружных гениталий у девочек с DSD остается актуальной в связи с дискуссируемостью вопросов о методе и сроках оперативного лечения, а также с мультидисциплинарностью данной патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ своей работы для улучшения результатов хирургического лечения девочек с DSD на основе дифференцированного подхода к решению вопроса о методе и сроках операции с учетом современных возможностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2017 по 2021 гг. на базе Областного детского нефроурологического центра ГНОКБ пролечено 10 девочек с DSD. Средний возраст – 3 года. В 9 случаях к

вирилизации гениталий привела врожденная гиперплазия надпочечников (1 – вирильная форма, 8 – сольтерьяющая), у 1 девочки выявлен химерный кариотип (80%XX 20%XY). По классификации A. Prader 7 девочек (70%) имели III степень вирилизации, 3 девочки (30%) – II степень. Все дети были осмотрены эндокринологом и гинекологом. Также оценивали уровень 17-ОНР, электролитные показатели плазмы крови, гормональный статус. Обязательно выполнялось кариотипирование, УЗИ органов малого таза, почек и надпочечников, МРТ органов малого таза. Также выполнялось исследование урогенитального синуса (УГС). На этапе освоения методики нами использовалась двухэтапная техника, где первый этап заключался в проведении клиторопластики с пластикой половых губ и рассечением УГС – выполнено 4 операции. С 2019 года начато применение одноэтапной техники – выполнено 6 таких операций. Проводилась нейросберегающая редукционная клиторопластика с сохранением дорзального сосудисто-нервного пучка и резекцией головки клитора по латеральным сегментам с сохранением сенситивных зон головки. В большинстве случаев получен хороший косметический результат. В 2 случаях в послеоперационном периоде отмечали образование гематом под лоскутами малых половых губ и их отек, что не повлияло на исход. В 1 случае отмечалось временное нарушение кровоснабжения клитора.

ВЫВОДЫ. Выполнение феминизирующей пластики наружных гениталий девочек с DSD возможно выполнить в 1 или 2 этапа. Необходимо полное предоперационное обследование, подбор индивидуальной гормональной терапии. Важнейшим условием получения хорошего косметического и функционального результата является сохранение сосудисто-нервного пучка и сенситивных зон клитора, что обеспечивает нормальную психосексуальную адаптацию пациенток.

58. ГРУППИРОВКА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Д.И. Тарусин¹, А.А. Матар¹, Е.А. Ефремов¹, Н.А. Середницкая¹, М.В. Жидков¹,

Д.А. Сафин¹, С.А. Горкин²

¹«Международный центр андрологии», Москва

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на более чем 20-летнюю историю разработки, внедрения и применения комплексного ультразвукового исследования органов репродуктивной системы, более 90,2% специалистов УЗИ игнорируют анализ гемодинамики, а для 93,8% оперирующих врачей ультразвуковое исследование является лишь формальностью, подтверждающей наличие расширенных вен мошонки.

Между тем, неоднородность венозной гемодинамики является указанием к выбору метода оперативного вмешательства и важным фактором прогнозирования исхода операции. Регистрируемые исходы оперативных вмешательств удобно рассматривать в рамках разделения

по следующим категориям: а) клинико-эхографический успех, б) эхографический успех, в) частичная редукция венозного рефлюкса г) исход в артериовенозное шунтирование д) без клинико-эхографического успеха. Отдельно рассматривается исход лечения в лимфогидроцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинико-эхографический успех сопровождается ситуацией, когда метод операции – а точнее, хирургическое воздействие на венозный рефлюкс – произведено в соответствии с патогенезом венозной недостаточности. Так, например, высокое лигирование яичковой вены отлично решает вопрос с рено-сперматическим рефлюксом. И, вместе с тем, при или-сперматическом рефлюксе эта операция только усугубляет течение венозной недостаточности. Эхографический успех достигается тогда, когда патологический сброс прекращен, но вены в мошонке не спадаются. Такой результат достигается в случаях, когда при смешанном механизме рефлюкса устранен только один его компонент – или илеосперматический или реносперматический. Частичная редукция венозного рефлюкса возникает при недостаточности лигирования – другими словами, возникает парциальный рецидив (при этом высокие агрессивные скорости рефлюкса сменяются низко поточными и низкоскоростными). Артериовенозное шунтирование возникает в случаях, когда хирургом осознанно или – значительно чаще – невольно нарушается баланс притока и оттока, путем сохранения главной питающей артерии – тестикулярной. Редуцированный венозный отток, не справляясь с гемодинамически мощным притоком, вынужденно реверсивно шунтируется в расширенные вены. Эхографически картина выглядит как низко резистивный артериальный поток в расширенных – равно как и до операции – венозных стволах гроздевидного сплетения. Отсутствие клинико-эхографического успеха возникает при нарушении технологии оперирования, а не ошибки метода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Прогноз результативности операции прямо зависит от варианта исхода. Компенсация дефицита объема левого яичка (нивелирование орхопатии) не всегда является истинно положительным исходом. Так, например, при умеренном нарушении лимфатического коллектора (не полной блокаде лимфатического оттока) прирост объема яичка наблюдается в результате лимфостатических изменений паренхимы. Наличие небольшого, не прогрессирующего лимфогидроцеле слева, изменения эластиграфических и гистографических изменений при УЗИ свидетельствуют в пользу именно такого механизма прироста ранее дефицитного тестикулярного объема слева.

К слову, следует отметить, что формирование лимфогидроцеле не всегда – но, с высокой вероятностью – означает отсутствие навыков, инструментов и оборудования для микроманипуляций на сосудах семенного канатика. У части пациентов имеется врожденная недостаточность лимфатического коллектора, выражающаяся в рассыпном типе строения лимфатических капилляров или их ломкости, что делает их презервацию технически не выполнимой. Такое состояние может быть обозначено как регрессивная лимфатическая аномалия. К счастью, такие случаи отличаются от лимфогидроцеле, имеющего причиной грубейшее нарушение техники оперирования. В отличие от технических погрешностей, об-

условленных «безрукостью», грубостью, отсутствием микрохирургического оборудования и инструментария, регрессивную лимфатическую аномалию нужно отдельно констатировать и доказывать.

59. ОПЕРАЦИЯ Е.А. ЕФРЕМОВА В ДЕТСКОЙ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. АНОНС

*Н.А. Середницкая¹, Д.И. Тарусин¹, А.А. Матар¹, Е.А. Ефремов¹, М.В. Жидков¹,
Д.А. Сафин¹, С.А. Горкин²*

¹«Международный центр андрологии», Москва

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Вопрос выбора оптимального способа хирургического лечения варикоцеле у детей и подростков, несмотря на поточное лапароскопическое оперирование, активно продвигаемое некоторыми практиками, остается достаточно актуальным. Даже последние публикации (J. Pediatr Urol. 2021 Aug;17(4): 537.e1-537.e5; Carolina Soares-Aquino et al.), указывают на высокий процент осложнений (45%): 21% рецидивов, 18% лимфогидроцеле и 3% частичное повреждение ветви генитофеморального нерва. По данным метаанализа “Treatment of Varicocele in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis from the European Association of Urology/European Society for Paediatric Urology Guidelines Panel» 2018 года в 39 сериях случаев число гидролимфоцеле колеблется от 0 до 29%, включая гидролимфоцеле, атрофию, раневую инфекцию, гематомы, эмфиземы, эпидидимит и боль в плече. Объем пострадавшего яичка увеличивался при ретроградной эмболизации от 86 до 100%, лапароскопическая перевязка давала от 77 до 100%, субингвинальная варикоцелэктомия от 62,8 до 97%. Критерии успеха не были определены в большинстве работ, но отмечены увеличение объема яичек и повышение счета сперматозоидов в эякуляте. Значительное снижение лимфогидроцеле определено в группах с лимфопресерваций.

Остается актуальным вопрос, почему отсутствует разница в эффективности методов лечения от примененного оперативного приема. На наш взгляд, статистический микст обуславливается абсолютно рандомизированным выбором метода, что позволяет манипулятивно установить знак равенства между лапароскопической технологией и открытой операцией, формируя стойкое когнитивное искажение. В части случаев, в России, императив к доминированию лапароскопического подхода является лишь функцией поточных методов массового оперирования в условиях дневного стационара.

Вместе с тем, следует понимать, что значимые гемодинамические отличия в вариантах течения варикоцеле у подростков с различными анатомическими доминативами нарушений венозного оттока, собственно, и являются причиной для практической невозможности предсказания осложнений.

Одним из моментов, обуславливающих неуспешность высоких лигирований является «проблема венозного мешка». Гроздевидное сплетение, содержащее часто более 20–30 стволов в

своем составе, представляет собой крупную емкость для формирования депонирования венозной крови. В развитие методологии Дж. Мармара, профессор Е.А. Ефремов предложил упрощение и повышение эффективности операции у взрослых путем трансскротального лигирования вен сплетения.

Техника операции достаточно доступна и заключается в предварительном оттеснении семявыносящего протока ниже семенного канатика еще до разреза. Над зафиксированным таким образом ductus deferens остается только венозный тракт. Продольным разрезом проводится сепарация фасций семенного канатика путем вскрытия вдоль на протяжении 2–4 см. Важным моментом является сепарация кремастерной мышцы, ветви илиоингвинального нерва и двух фасций – наружной и внутренней. Перед хирургом открывается два из трех венозных бассейнов – кремастерный и гроздевидный. В «чистой» модификации Е.А. Ефремова лигируются оба коллектора на уровне, как можно более близким к началу формирования гроздевидного сплетения. Лигирование выполняется одним блоком, венозный конгломерат разобщается с краниальным отделом сплетения путем перевязки и пересечения. Фасции семенного канатика не закрываются для профилактики фунгикулярной гематомы. Операция завершается кожным швом.

Результаты использования этой технологии в настоящее время оформляются в виде диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

60. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ОТТОКА ОТ ЛЕВОГО ЯИЧКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Д.И. Тарусин¹, А.А. Матар¹, Н.А. Середницкая¹, Е.А. Ефремов¹, М.В. Жидков¹,

Д.А. Сафин¹, С.А. Горкин²

¹«Международный центр андрологии», Москва

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Оговоримся сразу, что информация, предлагаемая далее, может быть с легкостью пропущена специалистами дневных хирургических стационаров и иных медицинских подразделений бюджетной системы здравоохранения, деятельность которых направлена на количество выполненных операций на органах репродуктивной системы. Аналогичной ценностью изложенное далее будет обладать и для специалистов, практикующих лапароскопию для лечения варикоцеле. Она для практической деятельности упомянутых категорий хирургов является лишней, бесполезной и не применимой в практическом плане.

Следует признать печальный факт, что в лучшем случае, обследование венозного оттока от левого яичка ограничивается сканированием семенного канатика в ортостатическом положении, регистрацией венозного рефлюкса в режиме ЦДК, измерением диаметра расширенных вен. Между тем, выяснение конкретного типа гемодинамического нарушения может

способствовать выбору верному выбору уровня редукции венозного кровотока.

Известно, что существуют несколько вариантов рефлюксивного потока в направлении гроздевидного сплетения яичка. Рено-тестикулярный рефлюкс гемодинамически презентован ретроградным током крови из левой почечной вены в левую яичковую вену. Условный «илиа-кально-тестикулярный» рефлюкс, не являющийся таковым в гемодинамическом смысле (Гарбузов И.А., Поляев Ю.А. и соавт.), обусловлен затруднением оттока по системе наружной семенной вены. Обусловленность кроется в широко описанном, но никогда не учитываемом синдроме Мей-Тернера – компрессии левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией. Смешанные нарушения представлены сочетанием вышеописанных затруднений, паритетность или преобладание, одного из которых и определяет ведущий патогемодинамический синдром. При доминировании рено-тестикулярного сброса вероятность расстройств венозного оттока от органов малого таза минимальна в то время, как в обратной ситуации ее тазовое полнокровие наступает неминуемо. Примечательно, что наступающие отдаленные последствия неправильно оцененных входных гемодинамических данных, всегда окажутся за гранью горизонта наблюдения врача, выполнявшего операцию. Сегодняшние возможности ультразвуковой визуализации позволяют получить практически исчерпывающее представление о доминирующем механизме нарушений венозного оттока.

Протокол ультразвукового исследования венозной системы при варикоцеле состоит из набора простых однотипных действий, системное выполнение которых снижает вероятность ошибочного выбора операционной стратегии до статистически не значимых величин. Сканирование пациента выполняют в ортостатическом положении, этапно, следующим образом: 1. Поперечным сканированием в проекции шейки мошонки визуализируют расширенное гроздевидное сплетение, регистрируя расширение вен, их максимальный диаметр в покое и при пробе Вальсальвы. Из такого же положения проводят измерение длительности венозного рефлюкса, его базовую скорость, скорость при выполнении маневра Вальсальвы и сразу после него, получая 5 цифровых значений – 1) максимальный диаметр вен в покое 2) максимальный диаметр при инициированном маневром Вальсальвы рефлюксе 3) скорость рефлюкса в покое 4) скорость рефлюкса на пике маневра Вальсальвы.

2. Продольным сканированием, поднимаясь в краниальном направлении, оценивают состояние вен в структуре семенного канатика внутри пахового канала. Обращают внимание на наличие цветного окрашивания в трех режимах – энергетическом, цветовом и режиме нативного b-flow. Уточняют архитектуру сосудов, в том числе наличие дренажа в поверхностную эпигастральную и нижнюю эпигастральную вены, а также в наружную семенную вену, принадлежность которых определяют по направлению их хода и уровню отхождения. Наличие контрастирования упомянутых вен на высоте маневра Вальсальвы свидетельствует о вовлеченности системы подвздошных вен в патологический процесс. Топографически оценка производится в проекции глубокого пахового кольца.

3. Продольным сканированием визуализируют переднюю поверхность подвздошно-поясничной мышцы. Пациенту предписывают медленно выполнить маневр Вальсальвы на вдохе, оставляя окно доплеровского поиска вытянутым вдоль хода подвздошно-поясничной мышцы. Появление окрашивания сосуда, расположенного на передней поверхности под-

вздошно-поясничной мышцы, подтверждает наличие компонента рено-тестикулярного рефлюкса.

4. В клиностагическом положении выполняют поперечное сканирование зоны аорто-мезентериального конфликта, в проекции тела третьего поясничного позвонка, определяя ориентиры в виде аорты, верхней брыжеечной артерии и проходящей между ними левой почечной вены. Измеряется диаметр на входе в аорто-мезентериальный промежуток, в самом промежутке и на выходе вены из него. Получают 3 цифровых значения: 5) пре-диаметр, 6) интра-диаметр 7) пост-диаметр. Устанавливают окно импульсного доплера в вышеуказанных точках и получают три цифровых значения 8) скорость «на входе», 9) скорость «внутри пинцета», 10) скорость «на выходе» перед впадением.

5. В клиностагическом положении визуализируют область бифуркации аорты в зоне проекции III–IV поясничного позвонка и движением датчика каудально определяют два смещенных относительно центральной линии туловища поперечных скана подвздошных артерий. Несколько медиальнее, устанавливая датчик по средней линии туловища, визуализируют левую общую подвздошную вену и предлежащую антеградно правую общую подвздошную артерию. Определяют форму и 11) диаметр левой общей подвздошной вены. Устанавливая датчик по длиннику вен, фиксируют 12) 13) объемный кровоток в правой и левой общей подвздошных венах.

6. Выполняют сканирование предстательной железы, оценивая ее сосудистое окружение – его симметричность, наличие варикозно расширенных вен Санториниева сплетения, измеряют максимальный диаметр вен 14) справа и 15) слева. Проводят модифицированный Д.И. Тарусиным маневр Вальсальвы путем надавливания на переднюю брюшную стенку в гипогастральная области, фиксируя наличие или отсутствие рефлюкса в простатато-пузырное венозное сплетение.

Исследование результируется 15 цифровыми и 4 качественными значениями. При изолированном поражении внутренней семенной вены выбирают операцию высокого лигирования внутренней яичковой вены, при наличии смешанного механизма венозной недостаточности выполняют варикоцелэктомию по Д.И. Тарусину с принудительной лимфопресервацией по С.С. Задьякяну, при изолированном синдроме Мей-Турнера выполняют операцию Е.А. Ефремова.

Уровень лигирования, как и выключение кремастерного пути венозного дренажа в систему подвздошной вены, выбирают не в зависимости от умения хирурга или принятой в клинике операции, а основываясь на механизме нарушений венозной гемодинамики.

61. ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК – ТАК ЛИ ВСЕ БЕЗОБИДНО?

Д.И. Тарусин¹, А.А. Матар¹, Н.А. Середницкая¹, М.В. Жидков¹, Д.А. Сафин¹, С.А. Горкин²

¹«Международный центр андрологии», Москва

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Грыжевой мешок, как и водяночная полость, при паховой грыже и сообщающемся гидроцеле, морфологически представлен внутриутробно развивающейся структурой, обозначаемой как вагинальный отросток брюшины (ВОБ). Объединяя данные Brainwood M. Et al., Gautam Dagur at al., Favorito LA et al., F Hadziselimovic et al., следует рассматривать болезни вагинального отростка в связи с повышением частоты аномалий развития придатка яичка, увеличением частоты встречаемости крупных гидатид, дефицитом антимюллерова фактора и, нейропептида CGRP, секретируемого бедренно-половым нервом и оказывающим влияние на облитерацию ВОБ (Beasley and Hutson).

Доказано, что спонтанная облитерация ВОБ остается возможной до двухлетнего возраста. При этом у 63% мальчиков при рождении до 8 недель ВОБ остается открытым. После 2 лет до 40% мужчин сохраняют не облитерированный ВОБ, протекающий бессимптомно (Brainwood M, Beirne G, Fenech M.). Облитерация происходит в три стадии – закрытие проксимального отверстия, закрытие дистальной части и только затем средняя часть в семенном канатике подвергается атрезии.

Установлены сонографические критерии, которые с чувствительностью 93% и специфичностью 88% свидетельствуют о вероятностях: трансформации гидроцеле в грыжу (>2 мм в диаметре) и открытого с контралатеральной стороны ВОБ (>4 мм по глубокому паховому кольцу). Известно также, что гидроцеле после оперативного лечения достаточно часто или рецидивирует или не исчезает полностью, формируя остаточное (осумкованное) гидроцеле. В отношении паховой или пахово-мошоночной грыжи одним из осложнений ее лечения является возникновение осумкованного гидроцеле. В особенности эти осложнения характерны для лапароскопического метода коррекции.

Методологически лапароскопическая коррекция открытого вагинального отростка предполагает искусственную облитерацию брюшинной воронки интраперитонеальным швом. Однако отсутствие грыжевого выпячивания часто не является выздоровлением. Мы считаем, что в целях профилактики рецидивов гидроцеле или «обратной трансформации» оперированной грыжи в осумкованное гидроцеле следует – помимо разобщения брюшной полости и ВОБ предпринимать в большинстве случаев следующие шаги: а) удаление вагинального отростка от шейки до дистальной воронки; б) удаление гидатид и органа Жиральди.

Обоснованием такой тактики считаем: полный учет вышеперечисленных эмбриологических, гормональных и тканевых механизмов формирования не успешной облитерации – частые пороки развития семенных путей, постнатальную персистенцию эмбриональной структуры, осложнения в виде рецидива и формирования осумкованных полостей. Кроме того, оставляя в структуре семенного канатика не облитерированный ВОБ, формируется риск возникновения вторичного крипторхизма – «затягивания» яичка в область пахового кармана в связи с ограничивающим влиянием ВОБ на рост семенного канатика в длину. Нами разработаны подробные ультразвуковые диагностические критерии, выявление которых диктует необходимость эксцизии влагалищного отростка.

62. МЕТОДЫ СВЕТОЛЕЧЕНИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

*А.А. Матар¹, Н.А. Середницкая¹, Д.И. Тарусин¹, Е.А. Ефремов¹, М.В. Жидков¹,
Д.А. Сафин¹, С.А. Горкин²*

¹«Международный центр андрологии», Москва

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ», Москва

ВВЕДЕНИЕ. Успех исходов лечения гипоспадии зависит от значительного числа факторов, в частности: от формы заболевания, состояния тканей и степени дисплазии уретры и парауретральных тканей, соответствия выбранного оперативного приема форме болезни, степени аппаратно-технической подготовленности и филигранности хирургической техники.

Вместе с тем, при всех особенностях уретральной хирургии, общие принципы реактивности тканей на хирургическую агрессию занимают достаточное место в прогнозе благополучного исхода болезни. Одной из таких общехирургических проблем является фактор тканевого отека. Известно, что любая операция на крайней плоти способна вызывать выраженные отечные изменения как в кожном покрове, так и в промежуточных слоях покровных тканей полового члена. Убедиться в правомерности данного умозаключения может любой хирург, выполнявший пластические операции на крайней плоти.

Применение терапии красным светом имеет давнюю историю, однако для улучшения результатов лечения гипоспадии эта технология применена нами впервые в России. Доказанные эффекты терапии красным светом состоит в ускорении ферментативных реакций цикла Кребса и повышении эффективности тканевого аэробного дыхания, ускорении роста и пролиферации фибробластов и фиброцитов, а также ускорении образования эндотелиоцитов при неоангиогенезе. Есть сведения об облегчении митохондриального электронного переноса, как механизма улучшения клеточного дыхания. Находки последнего времени свидетельствуют о кратном снижении локальных уровней серотонина, опосредующего избыточное возбуждение ноцицептивных механизмов передачи боли.

Наш опыт применения фотодинамической терапии устройством KERNEL с длиной красной световой волны 633 nm и мощностью 80W/cm² с ежедневной экспозицией на область полового члена с расстояния 18-20 см в течение 15 минут в течение 10 дней с первого дня после операции позволил нам: 1) полностью отказаться от применения анальгетиков со 2 суток послеоперационного периода 2) не допускать развития послеоперационного отека тканей полового члена 3) свести к единичным случаям образования свищевых ходов при дистально-стволовых, венечных и головчатых формах гипоспадии 4) обеспечить практически безболезненную первую микцию после удаления уретрального катетера.

Изложенное позволяет рассматривать фотодинамическую терапию в послеоперационном периоде как хороший ресурс повышения качества исхода лечения легких и среднетяжелых форм гипоспадии у детей.

63. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*А.В. Бойко, Ж.М. Султанбай, Д.А. Лебедев
КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7», Барнаул*

ВВЕДЕНИЕ. Гидронефроз является наиболее распространенным врожденным заболеванием, выявляемым с помощью антенатальной ультрасонографии. Определение диагностического алгоритма, обоснование сроков хирургического лечения новорожденных и грудных детей с врожденным гидронефрозом остается актуальной проблемой. С этой целью изучена эффективность оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей грудного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2021 гг. был прооперирован 41 ребенок первого года жизни с антенатально установленным гидронефрозом. Мальчиков было 34 (81%), девочек 7 (13%). Одностороннее поражение выявлено у 34 детей (слева – 28, справа – 6), гидронефроз нижнего сегмента удвоенной почки – у 5 детей, двусторонний гидронефроз диагностирован в 2 случаях. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 24 детей с SFU III степени и положительной диуретической пробой; II группа – 17 детей с SFU IV, истончением паренхимы почки. Оперативная коррекция врожденного гидронефроза осуществлялась путем лапароскопической расчлняющей пиелопластики с внутренним стентированием. Удаление JJ стента проводилось цистоскопически через 1 месяц после операции. Катамнез наблюдения – 1 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе детей до операции среднее значение переднезаднего размера (ПЗР) лоханки аномальной почки составило 19,9 мм. Структурных изменений в паренхиме почки не выявлено, индекс резистентности (IR) 0,67. Через 1 месяц после операции среднее значение ПЗР лоханки – 15,5 мм, через 1 год – среднее значение ПЗР лоханки 7,2 мм. Во II группе детей дилатация лоханки до операции варьировала от 23,4 мм до 32,5 мм, у 11 (73,3%) детей визуализировалось истончение паренхимы до 5 мм, повышения IR более 0,75. У 4 детей с нарастающей дилатацией ПЗР лоханки более 30мм и истончением паренхимы менее 5 мм отмечалось повышение эхогенности паренхимы, IR 0,85. В периоде новорожденности им была наложена пункционная нефростома. Несмотря на дренирование и антибактериальную терапию, у 2 пациентов возникла атрофия паренхимы с резким снижением функции, что потребовало проведение нефрэктомии. У 2 пациентов была выполнена пиелопластика в 4 и 5 месяцев жизни. Через 1 месяц после операции среднее значение ПЗР лоханки – 20,8 мм. Через 1 год среднее значение ПЗР лоханки – 15,6 мм, IR 0,69.

ВЫВОДЫ. Проведение динамической эхографии при антенатально диагностированном гидронефрозе позволяет выработать показания для его коррекции у детей грудного возраста. Отдаленные результаты лечения врожденного гидронефроза показывают лучший функциональный результат у детей I группы.

64. ВЛИЯНИЕ ШИРИНЫ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

А.В. Бойко

КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7», Барнаул

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадии — это врожденный порок развития полового члена, проявляющийся вентральным и проксимальным смещением наружного отверстия мочеиспускательного канала от верхушки полового члена. Сохранение UP считается вехой для большинства методик восстановления дистальной гипоспадии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение влияния ширины UP на результаты лечения дистальной гипоспадии у детей. Нами проведен анализ историй болезни 138 мальчиков, которым проводилась коррекция гипоспадии по методике TIP в период с 2018 по 2020 гг. Средний возраст пациентов на момент операции составил 4,6 года (от 6 месяцев до 16 лет).

Первично выполнялось измерение диаметра головки и ширины уретральной пластинки в узкой ее части, после чего проводилась операция TIP. В зависимости от ширины уретральной площадки пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа (ширина UP < 8мм) – 107 мальчиков (77,6%), 2 группа (ширина UP > 8мм) – 31 ребенок (22,4%).

В 1 группе средняя ширина UP перед рассечением составила 5,4 мм, после рассечения – 13 мм, UPR 0,41. Во 2 группе средняя ширина UP перед рассечением составила 9,4 мм, после рассечения – 17,5 мм, UPR 0,53.

Среднее время операции в обеих группах составило 110±10 минут. Уретральный катетер удалялся на 7-е сутки. Среднее время послеоперационного наблюдения – от 1 до 12 месяцев. В послеоперационном периоде мы получили 9 осложнений (7 в 1 группе и 2 во 2 группе). Оценка по шкале HOSE составила: 1 группа – 15,77, 2 группа – 15,65.

Статистический анализ послеоперационных осложнений проводился с помощью критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса на непрерывность, однофакторного бинарного логистического регрессионного анализа вероятности осложнений и ROC-анализа. Исследование проведено с помощью программ: Statistica 10 Rus и MedCalc 20 Rus.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Большинство пациентов с дистальной гипоспадией имеют ширину UP < 8 мм и UPR < 0,5, поэтому пациентам следует выполнять GTIP вместо TIP, что является стандартом для ремонта дистальной гипоспадии. Ретроспективный анализ лечения дистальной гипоспадии с помощью TIP не выявил прямой связи между шириной UP и послеоперационными осложнениями. Все методы математического и статистического анализа доказали отсутствие корреляции между шириной уретральной площадки и послеоперационными осложнениями. Мы пришли к выводу, что успех хирургического лечения в основном зависит от хирургической техники.

65. АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛИКВИДАЦИИ НЕОБЛИТЕРИРОВАННЫХ ВАГИНАЛЬНЫХ ОТРОСТКОВ БРЮШИНЫ

А.В. Бойко, Ж.М. Султанбай

КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7», Барнаул

ВВЕДЕНИЕ. Патология вагинального отростка брюшины является одной из самых актуальных тем в педиатрии, поскольку ее распространенность занимает лидирующие позиции. Оперативные вмешательства по поводу паховых грыж и водянок составляют около 40% всех плановых хирургических вмешательств, выполняемых в детском возрасте.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнение методов оперативного лечения патологии вагинального отростка брюшины с помощью традиционного и лапароскопического способов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2017 по 2021 гг. в клинике детской хирургии ДГКБ №7 было пролечено 652 мальчика в возрасте от 1 месяца до 17 лет с патологией вагинального отростка брюшины. Наибольшее количество случаев (321) паховых грыж и водянок составляют пациенты от 0 до 3 лет. Всего за 5-летний период из 652 операций по поводу паховой грыжи и водянки в плановом порядке проведено 605 операций, в экстренном – 15, симультанных – в количестве 32 операций. Соотношение типов проведенных операций за исследуемый период: односторонние – 577 (88,5%), двусторонние – 75 (11,5%). Из общего количества операций – 352 (53,9%) были выполнены лапароскопическим методом, 300 (46,1%) – традиционным открытым способом. В нашей клинике приоритетными методами лапароскопической герниорафии с 2016 по 2019 гг. являлись методика PIRS и модифицированная методика SEAL. С 2019 г. мы применяем методику PHELPS, предложенную детским хирургом Ю. А. Козловым. Главным отличием данной методики является то, что лигатурный узел располагается не на абдоминальных фасциях и апоневрозах, а непосредственно преперитонеально, что обеспечивает полную герметичность шейки влагалищного отростка брюшины.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Количество осложнений после традиционной герниорафии было 7. После проведенных эндоскопических грыжесечений с помощью методик PIRS и SEAL возникло 8. Мы обнаружили благополучное состояние больных в результате применения техники PHELPS, заключающееся в отсутствии возврата симптомов заболевания и формировании водянки яичка. Таким образом, способ лечения паховых грыж у детей PHELPS-методом обладает преимуществами открытого доступа: обеспечивает 100%-ую герметичность влагалищного отростка брюшины за счет размещения узла грыжевой лигатуры на уровне шейки грыжевого мешка, а также – лапароскопических методик герниорафии: отсутствие механического воздействия на элементы семенного канатика.

66. ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

*Ш.С. Ганиев, В.Г. Баиров, И.М. Каганцов
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время обструктивные уропатии (ОУ) занимают третью позицию в списке самых распространенных причин хронической болезни почек и составляют 15% случаев. Данная проблема в детской урологии является одной из социально значимых и требует проведения новых надежных, специфических и высокочувствительных методов диагностического исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработать и внедрить новые способы диагностических действий и выбор тактики хирургического лечения при ОУ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с мая 2019 по март 2022 гг. на обследовании и лечении находились 26 (100%) больных с ОУ. Из 26 больных с ОУ: уретерогидронефроз у 11 (42,3%) и гидронефроз у 15 (57,7%). Левосторонний – у 12 (46,1%), правосторонний – у 8 (30,8%) и двухсторонний – у 6 (23,1%) больных. В перечень клинических обследований детей с ОУ помимо стандартных методов исследования необходимо добавить проведение этапных УЗИ и импульсно-волновой доплерографии с дуплексным сканированием сосудов почек (ИВД с ДСП). По разработанному способу диагностики имеется патент на изобретение № 2758971. Состояние артерий почек рассчитывается по 5 комплексам доплерографической кривой с использованием стандартных настроек аппарата по известной формуле: $IP = (V_{\text{макс. сист.}} - V_{\text{мин. диаст.}}) / V_{\text{макс. сист.}}$, где IP-индекс резистентности; $V_{\text{макс. сист.}}$ – максимальная систолическая скорость кровотока (мл/мин); $V_{\text{мин. диаст.}}$ – минимальная диастолическая скорость кровотока (мл/мин). Наличие обструкции ВМП и сохранность почечной функции 10–15% требует проведения реконструктивно-пластических операций на мочевыводящем тракте. Отсутствие кровообращения на ИВД с ДСП и констатацией отсутствия функции почек по данным реносцинтиграфии являются показанием к органоуносящей операции.

ВЫВОДЫ. Выявление ОУ на ранних стадиях развития, с использованием этапных УЗИ и ИВД с ДСП, значительно увеличивают эффективность лечебных мероприятий и приводят к снижению числа органоуносящих операций. Сочетание разработанного способа диагностики с проведением реносцинтиграфии позволяет оценить эффективность выбора тактики хирургического лечения.

67. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*С.Г. Врублевский^{1,2}, Е.Н. Врублевская^{1,2}, А.С. Врублевский¹, А.А. Оганисян¹, Р.Ю. Валиев¹
¹ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», Москва*

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Поделиться опытом замещения протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника червеобразным отростком у ребенка 12 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2019 году в нашу клинику обратился пациент с протяженной стриктурой правого мочеточника. Ранее девочке, в связи с блоком правой почки вследствие окклюзии мочеточника конкрементами в средней трети, выполнена контактная литотрипсия с установкой стента внутреннего дренирования. После удаления стента через 2 месяца отмечено критическое нарастание расширения коллекторной системы почки, что потребовало наложения нефростомы и повторной установки стента. По данным проведенного обследования (антеградной и ретроградной пиелографии) заподозрена протяженная (7 см) стриктура правого мочеточника. В марте 2019 года в НПЦ специализированной медицинской помощи детям выполнена реконструктивная операция – наложение уретероцистоанастомоза с резекцией стенозированного мочеточника по методике *roas-hitch*. Послеоперационный период протекал без осложнений, стент удален через 1.5 месяца. По данным УЗИ сохранялось расширение верхних мочевых путей, в связи с чем от удаления нефростомы решено воздержаться. Проводилась консервативная терапия, направленная на улучшение уродинамики, положительного эффекта не отмечено. В июле 2019 года проведена уретероскопия, по результатам которой на расстоянии 5 см от неоустья имелось сужение просвета до точечного. Выполнено бужирование и стентирование с последующей заменой стента через 3 месяца. Общая длительность шинирования верхних мочевых путей составила 6 месяцев. При контрольном рентген-урологическом обследовании выявлено нарушение проходимости мочеточника справа на уровне подвздошных сосудов. Принято решение о лапароскопической ревизии правого мочеточника с определением варианта восстановления проходимости интраоперационно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При ревизии выявлено, что мочеточник в месте перекреста с подвздошными сосудами стенозирован и имеет вид рубцового тяжа на протяжении 2 см. После резекции пораженного участка, диастаз между концами составил 4.5 см. Ребенку выполнено лапароскопическое замещение протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника аппендиксом. Операция длилась 320 минут. Кровопотеря была минимальной. В послеоперационном периоде отмечались явления лимфостаза в правой ноге, которые разрешились на фоне физиотерапии и ЛФК. На 7-е послеоперационные сутки в связи с дислокацией мочеточникового интубатора выполнено стентирование. На 11-ые послеоперационные сутки ребенок выписан домой. Стент удален через 2.5 месяца после операции. По данным контрольного обследования отмечено полное восстановление уродинамики верхних мочевых путей справа. Катамнестическое наблюдение составило 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Реконструктивные операции при протяженных стриктурах мочеточника при дефиците последнего и невозможности наложения анастомоза конец в конец является сложной задачей и встречается крайне редко в педиатрической практике. Нет единого мнения о хирургическом подходе у пациентов с подобной патологией. Лапароскопический доступ является наиболее обоснованным и дает возможность выбора реконструктивной методики во время операции. Данная группа пациентов требует длительного наблюдения с тщательным анализом отдаленных результатов лечения.

68. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е.А. Володько¹, А.Г. Буркин², Т.В. Гаджиев², Д.Н. Годлевский¹, К.К. Мираков², Сангаре Кадидиату Джисинеди¹, А.Б. Окулов¹, А.В. Газаматов³

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

²ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ», Москва

³Клиника интегративной медицины «ЭлитМед», Барнаул

ВВЕДЕНИЕ. Нарушение репродуктивного здоровья мужчин родом из детства. По данным отечественных и зарубежных авторов мужской фактор бесплодия составляет 40–60%, его обуславливают многие заболевания паховой-мошоночной области и простато-везикулярного комплекса. Предлагаемые диагностические аспекты позволяют с минимальной инвазивностью диагностировать варианты врожденной и приобретенной патологии простато-везикулярного комплекса. Это позволяет сформулировать схему комплексного лечения, направленного на улучшение качества жизни пациентов репродуктивного возраста.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения врожденных и приобретенных заболеваний простато-везикулярного комплекса у детей и лиц молодого возраста путем разработки рациональных методов их диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2018–2022 гг. под нашим наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 18 лет с аплазией предстательной железы. У 7 пациентов установлено нарушение формирования пола (НФП) 46ХУ/45Х (смешанная дисгенезия яичек), у 11-ти НФП 46ХУ (парциальная дисгенезия гонад), у трех НФП 46ХУ (парциальная нечувствительность к андрогенам), у двух хромосомное НФП (46ХХ мужчина), у двух (46ХУ) синдром Смита-Лемли-Опитца. Хронический простатит выявлен у 31 пациента, из них абактериальный – у 25, среди которых у 18 диагностировано варикоцеле различной степени, бактериальный у шести, везикулит у семи, колликулит у пяти. Камни предстательной железы обнаружены у 8 детей (из них у троих они были вторичными), кисты – у 8.

ВЫВОДЫ. Клиника заболеваний предстательной железы у детей проявляется общими и местными симптомами, которые у детей неспецифичны. Доступные методы обследования не всегда приемлемы у детей (забор секрета простаты, спермиограмма, ТРУЗИ). Нами разработана схема диагностики заболеваний простато-везикулярного комплекса в зависимости от варианта патологии, возраста пациента, сопутствующих заболеваний. Рациональными методами диагностики аплазии простаты являются эхография органов малого таза абдоминальным, трансперинеальным доступом (целесообразен с 12 лет). Достоверным методом диагностики заболеваний органов малого таза у пациентов с НФП является комбинированное исследование (эхография в сочетании с эндоскопией половых протоков). Предлагаемые методы диагностики позволяют своевременно сформулировать схему адекватного комплексного лечения, направленного на снижение количества возможных осложнений (гипоандрогемии, эректильной дисфункции) и тем самым улучшить качество дальнейшей жизни пациентов.

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

Экспресс-анализ мочи

- Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- Условия применения:

в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров

➤ ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



ISBN 978-5-6046946-4-0



9 785604 694640

Москва, 2022

