



I КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ

2-3 апреля 2026 года,
Москва

ТЕЗИСЫ

Москва, 2026
Издательский дом «Уромедиа»



Дневник
мочеиспускания

СКАЧАТЬ ПРИЛОЖЕНИЕ:

Play Market:

App Store:



Ваш бесплатный помощник в контроле здоровья мочевого пузыря!

Дневник мочеиспускания помогает :



Выявить проблемы
с мочеиспусканием



Оценить работу
мочевого пузыря

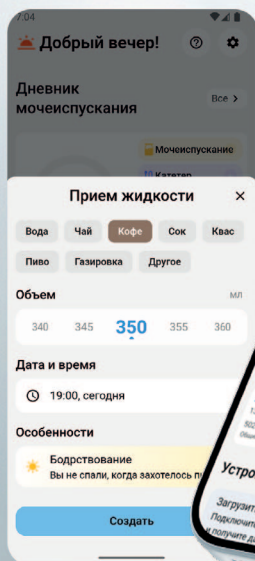


Контролировать
лечение

Бесплатно

Конфиденциально

Сопрягается с УФМ



bladderdiary.ru

info@ettagroup.ru

+7 (495) 955-14-08

**I КОНГРЕСС
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ**

2-3 апреля 2026 года,
Москва

ТЕЗИСЫ

Москва, 2026
Издательский дом «Уромедиа»

УДК 616.6–053.2(043.2)

ББК 57.336.9

T29

T29 I Конгресс Российского общества детских урологов-андрологов.
Сборник тезисов / г. Москва, ИД «Уромедиа», 140 с., 2026 г.

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

Издательский дом «УроМедиа»
Москва, 2026

Организационный комитет I Конгресса Российского общества детских урологов-андрологов

Президент РОДУА:

Рудин Юрий Эдвартович – д.м.н., профессор, врач высшей квалификационной категории, детский уролог-андролог высшей квалификационной категории, член Европейской ассоциации детских урологов (ESPU), руководитель детской урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Члены Правления РОДУА:

Зоркин Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий урологическим отделением с группами репродуктологии и трансплантации, руководитель научно-исследовательского института нефроурологии Национального Медицинского Центра Здоровья Детей МЗ РФ, Москва

Сизонов Владимир Валентинович (Ревизор РОДУА) – д.м.н., доцент кафедры урологии с курсом детской урологии-андрологии РостГМУ, заведующий отделением детской урологии Ростовской областной детской клинической больницы, Ростов-на-Дону

Акрамов Наиль Рамилович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии, нефрологии и трансплантологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; заведующий педиатрическим отделением ООО «Дион Медикал групп», Казань

Врублевский Сергей Гранитович – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист ДЗ г. Москвы, детский уролог-андролог, зам. главного врача по хирургии НПЦ, Москва

Морозов Дмитрий Анатольевич – ученый-медик, детский хирург высшей категории, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии им. Л. П. Александрова Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, Москва

Грицкевич Александр Анатольевич – д.м.н., заведующий отделением урологии и онкоурологии, главный онколог НМИЦ хирургии им А.В. Вишневского, Москва

Каганцов Илья Маркович – д.м.н., главный научный сотрудник НИЛ хирургии врожденной и наследственной патологии Институт Перинатологии и Педиатрии, ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Шадеркина Виктория Анатольевна (Исполнительный директор РОДУА) – уролог, научный редактор Uroweb.ru, Москва

Сизонов Владимир Валентинович – д.м.н., доцент кафедры урологии с курсом детской урологии-андрологии РостГМУ, заведующий отделением детской урологии Ростовской областной детской клинической больницы, г. Ростов-на-Дону

Воронина Екатерина Алексеевна (Секретарь РОДУА) – детский уролог-андролог, врач высшей квалификационной категории, ГБУЗ МО «Детский клинический центр им. Л.М. Рошала», Московская область, Красногорск

1. Головина О.Б., Герасименко Я.А. Детрузорная гиперактивность (ДГА) у детей	10
2. Клюка И.В., Сизонов В.В., Родина Р.А. Первый анализ опыта применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии на аппарате Storz Medical Modulith SLK в педиатрической практике	11
3. Клюка И.В., Сизонов В.В., Родина Р.А. Комбинированный подход (ДУВЛ + РИРХ) в лечении кораллоподобного конкремента у ребенка 2-х лет: клинический случай	12
4. Врублевская Е.Н., Врублевский С.Г., Ханов М.М., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Ахметжанов И.С., Адкина Е.А. Применение ботулотоксина типа А в лечении ребенка с инфравезикальной обструкцией мочевыводящих путей	13
5. Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Ханов М.М., Врублевский С.Г., Валиев Р.Ю., Ахметжанов И.С., Адкина Е.А. «Непростая» киста почки при синдроме Симпсона-Голаби-Бемеля (SGBS)	14
6. Врублевская Е.Н., Врублевский С.Г., Ханов М.М., Валиев Р.Ю., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Ахметжанов И.С., Адкина Е.А. Восстановление объемной функции мочевого пузыря для создания условий успешных реконструктивных операций	15
7. Сизонов В.В., Макаров А.Г., Пакус С.М., Пирогов А.В., Кварацхелия Д.Г. Робот-ассистированная пластика пиелoureтерального сегмента подковообразной почки у детей с использованием роботической платформы DA VINCI XI	16
8. Коган М.И., Сизонов В.В., Пирогов А.В., Кварацхелия Д.Г. Лапароскопическая высокая варикоцелэктомия у детей. Предварительные результаты	17
9. Пирогов А.В., Лабинская О.Н., Кварацхелия Д.Г., Сизонов В.В. Флегмона забрюшинного пространства у мальчика 4 месяцев. Клинический случай	18
10. Чепурной М.Г., Сизонов В.В., Макаров А.Г., Франциянц К.Г., Кивва А.Н. Новый способ циркумцизио с помощью одноразового анастомата. За или против?	18
11. Золотухин Д.С., Павлова О.С., Грунин А.В., Зайцева Е.Н. Перекрыт яичка у детей с крипторхизмом	20
12. Золотухин Д.С., Павлова О.С., Филатов И.А., Зайцева Е.Н. Паховая эктопия яичка после грыжесечения у детей	21
13. Николаев В.В., Демин Н.В. Сравнение внутренней и наружной ротации кавернозных тел при классической экстрофии мочевого пузыря: количественная оценка длины покрытия уретры	21
14. Николаев В.В., Демин Н.В. Торако-дорзальный лоскут как метод выбора при ятрогенной потере полового члена	22
15. Николаев В.В., Демин Н.В. Протяженная облитерация уретры после травмы таза: транспубическая реконструкция	23
16. Володько Е.А., Годлевский Д.Н., Анкиев А.В., Бровин Д.Н., Латышев О.Ю., Буркин А.Г. Лейдигома у мальчика 4 лет (клиника, диагностика, лечение)	24
17. Володько Е.А., Латышев О.Ю., Буркин А.Г., Пыков М.И., Годлевский Д.Н. Постпубертатная тератома яичка у мальчика 16 лет (клиника, диагностика, лечение)	25
18. Лобжанидзе И.Д., Лобжанидзе З.Б., Пономарева А.С. Сравнительный анализ лечения МКБ у детей. Наш опыт	26
19. Рудин А.Ю., Рудин Ю.Э., Соколов Ю.Ю., Руненко В.И., Ольхова Е.Б., Акопян М.К., Жуков О.Б. Тактика лечения приапизма у детей. Демонстрация клинического случая пациента 11 лет с диагнозом: Приапизм, ишемическая форма	27
20. Пунсуков К.Д. Опыт пневмозетикоскопической реимплантации мочеточника по Политано-Ледбеттеру и Коэну при коррекции патологии уретровезикального сегмента у детей	28

21. <i>Бондаренко С.Г., Дубров В.И., Солодкая Е.В., Кузовлева Г.И., Забродина С.Р.</i> Аntenатальный первичный обструктивный мегауретер: анализ факторов риска спонтанного разрешения обструкции	29
22. <i>Казанцов И.М., Пелих К.И., Кашина Е.А., Бондаренко С.Г., Дубров В.И.</i> Лапароскопическая операция Митрофанова. Нюансы оперативной техники	30
23. <i>Жуков О.Б.</i> Диагностика и лечение венозных мальформаций полового члена у взрослых и детей	31
24. <i>Северинов Д.А., Антощенко П.А., Лукин О.В., Костин С.В., Сухорукова Ю.А.</i> Разрыв мочевого пузыря у девочки подростка: клинический случай	32
25. <i>Маркина Е.А., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Соттаева З.З., Джаватханова Р.И.</i> Применение трансперинеального ультразвукового исследования с измерением переднего уретрального угла в диагностике дисфункционального мочеиспускания у детей	33
26. <i>Тибилев А.З.</i> Инородные тела мочевого пузыря у детей, случаи из практики	35
27. <i>Тибилев А.З.</i> Коррекция осложнений гипоспадии с использованием буккального трансплантата у ранее оперированных детей	36
28. <i>Соттаева З.З., Меновщикова Л. Б., Мокрушина О.Г., Коварский С.Л., Маркина Е.А.</i> Периодическая катетеризация мочевого пузыря в реабилитации детей с АРМ и синдромом миелодисплазии	37
29. <i>Суходольский А.А., Поддубный И.В., Федулов А.В., Волкова А.А., Нечай А.В.</i> Цистостомия как метод отведения мочи после уретропластики в хирургическом лечении гипоспадии у детей	38
30. <i>Сальников В.Ю.</i> Аспекты фиксирующей контурной пластики полового члена у пациентов с фимозом в сочетании со скрытым половым членом	40
31. <i>Рудин Ю.Э., Лагутин Г.В., Марухненко Д.В., Вардак А.Б., Алиев Д.К.</i> Женская гипоспадия или эктопия наружного отверстия уретры во влагалище. Выбор метода коррекции	41
32. <i>Кузовлева Г.И., Князькина Н.Т., Хватынец Н.А., Савельева Ю.В.</i> Комплексный этапный подход к лечению мочекаменной болезни у детей: ретроспективный анализ опыта специализированного отделения	42
33. <i>Чепурной М.Г., Сизонов В.В., Макаров А.Г., Франциянц К.Г., Кивва А.Н.</i> Результаты использования анастомата ZSR® при обрезании крайней плоти у детей и подростков	44
34. <i>Батрутдинов Р.Т., Бойко А.В.</i> Уретропластика ТР с препуциопластикой: среднесрочные и отдаленные результаты	45
35. <i>Батрутдинов Р.Т., Бойко А.В.</i> Хирургическое лечение гипоспадии: новые подходы и вызовы	46
36. <i>Левитская М.В., Шумихин В.С., Ерохина Н.О., Елиазян М.П.</i> Три стеноза – один мочеточник	47
37. <i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Гарова Д.Ю., Пильщикова К.А.</i> Результаты лечения закрытой травмы почки у пациентов до 18 лет	48
38. <i>Гарова Д.Ю., Щедров Д.Н., Шорманов И.С.</i> Результаты лечения варикоцеле у подростков после операции Marmar	49
39. <i>Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Телешов Н.В., Батунина И.В.</i> Интермиттирующий перекурт яичка	50
40. <i>Тимофеев А.Д., Пикало И.А.</i> Тактика ведения пациентов с левосторонним варикоцеле	51
41. <i>Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А.</i> Глюкокортикостероиды в лечении заболеваний крайней плоти у детей: эффективность, рецидивы и предикторы неудачи терапии	52

42. Красильников Д.Е., Осипов А.И., Сарычев С.А., Бабаев А.А. Лечение детей с гипоспадией после неудачных оперативных вмешательств	53
43. Пикало И.А., Тимофеев А.Д. Варикоцеле у детей. Риск нефропатии при лигировании левой яичковой вены на фоне умеренной гипертензии левой почечной вены.....	54
44. Дерюгина Л.А., Косовцова Н.В., Филатова К.К., Дагиева К.С.-Э. Первый опыт оперативного ante-постнатального лечения детей с тяжёлыми вариантами врожденных пороков мочевыделительной системы.....	55
45. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Контрастная лимфопресервация при микрохирургическом лигировании вен левого семенного канатика у пациентов с варикоцеле.....	57
46. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Скрытый половой член: анализ эмбриологических причин патологии и эффективность упрощенной хирургической техники	58
47. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Гинекомастия и гинеколипомастия у подростков: алгоритм показаний к операции и результаты субареолярной мастэктомии с предварительной тумесцентной липоскацией	59
48. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Хроническая боль в мошонке у детей и взрослых: роль патологически измененных гидатид и результаты хирургического лечения через минидоступ.....	61
49. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Микрокисты головки придатка яичка у детей и подростков: тактика обоснованной эскалации лечебной агрессии и показания к микрохирургической энуклеации	62
50. Тарусин Д.И., Матар А.А., Петинати Я.А., Матар С.А., Середницкая Н.А., Жидков М.В., Матар А.А. Нарушение архитектоники ночного сна как ведущий патогенетический механизм первичного ночного энуреза у детей: клинические маркеры и этапная терапия	63
51. Тарусин Д.И., Матар А.А. Умеют ли делать операцию обрезания? Анализ типичных технических ошибок и их последствий в педиатрической практике	65
52. Акрамов Н.Р., Закиров А.К. Внутрипузырная коррекция недержания мочи у детей	67
53. Зоркин С.Н., Кяримов И.А.-оглы, Конова О.М., Сахарова Е.В., Баязитов Р.Р., Шахновский Д.С., Лобанова А.Д. Оценка комбинированной литокинетической терапии после дистанционной ударно-волновой литотрипсии у детей с мочекаменной болезнью	68
54. Акрамов Н.Р., Закиров А.К. Тактика лечения скрытого полового члена после Circumcision у мальчикува	69
55. Кашина Е.А., Филатова Н.А., Кучинский М.П., Караваева С.А., Усков О.И., Солнцева Е.А. Клинический случай пациента с синдромом де ля Шапеля, проксимальной гипоспадией и кистозно-расширенным влагалищем	70
56. Волкова А.А., Суходольский А.А., Федулов А.В., Михайлов Е.С., Янорова А.И., Анিকেева Ю.А. Характеристика литогенеза и факторы риска мочекаменной болезни у детей в Московской области	71
57. Бойко А.В., Ягафаров И.Р., Поляков П.Н., Федотова Е.А. Катетер-ассоциированные инфекции при пиелопластике у детей – анализ осложнений и микробиологического профиля.....	73

58. Акрамов Н.Р., Зороб Х.А. Диагностика и лечение необлитерированного вагинального отростка брюшины при паховом крипторхизме у мальчиков	76
59. Добросердов Д.А., Гошненко М.А., Караваяева С.А. Нарушения функции мочевого пузыря у детей, оперированных в периоде новорожденности по поводу тератом крестцово-копчиковой области	77
60. Акрамов Н.Р., Гимадеев Б.Р. Первый опыт применения и технические особенности выполнения пневмозикоскопической орифисуретеропластики при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей	78
61. Добросердов Д.А., Кучинский М.П., Филатова Н.А., Солнцева Е.А., Яловенко Д.К. Редкие клинические варианты течения кист почек у детей камней почек у детей до 3-х лет	80
62. Суходольский А.А., Поддубный И.В., Янорова А.И., Федулов А.В., Михайлов Е.С., Волкова А.А., Анিকেева Ю.А. Пневмозикоскопическая дивертикулэктомия у детей	81
63. Бойко А.В., Бабанин И.Л., Ибраева А.Т., Федотова Е.А., Ягафаров И.Р. Оценка уродинамики верхних мочевых путей у детей с гидронефрозом с использованием цифровых технологий	83
64. Федорова Е.В., Раниаков А.С., Поддубный И.В., Петрова М.Г., Бабанин И.Л., Мезенлищева С.К. Послеоперационная оценка состояния мочевыводящих путей у детей с обструктивными уropатиями	84
65. Раниаков А.С., Федорова Е.В., Толстов К.Н., Мезенлищева С.К., Поддубный И.В. Взаимосвязь изменения переднезаднего размера лоханки по данным УЗИ с микционной пробой с частотой выявления ПМР у детей по данным микционной цистоуретрографии	85
66. Зоркин С.Н., Лобанов А.Д., Шахновский Д.С. Роль предварительного стентирования мочеточника при проведении дистанционной ударно-волновой литотрипсии у детей	86
67. Акрамов Н.Р., Булатов К.Р. Технические особенности пневмозикоскопической продольной реимплантации мочеточника при обструктивном мегауретере у детей	87
68. Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Даренков С.П., Пинчук И.С., З.И., Текотов А.Н., Шурихина М.В., Бетанов З.В., Струянский К.А., Кузнецова М.С., Склярова Т.А., Пепеляева И.М. Результаты формирования гетеротопического кишечного резервуара у детей с микроцитисом и недержанием мочи	90
69. Акрамов Н.Р., Шайхразиев Б.М., Хуснуллин И.Н. Технические аспекты введения PRP при перемещающей уретропластике с нерасчленяющей спонгиозпластикой	91
70. Маргиева Д.А., Шмыров О.С., Шарков С.М., Кулаев А.В., Сувор П.В., Лазивили М.Н., Морозов К.Д., Ковачич А.С., Лобач А.Ю. Лапароскопическая продольная реимплантация мочеточника как эффективный способ лечения патологии уретеро-везикального сегмента	90
71. Казанцов И.М., Пелих К.И., Кашина Е.А. Результаты поздней диагностики клапана задней уретры у детей	92
72. Ким А.Р. Анализ эффективности лечения врожденного гидронефроза у детей раннего возраста	94
73. Михайлов Е.С., Суходольский А.А., Поддубный И.В., Федулов А.В., Чернуха М.Ю., Нечай А.В., Магомедов Г.М. Периоперационная антибиотикопрофилактика при выполнении лапароскопической пиелопластики у детей с гидронефрозом	95
74. Nadjimitdinov Ya.S., Zakirov H.K. The use of ureterolithotripsy in the treatment of children with impacted ureteral stones	97

75. <i>Чепурной М.Г., Бедарев В.Г., Созыкин А.А., Кижеватова Е.А., Макаров А.Г., Сизонов В.В.</i> Оптимизация техники диссекции внутреннего листка крайней плоти при формировании графта на первом этапе операции Брака	98
76. <i>Гасанов Д.А., Терехин С.С.</i> 15-летний опыт применения «стойких» уроимплантов для лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Ошибки и предложения.....	99
77. <i>Күзнецова М.С.</i> Применение ретроградной интрауретеральной хирургии у детей	102
78. <i>Пономарева А.С., Лобжанидзе З.Б., Лобжанидзе И.Д., Есеев Р.Ю.</i> Эндоскопическая коррекция ПМР: наш опыт	102
79. <i>Баранов Ю.В., Пигарева А.Е.</i> Первый опыт перкутанной лазерной инфундибулотомии при лечении чашечковых дивертикулов	104
80. <i>Чумаков П.И.</i> Мегауретер – что это.....	105
81. <i>Лебедев Д.А., Осипов И.Б., Узинцева А.А.</i> Неинвазивное определение функции почек у детей	106
82. <i>Шмыров О.С., Козырев Г.В., Сувор Р.В., Лазивили М.Н., Кулаев А.В., Вельская Ю.И., Лобач А.Ю., Ковачич А.С., Морозов К.Д.</i> Опыт повторной лапароскопически ассистированной илеовезикостомии по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря	107
83. <i>Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А.</i> Новое в лечении вестибуло-вагинальной гипоспадии	108
84. <i>Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А.</i> Тактика при так называемых «разможенных» почках у детей	109
85. <i>Чумаков П.И.</i> Хирургическое лечение тяжелых форм ПМР у детей.....	110
86. <i>Рудин Ю.Э., Алиев Д.К., Марухненко Д.В., Лагутин Г.В., Вардак А.Б.</i> Особенности этапной коррекции синдрома «prune belly» у ребенка 2 лет.....	111
87. <i>Рудин Ю.Э., Чекериди Ю.Э., Алиев Д.К.</i> Малоинвазивная внутритазовая передняя остеотомия подвздошных костей при лечении экстрофии мочевого пузыря. Техника выполнения	111
88. <i>Панченко И.А., Шипилов А.И.</i> Сложный случай брюшного крипторхизма	113
89. <i>Джамалов С.Ш., Напольников Ф.К., Яцык С.П., Рабаданов Г.Р., Жарков Д.А., Воронина Е.А., Климов В.Н., Пунтикова А.Ю.</i> Эктопия мочеточника при удвоении почки как причина стойкого дневного недержания мочи у девочки.....	114
90. <i>Зарифов Т.А., Шарипов Ш.Ф., Шарипова Д.И., Хасанов М.Т., Юнусов А.Р.</i> Клинический случай вторичного уретерогидронефроза с билатеральным блоком и острым повреждением почек на фоне острого медуллярного некроза почек	115
91. <i>Пунтикова А.Ю., Напольников Ф.К., Яцык С.П., Жарков Д.А., Климов В.Н., Рабаданов Г.Р., Воронина Е.А., Джамалов С.Ш.</i> Опыт применения препарата для эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса DEXELL	117
92. <i>Рабаданов Г.Р., Напольников Ф.К., Яцык С.П., Жарков Д.А., Климов В.Н., Джамалов С.Ш., Пунтикова А.Ю., Воронина Е.А.</i> Варианты диагностики и лечения инфравезикальной обструкции	117

93. *Климов В.Н., Напольников Ф.К., Яцык С.П., Жарков Д.А., Воронина Е.А., Рабаданов Г.Р., Пунтикова А.Ю., Джамалов С.Ш.*
Робот-ассистированная пиелопластика у детей с использованием роботической платформы SENHANCE 118
94. *Вардак А.Б., Рудин Ю.Э., Ромих В.В., Меринов Д.С., Арустамов Л.Д., Пантелеев В.В., Гурбанов Ш.Ш., Алиев Д.К., Лагутин Г.В.*
Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений перкутанной нефролитотрипсии у детей с использованием метода мониторинга внутрилоханочного давления 119
95. *Федулов А.В., Зоркин С.Н., Суходольский А.А., Жужула А.А., Курбатова О.В.*
Маркеры тканевой проницаемости у детей с варикоцеле 120
96. *Зарифов Т.А., Шарипов Ш.Ф., Шарипова Д.И., Юнусов А.Р., Хасанов М.Т.*
Изолированное гранулематозное поражение оболочек мошонки у ребенка с положительным IGRA-тестом: клинический случай 121
97. *Кукарина И.П.*
Ретроспективный анализ лечения варикоцеле у детей 15-17 лет 123
98. *Сарычев С.А., Осипов И.Б., Красильников Д.Е., Соснин Е.В., Алексеева Л.А., Осипов А.И., Лебедев Д.А.*
Показания к кишечной цистопластике у детей с нейрогенным мочевым пузырем 124
99. *Ракевич М.В., Соловей О.М., Масленкова Е.Н.*
Уровень микроэлементов в сыворотке крови у пациентов с патологией структур пахового канала 126
100. *Ракевич М.В., Гусак А.В., Болотник А.И.*
Анализ лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей в условиях УЗ «Минская областная детская клиническая больница» 128
101. *Туров Ф.О., Яцык С.П., Крапивкин А.И.*
Дисбиоз уробиома как предиктор рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом 129
102. *Шмыров О.С., Козырев Г.В., Шарков С.М., Суоров Р.В., Кулаев А.В., Лазишвили М.Н., Вельская Ю.И., Лобач А.Ю., Ковачич А.С., Морозов К.Д.*
Возможности лапароскопического доступа в комплексном хирургическом лечении пациентов с инконтиненцией 130
103. *Шмыров О.С., Ковачич А.С., Шарков С.М., Кулаев А.В., Суоров Р.В., Морозов К.Д., Лобач А.Ю., Лазишвили М.Н.*
Лапароскопическая резекция неудвоенной почки у детей с образованиями 131
104. *Топольник М.В., Ольхова Е.Б., Рудин А.Ю.*
Перекрут яичка у детей: редкие варианты известной патологии 132
105. *Ковачич А.С., Шмыров О.С., Суоров Р.В., Кулаев А.В., Шарков С.М., Морозов К.Д., Лобач А.Ю., Лазишвили М.Н.*
Лапароскопическая операция Боари при патологии уретерovesикального сегмента в детском возрасте 133
106. *Морозов Д.А., Кремлев А.А.*
Состояние хирургической помощи мальчикам с патологией органов репродуктивной системы в Российской Федерации 135
107. *Млынчик Е.В., Гусева Н.Б., Ромашин М.А.*
Результаты терапии расстройств мочеиспускания у детей с использованием портативного БОС-тренажера 136
108. *Пигарева А.Е., Баранов Ю.В., Полозова Е.С.*
Редкие клинические случаи дисфункционального мочеиспускания 138
109. *Охотина А.А., Тратонин А.А.*
Опыт лечения пациентов с уретерогидронефрозом при удвоении почек 140

1. ДЕТРУЗОРНАЯ ГИПЕРАКТИВНОСТЬ (ДГА) У ДЕТЕЙ

Головина Олеся Борисовна, Герасименко Яков Александрович

Место работы: МЦ «Центр детского здоровья» Аленка

ВВЕДЕНИЕ. Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) по данным ICS– это состояние, при котором имеют место императивные позывы к мочеиспусканию, сопровождающиеся во многих случаях поллакиурией, энурезом, недержанием мочи, иногда никтурией, в различных комбинациях симптомов. ГАМП у детей – обусловлен пороками развития органов мочевой системы, задержкой созревания рефлексов мочеиспускания, а также поражением структур центральной нервной системы, регулирующей акт мочеиспускания. Детрузорная гиперактивность (ДГА) – наличие непроизвольных сокращений мочевого пузыря, фиксируемых при ретроградной цистометрии. ДГА может иметь клинические проявления ГАМП, может протекать совсем бессимптомно, проявляясь лишь периодическими изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, протеинурия, микрогематурия). ДГА сопровождается повышением внутрипузырного давления, которое при длительном воздействии приводит к поражению почек и почечной недостаточности.

ЦЕЛЬ. В связи с этим целью нашего исследования стал анализ обследования детей с признаками ГАМП и выявление у них детрузорной гиперактивности (ДГА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением в 2025 году находилось 29 детей в возрасте от 7 до 17 лет (12 мальчиков и 17 девочек). Выполнено 29 комплексных уродинамических исследования (КУДИ) на отечественной уросистеме «Альфа». КУДИ включало в себя ретроградную цистометрию, профилометрию уретры. Кроме того, у детей выполняли урофлоуметрический мониторинг для оценки фазы опорожнения. Обследование на суточное выделение белка – микроальбуминурию (МАУ) проводили исходно и после курса лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех пациентов исследуемой группы было выявлено ДГА разной степени выраженности: от незначительного до существенно значимого уровня. Клинические проявления ГАМП не коррелировали с тяжестью ДГА. Уровень МАУ также варьировал от незначительного повышения, до превышения в 10-20 раз от значений нормы. Кроме того, отмечена связь между высоким уровнем ДГА и недержанием мочи, несмотря на разные цифры давления профилометрии уретры. Даже при крайне высоком внутриуретральном давлении отмечены эпизоды недержания мочи.

ВЫВОДЫ. Таким образом, (ДГА) у детей влияет на состояние верхних мочевых путей, ухудшая работу почек, что проявляется в повышении МАУ; может протекать без клинических симптомов; для нее характерны рецидивирующие воспалительные процессы не только мочевых путей, но и яичек и придатков у мальчиков; сочетается в ПМР (пузырно-мочеточниковым рефлюксом; требует дополнительной диагностики и лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: уродинамика, дети, гиперактивный мочевой пузырь, детрузорная гиперактивность, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, цистометрия, урофлоуметрия, микроальбуминурия, почечная недостаточность.

2. ПЕРВЫЙ АНАЛИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА АППАРАТЕ STORZ MEDICAL MODULITH SLK В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Клюка Игорь Васильевич, Сизонов Владимир Валентинович, Родина Роза Алексеевна
ГБУ РО Областная детская клиническая больница,
ГБУ РО Областная детская клиническая больница, ФГБОУ ВО РостГМУ

ВВЕДЕНИЕ. Мочекаменная болезнь (МКБ) у детей является актуальной проблемой детской урологии, в лечении которой используется множество малоинвазивных и эффективных методик лечения, одной из которых является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). Внедрение современного литотриптора Storz Medical Modulith SLK в ГБУ РО ОДКБ открыло новые возможности для оказания помощи детскому населению с МКБ.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и безопасность ДУВЛ на аппарате Storz Medical Modulith SLK в лечении детей с МКБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное исследование включено 46 пациентов, среди них 22 мальчика (47,8%) и 24 девочки (52,2%), в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст 118 мес), прошедших лечение методикой ДУВЛ в период с августа 2024 года по декабрь 2025 года. Всего было выявлено 55 конкрементов, слева у 25 пациентов (32,6%) и справа у 31 (67,4%); в почке выявлено 39 конкрементов (70,9%), в верхней трети мочеточника – 7 (12,7%) и в нижней трети мочеточника – 9 (16,4%); с плотностью от 600 до 2500 НУ (средняя плотность 1169 НУ). Проведено 64 сеанса ДУВЛ, под ультразвуковым наведением проведен 31 сеанс (48,4%), под рентген-наведением – 33 сеанса (51,6%). Среднее количество ударов за 1 сеанс – 2199. Лечение пациентов проводили без предварительного дренирования верхних мочевых путей. Эффективность оценивалась по достижению статуса stone-free, безопасность – по классификации Clavien-Dindo.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Статус stone-free был достигнут у 43 пациентов (93,5%), после первого сеанса ДУВЛ статус stone-free был достигнут у 35 пациентов (76%). Для полной элиминации конкрементов среднее количество сеансов ДУВЛ составило 1,25. Интраоперационных осложнений не зафиксировано. Послеоперационные осложнения II степени отмечались в 3,1% случаев, IIIb – 3,1%.

ВЫВОДЫ. Проведенный полугодовой анализ опыта клинического применения ДУВЛ на аппарате Storz Medical Modulith SLK продемонстрировал его высокую эффективность и безопасность в лечении МКБ у детей, аналогично другим современным литотрипторам. Полученные результаты позволяют расширить показания к ДУВЛ, что существенно минимизирует необходимость в инвазивных хирургических вмешательствах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дистанционная ударно-волновая литотрипсия; дети; мочекаменная болезнь; stone-free.

3. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД (ДУВЛ + РИРХ) В ЛЕЧЕНИИ КОРАЛЛОВИДНОГО КОНКРЕМЕНТА У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Клюка Игорь Васильевич, Сизонов Владимир Валентинович, Родина Роза Алексеевна

ГБУ РО Областная детская клиническая больница;

ГБУ РО Областная детская клиническая больница;

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет;

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет

ВВЕДЕНИЕ. Коралловидные конкременты у детей раннего возраста представляют сложную терапевтическую проблему в связи с высоким риском осложнений, рецидивирования и ограниченными возможностями малоинвазивных методов лечения из-за малых размеров анатомических структур. Выбор оптимальной стратегии, обеспечивающей максимальную эффективность и безопасность, остается предметом дискуссий.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Представить клинический опыт успешного применения комбинированного метода: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) + ретроградная интратренальная хирургия (РИРХ) для лечения коралловидного конкремента у ребенка 2-х лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациентка возрастом 1 год 8 месяцев. Диагноз: коралловидный конкремент правой почки размерами 26x16x15 мм (V=6240 мм³), плотностью 1100 НУ. Наследственный анамнез по мочекаменной болезни не отягощен. Лечение проводилось поэтапно. Первый этап (ДУВЛ): Выполнено 3 сеанса ДУВЛ под рентген-наведением (33,3%) и ультразвуковым наведением (66,7%) с периодичностью 2-2,5 месяца с помощью литотриптора Storz Medical Modulith SLK. Среднее количество ударов за 1 сеанс – 1800. Средняя длительность госпитализации за 3 сеанса – 5,4 койко-дня с тенденцией к сокращению. Второй этап (РИРХ), направленный на резидуальный конкремент размерами 3x3x4 мм (V=36 мм³), осуществлялся через 4 месяца после последнего сеанса ДУВЛ с предварительным дренированием верхних мочевых путей. Фрагментация конкремента выполнялась с использованием лазерного аппарата FiberLase U2. Длительность госпитализации составила 6 койко-дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На всех этапах лечения интра- и послеоперационные осложнения отсутствовали. В периоды между сеансами ДУВЛ наблюдалось активное самостоятельное отхождение фрагментов конкремента, что позволило определить минеральный состав конкремента (100% цистин). После выполнения РИРХ у пациентки был достигнут статус stone-free.

ВЫВОДЫ. При коралловидных конкрементах у детей раннего возраста, где рекомендованным хирургическим подходом является перкутанная нефролитотрипсия, был успешно применен менее инвазивный комбинированный подход (ДУВЛ + РИРХ). Таким образом, в части подобных клинических случаев подход ДУВЛ+РИРХ может рассматриваться как альтернатива более инвазивной ПНЛ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дистанционная ударно-волновая литотрипсия; ретроградная интратренальная хирургия; дети; мочекаменная болезнь; коралловидный конкремент, цистин.

4. ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ РЕБЕНКА С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Врублевская Елена Николаевна, Врублевский Сергей Гранитович,
Ханов Мамай Магомедханович, Врублевский Артем Сергеевич,
Оганисян Анна Арменовна, Валиев Реваз Юрьевич, Ахметжанов Ильдар Сафаевич,
Адкина Елена Александровна*

ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ». Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф. Исакова ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

ВВЕДЕНИЕ. Инфравезикальная обструкция – термин, включающий в себя ряд заболеваний, вызывающих расстройство эвакуаторной функции мочевого пузыря и как следствие нарушение его опорожнения. Эффективность лечения пациентов с данной патологией зависит от своевременной диагностики и соблюдения алгоритма обследования.

ЦЕЛЮ сообщения является иллюстрация успешного комплексного и этапного лечения пациента с клапаном задней уретры с применением хемоденервации детрузора мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Приводим клиническое наблюдение лечения пациента 2 лет с клапаном задней уретры с латентным течением инфекционного процесса, получившего хирургическую помощь с применением внутрипросветных эндохирургических методов. Антенатально мальчику диагностирован двусторонний уретерогидронефроз. После рождения отмечены жалобы на капельное подтекание мочи. По месту жительства диагностирован клапан задней уретры и на 16 сутки жизни произведена трансуретральная резекция клапана (ТУР). В дальнейшем ребенок получал многократное лечение в связи с рецидивом инфекции мочевыводящих путей, что привело к формированию нефростом с двух сторон. В возрасте 6 месяцев ребенку предпринята попытка радикальной операции в объеме уретероцистонеоимплантации по Коэну с двух сторон, цистостомия. После оперативного лечения возникли осложнения в виде несостоятельности анастомоза слева, формирования затека в паравезикальное пространство и мочевого свища. В возрасте 1 года ребенок при отсутствии эффективного мочеиспускания госпитализирован в НПЦ спец. мед. помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. По результатам обследования емкость мочевого пузыря составляла 5 мл. Кроме того, отмечался стеноз уретеровезикального соустья слева, ПМР справа 5 степени. Для восстановления емкости мочевого пузыря и создания условий реимплантации мочеточников проводилось физиотерапевтическое лечение, М-холинолитики и хемоденервация. По достижении желаемого эффекта, выполнена двухсторонняя реимплантация мочеточников.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Катамнез после лечения составил 2 года. За период наблюдения отмечено купирование фебрильной инфекции, восстановление самостоятельного мочеиспускания и отсутствие остаточной мочи.

ВЫВОДЫ. Таким образом, алгоритм лечения ребенка основывался на необходимости постепенного и последовательного восстановления анатомических структур для создания условий выполнения операции по восстановлению уродинамики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клапан задней уретры, инфравезикальная обструкция, ботулотоксин типа А, хемоденервация.

5. «НЕПРОСТАЯ» КИСТА ПОЧКИ ПРИ СИНДРОМЕ СИМПСОНА-ГОЛАБИ-БЕМЕЛЯ (SGBS)

Врублевская Елена Николаевна, Врублевский Артем Сергеевич, Оганисян Анна Арменовна, Ханов Мамай Магомедханович, Врублевский Сергей Гранитович, Валиев Реваз Юрьевич, Ахметжанов Ильдар Сафаевич, Адкина Елена Александровна
ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ». Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф. Исакова ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

ВВЕДЕНИЕ. Синдром Симпсона-Голаби-Бемеля (SGBS) – редкое наследственное врожденное заболевание, которое может вызывать черепно-лицевые, скелетные, сердечно-сосудистые, почечные, ортопедические аномалии, описанное впервые американским ученым J. Simpson в 1975 г, а в дальнейшем в 1984 год M. Golabi и A. Behmel. SGBS наследуется по X-сцепленному рецессивному типу и считается синдромом ускоренного роста. Одной из наиболее заметных особенностей данного состояния является повышенный риск новообразований. Частота патологии не установлена и в настоящее время насчитывается всего 250 больных с данным синдромом.

ЦЕЛЬ нашего исследования – комплексный подход к хирургическому лечению пороков развития при редком наследственном синдроме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В январе 2024 года под нашим наблюдением находился пациент в возрасте 1 года 8 месяцев с SGBS и наличием трех кистозных образований левой почки. Одна из кист имела прогрессивный рост, локализовалась по заднее – латеральной поверхности почки, вызывая сдавление лоханки и нарушение оттока мочи. К моменту госпитализации в стационар размер кисты составил 85x79x69 мм. После обследования, включающего: УЗИ с доплерографией, КТ с контрастированием и выполнением отсроченных урограмм, а также исследования онкомаркеров, с учетом знаний о высоких рисках формирования новообразований почек, были сформулированы показания для оперативного лечения. Методом доступа был избран эндохирургический (лапароскопический) вариант с учетом возможности малоинвазивной обработки всех кистозных полостей одновременно. Во время наложения пневмоперитонеума отмечено повышение рСО₂ (гиперкапния) в выдыхаемом воздухе до 48-52 mmHg, не корригируемая гипервентиляцией. При ревизии обнаружен врожденный дефект диафрагмы слева (ложная диафрагмальная грыжа), ранее не диагностированная. Из лапароскопического доступа проведено ушивание дефекта диафрагмы и резекция кисты почки одновременно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате лечения в области резецированной кисты остаточная полость, признаков рецидива нет. Респираторных нарушений не отмечалось.

ВЫВОДЫ. Таким образом, использование эндохирургического доступа, оперативные навыки, мультидисциплинарный подход, инновационное оборудование позволили справиться с сочетанной хирургической патологией при редком синдромальном заболевании у ребенка.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Синдром Симпсона-Голаби-Бемеля, киста почки, диафрагмальная грыжа.

6. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЪЕМНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ УСЛОВИЙ УСПЕШНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

*Врублевская Елена Николаевна, Врублевский Сергей Гранитович,
Ханов Мамай Магомедханович, Валиев Реваз Юрьевич, Врублевский Артем Сергеевич,
Оганисян Анна Арменовна, Ахметжанов Ильдар Сафаевич,
Адкина Елена Александровна*

ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ». Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф. Исакова ИМД РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

ВВЕДЕНИЕ. «Миелодисплазия» – группа аномалий развития, которые возникают в результате нарушения смыкания краев медуллярного желобка в период эмбрионального формирования нервной трубки, и как одно из последствий порока – нарушение функции тазовых органов включая мочеиспускание. Комплексная реабилитационная терапия у данной группы пациентов зависит от особенностей клинических проявлений и хорошо известна профессиональному кругу специалистов. Однако при исходной сочетанности пороков развития, возникают сложные хирургические задачи, требующие нестандартных решений.

ЦЕЛЮ сообщения является иллюстрация этапного лечения пациента со Spina bifida и сочетанным обструктивным мегауретером слева, которому была выполнена операция замещения мочеточника сегментом тонкой кишки лапароскопическим доступом с созданием антирефлюксного механизма защиты с предварительной хемоденервацией детрузора ботулотоксином типа А.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлен клинический случай лечения пациента в возрасте 1 года 11 мес с обструктивным мегауретером слева, с нейрогенными нарушениями функции мочевого пузыря на фоне конкурирующего заболевания Spina bifida в поясничном отделе осложненной гидроцефалией. В возрасте 2 суток жизни ребенку выполнена операция иссечения менингомиелорадикулоцеле на пояснично-крестцовом уровне. На 4 сутки – вентрикулоперитонеальное шунтирование. При УЗИ-обследовании мочевых путей заподозрен мегауретер слева с умеренной пиелокаликоектазией. В возрасте 3 мес. по месту жительства после проведенного обследования в объеме цистоуретрографии и компьютерной томографии с контрастированием подтвержден диагноз обструктивного мегауретера и предпринята попытка стентирования мочеточника, не увенчавшаяся успехом, и осложнившаяся развитием острого нарушения оттока мочи из левой почки, что привело к нефростомии. В дальнейшем производилась попытка антеградного стентирования через нефростомический канал, без эффекта. В возрасте 9 мес ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение НПЦ спец мед помощи детям города Москвы, где при выполнении комплексного лучевого и инструментального исследования была выявлена облитерация мочеточника на всем протяжении, и гипертоничный мочевой пузырь малого объема до 20 мл. Учитывая сохранность функции почки по данным сцинтиграфии (ИИЗ слева 15%, справа 19%) и функциональным пробам, было принято сложное решение о реконструкции верхних мочевых путей с использованием

сегмента тонкой кишки и предварительной хемоденервацией детрузора, с целью восстановления резервуарной функции мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Катамнез после лечения составил 11 месяцев. За период наблюдения отмечено восстановление уродинамики мочевых путей слева, купирование фебрильных инфекций, восстановление самостоятельного порционного мочеиспускания.

ВЫВОДЫ. Таким образом, тактика лечения ребенка включала восстановление резервуарной функции мочевого пузыря с последующим замещением мочеточника сегментом тонкой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопия, замещающая пластика мочеточника, ботулотоксин типа А, хемоденервация, Spina bifida.

7. РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ DA VINCI XI

*Сизонов Владимир Валентинович, Макаров Алексей Геннадьевич,
Пакус Сергей Михайлович, Пирогов Александр Владимирович, Кварацхелия Давид Гиаевич
ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону*

ВВЕДЕНИЕ. Робот-ассистированная лапароскопическая пиелопластика (РАЛП) наиболее частое хирургическое вмешательство, выполняемое с использованием роботической платформы Da Vinci у детей. Нами получен первый опыт выполнения РАЛП у пациентов с гидронефрозом одной из половин подковообразной почки с использованием системы Da Vinci Xi.

ЦЕЛЬ. Анализ опыта выполнения РАЛП у пациентов с гидронефрозом половины подковообразной почки с использованием роботической платформы Da Vinci Xi.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В нашей клинике выполнено 3 случая РАЛП подковообразной почки. Среди наших больных было 2 (66,7%) мальчика, и 1 (33,3%) девочка. Средний рост пациентов составил $162 \pm 3,5$ см, средняя масса тела $53 \pm 6,1$ кг. У всех наблюдаемых пациентов выявлен гидронефроз левой половины подковообразной почки IV по SFU, сопровождавшийся снижением дифференциальной почечной функции ниже 40% с ипсилатеральной стороны. Причиной обструкции явилось высокое отхождение мочеточника в сочетании с вазоуретральным конфликтом. Пациентам была выполнена расчленяющая антевазальная пиелопластика без редуccionной резекции лоханки. Доступ осуществляли, установив три 8 мм роботических троакара для введения оптики и роботических инструментов и одного 5 мм для введения инструментов ассистентом. Дренирование верхних мочевых путей осуществляли с помощью внутреннего мочеточникового стента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Конверсий не было. Среднее время докинга составило $22 \pm 7,7$ минут. Время операции составило 92 ± 26 мин. Интраоперационных осложнений и осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Спустя 2 месяца от операции дренирование прекраща-

лось. Повторное дренирование не потребовалось ни в одном из случаев. Во всех случаях выявлена редукция ЧЛС по отношению к дооперационным значениям.

Выводы. Анализ опыта использования роботической платформы Da Vinci Xi для лечения ОПУС у пациентов с подковообразной почкой демонстрирует возможность использования всех преимуществ роботической платформы Da Vinci Xi, которое обеспечивает высокую безопасность и эффективность лечения.

Ключевые слова: гидронефроз, дети, подковообразная почка, робот-ассистированная лапароскопическая пиелопластика.

8. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВЫСОКАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Коган Михаил Иосифович, Сизонов Владимир Валентинович,
Пирогов Александр Владимирович, Кварацхелия Давид Гиаевич*

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону*

ВВЕДЕНИЕ. Целесообразность выполнения артериолимфосохраняющих варикоцелэктомий является предметом дискуссии. Несмотря на очевидную необходимость сохранения магистрального органного кровотока, выполнение артериосохраняющих операций существенно удлиняет вмешательство и ассоциировано с повышенным риском развития рецидивов.

ЦЕЛЬ. Изучить результаты высокой (на уровне нижнего полюса левой почки) артериолимфосохраняющей варикоцелэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В нашей клинике выполнено 24 «высоких» варикоцелэктомий, на уровне нижнего полюса левой почки, в зоне, где тестикулярная вена еще не сопровождается артерией, с использованием лапароскопического доступа. В положении пациента на правом боку, устанавливали три Зили 5мм троакара для введения оптики и инструментов. Идентификацию вены осуществляли на уровне проекции нижнего полюса левой почки. После рассечения париетальной брюшины выделяли, перевязывали и пересекли тестикулярную вену. Контрольный осмотр через 3 и 6 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ковверсий не было. Продолжительность оперативного вмешательства – $57,8 \pm 15,7$ минут. В трех случаях отмечались интраоперационные осложнения: ретрокарбокситонеум, повреждение брыжеечной артерии, кровотечение из паравазальных тканей. Послеоперационных осложнений не отмечалось. У 10 пациентов на контрольных осмотрах через 3 и 6 месяцев после операции рецидивов заболевания и осложнений выявлено не было.

Выводы. Описанная техника варикоцелэктомии позволяет выполнить артериолимфосохраняющее вмешательство без временных затрат на идентификацию тестикулярной артерии и лимфатических сосудов, является выполнимой и безопасной технологией. Требуются дальнейшие исследования для изучения среднесрочных результатов лечения.

Ключевые слова: варикоцеле, подростки, высокая варикоцелэктомия, лапароскопия.

9. ФЛЕГМОНА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У МАЛЬЧИКА 4 МЕСЯЦЕВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Пирогов Александр Владимирович, Лабинская Ольга Николаевна,
Кварацхелия Давид Гиаевич, Сизонов Владимир Валентинович
ГБУ РО «ОДКБ»*

ВВЕДЕНИЕ. Заболевание встречается крайне редко, представлено ограниченное количество публикаций, имеются трудности в диагностике, особенно на начальных этапах заболевания, не существует единого консенсуса в выборе метода оперативного лечения. Нами представлен случай флегмоны забрюшинного пространства у ребенка 4 месяцев.

ЦЕЛЬ. Представлен алгоритм диагностики и лечения флегмоны забрюшинного пространства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. При обследовании и постановке диагноза использовались клиничико-лабораторные и инструментальные (ультразвуковое обследование, спиральная компьютерная томография почек и забрюшинного пространства с контрастным усилением) методы диагностики. Выполнена люмботомия справа, ревизия правого забрюшинного пространства, дренирование полости гнойника.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После ревизии и дренирования на фоне консервативного лечения удалось полностью санировать забрюшинное пространство. Отмечается нормализация клиничико-лабораторных показателей, отсутствие изменений в области паранефрального пространства по данным ультразвукового исследования. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 3 месяца жалоб не предъявляет, клинических и лабораторных проявлений воспалительного процесса за период наблюдения не отмечалось, по данным УЗИ патологических изменений в области почек и забрюшинного пространства не определяется.

ВЫВОДЫ. Флегмона забрюшинного пространства у детей встречается крайне редко. На ранних этапах заболевания диагностика затруднена. Современные методы визуализации (УЗИ, СКТ) не обладают достаточной информативностью. По мере прогрессирования заболевания, данные лучевых методов становятся более информативными и позволяют визуализировать распространенность процесса. При лечении консервативная монотерапия не целесообразна, не сформирован консенсус части выбора между открытым доступом и пункционным дренированием паранефрального пространства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, флегмона забрюшинного пространства, острые деструктивные поражения почек и забрюшинного пространства.

10. НОВЫЙ СПОСОБ ЦИРКУМЦИЗИО С ПОМОЩЬЮ ОДНОРАЗОВОГО АНАСТОМАТА. ЗА ИЛИ ПРОТИВ?

*Чепурной Михаил Геннадьевич, Сизонов Владимир Валентинович,
Макаров Алексей Геннадьевич, Франциянц Калуст Геворкович, Кивва Андрей Николаевич
ОДКБ, РостГМУ*

ВВЕДЕНИЕ. Мужское обрезание (МО), хирургическое удаление крайней плоти полового члена, связано с традиционными, религиозными, этническими и культурными обычаями. Оно также проводится для устранения таких медицинских проблем, как фимоз и избыток крайней плоти. С обрезанием связаны некоторые дополнительные преимущества, такие как защита от заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), инфекций мочевыводящих путей, ВИЧ/ВПЧ-инфекции, а также снижение заболеваемости раком полового члена. При обрезании новорожденных широко используются зажимы Гомко, Plastibell, Mogen и дорсальный разрез. Зажим используется для ограничения кровотока в крайней плоти полового члена, чтобы снизить риск кровотечения. Обрезание – это простая процедура для детей, младенцев и молодых людей, которая быстро заживает и сопряжена с очень низким риском кровотечения. Более того, польза от обрезания у детей перевешивает связанные с ним риски, если операция проводится профессионалом с надлежащим обезболиванием в стерильных условиях. Однако эти традиционные подходы утомительны и могут привести к таким осложнениям, как периоперационная/послеоперационная боль, кровотечение и инфекция. Таким образом были разработаны новые методы и устройства для устранения этих побочных эффектов и повышения эффективности и безопасности обрезания.

ЦЕЛЬ. Изучить безопасность и эффективность одноразового шовного устройства для обрезания при хирургическом лечении фимоза и избыточной крайней плоти. Недавно разработанное одноразовое устройство для наложения швов при обрезании позволяет сократить время операции и периоперационное кровотечение по сравнению с традиционными методами. Однако на результат операции могут влиять и другие факторы, в том числе сопутствующие заболевания пациента, вызывающие баланит, а также повышенный риск инфицирования. Учитывая эти возможные осложнения, целью данного исследования стала первая в своем роде оценка хирургических результатов с использованием одноразового анастомата для обрезания с точки зрения продолжительности операции, хирургической сложности, безопасности, удовлетворенности пациентов и эстетических результатов, а также, что наиболее важно, прогностических факторов послеоперационной инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 6 сентября 2022 года по 22 января 2026 года в нашей больнице 338 пациентам с избытком крайней плоти или рецидивирующим баланопоститом было выполнено обрезание крайней плоти при помощи анастомата (одноразового устройства). Перед обрезанием были зафиксированы возраст, рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), длина растянутого полового члена, окружность полового члена, степень фимоза. Степень фимоза оценивалась по шкале, предложенной Кикиросом. Были зарегистрированы нежелательные явления, включая послеоперационное кровотечение, отек, раневую инфекцию и раневую инфекцию, потребовавшую повторной операции. Инфекция раны определялась как любой клинический признак, указывающий на покраснение, отек, локальное повышение температуры или постоянную боль в ране, с расхождением краев раны или без него, что привело к назначению антибиотиков для лечения. Мы собрали все данные из амбулаторных и хирургических карт. Для обрезания мы использовали одноразовый анастомат. Анастоматы существуют в девяти моделях в соответствии с различным обхватом полового члена: 10, 12, 14, 16, 18, 22, 26, 30А и 34. Устройство состоит из ножки в форме колокола, шовных скоб, кольцеобразного лезвия, ручки и корпуса. Размер устройства подбирался в соответствии с обхватом полового члена с помощью измерительной шкалы, предоставленной производителем.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Фимоз можно классифицировать по шкале Кикиро. В нашем исследовании 338 (85,79 %), 14 (3,55 %) и 42 (10,66 %) человека имели фимоз 0–1, 2–3 и 4–5 степени соот-

ветственно. Средняя продолжительность операции составила $31,4 \pm 9,96$ минуты, а среднее послеоперационное кровотечение и частота инфицирования ран составили 2,54 % и 9,39 % от общего числа пациентов соответственно. Мы также отметили, что 1,27 % пациентов нуждались в повторной операции, а у 2,03 % во время операции возникли проблемы с инструментами. В общей сложности у 37 из 338 пациентов была выявлена раневая инфекция. Таким образом, мы оценили взаимосвязь сопутствующих заболеваний и периоперационных параметров с инфекцией. Однако в нашем исследовании не удалось установить истинную взаимосвязь между окружностью полового члена и плохим результатом хирургического вмешательства. Вероятно, это связано с механическими неисправностями, вызванными ограниченным диапазоном размеров устройств.

ВЫВОДЫ. Таким образом, наши данные показывают, что анастомат (одноразовый инструмент) может быть эффективной и безопасной альтернативой проведению обрезания. Однако пациентам с прогрессирующим фимозом, повышенным ИМТ следует соблюдать крайнюю осторожность из-за повышенного риска инфицирования, расхождения ран и гематом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: циркумцизио, фимоз, анастомат.

11. ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

*Золотухин Дмитрий Сергеевич, Павлова Ольга Сергеевна,
Грунин Александр Васильевич, Зайцева Ева Николаевна
ЧОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Крипторхизм относится к распространенной врожденной аномалии, при которой яички не опускаются нормально в мошонку. Тем не менее, несмотря на то, что большинство случаев крипторхизма поддаются коррекции, некоторые пациенты упускают оптимальный период лечения. По мере роста эти пациенты могут столкнуться с острыми осложнениями, такими как перекрут яичка.

ЦЕЛЬ. Анализ клинических характеристик, методов диагностики и результатов лечения перекрута яичка у детей с крипторхизмом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Был проведен ретроспективный анализ клинических данных 7 детей с крипторхизмом, у которых был перекрут яичка, и которые проходили лечение в Челябинской областной детской больнице с 2018 по 2024 год. У этих пациентов перекрут яичка в 5 случаях отмечался с левой стороны и в двух с правой стороны. Средний возраст пациентов составил 48 месяцев. Медианное время начала хирургического вмешательства составило 24 часа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все пациенты прошли хирургическое обследование, всем выполнялось узи. Среднее время операции составило 25 мин. Заворот яичка наблюдался от 360° до 720° . Во время операции у 5 яичек был обнаружен необратимый некроз, и они были удалены, в то время как два были успешно раскручены и сохранены с хорошим кровоснабжением. Послеоперационное наблюдение составило 12 месяцев показало атрофию в 1 случае у сохраненных яичек, а у пациентов с удаленными гонадами контралатеральные фиксированные яички хорошо развивались.

ВЫВОДЫ. Перекрут яичка у детей с крипторхизмом встречается редко и часто сопровождается едва заметными симптомами. Ранняя диагностика и лечение имеют решающее значение.

Ультразвук играет важную роль в диагностике перекрута яичка при крипторхизме.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паховый крипторхизм, перекрут яичка, деторсия.

12. ПАХОВАЯ ЭКТОПИЯ ЯИЧКА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Золотухин Дмитрий Сергеевич, Павлова Ольга Сергеевна, Филатов Иван Андреевич,
Зайцева Ева Николаевна*

ЧОДКБ

ВВЕДЕНИЕ. Паховая эктопия яичка является редким осложнением после пластики паховой грыжи. В современной литературе существует малое количество статей, посвященных этой проблеме.

ЦЕЛЬ. Изучить механизмы подъема яичка после операции по поводу паховой грыжи у детей и методы лечения данного осложнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе ЧОДКБ проведен ретроспективный анализ медицинских карт детей мужского пола, перенесших пластику паховой грыжи в период с января 2018 года по декабрь 2023 года. Были идентифицированы те, кто перенес последующие орхиопексии по поводу ипсилатерального крипторхизма. Были исключены крипторхизмы, которые были неправильно диагностированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего было пролечено 1140 мальчиков с паховыми грыжами, из них 978 (86%) оперированы лапароскопически по методике PIRS, а 162 (14%) выполнялось открытое грыжесечение. У 9 (0,7%) детей после операции выявлено эктопированное яичко в паху. Во время орхиопексии обширные спайки и рубцы в паховом канале были обнаружены только в 2 случаях после открытой пластики. Влагалищный отросток оставался интактным после лапароскопической пластики и частично – после открытого грыжесечения.

ВЫВОДЫ. Эктопию яичка у пациентов, перенесших пластику паховой грыжи, можно успешно лечить с помощью орхиопексии, выполняемой посредством пахового доступа.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: паховая эктопия яичка, грыжесечение, ушивание внутреннего пахового кольца.

13. СРАВНЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ И НАРУЖНОЙ РОТАЦИИ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ДЛИНЫ ПОКРЫТИЯ УРЕТРЫ

*Николаев Василий Викторович, Демин Никита Валерьевич
НИИ НДХиТ-клиника доктора Рошалья*

ВВЕДЕНИЕ. Ремонт эписпадии при классической экстрофии мочевого пузыря остается одной из наиболее технически сложных реконструктивных операций. Несмотря на широкое распро-

странение методик неполной разборки полового члена с внутренней ротацией кавернозных тел, многие пациенты сохраняют риск остаточной дорсальной курватуры, укорочения ствола и формирования уретрокожных свищей. Наружная ротация кавернозных тел рассматривается как перспективная альтернатива, однако объективных количественных сравнений ее преимуществ долгое время не хватало.

ЦЕЛЬ. Количественно сравнить длину покрытия уретры кавернозными телами после внутренней и наружной ротации при первичном ремонте эписпадии у пациентов с классической экстрофией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнен ретроспективный анализ 29 пациентов в возрасте 11–59 месяцев, перенесших закрытие экстрофии ранее и последующую первичную коррекцию эписпадии. Кавернозные тела полностью мобилизовали от бульбарного отдела уретры с обязательной диссекцией сосудисто-нервных пучков для увеличения ротационной свободы. В каждом случае последовательно выполняли внутреннюю и наружную ротацию с парным интраоперационным измерением длины покрытия уретры между проксимальным и дистальным межкавернозными швами при нейтральном положении полового члена без тракции и искусственной эрекции. Статистический анализ включал парный t-тест и корреляцию Спирмена для оценки связи возраста с приростом покрытия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наружная ротация обеспечила достоверно большее покрытие уретры по сравнению с внутренней: средняя разница составила 9,79 мм ($p < 0,0001$). Средняя длина покрытия уретры при внутренней ротации – $26,6 \pm 2,8$ мм, при наружной – $36,4 \pm 4,9$ мм. Отмечена умеренная положительная связь между возрастом пациента и приростом покрытия ($\rho = 0,6182$; $p = 0,0004$), что указывает на более выраженный эффект наружной ротации у старших детей. Частота уретрокожных свищей составила 6,9% (2 случая), при этом в одном наблюдении свищ закрылся самостоятельно. Признаков ишемии тканей и сосудистых осложнений не выявлено, полная коррекция дорсальной курватуры достигнута у 86% пациентов.

ВЫВОДЫ. Наружная ротация кавернозных тел после полной мобилизации обеспечивает статистически и клинически значимое увеличение покрытия уретральных швов и способствует удлинению ствола полового члена по сравнению с внутренней ротацией. Полученные данные поддерживают использование наружной ротации как предпочтительной опции при ремонте эписпадии у пациентов с классической экстрофией, при условии достаточной длины уретральной пластинки и адекватной мобилизации тканей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстрофия, эписпадия, фаллопластика.

14. ТОРАКО-ДОРЗАЛЬНЫЙ ЛОСКУТ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЯТРОГЕННОЙ ПОТЕРЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Николаев Василий Викторович, Демин Никита Валерьевич
НИИ НДХиТ-клиника доктора Рошала*

ВВЕДЕНИЕ. Ятрогенная утрата полового члена у подростков является редким, но крайне тяжелым осложнением реконструктивных вмешательств на уретре и промежности. Данная

категория пациентов требует высокотехнологичной реконструкции, обеспечивающей надежное кровоснабжение неофаллоса и перспективу функционального восстановления за счет реиннервации.

ЦЕЛЬ. Оценить возможность и ближайшие результаты микрохирургической фаллопластики свободным ревааскуляризованным и реиннервированным торако-дорзальным лоскутом (ТДЛ) у подростка при ятрогенной потере полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент 14 лет с ятрогенной утратой полового члена прооперирован методом микрохирургической фаллопластики. В качестве донорского материала использован свободный торако-дорзальный лоскут с включением участка широчайшей мышцы спины. Сформирован неофаллос и выполнена его фиксация в лобковой области. Наложены микрососудистые анастомозы между торако-дорзальными артерией и веной лоскута и глубокими эпигастральными сосудами реципиентной зоны. Для обеспечения реиннервации выполнен нейроанастомоз между двигательной ветвью запирательного нерва и торако-дорзальным нервом. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная, анальгетическая, инфузионная и антикоагулянтная терапия, а также регулярный мониторинг состояния лоскута.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный период протекал без осложнений. Достигнуто полное приживание трансплантата. Неофаллос жизнеспособен, признаки ишемии и нарушения венозного оттока отсутствовали. Параметры клинического мониторинга оставались стабильными на протяжении послеоперационного наблюдения.

ВЫВОДЫ. Свободный торако-дорзальный лоскут с микрососудистой ревааскуляризацией и реиннервацией является надежным и воспроизводимым вариантом фаллопластики у подростков при ятрогенной потере полового члена. Метод обеспечивает высокий шанс приживания трансплантата и создает анатомическую основу для дальнейшей функциональной реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фаллопластика, ТДЛ, ятрогенная потеря полового члена, афалия, реконструкция.

15. ПРОТЯЖЕННАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ УРЕТРЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ТАЗА: ТРАНСПУБИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ

*Николаев Василий Викторович, Демин Никита Валерьевич
НИИ НДХиТ-клиника доктора Рошала*

ВВЕДЕНИЕ. Травма таза с разобщением мочевого пузыря и уретры относится к редким и наиболее тяжелым вариантам повреждений нижних мочевых путей. Ведение таких пациентов требует этапной тактики, длительного отведения мочи, стабилизации таза и последующей реконструкции в специализированных условиях.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай этапного лечения пациента 5 лет с переломом таза и разобщением мочевого пузыря и уретры после компрессионной травмы малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Механизм травмы – сдавление малого таза бетонной плитой с формированием перелома костей таза, повреждением промежности, разобщением мочевого пузыря и уретры и сопутствующим кишечным повреждением. На первичном этапе выполнены экстренные вмешательства с обеспечением отведения мочи и формированием колоστοмы, проведено лечение повреждений промежности и стабилизация тазового кольца. На позднем этапе по данным эндоскопического и рентгенологического обследования подтверждена посттравматическая облитерация уретры. Учитывая протяженность поражения, стандартная анастомотическая уретропластика промежностным доступом была невозможна. Выполнена реконструкция с формированием уретро-уретроанастомоза через разведенное лонное сочленение транспубическим доступом. Зона анастомоза укрыта лоскутами мягких тканей. Установлены уретральный катетер и цистостома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Восстановлена проходимость уретры без признаков стеноза. Отмечено полноценное смыкание шейки мочевого пузыря. Клинически достигнуто полное удержание мочи. После завершения сопутствующего колоректального этапа отмечено полное удержание кала.

ВЫВОДЫ. При компрессионной травме малого таза с разобщением мочевого пузыря и уретры транспубическая реконструкция с формированием уретрального анастомоза позволяет восстановить проходимость нижних мочевых путей и достичь полноценной континенции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: травма таза, отрыв мочевого пузыря, реконструкция уретры.

16. ЛЕЙДИГОМА У МАЛЬЧИКА 4 ЛЕТ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

*Володько Елена Анатольевна, Годлевский Дмитрий Николаевич,
Аникиев Александр Вячеславович, Бровин Дмитрий Николаевич, Латышев Олег Юрьевич,
Буркин Артем Гагикович
РМАНПО, НМИЦ эндокринологии им. И.И. Дедова, ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ г. Москвы*

ВВЕДЕНИЕ. Лейдигомой считают гормонально активную опухоль, развивающуюся из клеток Лейдига. Избыточная секреция опухолью тестостерона у мальчиков допубертатного периода приводит к гонадотропин-независимому преждевременному половому созреванию. Основной метод лечения лейдигомы – хирургический. Предметом обсуждения остается объем оперативного вмешательства.

ЦЕЛЬ. Представление клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент 4 лет 7 мес. поступил с жалобами на увеличение размеров правого яичка и полового члена и прогрессирующее лобковое оволосение. По месту жительства выявлено увеличение секреции тестостерона, ультразвуковые признаки объемного образования правого яичка и отрицательные показатели онкомаркеров. В результате обследования заподозрена лейдигома правого яичка. С целью исключения злокачественного процесса проведена компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства

и малого таза с рентгенконтрастным усилением. Объемных образований, очагов, патологически накапливающих контрастное вещество в брюшной полости и забрюшинном пространстве, не выявлено. Выполнена скрототомия и удаление опухоли правого яичка.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Избыточная секреция тестостерона устранена, преждевременное половое созревание купировано.

ВЫВОДЫ. Редкость данной влияет на поздние сроки диагностики. Это влечет за собой необратимые изменения, которые появляются в организме пациента вследствие длительной гиперсекреции тестостерона. В представленном клиническом примере диагноз установлен спустя полтора года после дебюта заболевания. Выбор хирургической тактики обоснован размерами опухоли и риском злокачественного образования. Пациенты требуют длительного наблюдения в связи с риском развития преждевременного гонадотропин-зависимого полового созревания и его последствий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лейдигома у ребенка, опухоль яичка, преждевременное половое развитие.

17. ПОСТПУБЕРТАТНАЯ ТЕРАТОМА ЯИЧКА У МАЛЬЧИКА 16 ЛЕТ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

*Володько Елена Анатольевна, Латышев Олег Юрьевич, Буркин Артем Гагикович,
Пыков Михаил Иванович, Годлевский Дмитрий Николаевич
РМАНПО, ЗДЗМ г. Москвы*

ВВЕДЕНИЕ. Тератома яичка – это новообразование, происходящее из половых клеток яичка. Оно содержит ткани, характерные для различных эмбриональных листков: эпителиальные структуры, элементы кожи и ее придатков (волосы, сальные железы), хрящ, кость, нервные волокна и другие компоненты. Основным методом лечения тератомы яичка – хирургический.

ЦЕЛЬ. Представление клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациенту 16 лет при физикальном осмотре детского уролога-андролога в школе заподозрили сперматоцеле. На УЗИ мошонки выявлено УЗ-признаки многоузлового образования правого яичка, кисты головки придатка левого яичка. Онкомаркеры (АФП, бета-ХГЧ, ЛДГ) при этом – в пределах референсных значений. Был госпитализирован в марте 2025 года для оперативного лечения сперматоцеле и дополнительного обследования правого яичка. В результате обследования заподозрена тератома правого яичка. Киста придатка левого яичка была удалена. На контрольном обследовании в апреле 2025 года у пациента диагностирована опухоль, был направлен на госпитализацию в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина для оперативного лечения тератомы. Произведена резекция правого яичка, опухолевое образование отправлено на морфологическое исследование. По его результатам злокачественный компонент не выявлен, край резекции без признаков опухолевого роста.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Тератома занимает второе место по распространенности среди герминогенных опухолей у детей, однако тератома яичка у детей старше 4 лет диагностируется редко. Прогноз чистых тестикулярных тератом различен. Существуют лишь единичные публикации о развитии метастазов у пациентов препубертатного возраста. Зрелая тератома у пациентов постпубер-

татного возраста имеет благоприятный прогноз. Часто тератома яичка может сочетаться с кистой придатка или быть ошибочно принята за нее. Поэтому так важно проводить полную диагностику, включая онкомаркеры и ультразвуковую диагностику.

ВЫВОДЫ. Реабилитация таких пациентов мультидисциплинарна (регулярные осмотры уролога-андролога, онколога, а при необходимости эндокринолога). Важным этапом диагностики является эхография органов мошонки, предстательной железы, определение концентрации половых гормонов в сыворотке крови, исследование онкомаркеров ежегодно в течение всего репродуктивного периода, соблюдение графика плановых обследований для своевременного выявления рецидива.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: постпубертатная тератома яичка у ребенка, опухоль яичка, тератома.

18. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ МКБ У ДЕТЕЙ. НАШ ОПЫТ

*Лобжанидзе Ираклий Давидович, Лобжанидзе Зураб Борисович,
Пономарева Александра Сергеевна
ГБУЗ СК ГKB СМП*

ВВЕДЕНИЕ. В последние годы, объем открытых оперативных вмешательств в лечении МКБ у детей сократился в связи с успешным появлением и применением малоинвазивных технологий, таких как контактная литотрипсия, ДУВЛТ и в последующем зарекомендовали себя, как малотравматичный и высоко результативный метод лечения МКБ у детей.

ЦЕЛЬ. Определить эффективность и оценить результативность лечения МКБ у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2020 по 2025гг. анализу подвергнуты 205 детей, находившихся на обследовании и лечении в детском урологическом отделении. Мальчиков было 103, девочек 102. Возраст детей составлял от 1 года до 17 лет. 183(89,3%) ребенка госпитализированы в отделение в экстренном порядке с клиникой почечной колики, 22 (10,7%) ребенка госпитализированы в плановом порядке. Справа конкременты определялись у 114 (55,6%) детей, слева у 91(44,4). На фоне проводимой консервативной терапии самостоятельное отхождение конкрементов фиксировалось у 89 детей (43,4%), 34 детям (16,5%) выполнялась КУЛТ и 32 детям (15,6%) выполнялась ДУВЛТ. В случаях когда выполнить КУЛТ или ДУВЛТ невозможно, в связи с анатомическими особенностями размеров мочеточника и устья мочеточника, первым этапом выполнялось стентирование, с целью расширения мочеточника, что в последующем позволяло свободно пройти инструменту по мочеточнику и выполнить контактную литотрипсию, таких детей было 42 (20,6%), 8 (3,9%) детям выполнено открытое оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Контактная литотрипсия и ДУВЛТ показали в 97% положительный результат в лечении МКБ, в 3% случаях отмечался повторный приступ почечной колики у детей, при отхождении больших фрагментов конкремента, который купировался медикаментозно. Если ранее лечение МКБ, обусловленной наличием конкремента в в/3 мочеточника или в почке было открытое оперативное вмешательство, то с наличием ДУВЛТ и появлением детского уретероскопа в нашей клинике, число открытых оперативных вмешательств снизилось, за счет

эндоскопических операций и ДУВЛТ. За последние три года, открытых вмешательств было два, связанных с врожденной обструкцией ПУС, что способствовало развитию МКБ.

ВЫВОДЫ. КУЛТ и ДУВЛТ с успехом зарекомендовали себя, как малоинвазивный и высоко результативный метод лечения МКБ у детей, что позволяет избежать высокой травматичности, как при открытом оперативном лечении, быстрым восстановлением и высоким результатом лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: МКБ у детей. Почечная колика. КУЛТ. ДУВЛТ, стентирование МВС.

19. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИАПИЗМА У ДЕТЕЙ. ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА 11 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ: ПРИАПИЗМ, ИШЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА

*Рудин Андрей Юрьевич, Рудин Юрий Эдвартович, Соколов Юрий Юрьевич,
Руненко Владимир Игоревич, Ольхова Елена Борисовна, Акопян Манвел Карапетович,
Жуков Олег Борисович*

ГБУЗ ДГКБ св. Владимира ДЗМ, НИИ Урологии им. Лопаткина, РМАНПО, РУДН

ВВЕДЕНИЕ. Приапизм – патологическое состояние, характеризующееся продолжительной эрекцией (более 4 часов), не связанной с сексуальным возбуждением.

Различают две основные формы:

- Ишемический (венозный) – неотложное состояние, характеризующееся отсутствием кровоснабжения кавернозных тел и требующее экстренного вмешательства
- Артериальный (неишемический) – чаще посттравматический, менее urgentный. Кровоток в кавернозных артериях сохранен или усилен, а газовый состав крови из кавернозных тел – без признаков гипоксии и ацидоза.

Общая частота приапизма в детской популяции не превышает 1–2 случая на 100 000 детей в год, причем артериальная форма встречается примерно в 50 раз реже ишемического. Несмотря на редкость, заболевание требует высокой настороженности, так как ошибки в диагностике и лечении могут привести к стойкой потере эректильной функции.

ЦЕЛЬ. Несмотря на редкость, заболевание требует высокой настороженности, так как ошибки в диагностике и лечении могут привести к стойкой потере эректильной функции. Цель презентации – актуализация проблемы приапизма и алгоритма экстренных мероприятий на примере клинического случая ишемического приапизма у ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мальчик 11 лет поступил в ДГКБ св. Владимира ДЗМ с жалобами на некупирующуюся эрекцию длительностью около 30 часов. Из анамнеза известно, что ребенок обратился в один из стационаров Москвы через 6 часов от начала заболевания, где проводились консервативные мероприятия без положительного эффекта. Для уточнения диагноза и проведения ангиографии ребенок переведен в ДГКБ св. Владимира.

В условиях стационара выполнены УЗИ, МРТ, лабораторные исследования, консультации

специалистов и ангиография, в результате которых установлен диагноз Приапизм, ишемическая форма. В связи с неэффективностью консервативной терапии выставлены показания к хирургическому лечению.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнена пункция, промывание кавернозных тел – эффект операции кратковременный, расценен как рецидив приапизма. По экстренным показаниям выполнено дистальное спонгиокавернозное шунтирование, терапия антикоагулянтов, симптоматическое лечение. На фоне проводимого лечения отмечалась слабopоложительная динамика, однако явления приапизма сохранялись. Выполнено проксимальное спонгиокавернозное шунтирование, в результате которого отмечалась положительная динамика – кавернозные тела с тенденцией к уменьшению, податливы, безболезненны. По данным УЗИ в проекции спонгиокавернозных шунтов прослеживается усиленный кровоток.

ВЫВОДЫ. Приапизм у детей – это эпидемиологически и часто этиологически отличное от взрослых ургентное состояние. Его крайняя редкость в общей педиатрической практике и ограниченность «терапевтического окна», делает проблему исключительно актуальной и требующей высочайшей настороженности от урологов, педиатров, гематологов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: приапизм, ишемическая форма.

20. ОПЫТ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПО ПОЛИТАНО-ЛЕАДБЕТТЕРУ И КОЭНУ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

*Пунсуков Кишикто Доржигжапович
ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ*

ВВЕДЕНИЕ. Пневмозефоскопический доступ при коррекции патологии уретеровезикального сегмента у детей сочетает преимущества малоинвазивности с возможностью выполнения сложных реконструкций: стабильное операционное поле за счет пневматического расширения мочевого пузыря, улучшенная визуализация анатомических структур, точность интракорпорального шва и минимальная травматизация тканей позволяют избежать недостатков открытой хирургии – травматичности и длительной реабилитации. Внедрение данной технологии расширяет возможности органосохраняющего лечения сложных форм уретеровезикальной патологии в детской урологии.

ЦЕЛЬ. Представить предварительные результаты внедрения пневмозефоскопической реимплантации мочеоточника по методикам Cohen и Politano–Leadbetter у детей с патологией уретеровезикального сегмента в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Республики Бурятия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с апреля 2023 г. по январь 2026 г. выполнено 17 пневмозефоскопических реимплантаций мочеоточника у детей в возрасте от 1,6 до 10 лет: по поводу обструктивного мегауретера – 13 случаев, пузырно-мочеоточникового рефлюкса – 4 случая. В 15 наблюдениях использована методика Cohen, в 2 – Politano–Leadbetter. Пациента укладывали

на спину с валиком под ягодицами. Под цистоскопическим контролем при наполненном мочевом пузыре жидкостью последний фиксировали к передней брюшной стенке лигатурой пролен2/0. Устанавливали троакары: 5 мм – для оптики (по средней линии на середине расстояния между пупком и лоном), два троакара 3,9 мм – симметрично в подвздошно-паховых областях справа и слева (при методике Cohen). При методике Politano–Leadbetter троакары устанавливали максимально высоко на дно мочевого пузыря по одной линии. Жидкость в мочевом пузыре заменяли углекислым газом до давления 8–10 мм рт. ст. После наложения шва-держалки на устье мочеточник выделяли электрокоагуляционным крючком, формировали подслизистый тоннель (поперечный при Cohen, продольный при Politano–Leadbetter) и проводили мочеточник через него. Устье мочеточника формировали интракорпоральными узловыми швами рассасывающей лигатурой 5/0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все операции завершены без конверсии в открытый доступ. Средняя продолжительность вмешательства составила $156,2 \pm 20,0$ мин (диапазон 130–210 мин). Продолжительность стационарного этапа после операционного периода – 8–10 суток. Осложнений в раннем и отдаленном периодах (на момент наблюдения) не зарегистрировано. По данным контрольных обследований (УЗИ, экскреторная урография, микционная цистоуретрография) отмечены: купирование инфекций мочевых путей, регресс расширения верхних мочевых путей, отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

ВЫВОДЫ. Предварительные результаты подтверждают эффективность и безопасность пневмозикоскопического подхода к реимплантации мочеточника у детей. Успешное освоение методики Politano–Leadbetter в условиях ограниченного первоначального опыта расширяет возможности органосохраняющего лечения сложных форм уретерovesикальной патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реимплантация мочеточника, уретерovesикальный сегмент, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструктивный мегауретер, методика Cohen, методика Politano–Leadbetter.

21. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ МЕГАУРЕТЕР: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СПОНТАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ

*Бондаренко Сергей Георгиевич, Дубров Виталий Игоревич, Солодкая Екатерина Владимировна,
Кузовлева Галина Игоревна, Забродина Софья Романовна
Клиническая больница скорой помощи №7, 2-я Городская Детская Клиническая Больница,
ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. Сеченова
Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Первичный мегауретер (ПМ) встречается в 6–10% случаев среди всех пренатально выявленных аномалий мочевыводящей системы. Самопроизвольное разрешение ПМ – известный факт.

ЦЕЛЬ. Определить факторы, влияющие на спонтанное разрешение мегауретера у детей с пренатально установленным мегауретером.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализу подвергнуто 179 пациентов (191 мочеточник) с антенатально установленным мегауретером. У всех детей измерялся превезикальный диаметр мочеточника, переднезадний диаметр лоханки, чашечек и толщина паренхимы над средней группы чашечек. Функция почки оценивалась по данным реносцинтиграфии и/или внутривенной урографии. В оценке степени гидронефроза использовалась классификация SFU. Для определения значимости факторов риска использовалась бинарная логистическая регрессия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В анализируемой выборке тяжелая степень гидронефроза (III-IV степень) превалировала и составляла 81%. Острая инфекция мочевых путей отмечалась у 7% пациентов. Низкая функция почки имела у 7% детей. В первый месяц постнатального периода регрессия наступила у 43% детей, причем, диаметр мочеточника антенатально у этих детей был практически одинаковым (7,6 и 7,9 мм). В возрасте от 1 до 3 месяцев регрессия мегауретера отмечена у 30% детей, в возрасте от 3 до 6 месяцев у 28%, от 6 месяцев до года у 46% и старше года у 37%. Обнаружена статистически значимая слабая корреляционная связь между превезикальным диаметром мочеточника и передне-задним диаметром лоханки (t -Спирмена=0,2; $p=0,002$). При анализе (бинарная логистическая регрессия) возможных предикторов спонтанной регрессии мегауретера обнаружено, что тяжесть гидронефроза, диаметр мочеточника и лоханки хорошо предсказывали вероятность спонтанной редукции дилатации верхних мочевых путей, в то время как возраст пациентов не обладал предсказательными свойствами.

ВЫВОДЫ. Прогностическая модель показала, что вероятность спонтанного разрешения мегауретера и гидронефроза уменьшалась при III-IV степени гидронефроза, диаметре мочеточника и лоханки более 10 мм.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, мегауретер, обструкция, спонтанное разрешение.

22. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ МИТРОФАНОВА. НЮАНСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ

*Каганцов Илья Маркович, Пелих Кирилл Игоревич, Кашина Евгения Александровна,
Бондаренко Сергей Георгиевич, Дубров Виталий Игоревич
ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, ММЦ ВТ клиника БЕЛООСТРОВ,
ГУЗ Клиническая больница скорой помощи №7,
2-я Городская Детская Клиническая Больница*

ВВЕДЕНИЕ. Лапароскопическая операция Митрофанова – это довольно новая методика, которая по-прежнему остается сложной процедурой даже для опытных хирургов.

ЦЕЛЬ. Презентация техники лапароскопической операции Митрофанова и анализ краткосрочных результатов и осложнений у 10 оперированных пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Показаниями к операции были высокая толерантность к аутокатетеризации (9 пациентов с нейрогенным мочевым пузырем) или невозможность проведения уретрального катетера при тотальном посттравматическом стенозе уретры (1 пациент).

У 8 пациентов аппендикс реимплантировался в мочевого пузыря и у 2 в кишечный трансплантат. Во всех случаях реимплантация аппендикса выполнялась с использованием техники Lich-Gregoir.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Конверсия произошла в одном случае в связи с отрывом аппендикса и пациенту произведена открытая операция с использованием сегмента тонкой кишки по Monti R. В 2 случаях отмечен стеноз аппендикостомы и у одного пациента подтекание мочи по стоме по причине несостоятельности антирефлюксного механизма.

ВЫВОДЫ. В этом анализе показана потенциальная безопасность и эффективность лапароскопической операции Митрофанова. Необходимо проведение дальнейших проспективных исследований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, лапароскопия, операция Митрофанова, катетеризация

23. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Жуков Олег Борисович

РУДН, Александровская больница

ВВЕДЕНИЕ. Венозная мальформация (ВМ) представляет собой врожденный порок развития вен, который является следствием соматической мутации эмбрионального периода, приводящей к локальному нарушению гемодинамики.

ЦЕЛЬ. Демонстрация клинических наблюдений пациентов с ВМ полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены данные диагностики и лечения ВМ полового члена четырех детей 2, 7, 10 и 15 лет и четырех взрослых 18, 20, 28 и 42 лет. В целях диагностики применяли ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием, мультипараметрическую магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию с внутривенным контрастным усилением. Лечение венозной мальформации производили методом пункционной склеротерапии с введением раствора блеомицина, при генерализованной форме дополнительно назначен «Сиролимус».

РЕЗУЛЬТАТЫ. У семи больных была локальная форма ВМ ограниченная спонгиозным телом уретры, у одного – генерализованная форма ВМ с поражением таза, ягодичной области, правой нижней конечности, полового члена. После проведения локальной склеротерапии ВМ блеомицином отмечено исчезновение ее проявлений или значительное уменьшение размеров ВМ.

ВЫВОДЫ. Венозная мальформация представлена пороком развития венозных сосудов – это низко потоковая мальформация, которая имеет ряд существенных отличий в патогенезе от гемангиомы и тем более от артериовенозной мальформации, которые должны учитываться во время диагностики и выбора метода лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: венозная мальформация; половой член; склеротерапия.

24. РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕВОЧКИ ПОДРОСТКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Северинов Дмитрий Андреевич, Антощенко Павел Андреевич, Лукин Олег Владимирович,
Костин Станислав Витальевич, Сухорукова Юлия Александровна
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, ОБУЗ КОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. По данным литературы у 8 % пациентов с сочетанной травмой встречаются повреждения органов мочевыделительной системы (МВС). При этом повреждения мочевого пузыря в 65-90% случаев происходят вследствие закрытых травм живота и составляют 0,4 % от всех травм и до 20 % от травм органов МВС. У 60-95 % больных с закрытыми повреждениями мочевого пузыря имеются сопутствующие переломы костей таза.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай успешного лечения разрыва мочевого пузыря в структуре политравмы у девушки 16-ти лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи доставлена девочка 16-ти лет с жалобами на боли в области раны лба, ссадин лица, бедер, области таза, нарушение движений в нижних конечностях ввиду болевого синдрома. Травму получила в результате падения из окна (высота – 4 этаж). Госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации. При осмотре: пальпация костей таза вызывает выраженный болевой синдром в области крыла подвздошной кости справа, отмечается симптом «прилипшей пятки» справа – не может поднять правую нижнюю конечность, движения в правом тазобедренном суставе ограничены; в области лица ссадины (на щеках, подбородке в пределах кожи), не кровоточат, в области лба справа асептическая повязка, пропитанная серозно-геморрагическим отделяемым, по снятию – рана длиной до 5 см в косом направлении, дном раны является лобная кость, инородных тел не определяется, наложена асептическая повязка. По результатам обследования в urgentном порядке обнаружен краевой перелом крыла правой подвздошной кости с допустимым стоянием отломков, перелом верхних ветвей обеих лонных костей (левой без смещения и правой со смещением дистального отломка на диаметр кости в сторону запирающего отверстия). При компьютерной томографии с болюсным усилением обнаружен разрыв стенки мочевого пузыря с вытеканием контраста в брюшную полость.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После кратковременной предоперационной подготовки ребенок взят в операционную. В экстренном порядке девочке выполнена трехпортовая диагностическая лапароскопия: оптический порт 10 мм установлен через нижнюю пупочную точку, рабочие 5 мм троакары симметрично установлены в левой и правой подвздошных областях. При ревизии в малом тазу геморрагический выпот до 100 мл. По боковым каналам с обеих сторон серозно-геморрагический выпот (справа за печенью, слева – у нижнего полюса селезенки). Выпот осушен. Селезенка не визуализируется, прикрыта прядью большого сальника. Геморрагического отделяемого не определяется. При ревизии петель тонкой и толстой кишки на доступных осмотрах участках травматических изменений не определяется. Патологических образований не выявлено. При ревизии органов малого таза определяется травматический разрыв стенки мочевого пузыря в месте перехода на переднюю брюшную стенку протяженностью до 5 см, диастаз краев до 2-х

см в наибольшем месте. При ревизии зоны дефекта – геморрагического отделяемого нет, края ровные. При осмотре полости мочевого пузыря через дефект: слизистая инъецирована, устья мочеточников расположены типично, прослеживается выделение мочи с обеих сторон; у шейки мочевого пузыря отмечается наличие баллона катетера Фолея. Выполнено наложение отдельных узловых швов на слизистую оболочку, после чего сформирован второй ряд серозно-мышечных узловых швов, затем ушит дефект в париетальной брюшине отдельными узловыми швами (Викрил 2/0). Для оценки герметичности линии швов проведена цистография с контрастированием. Затеков контрастного вещества, дефектов наполнения не выявлено. Через рабочий порт слева установлен трубчатый дренаж в полость малого таза. Девочка переведена в отделение анестезиологии и реанимации после операции. Энтеральная нагрузка на 2-е сутки после операции. На 4-е сутки переведена в хирургическое отделение, мочевой катетер удален на 12-е сутки, мочится самостоятельно, достаточно. В послеоперационном периоде хирургических осложнений не наблюдалось. Переломы костей таза оперативного лечения не требовали. Катамнез составил 7 месяцев.

Выводы. В данной публикации описан результат успешного хирургического малоинвазивного лечения разрыва мочевого пузыря в структуре политравмы у девочки подростка. Важным аспектом является комплексный подход к обследованию и экстренное оперативное лечение (ушивание дефекта). В нашем случае удалось завершить оперативное лечение эндовидеохирургическим способом без формирования эпицистостомы и избежать повторных вмешательств.

Ключевые слова: мочевой пузырь, разрыв, лапароскопия, ушивание, дети, травма мочевого пузыря.

25. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЕРИНЕЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИЗМЕРЕНИЕМ ПЕРЕДНЕГО УРЕТРАЛЬНОГО УГЛА В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Маркина Екатерина Андреевна, Меновицкова Людмила Борисовна, Коварский Семен Львович, Соттаева Зулейха Зейтуновна, Джаватханова Рисалат Исаевна
ГБУЗ ММКЦ Коммунарка; ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, кафедра детской хирургии им. Ю.Ф. Исакова ИМД, ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, кафедра детской хирургии им. Ю.Ф. Исакова ИМД, ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ;
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. По определению Международного общества по проблемам недержания мочи у детей (International Children's Continence Society, ICCS), дисфункциональное мочеиспускание характеризуется невозможностью расслабления наружного сфинктера уретры и мышц тазового

дна должным образом с появлением прерывистого мочеиспускания и остаточной мочи. Термин «дисфункциональное мочеиспускание» связан с неврологически интактными пациентами и относится к нарушению эвакуаторной функции мочевого пузыря. Учитывая генез возникновения дисфункционального мочеиспускания, оценка анатомо-топографических характеристик органов малого таза и тазового дна является одним из ключевых факторов ранней дифференциальной диагностики и своевременного назначения адекватной терапии при данной патологии. Многие клиники не имеют достаточного оснащения дорогостоящим оборудованием для обследования данной группы больных, что требует поиска наиболее доступных и простых в исполнении методов исследования. В настоящее время накопилось достаточное количество работ, подтверждающих диагностическую значимость трансперинеального ультразвукового исследования в диагностике микционных дисфункций у взрослых, поэтому мы решили применить данную методику и у детей.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты диагностики и лечения детей с дисфункциональным мочеиспусканием при помощи применения трансперинеального ультразвукового исследования с измерением переднего уретрального угла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены дети с эвакуаторными нарушениями тазовых органов, которые наблюдались в ДКГБ им. Н.Ф. Филагова, г. Москва, 2024-2026гг. Критериями включения являлись пациенты в возрасте от 5 до 18 лет, с дисфункциональным мочеиспусканием (n=27), который был диагностирован при проведении комплексного уродинамического исследования (трехкратная урофлоуметрия с определением остаточной мочи и электромиографией мышц промежности (ЭМГ)). Всем детям проведено трансперинеальное ультразвуковое исследование с измерением переднего уретрального угла по протоколу, принятому в клинике. Измерения проводятся в покое и при проведении пробы с натуживанием.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам исследуемой группы выполнено трансперинеальное ультразвуковое исследование с измерением переднего уретрального угла. У всех детей исследуемой группы отмечалась недостаточная релаксация мышц тазового дна при проведении пробы с натуживанием. Передний уретральный угол при проведении пробы с натуживанием в среднем уменьшался на 2°, когда как в норме должен увеличиваться на 10,0°. Результаты трансперинеального ультразвукового исследования коррелировали с результатами комплексного уродинамического исследования.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты в совокупности с ранее проведенными исследованиями свидетельствуют о диагностической эффективности трансперинеального ультразвукового исследования и возможности его применения в клинической практике медицинских учреждений, оснащенных ультразвуковыми аппаратами в качестве метода выбора при диагностике дисфункционального мочеиспускания у детей без необходимости использования дополнительных инвазивных и дорогостоящих методов исследования.

Дефицит кожи часто возникает при пластике скрытого полового члена, это не является проблемой во время операции, всегда возможно заместить дефект местными тканями или свободным кожным лоскутом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Дисфункциональное мочеиспускание, трансперинеальное ультразвуковое исследование, уродинамическое исследование.

26. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ, СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

*Тиболов Артур Зурабович
ГБУЗ НО НОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Инородные тела (ИТ) мочевого пузыря у детей – редкая, но клинически и социально значимая патология, требующая комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. В последние годы отмечается увеличение зарегистрированных случаев ИТ в мочевыводящих путях у подростков. Стыд, страх наказания, смущение приводят к сокрытию акта самовведения ИТ, что затрудняет и замедляет диагностику и как следствие приводит к серьезным осложнениям.

ЦЕЛЬ. Определить оптимальный метод удаления инородных тел мочевого пузыря на основе анализа клинических случаев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2024 по 2025гг. в хирургическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» наблюдали двух детей с инородными телами мочевого пузыря.

Случай №1: Мальчик Д, 16 лет, госпитализирован в ГБУЗ НО «НОДКБ» в экстренном порядке с диагнозом направившего учреждения: инородные тела мочевого пузыря. При осмотре ребенок жалоб не предъявлял, однако признался, что самостоятельно ввел цепочку магнитных шариков в уретру из любопытства и с целью получить удовлетворение в интимной сфере. В результате неловкого движения цепочка ускользнула в мочевой пузырь. На рентгенограмме, в проекции мочевого пузыря, выявлен конгломерат округлых ИТ. Попытка трансуретрального удаления не привела к успеху – конгломерат шариков не удалось расправить и вытянуть из мочевого пузыря. Ввиду выраженной избыточной массы тела ребенка (110 кг, ИМТ 43), с целью минимизации хирургической травмы, принято решение о проведении лапароскопической цистотомии. В области дна вскрыт мочевой пузырь, ИТ удалены через отверстие размером 2,0 x 1,5 см. На рану мочевого пузыря наложен двухрядный шов, брюшная полость дренирована ПХВ трубкой, а мочевой пузырь катетером Фолея.

Случай № 2: Мальчик В, 14 лет, на плановом профилактическом осмотре в анализе мочи диагностирована лейкоцитурия, ребенку выполнено УЗИ почек и мочевого пузыря, заподозрено ИТ. Ребенок госпитализирован в ГБУЗ НО «НОДКБ» для дообследования. На рентгенограмме в проекции мочевого пузыря выявлена трубка металлической плотности до 4 см длиной с крючком на одном из концов. Анамнез собрать не удалось, ребенок скрывал факт и мотивы самовведения ИТ. При проведении цистоскопии установлено, что инородным телом являлся крючок для вязания, имеющий помимо металлической части еще и пластмассовую рукоятку длиной до 8 см. От попыток трансуретрального удаления решено воздержаться ввиду технических сложностей расположить ИТ по ходу мочеиспускательного канала и высокой вероятности травматизации уретры. Выполнена открытая цистотомия и удаление вязального крючка без особых трудностей. Общая длина ИТ составила 12 см, а толщина около 6 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ. в обоих случаях послеоперационный период протекал без особенностей. Трансуретральное дренирование мочевого пузыря проводили на протяжении 10-ти суток ка-

тетером Фолея. Дети получали антибактериальную терапию цефалоспоридами III поколения, обезболивание. После удаления катетера мочеиспускание было свободное. По данным УЗИ мочевых затеков не отмечено. Раны зажили первично. Подростки выписаны в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая цистотомия является методом выбора при невозможности трансуретрального удаления инородных тел мочевого пузыря. У подростков данная патология требует обязательного подключения психологов и психиатров ввиду высокой значимости психосоциальных факторов. Само наличие проблемы указывает на критическую недостаточность полового воспитания в детской и подростковой среде.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инородные тела мочевого пузыря, цистоскопия, цистотомия.

27. КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БУККАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Тиболов Артур Зурабович
ГБУЗ НО НОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Лечение гипоспадии относится к сложному разделу реконструктивно-пластической детской урологии. Количество осложнений при коррекции проксимальных форм гипоспадии достаточно высоко и в разных публикациях варьирует от 32 до 68%. Помимо ранних осложнений: расхождение швов, формирование свищей, могут иметь место и отдаленные: стриктура уретры, дивертикул уретры, вторичное искривление кавернозных тел.

ЦЕЛЬ. Определение оптимального подхода к лечению осложнений, развившихся после хирургической коррекции гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2022 по 2025 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» прооперировано шесть детей (5 – 16 лет), ранее подвергшихся хирургическому лечению проксимальной формы гипоспадии и получивших осложнения. Всем пациентам ранее была выполнена этапная уретропластика. На первом этапе после проведения «раздевания» полового члена – так называемой процедуры degloving и расправления кавернозных тел, дефект на вентральной поверхности замещали рассеченным по средней линии препуцием (лоскуты Buars). На втором этапе проводили уретропластику по S.Duplay с выведением наружного отверстия мочеиспускательного канала на вечной борозде. У четверых больных в послеоперационном периоде (на сроке от 1,5 до 10 лет) отмечено формирование стеноза искусственной уретры. Два пациента имели выраженные затруднения при мочеиспускании из-за меатостеноза, в связи чем неоднократно подвергались бужированию, одному ребенку выполнена меатотомия. Также, у этих пациентов на фоне меатостеноза сформировался дивертикул искусственной уретры. Всем детям выполнено иссечение стенозированной и дивертикулярной уретры и замещение дефекта на вентральной поверхности полового члена от меатуса до верхушки головки подготовленным трансплантатом

слизистой щеки по A.Bracka. Трансплантат фиксировали давящей повязкой, отведение мочи осуществляли уретральным катетером. Повязку обрабатывали 0,05% раствором водного Хлоргексидина и снимали на 7 послеоперационные сутки. Амбулаторно трансплантат увлажнялся кремами на основе дексапантенола. Через 6 – 12 месяцев проводили уретропластику по S.Duplay, а отведение мочи проводили с помощью пункционной цистостомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 7 послеоперационные сутки у всех детей отмечено удовлетворительное приживление трансплантата. Через 6 – 12 месяцев рубцовые изменения уретральной площадки были выражены незначительно. Без технических трудностей выполнена уретропластика по S.Duplay. За счет того, что на первом этапе выполнялось рассечение головки по средней линии, на втором этапе удалось сформировать головчатый отдел уретры. При наблюдении больных в отдаленном периоде (от 6 месяцев до 3 лет) функциональных и косметических проблем не отмечалось. Только у одного мальчика выявлено формирование уретрального свища. При опросе пациенты и их родители были удовлетворены внешним видом полового члена.

ВЫВОДЫ. Двухэтапная операция A. Bracka с использованием лоскута слизистой щеки при осложненных формах гипоспадии, в условиях дефицита «местного» пластического материала позволяет добиться хорошего функционального и косметического результата.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия, буккальный трансплантат, уретропластика

28. ПЕРИОДИЧЕСКАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АРМ И СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ

*Соттаева Зулейха Зейтуновна, Меновщикова Людмила Борисовна,
Мокрушина Ольга Геннадьевна, Коварский Семен Львович, Маркина Екатерина Андреевна
ГБУЗ ММКЦ Коммунарка; ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России,
кафедра детской хирургии им. Ю.Ф. Исакова ИМД,
ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова»
Минздрава России, кафедра детской хирургии им. Ю.Ф. Исакова ИМД*

ВВЕДЕНИЕ. Связь урогенитальных аномалий с аноректальными мальформациями и патологии люмбосакрального отдела позвоночника и наличием tethered cord крайне велика и может достигать 30-50% (A. Pena). Речь идет о восстановлении резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря, как правило сопровождающейся инфекционными осложнениями, формированием пузырно-зависимых форм обструктивных уротатий с исходом в ХБП и ухудшает качество жизни ребенка. Однако, наиболее трудной задачей у детей является выбор оптимального способа обеспечения эвакуаторной функции мочевого пузыря.

ЦЕЛЬ. Доказать целесообразность применения периодической катетеризации мочевого пузыря как базового способа реабилитации пациентов с нарушением эвакуаторной функции мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положены результаты обследования и лече-

ния 137 больных в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с различными вариантами нарушения резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря, находившихся в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» как на стационарном, так и амбулаторном лечении. После проведения стандартного клиничко-лабораторного и инструментального обследования, больные были распределены на 3 основные группы по характеру нарушений резервуарной функции (классификация Вишневецкого Е.Л., 1987) и выделены 3 основных типа нарушений эвакуаторной фазы. Показанием к периодической катетеризации (ПК) служили II и III тип эвакуаторных нарушений и сохраненная/восстановленная резервуарная функция. ПК проводилась по методике чистой интермиттирующей катетеризации с помощью лубрицированных катетеров возрастного размера. Метод ПК предполагает полное исключение самостоятельного мочеиспускания, а периодичность катетеризаций подбирается индивидуально с учетом возрастной емкости мочевого пузыря и под контролем величины внутрипузырного давления. Проведение ПК возможно как трансуретральным путем, так и через удерживающую стому.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Как показывают результаты проведенных обследований, ПК позволяет почти в 2 раза снизить частоту инфекционных осложнений и избежать неоправданного назначения антибактериальной терапии, избавляет ребенка от эпизодов недержания мочи, в ряде случаев (30% по нашим данным) способствует полному восстановлению эвакуаторной функции или позволяет снизить частоту эпизодов катетеризации и перейти на поддерживающую фармако- и физиотерапию.

ВЫВОДЫ. Наш опыт применения чистой интермиттирующей катетеризации подтвердил ее эффективность в плане восстановления эвакуаторной функции мочевого пузыря, уродинамики верхних мочевых путей, купирования инфекционных осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эвакуаторные нарушения мочевого пузыря, периодическая катетеризация.

29. ЦИСТОСТОМИЯ КАК МЕТОД ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ УРЕТРОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Суходольский Андрей Андреевич, Поддубный Игорь Витальевич,
Федулов Александр Владимирович, Волкова Анастасия Алексеевна,
Нечай Андрей Валерьевич*

*ГБУЗ МО МОЦОМД, ФГБОУ ВО Российский университет медицины,
ГБУЗ МО НИКИ детства МЗ МО, ФГБУ «Национальный исследовательский центр
эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи»*

ВВЕДЕНИЕ. Хирургическое лечение гипоспадии у детей по-прежнему, несмотря на предложенные в последние десятилетия новые хирургические методы оперативного лечения и появление синтетических рассасывающихся нитей, остается довольно сложной и далеко не

решенной задачей. На сегодняшний день описано более 300 методов хирургического лечения гипоспадии. Это, конечно же, говорит о большой неудовлетворенности оперирующих хирургов результатами лечения. По данным разных авторов, количество осложнений хирургического лечения при проксимальных формах гипоспадии может превышать 50%, а при дистальных колеблется от 4-5 до 20 %. Большинство урологов, занимающихся выполнением хирургической коррекции гипоспадии, твердо уверены в том, что при лечении данной патологии необходимо очень тщательно прорабатывать каждый этап проводимого лечения, включая предоперационную подготовку, тщательное выполнение операции и послеоперационный уход. Отведение мочи при выполнении уретропластики, имеет важное значение. На сегодняшний день чаще используется стандартная катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером. Часть хирургов предлагают устанавливать уретральные стенты. Существует также определенное количество сторонников использования цистостомы в качестве метода отведения мочи. Представляют интерес работы авторов, утверждающих, что при дистальных формах гипоспадии целесообразно вообще не выполнять дренирование мочи.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность цистостомии, как метода отведения мочи, при выполнении уретропластики в хирургическом лечении гипоспадии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В течение четырех месяцев с ноября 2025 по февраль 2026 года нами проведено ретро- и проспективное исследование. В проспективную группу А вошли 24 пациента от 11 месяцев до 5 лет (средний возраст 18,5 месяцев), которым в качестве метода отведения мочи выполнялась пункционная цистостомия. Всем этим детям дополнительно устанавливался шинирующий уретральный стент. Цистостома и стент удалялись через 2 недели. Вторая, равноценная по количеству и возрастным показателям, группа В была составлена из ранее пролеченных в нашей клинике пациентов. Всем мальчикам из второй группы для деривации мочи устанавливался уретральный катетер типа Нелатона на 6-8 суток. Всем прооперированным пациентам выполнялась оценка боли по визуально-аналоговой шкале, где 0 баллов это отсутствие боли, 10 баллов – нестерпимая боль. Проводилась оценка возникновения инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) и инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) по лабораторным показателям мочи и при визуальной оценке послеоперационной раны. Определялось наличие пиурии и бактериурии в общеклиническом анализе и в посевах мочи. При визуальной оценке послеоперационной раны, определялось наличие отека, гиперемии послеоперационной раны. Спустя 4 недели оценивались предварительные отдаленные результаты оперативного лечения по таким показателям как наличие свищей уретры, меатостеноза, дивертикулов, расхождения краев послеоперационной раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате проведенного исследования мы получили следующие результаты. При оценке боли в послеоперационном периоде по визуально-аналоговой шкале было отмечено, что гораздо комфортнее себя ощущали пациенты из первой группы с цистостомами. Средний балл составил 3,9. В группе пациентов, которым деривация мочи осуществлялась посредством уретрального катетера, средний балл составил 5,9. Появление ИМВП отмечалось у 8 (33,3%) в группе В и у 3 (12,5%) в группе А. ИОХВ мы отмечали у 1 (4,2%) пациента в группе А и у 3 (12,5%) в группе В. При оценке отдаленных

осложнений у 2 (8,3%) пациентов из группы А были обнаружены свищи уретры. Столько же свищей отмечалось и во второй группе. В группе В у одного пациента (4,2%) отмечалось наличие меатостеноза.

ВЫВОДЫ. Цистостомия – эффективный метод отведения мочи при выполнении уретропластики в хирургическом лечении гипоспадии у детей наряду с другими методами. ИМВП и ИОХВ реже возникают при использовании цистостомии. Использование цистостомии несколько упрощает период ранней адаптации пациентов и способствует уменьшению количества анальгетиков в послеоперационном периоде.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия, уретропластика, цистостомия, отведение мочи, дети.

30. АСПЕКТЫ ФИКСИРУЮЩЕЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИМОЗОМ В СОЧЕТАНИИ СО СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ

*Сальников Вадим Юрьевич
ГУЗ УОДКБ им. Ю.Ф. Горячева*

ВВЕДЕНИЕ. Патологическое сужение крайней плоти, требующее оперативного лечения, в детской популяции остается актуальной проблемой. При этом сочетание фимоза с клинической картиной скрытого полового члена (burred penis) является частой хирургической находкой. Выполнение типичной циркумцизии при таком сочетании патологии приводит к дефициту кожного футляра полового члена с сохранением (усугублением) диспропорции длины пениса, либо к повторной стриктурной рубцовой деформации околопрепуциальной ткани (trapped penis), в случае «экономной» циркумцизии. В ряду предлагаемых хирургических способов решения проблемы нам представляется целесообразным применение фиксирующей контурной пластики полового члена, позволяющей одновременно устранить как сужение крайней плоти, так и дефицит длины полового члена с хорошим косметическим результатом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 181 пациентов с первичным ПМП II – V степени, находившихся на лечении в период с 2021 по 2023 года. Возраст детей был от 2 месяцев до 16 лет. Девочек было 114 (63%), мальчиков – 67 (37%). Односторонний рефлюкс наблюдался у 77 пациентов (42,5%), двусторонний у 104 пациентов (57,5%). 14 детей имели рефлюкс в основной сегмент удвоенной почки. Общее количество прооперированных мочеточников составило 285. Всем пациентам в качестве первой линии хирургического лечения выполнялась трансуретральная эндоскопическая коррекция уретеро-везикального соустья (ТЭК УВС) по методике STING и HIT II объемобразующим препаратом DAM+.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты прослежены в срок от 6 месяцев до 2 лет. Эффек-

тивность первичной ТЭК УВС составила у 102 пациентов 56,3%. По результатам контрольного обследования повторная эндоскопическая коррекция потребовалась 39 пациентам (52 мочеточника), эффективность которой составила 55,7%. Третья инъекция объемобразующего вещества проводилась 5 пациентам, успех которой составил 40%. При неэффективности ТЭК УВС 24 пациентам проведены антирефлюксные операции. 13 детям выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция Лич-Грегуара, а 11 – пневмовезикоскопическая операция Коэна. При катамнестическом наблюдении 2 детям потребовалось дополнительная ТЭК УВС на фоне сохраняющегося рефлюкса.

ВЫВОДЫ. ТЭК УВС является эффективным минимально инвазивным методом лечения, особенно при низких степенях рефлюкса. Однако при высоких степенях и рецидивах предпочтение следует отдавать лапароскопическим методам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПМР; эндоскопическая коррекция; реимплантация мочеточника; дети.

31. ЖЕНСКАЯ ГИПОСПАДИЯ ИЛИ ЭКТОПИЯ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ. ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ

*Рудин Юрий Эдвартович, Лагутин Георгий Владимирович,
Марухненко Диамид Витальевич, Вардак Артур Борисович,
Алиев Джамалутдин Камильбекович*

НИИ урологии и ИР им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦ радиологии МЗ РФ

ВВЕДЕНИЕ. Женская гипоспадия характеризуется короткой уретрой, с эктопией наружного отверстия уретры на передней стенке влагалища, проксимальнее девственной плевы. Это достаточно редкая аномалия мочеполовой системы, низкие вагинальные формы встречаются. Высокие вагинальные формы гораздо чаще. Распространенными симптомами женской гипоспадии являются недержание мочи, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей и диспареуния (боли при половом акте), диагноз часто ставится случайно во время катетеризации уретры и по другим причинам.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты диагностики и лечения женской гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2015-2025 гг под наблюдением находились 34 девочек с дистопией наружного отверстия уретры во влагалище. Вестибулярная гипоспадия наблюдалась у 26 девочек с жалобами на инфекцию мочевых путей, постмикционное недержание. Вестибуловагинальная гипоспадия выявлена у 6 детей частичное недержание при напряжении, инфекция мочевых путей. Им выполнена операция транспозиция дистального отдела уретры. Тотальная гипоспадия (очень редкая патология 1:500 000 девочек), недостаточностью сфинктера, с полным недержанием мочи, микроцистисом отмечена у 2 детей. Обуживание шейки мочевого пузыря и формирование уретры лоскутом влагалища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Транспозиция уретры (6) сопровождалась умеренным стенозом наружного отверстия уретры у 1 ребенка (16%). Частичное недержание мочи сохранялось у одной девочки с тотальной гипоспадией. Ей потребуются дальнейшее лечение.

ВЫВОДЫ. Вестибулярные формы женской гипоспадии, довольно, часто встречаются, но не нуждаются в хирургическом лечении. Вестибуло-вагинальная гипоспадия с неудержанием мочи и воспалением требует перемещения уретры. Тотальная гипоспадия с полным недержанием мочи, микроцистисом – сложный порок, показано этапное лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женская гипоспадия, эктопия наружного отверстия уретры по влагалище.

32. КОМПЛЕКСНЫЙ ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОПЫТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Кузовлева Галина Игоревна, Князькина Надежда Тимофеевна,
Хватынец Николай Алексеевич, Савельева Юлия Владиславовна
Детская городская клиническая больница №9 им. Сперанского г. Москвы*

ВВЕДЕНИЕ. Мочекаменная болезнь (МКБ) у детей характеризуется тенденцией к росту заболеваемости и высокой частотой рецидивов, что требует комплексного междисциплинарного подхода. Хирургическое лечение нередко является необходимым этапом терапии, однако не решает проблему метаболических и генетических предпосылок камнеобразования. В условиях специализированного стационара важны стандартизация тактики, мультидисциплинарный подход и преемственность лечения.

ЦЕЛЬ. Проанализировать опыт хирургического лечения детей с МКБ в условиях специализированного урологического отделения и оценить эффективность комплексного этапного подхода с учетом морфологической верификации конкрементов и последующей нефрологической маршрутизации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ лечения 90 детей с МКБ, проходивших оперативное лечение в отделении урологии-андрологии №2 ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского за последние 4 года. Тактика лечения определялась в соответствии с клиническими рекомендациями и включала 4 вида хирургических вмешательств:

1. РИРХ – 57 детей (63,3%) с лазерной фрагментацией конкремента (n=12) и механической литоэкстракцией (n=45);
2. Лапароскопическая литоэкстракция (n=12, 13,3%) с пиелопластикой вследствие обструкции зоны пиелoureтерального сегмента конкрементом и формированием вторичного гидронефроза (n=8), при крупных, в том числе кораллоподобных, конкрементах (n=1), а также уретеролитоэкстракция с уретеропластикой (n=3);

3. Перкутанная нефролитолапаксия (n=2, 2,2%);

4. Открытые вмешательства (n=3, 3,3%) – при крупных камнях мочевого пузыря.

В 54 случаях выполнялось стентирование мочеточников. Из них у 16 больных произошло самостоятельное отхождение мелких конкрементов. Престентирование перед уретероскопией проведено в 8 случаях, послеоперационное стентирование проведено 30 больным. В ряде случаев, для облегчения отхождения конкрементов и их фрагментов, снижения выраженности болевого синдрома и уменьшения риска обструктивных осложнений назначали литокинетическую терапию, которая подбиралась индивидуально с учетом возраста ребенка и клинической ситуации. Всем пациентам после полной или частичной литоэкстракции проводился рентгенофазовый анализ конкремента для определения его состава и подбора метафилактической терапии. По химическому составу преобладали (95,6%) оксалатные, редко – фосфатные (2,2%), уратные (1%) и цистиновые (1%) конкременты. После завершения хирургического этапа проводилась телемедицинская консультация со специалистами нефрологами, в том числе из НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева для обеспечения преемственности и определения вида и сроков метафилактической терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отмечен ежегодный рост числа пациентов с МКБ, требующих оперативного лечения. В большинстве случаев применялись малоинвазивные эндоскопические методы (более 75%), что позволило минимизировать травматичность вмешательств. Стентирование являлось важным компонентом этапного лечения и обеспечивало как подготовку к вмешательству, так и профилактику послеоперационных осложнений. Рентгенофазовый анализ показал преобладание оксалатных конкрементов, что подтверждает необходимость обязательной морфологической верификации, поскольку суточная экскреция солей не позволяет достоверно определить состав камня и выбрать обоснованную метафилактическую терапию.

ВЫВОДЫ. 1. В структуре хирургического лечения МКБ у детей преобладают малоинвазивные эндоскопические методы.

2. Выбор тактики должен строго соответствовать клиническим рекомендациям и учитывать анатомические, метаболические и генетические особенности пациента.

3. Рентгенофазовый анализ конкремента является обязательным этапом диагностики и основой персонализированной метафилактики.

4. Хирургическое лечение не является финальным этапом ведения ребенка с МКБ; ключевое значение имеет преемственность и междисциплинарное взаимодействие с нефрологами.

5. Этапный и комплексный подход позволяет повысить эффективность лечения и снизить риск рецидива заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, хирургическое лечение МКБ, литокинетическая терапия; рентгенофазовый анализ конкремента; метафилактика; этапный подход.

33. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАСТОМАТА ZSR® ПРИ ОБРЕЗАНИИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Чепурной Михаил Геннадьевич, Сизонов Владимир Валентинович,
Макаров Алексей Геннадьевич, Франциянц Калуст Геворкович,
Кивва Андрей Николаевич*

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону,
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Циркумцизио – одно из наиболее часто выполняемых плановых хирургических вмешательств у детей и подростков мужского пола. Показанием к обрезанию в части случаев являются медицинские показания, у части мальчиков показания определяются этническими и культурными обычаями, а также религиозными нормами. Выполнение обрезания в части случаев ассоциировано с послеоперационными осложнениями, а получаемый косметический результат во многом связан с субъективной оценкой хирурга. Создание аппаратов для выполнения обрезания направлено на сокращение времени операции, снижение частоты осложнений и улучшение косметического результата.

ЦЕЛЬ. Проанализировать опыт использования анастомата ZSR® при выполнении циркумцизио у детей и подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С сентября 2022 года по 22 января 2026 года в клинике при помощи анастомата выполнено циркумцизио 138 пациентам (36 в ГБУ РО ОДКБ и 102 в частном центре). Медиана возраста M[Q1;Q3] пациентов 7[5;9]. Для обрезания мы использовали одноразовый анастомат девяти размеров в соответствии с различным обхватом полового члена: 10, 12, 14, 16, 18, 22, 26, 30А и 34. Размер устройства подбирался в соответствии с обхватом полового члена с помощью измерительной шкалы, предоставленной производителем. Учитывали длительность операции, наличие количества осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность операции составила 13,4 мин. (от 12 до 16 мин.). Проблемы с функционированием анастомата возникли в 3(2,2%) случаях, но не привели к конверсии. Формирование гематомы полового члена в послеоперационном периоде отмечено у 4(2,9%) пациентов. Инфекционные осложнения со стороны послеоперационной раны – 14(10,1%) мальчиков. Двум (1,4%) мальчикам потребовались повторные вмешательства.

ВЫВОДЫ. Анастомат ZSR® может быть эффективной и безопасной альтернативой традиционному обрезанию, однако, при его использовании следует учитывать возможные осложнения как со стороны раны, так и возможные технические проблемы со стороны анастомата.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: циркумцизио, фимоз, анастомат.

34. УРЕТРОПЛАСТИКА ТИР С ПРЕПУЦИОПЛАСТИКОЙ: СРЕДНЕСРОЧНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Батрутдинов Руслан Тагирович, Бойко Андрей Владимирович
ГБУЗ СПб ДГБ 2 Святой Марии Магдалины

ВВЕДЕНИЕ. При гипоспадии у детей почти всегда имеется аномалия крайней плоти, проявляющаяся в виде так называемого дорзального «капюшона» и ее дефицита по вентральной поверхности. В большинстве случаев при реконструкции гипоспадии, крайняя плоть используется в качестве замещения уретрального дефекта и/или закрытия линии швов уретропластики. В большинстве стран при лечении гипоспадии выполняется обрезание крайней плоти, однако в России и европейских странах рутинное обрезание крайней плоти у детей в силу отсутствия исторической традиции обрезания, не так распространено, что подчас и диктует желание родителей сохранить крайнюю плоть при лечении гипоспадии. Большинство урологов не выполняет препуциопластику (ПП) при уретропластике по поводу гипоспадии, так как ранее публиковались данные об увеличении уретральных осложнений. В то же время есть публикации, что препуциопластика при гипоспадии не увеличивает вероятность уретральных осложнений при уретропластике, однако увеличивает вероятность кожных осложнений. В нашем ретроспективном исследовании мы публикуем собственный опыт сохранения крайней плоти при уретропластике ТИР.

ЦЕЛЬ. Оценить среднесрочные и отдаленные результаты уретропластики ТИР с препуциопластикой при гипоспадии, а именно определить значимые факторы, приводящие к осложнениям с течением времени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2007 по 2024 гг 513 пациентам в возрасте от 7 до 204 мес (средний $26,7 \pm 24,5$ (медиана: 19,0 [13,0–28,0]), была выполнена уретропластика ТИР с препуциопластикой. Средний возраст на момент операции составил $26,7 \pm 24,5$ месяца, медиана наблюдения – 6,5 лет. Осложнения классифицировались по системе Clavien–Dindo (степень ≥ 3). Медиана наблюдения с момента операции составило от 6 месяцев до 17 лет (медианный $2452,86 \pm 1484,82$ дней). Пликация белочной оболочки выполнена только в 2,9% случаев ($n=15$). Продолжительность катетеризации составила в среднем: $6,69 \pm 1,42$ дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Общая частота осложнений – 8,96%, включая уретральные (6,43%) и кожные (2,53%). Уретральные осложнения: медиана времени до возникновения – 23 дня (IQR: 16–59 дней). Около 95% уретральных осложнений возникли в первые 3 месяца после операции. Кожные осложнения: медиана времени – 22 дня (IQR: 12–62 дня). Более 80% кожных осложнений возникли в первые 2 месяца после операции. Возраст пациентов не влиял на риск осложнений ($p 0,05$).

ВЫВОДЫ. ТИР-уретропластика с препуциопластикой демонстрирует безопасность и эффективность, сопоставимую с циркумцизио, при сохранении косметически приемлемого вида пениса. Осложнения после ТИР-уретропластики с препуциопластикой возникают преимущественно в первые 2 месяца, что требует усиленного наблюдения в раннем послеоперационном периоде. Поздние осложнения редки, но их риск сохраняется до 5 лет, что диктует необхо-

димось долгосрочного мониторинга. Статистически значимая разница во времени возникновения осложнений ($p < 0.001$) подтверждает важность стратификации рисков и персонализированного подхода к ведению пациентов. Рекомендованы активное наблюдение в первые 2 месяца и долгосрочный мониторинг для выявления поздних осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; TTP-уретропластика; препуциопластика; осложнения; сохранение крайней плоти.

35. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ВЫЗОВЫ

Батрутдинов Руслан Тагирович, Бойко Андрей Владимирович

ГБУЗ СПб ДГБ 2 Святой Марии Магдалины

ВВЕДЕНИЕ. Результаты лечения гипоспадии остаются далеки от идеальных. Особую проблему представляют собой тяжелые формы гипоспадии.

ЦЕЛЬ. Оценить среднесрочные и отдаленные результаты, технику операции уретропластики TTP с препуциопластикой, результаты 1-этапных операций при проксимальных формах гипоспадии и сделать анализ отдаленных результатов уретропластик TTP при дистальных формах, а также операций Коуанаги и Duckett/Onlay-Tube при одномоментной коррекции тяжелых форм гипоспадии у детей. Разработать алгоритм коррекции искривления пениса, алгоритм лечения рецидивных форм гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли пациенты с дистальными и проксимальными формами гипоспадии. В период с 2007 по 2024 гг 513 пациентам в возрасте от 7 до 204 мес (средний 26.7 ± 24.5 (медиана: $19.0 [13.0-28.0]$), была выполнена уретропластика TTP с препуциопластикой. Мы провели ретроспективный анализ одномоментных операций при проксимальной гипоспадии у 47 мальчиков с 2007 по 2015 гг. Проксимальная гипоспадия определялась расположением меатуса уретры на уровне или проксимальнее пеноскротального угла после дегловизации полового члена. Возраст детей на момент операции составил от 7 мес до 26 мес (средний 11 мес). Период наблюдения составил от 3 лет до 12 лет (средний 8 лет). Все случаи гипоспадии были первичными. Уретропластика Коуанаги выполнена у 29 пациентов с проксимальной формой гипоспадии (24 случая – мошоночная форма и 5 случаев – промежностная). Уретропластика Duckett/Onlay-Tube у 18 пациентов. Общий процент осложнений в обеих группах составил 59.5%. Все осложнения были успешно прооперированы. Некоторым пациентам потребовалось этапное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При 1-этапных операциях при проксимальной гипоспадии у 28 пациентов (59,5%) развились осложнения. Наблюдалось три основных типа осложнений: 15 (31,9%) свищей, 8 (17%) стриктур уретры и 5 (10,6%) дивертикулов. Среднее время появления осложнения составило 15,8 (медиана: 1,7; диапазон: 1–36) месяцев, из которых 80,9% были ранними осложнениями, а 19,1% – поздними.

При уретропластике ТПР с препуциопластикой общий процент осложнений – 8.96%, включая уретральные (6.43%) и кожные (2.53%). Уретральные осложнения: медиана времени до возникновения – 23 дня (IQR: 16–59 дней). Около 95% уретральных осложнений возникли в первые 3 месяца после операции. Кожные осложнения: медиана времени – 22 дня (IQR: 12–62 дня). Более 80% кожных осложнений возникли в первые 2 месяца после операции. Возраст пациентов не влиял на риск осложнений ($p > 0.05$).

ВЫВОДЫ. Отдаленные результаты ТПР-уретропластики с препуциопластикой демонстрируют безопасность и эффективность, сопоставимую с циркумцизио, при сохранении косметически приемлемого вида пениса. Несмотря на относительно хорошие ранние результаты 1-этапных операций при проксимальных гипоспадиях, среднесрочные и отдаленные результаты имеют высокий процент осложнений. В связи с этим, этим пациентам требуется постоянное наблюдение в пубертатный и постпубертатный периоды жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; ТПР-уретропластика; препуциопластика; осложнения; искривление пениса; 1-этапные операции.

36. ТРИ СТЕНОЗА – ОДИН МОЧЕТОЧНИК

*Левитская Марина Владимировна, Шумихин Василий Сергеевич,
Ерохина Надежда Олеговна, Елиазян Мовсес Петросович,
ДГКБ имени Н.Ф. Филатова, ДГКБ имени Н.Ф. Филатова,
РНИМУ имени Н.И. Пирогова, ДГКБ имени Н.Ф. Филатова, НИИОЗММ*

ВВЕДЕНИЕ. Врожденные стенозы средней трети мочеточника встречаются редко. Частота встречаемости составляет лишь 4-5% от всех случаев обструктивных уропатий. Большинство врожденных стриктур возникает в области лоханочно-мочеточникового или мочеточниково-пузырного сегментов. Сочетания стеноза пиелоуретерального сегмента и стеноза средней трети мочеточника, встречаются еще реже, серия наблюдения чаще всего 5-7 детей за 15 лет или единичные случаи. Описания случаев поражения мочеточника в трех сегментах мы не встретили в доступной нам литературе.

ЦЕЛЬ. Демонстрация результатов лечения пациента грудного возраста со стенозами лоханочно-мочеточникового, мочеточниково-пузырного сегментов в сочетании со стенозом средней трети мочеточника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ истории болезни ребенка, включая результаты антенатальной диагностики и обследования в катамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Антенатально диагноз гидронефроз с двух сторон установлен на 21 неделе гестации с нарастанием ПЗДПЛ к 36 неделе до 34 мм слева и 24 мм справа, паренхима 3-3,5 мм с двух сторон. Масса тела при рождении 3230 грамм. Предварительное отведение мочи с двух сторон на 3 сутки жизни (пункционная нефростомия). В 4 месяца проведено рентгеноурологическое обследование: ретроградная цистоуретрография, антеградная пиелография, статическая скинтиграфия. Выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева 2 степени,

отсутствие эвакуации контрастного вещества из лоханок с двух сторон. По данным статическая сцинтиграфия почек с Tc-99m технема распределение РФП неравномерное. Определяются очаги гипофиксации до 30% в 2 сегментах слева. Индекс интегрального захвата слева -27,7%, справа -16,3%. Выполнена стандартная лапароскопическая трансперитонеальная рассечная пиелопластика по Хайнс-Андерсен слева с установкой высокого мочеточникового стента двойной pigtail, удаление нефростомы. В 6 месяцев выполнена лапароскопическая пиелопластика справа, интраоперационно выявлен стеноз интрамурального отдела мочеточника и стеноз средней трети мочеточника (уровень перекреста с подвздошными сосудами). В 7 месяцев окончательный этап реконструкции: почечная мобилизация с нисходящей нефропексией, лапароскопическое наложение межмочеточникового анастомоза в средней трети, создание бесшовного уретероцистоанастомоза. По данным гистоморфологического исследования картина соответствует фиброзно-мышечной дисплазии стенки мочеточника с сегментарным отсутствием мышечной оболочки в стенке, стенозу мочеточника. В анамнезе отмечается полное восстановление уродинамики в течение 6 мес после операции.

Выводы. При наличии стеноза прилоханочного отдела мочеточника выявление множественных стенозов возможно только интраоперационно. Лечение этапное, а мобилизация почки с нисходящей нефропексией позволяет преодолеть дефицит длины мочеточника. Впервые созданный в нашей практике бесшовный уретероцистоанастомоз оказался функционально состоятельным.

Ключевые слова: стеноз средней трети мочеточника, грудной возраст, лапароскопическая пиелопластика, бесшовный уретероцистоанастомоз.

37. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ ДО 18 ЛЕТ

Щедров Дмитрий Николаевич, Шорманов Игорь Сергеевич, Гарова Дарья Юрьевна, Пильщикова Кристина Алексеевна

ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница,

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ. Травма почек III-V степени по AAST не характерна для детского возраста. При этом стандартизированные алгоритмы ведения таких пациентов отсутствуют, что требует взвешенного подхода к выбору метода лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить тактику ведения и результаты лечения при закрытой травме почки III-V степени по AAST у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно за пятнадцатилетний период оценены результаты лечения закрытой травмы почки у 55 пациентов от 5 до 18 лет. Степень травмы III-V по AAST. Консервативное лечение получили 14 пациентов с III степенью, при IV-V степени оперативное лечение открытым доступом получили 20 пациентов, стентирование проведено у 21, которое в 1 случае потребовало перехода к открытой операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За период наблюдения выявлена тенденция к расширению показаний на применение малоинвазивного лечения у пациентов с IV-V степени травмы. Так из 24 пациентов с IV степенью травмы выполнено 5 нефрэктомий, 6 органосохраняющих операций и у 14 пациентов стентирование. Из 13 пациентов с V степенью повреждения выполнено 4 нефрэктомии и 4 органосохраняющих операций, в остальных случаях выполнено стентирование. В 5 случаях проводилось рестентирование ввиду дисфункции стента. В одном случае через несколько дней после стентирования проведена органосохраняющая операция ввиду нарастания паранефральной гематомы.

ВЫВОДЫ. Консервативное лечение может быть широко применимо при закрытой травме почки III-V типов по AAST, переход к операции необходим в случае выраженного продолжающегося кровотечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: травма почки; дети; результаты лечения; хирургическое лечение.

38. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ MARMAR

*Гарова Дарья Юрьевна, Щедров Дмитрий Николаевич, Шорманов Игорь Сергеевич
ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница,
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Одним из распространенных андрологических заболеваний в подростковом возрасте является варикоцеле. Хирургическая коррекция его заключается в прекращении реверсивного тока крови по расширенным венам яичка. Одним из часто применяемых методов является субингвинальная перевязка вен по Marmar. Для визуализации элементов семенного канатика применяются средства оптического увеличения – бинокулярная лупа или операционный микроскоп.

ЦЕЛЬ. Сравнить результаты операции Marmar в зависимости от кратности оптического увеличения у пациентов до 18 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно за период с 2020 по 2025 г оценен результат лечения пациентов с варикоцеле в возрасте от 13 до 18 лет. В первую группу включены пациенты (n=42), прооперированные субингвинальным доступом по Marmar с применением хирургического микроскопа с кратностью увеличения X12. Во второй группе (n=45) для оптического увеличения применялась бинокулярная лупа с кратностью X4. Во всех случаях варикоцеле левостороннее, операция проводилась первично. Варикоцеле III степени у 78 пациентов (89,6%), II степени у 9 (10,3%). Срок послеоперационного наблюдения составил от 6 до 60 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время операции в первой группе составило $89 \pm 14,3$ минут, во второй $71 \pm 11,8$. Артерия яичка достоверно выделена в 100% случаях при использовании операционного микроскопа и в 88,9% при использовании индивидуальной оптики. Рецидив варикоцеле в первой группе не выявлен, во второй у 2 пациентов (4,4%), что потребовало повторной операции (лапароскопической перевязки яичковых вен). Гидроцеле в послеоперационном периоде не диагностировано.

ВЫВОДЫ. Субингвинальная варикоцелэктомия по Magma эффективна для применения в подростковом возрасте. При этом использование операционного микроскопа с высокой кратностью увеличения позволяет сохранять лимфатические и артериальные сосуды, что дает лучшие отдаленные результаты.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле; дети; результаты лечения; микрохирургия.

39. ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА

*Григорьева Марина Витальевна, Гасанова Элла Низамиевна,
Телешов Николай Викторович, Батунина Инна Владимировна
ГБУЗ «НИИ Неотложной хирургии и травматологии –
Клиника доктора Рошалея» ДЗ г. Москвы*

ВВЕДЕНИЕ. Перекрут яичка является наиболее опасной экстренной ситуацией в неотложной андрологии. Кратковременные эпизоды неполного перекрута яичка со спонтанной самопроизвольной деторзией являются предикторами полного перекрута, чреватого риском некроза органа и орхэктомии. Отсутствие объективных изменений в межприступный период приводит к ошибкам диагностики.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения перекрута яичка у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Интермиттирующий перекрут яичка был выявлен у 35 юношей 14-17 лет на основании жалоб на кратковременную рецидивирующую боль в мошонке или паховой области. Отмечалось острое начало заболевания – боль в области яичка, которая за время транспортировки и осмотра спонтанно купировалась. В 5 случаях пациенты обратились на следующий день после болевого приступа, напуганные остротой боли. У 12 пациентов приступы болей с той же стороны отмечались повторно с перерывом в несколько месяцев. При осмотре в приемном отделении не было выявлено клинических и ультразвуковых симптомов перекрута яичка. При УЗИ мошонки в 5 случаях у пациентов, обследованных сразу после приступа боли, было выявлено небольшое скопление жидкости в оболочках яичка и усиление кровотока при ЦДК в проекции придатка.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Диагноз неполного перекрута яичка со спонтанным самопроизвольным раскручиванием устанавливался путем исключения других острых заболеваний яичка. Для предотвращения повторного перекрута яичка с вероятным развитием неблагоприятного исхода были вынесены показания к двухсторонней орхопексии. Непосредственные и отдаленные (до 2 лет) результаты лечения хорошие, повторных эпизодов болей не было.

ВЫВОДЫ. Неполный интермиттирующий перекрут яичка у подростков развивается на фоне аномалии фиксирующего аппарата яичка и является предиктором полного перекрута с риском потери органа. Для профилактики перекрута яичка показано проведение двухсторонней орхопексии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: боль в мошонке; интермиттирующий, перекрут яичка, подростки, орхопексия.

40. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕВОСТОРОННИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

*Тимофеев Андрей Дмитриевич, Пикало Илья Андреевич
ОГАЗУ ГИМДКБ, ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Варикоцеле у подростков является одним из самых распространенных заболеваний в детской урологии. Основным показанием для хирургического лечения варикоцеле у взрослых является бесплодие, подтвержденное анализом спермограммы. Однако, у детей до 17 лет использование спермограммы для выявления риска бесплодия сопряжено с этическими и практическими трудностями, что делает этот критерий неосуществимым. В настоящее время нет точных показателей для оперативной коррекции варикоцеле у детей.

ЦЕЛЬ. Анализ эффективности применения диагностической шкалы для определения тактики ведения пациентов с левосторонним варикоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с сентября 2024 по декабрь 2025 год на базе урологического отделения Ивано-Матренинской детской клинической больницы (г. Иркутск) было проведено одностороннее проспективное когортное исследование 141 пациента с диагнозом левостороннее варикоцеле. Для определения тактики ведения была применена диагностическая шкала (заявка на патент от 20.10.2025 № 67851) состоящая из 9 критериев. Каждому из критериев присваивается от 0 до 2 баллов. Если пациент с левосторонним варикоцеле при обследовании набирает 5 и менее баллов, ему рекомендуется амбулаторное наблюдение с повторным осмотром через 6 мес. При баллах от 6 и выше рекомендуется оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Под наблюдением находилось 67 (47,5%) подростков. Оперативное лечение выполнено 74 (52,5%) пациентам. При этом лапароскопическое лигирование левой яичковой вены проведено в 74,3% (n=55) случаев, варикоцелэктомия субингвинальным доступом в 25,7% (n=19). В общей когорте пациентов медианный возраст составил 15 (14; 16) лет. Дефицит массы тела наблюдался у 54 (38,3%) детей, индекс массы тела составил 19,4 (17,6; 21,2) кг/м². Жалобы на боли или дискомфорт в мошонке предъявляло 33 (23,4%) ребенка. Орхопатия слева среди всех пациентов наблюдалась в 24,8 % (n=35) случаев.

В группе наблюдения при проведении повторного осмотра через 6-12 месяцев с использованием диагностической шкалы у 54 (80,6%) детей сумма баллов не отличалась от исходной, в связи с чем рекомендовано наблюдение продолжить. Стоит отметить, что в катамнезе у 6 (8,9%) детей отмечалась положительная динамика (снижение количества баллов), а у 3 (4,4%) подростков мы наблюдали спонтанное выздоровление. В 6% (n=4) случаев отмечалась отрицательная динамика, что потребовало оперативного лечения.

В группе с оперативным лечением у 2 подростков (4,05%) отмечался рецидив заболевания после проведения лапароскопической перевязки яичковых сосудов. При проведении варикоцелэктомии субингвинальным доступом рецидивов заболевания не наблюдалось. В нашем исследовании не было ни одного пациента с осложнениями после оперативного лечения (гидроцеле, атрофия левого яичка).

Выводы. Таким образом, внедрение диагностической шкалы в клинику позволило в 44,7% случаев отказаться от оперативного лечения. Данный метод позволит стандартизировать отбор пациентов для хирургической коррекции. Научная работа показала, что подросткам с левосторонним варикоцеле требуется персонализированный подход для определения тактики ведения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле, дети, диагностика, лечение.

41. ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У ДЕТЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, РЕЦИДИВЫ И ПРЕДИКТОРЫ НЕУДАЧИ ТЕРАПИИ

*Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна,
Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна,
Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асадович
Международный андрологический центр*

ВВЕДЕНИЕ. Фимоз и сопутствующие заболевания крайней плоти (баланит, баланопостит, lichen sclerosus, рубцовые изменения, укороченная уздечка) остаются одними из наиболее частых причин обращения к детскому урологу-андрологу. Концепция «циркумцизия или выжидание» постепенно уступает место консервативным методам – топическим глюкокортикостероидам (ГКС). При этом, несмотря на высокий непосредственный эффект терапии ГКС (70–90%), частота рецидивов в отдаленном периоде достигает 4–34%, что определяет актуальность изучения предикторов неудачи лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность топических ГКС в лечении заболеваний крайней плоти у детей, выявить частоту рецидивов и определить предикторы неудачи терапии для индивидуализации лечебной тактики при фимозе, баланопостите и lichen sclerosus у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно-проспективное исследование включало 287 детей с фимозом, баланопоститом и lichen sclerosus, получавших топические ГКС (мометазон или бетаметазон 0,05–0,1%, 1–2 месяца 2 р/д). Возраст пациентов – 1–15 лет. Оценивались: степень фимоза (классификация Оксмана), наличие рубцовых изменений, воспалительный компонент, патология уздечки, комплаентность. Наблюдение – не менее 24 месяцев. Окончательный результат в конце наблюдения: выздоровление, рецидив, хирургическое вмешательство.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Непосредственный эффект ГКС-терапии достигнут у 82,2% пациентов. Рецидив в течение 2 лет зарегистрирован у 18,1%. Независимыми предикторами рецидива явились: наличие рубцовых изменений/lichen sclerosus (отношение шансов 3,8; 95% ДИ 2,1–7,1), недостаточная комплаентность (ОР 2,9; 95% ДИ 1,6–5,4), сочетание с укороченной уздечкой (ОР 2,2; 95% ДИ 1,1–4,4) и возраст старше 7 лет ($p = 0,03$). У 64% детей с lichen sclerosus потребовалось хирургическое лечение в срок до 36 месяцев наблюдения. Повторные курсы ГКС были эффективны у 43% пациентов с рецидивом без рубцовых изменений. Эффективность применения ГКС при наличии оформленного рубца имеет нулевую эффективность.

ВЫВОДЫ. 1. Топические ГКС являются эффективным консервативным методом при фимозе и баланопостите у детей с непосредственной эффективностью 82,2%.

2. Отдаленные результаты существенно хуже: рецидив зарегистрирован у 18% пациентов.

3. Наличие lichen sclerosus/рубцовых изменений, недостаточная комплаентность, сочетание с бревис френулум и возраст 7 лет являются независимыми предикторами рецидива, что позволяет индивидуализировать выбор между консервативной терапией, повторными курсами ГКС и хирургическими вмешательствами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фимоз, крайняя плоть, дети, глюкокортикостероиды, рецидив, баланопостит, lichen sclerosus, рубцовый фимоз, уздечка

42. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ ПОСЛЕ НЕУДАЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Красильников Дмитрий Евгеньевич, Осипов Антон Игоревич,
Сарычев Сергей Александрович, Бабаев Ахрор Атабаевич,
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Лечение пациентов с гипоспадией после неудачных хирургических вмешательств представляет сложную задачу. В литературе описаны различные методики повторных операций, однако уровень осложнений после подобного рода вмешательств может достигать 40%.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность различных методов повторных операций у пациентов с гипоспадией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с 2019 по 2025 годы проходили лечение 90 детей с осложнениями после проведенных операций по поводу гипоспадии в различных медицинских учреждениях. Оценка результатов повторных операции проводилась по данным о частоте послеоперационных осложнений и косметического эффекта (шкала PPS).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст повторно оперированных детей составил $7,76 \pm 3,92$ лет (от 1,9 до 17,6 лет). Исходно дистальную форму гипоспадии имели 42 пациента, среднюю – 15, проксимальную – 24, типа хорды – 2, неизвестно – 5. Первично неудачно однократно оперированы 38 детей, дважды – 27, трижды – 10, четырежды – 5, Пять и более раз – шесть человек. После первичной коррекции гипоспадии отмечены различные варианты осложнений и их сочетания среди которых можно выделить основные: свищи у 58 пациентов, стенозы уретры – у 15, расхождение головки – у 13, сохраняющееся искривление – у 2, дивертикул уретры – у 2 пациентов. Варианты используемых методик при повторных операциях включали: закрытие свищей уретры в 32 случаях, dorsal inlay graft уретропластика – в 19, TIP уретропластика – в 13, двухэтапная уретропластика по принципу Bracka – в 13, onlay flap уретропластика – в 6, различные комбинированные одноэтапные уретропластики – в 4 случаях, резекция дивертикула уретры у 2 детей. Средний период наблюдения составил $42,59 \pm 24,31$ месяца (от 7 до 83 месяцев). Осложнения после повторных операций развились у 17 человек (общее количество осложнений составило 18,9 %). Свищи наблюдались у 15, расхождение головки у 2. Из 17 пациентов с развившимися повторно осложнениями успешно прооперировано 7 детей из них 3 потребовалось 2 операции. Косметические результаты после повторных операции оценены по шкале PPS как хорошие. общий медианный бал составил 8 (от 4 до 12).

ВЫВОДЫ. В большинстве случаев одной операции достаточно для коррекции осложнений. Повторная уретропластика (dorsal inlay graft или Bracka) является наиболее эффективной и радикальной методикой коррекции свищей. Создание прямого полового члена достаточной длины приемлемого вида, наряду с успешной уретропластикой является необходимым условием для обеспечения нормальной половой жизни. Риск осложнений при повторных операциях остается достаточно высоким, составляя около 19 %.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия, уретропластика, dorsal inlay graft, операция, Bracka, свищ, стеноз уретры, расхождение головки, дивертикул уретры, искривление полового члена.

43. ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ. РИСК НЕФРОПАТИИ ПРИ ЛИГИРОВАНИИ ЛЕВОЙ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЫ НА ФОНЕ УМЕРЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ

*Пикало Илья Андреевич, Тимофеев Андрей Дмитриевич
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, ОГАУЗ ГИМДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Этиология идиопатического варикоцеле является многофакторной и до конца не изученной. Среди возможных причин рассматриваются патоморфологические изменения стенки и клапанного аппарата яичковой вены, наследственная предрасположенность, а также анатомические предпосылки. Одним из анатомических условий, способствующих возникновению варикоцеле слева, может являться повышение давления в левой почечной вене (ЛПВ) за счет ее компрессии в области аорто-мезентериального соустья. Считается, что даже незначительная и умеренная гипертензия (давление не более 16 мм.рт.ст.) левой почечной вены служит показанием для проведения шунтирующих операций, а лигирование левой яичковой вены может привести к нефропатии слева.

ЦЕЛЬ. Оценить риск нефропатии после лигирования левой яичковой вены на фоне умеренной гипертензии левой почечной вены при варикоцеле у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проведено в городской Ивано-Матренинской детской клинической больнице г. Иркутска за период с сентября 2022 года по ноябрь 2025 года. Критерии включения в исследование: 1. Варикоцеле слева; 2. Проведено комплексное ультразвуковое исследование органов мошонки, малого таза, области левой почечной вены (ЛПВ); 3. Максимальная скорость потока в области суженного участка ЛПВ от 158,3 до 199,4 см/с, что соответствовало давлению в ЛПВ от 10 до 16 мм.рт.ст. Критерии исключения из исследования:

1. Гематурия; 2. Протеинурия; 3. Жалобы на боли в области поясницы или малого таза; 4. Рецидив варикоцеле.

Перечисленным критериям соответствовали 47 подростков, всем выполнено лапароскопическое лигирование левой яичковой вены. В послеоперационном периоде повторное исследование проведено 30 (63,8%) пациентам. Катамнез составил 12,5 (6; 31) месяцев. Минимальный срок 3 месяца, максимальный 38 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде из 47 детей у 2 (4,2%) выявлен рецидив заболевания. При этом ни в одном случае не наблюдалось гидроцеле и атрофии яичка, а также жалоб на боли или дискомфорт в области мошонки. В катамнезе из 30 пациентов, которым проведено комплексное обследование медианный возраст составил 17 (16;18) лет. Жалобы на боли в области поясницы, малого таза пациенты не предъявляли. В ОАМ у пациентов не выявлено микрогематурии и протеинурии. Систолическое артериальное давление составило 125 (115; 130) мм.рт.ст., диастолическое 73 (64; 78) мм.рт.ст. По данным эхосонографии максимальная скорость потока в области суженного участка ЛПВ составляла 130 (104; 143,9) см/с, что соответствовало давлению в ЛПВ 6,76 (4,32; 8,28) мм.рт.ст. Различия в объемах яичек не выявлены, правое составило 17,6 (16,8; 22,3) мл, левое 16,8 (14; 22,0) мл. При сравнение ультразвуковых параметров выявлены статистически значимые различия по площади почек, правая составила 33,1 (32; 35,6) см², левая 37,8 (36; 41) см² ($p=0,00014$). Толщина паренхимы не отличалась, справа составила 15 (15;16) мм, слева 16 (15;17) мм ($p=0,058$). При оценки гемодинамики в воротах почек получены следующие значения: пиковая систолическая скорость справа 77,6 (69,7; 87,5) см/с, слева 75,9

(70,5; 85,1) см/с ($p=0,823$); индекс резистентности справа 0,64 (0,62; 0,66), слева 0,65 (0,63; 0,68) ($p=0,646$). Параметры гемодинамики в области лобарных или междольевых артерий: пиковая систолическая скорость справа 31,9 (30,3; 35,8) см/с, слева 37 (34,2; 41,2) см/с ($p=0,022$); индекс резистентности справа 0,62 (0,59; 0,65), слева 0,61 (0,6; 0,64) ($p=0,453$).

ВЫВОДЫ. Проведенное исследование подтверждает нашу гипотезу, что при умеренной венозной гипертензии основным патологическим звеном, приводящим к варикоцеле, является не глобальное нарушение почечного оттока (которое при таких цифрах минимально и компенсировано), а передача этого повышенного ретроградного давления по яичковой вене — наиболее слабому звену системы с несостоятельными клапанами. Таким образом, лигирование яичковой вены преследует цель разорвать этот конкретный патологический рефлюксный тракт, ведущий к варикозному расширению вен гроздевидного сплетения, не затрагивая основные коллатеральные пути оттока крови от почки.

Ключевым эмпирическим аргументом в пользу отсутствия риска нефропатии служат наши собственные катamnестические данные. За весь период наблюдения (до 38 месяцев) ни у одного из 30 пациентов, перенесших лигирование яичковой вены по поводу умеренной гипертензии, не было зафиксировано клинических или лабораторных признаков нефропатии (протеинурии, гематурии, нарушения функции почек). Это важное наблюдение свидетельствует о безопасности выбранной тактики лечения детей с левосторонним варикоцеле.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле, дети, лигирование левой яичковой вены, риск нефропатии.

44. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО АНТЕ-ПОСТНАТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ВАРИАНТАМИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Дерюгина Людмила Александровна, Косовцова Наталья Владимировна, Филатова Кристина Константиновна, Дагиева Камила Саид-Эминовна
ФГБОУ «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» МЗ РФ, Екатеринбург

ВВЕДЕНИЕ. Высокий уровень пренатальной диагностики, участие детских урологов в работе пренатальных консилиумов сделали возможным постановку антенатального диагноза, выявление категории плодов с тяжелыми формами обструктивных уропатий (ОУ), имеющие неблагоприятный прогноз течения заболевания, высокий риск потери функции почек. В таких случаях Пренатальный консилиум Саратовской области на основании рекомендаций, регламентированных приказом МЗ 20.10.2020 N 1130н, сделал выбор в пользу фетального лечения и разработки лечебной стратегии с применением антенатальных дренирующих вмешательств. В сотрудничестве с «Уральским научно-исследовательским институтом охраны материнства и младенчества» (УНИИОММ) начата совместная работа коллективов, когда при выявлении плодов с маркерами тяжелых форм ОУ фетальный этап лечения выполнялся в УНИИОММ, а последующее постнатальное хирургическое лечение в урологической клинике Саратова.

ЦЕЛЬ. Целью настоящего исследования явился анализ результатов лечения пациентов с тяжёлыми формами ОУ ВПР МВС, которым были выполнены антенатальные дренирующие вмешательства на мочевых путях с последующим постнатальным этапом в виде радикальной хирургической коррекции порока.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Наша клиника обладает опытом лечения 10 пациентов с ОУ, перенесших двухэтапное ante- и постнатальное хирургическое лечение. Из 10 пациентам плодам выполнялось нефро-амниотическое шунтирование (НАШ) в 9 случаях, в 1 – везико-амниотическое шунтирование (ВАШ). Антенатальное дренирование было выполнено у 10 плодов 22-34 недель гестации при наличии одно-, двустороннего гидронефроза (ГН) IV степени по классификации Open 2019. При этом у всех плодов на фоне грубого расширения лоханок, выраженного истончения паренхимы, нарушения ее структуры, имелись УЗ признаки резкого обеднения кровотока. При этом у 7 плодов (1 группа) признаки расширения мочеточников отсутствовали, что позволило антенатально прогнозировать наличие обструкции пиелоуретерального сегмента (ПУС) мочеточника. У 3 плодов второй группы помимо двустороннего ГН 3-4 степени наличие двусторонних мегауретеров с признаками выраженного расширения и извитости мочеточников. При этом у всех 3 плодов имелось увеличение размеров мочевого пузыря различной степени от синдрома мегацистис и маловодия – у 1 плода (26 недель гестации) до увеличения объема пузыря 170 – 200 % от возрастной нормы у 2 плодов 22 и 28 недель гестации. У 2 плодов данной группы постнатально подтвержден синдром клапанов задней уретры, имеющий своей особенностью позднюю манифестацию порока во втором триместре гестации. У третьего ребенка данной группы постнатально диагностирован двусторонний рефлюксирующий мегауретер.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе ГН IV постнатально подтвержден стеноз ПУС у 6 детей, выполнена пластика по Хайнс-Андерсену с положительным результатом. У 1 ребенка после рождения констатирован ГН 1-2 степени и хирургическое лечение не потребовалось. Постнатальное обследование и послеоперационное наблюдение констатировало минимальный дефицит площади паренхимы почки и ее функциональную состоятельность к моменту операции, быстрые темпы сокращения лоханки и восстановления паренхимы в послеоперационном периоде. У 2 пациентов II группы подтвержден синдром клапанов задней уретры. При этом у 1 плоду выполнено ВАШ в 30 недель. Постнатально сохранялись двусторонние нерезлюксирующие мегауретеры, которые после абляции клапанов вскоре купировались самостоятельно, не потребовалась их хирургическая коррекция. У второго пациента плода с КЗУ выполнялось двустороннее НАШ в 22 недели гестации, при этом на фоне подтвержденных постнатально КЗУ и одностороннего ПМР 2 степени мегауретеры и ГН не сформировались. Постнатально потребовалась абляция КЗУ, лечение гиперактивности МП. У третьего плода II группы постнатально подтвержден двусторонний рефлюксирующий мегауретер (ПМР 4 степени) и гипоплазия правой почки. Антенатально выполненное НАШ со стороны ГН 4 степени не убергло пациента от формирования гипоплазированной почки и ПМР IV. Постнатально проведена эндоскопическая коррекция рефлюксов.

ВЫВОДЫ. 1. Проведение нефроамниотического шунтирования антенатально является оправданным этапом лечения плодов с гидронефрозом 4-й степени, признаками нарушения дифференцировки и гемодинамики почечной паренхимы, что позволяет сократить полостную систему гидронефротической почки, восстановить кровоток и предотвратить повреждение почечной паренхимы на антенатальном этапе.

2. Результаты двухэтапного ante- и постнатального лечения пациентов с гидронефрозом 4-й степени на почве стеноза ПУС позволяют констатировать повышенные показатели прироста почечной паренхимы в послеоперационном периоде, опережающие нормативные.

3. У плодов с поздней манифестацией синдрома клапанов задней уретры эффективным явился метод везико-амниотического и двустороннего нефроамниотического шунтирования, выполненные во втором триместре гестации и позволившие сохранить функциональный почечный потенциал, существенно минимизировать вторичные повреждения мочеточников и на постнатальном этапе ограничить хирургическое лечение абляцией клапанов задней уретры.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фетальные вмешательства, нефро-амниотическое шунтирование, обструктивные уропатии, гидронефроз, клапаны задней уретры, хирургическое лечение, дети раннего возраста.

45. КОНТРАСТНАЯ ЛИМФОПРЕСЕРВАЦИЯ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛИГИРОВАНИИ ВЕН ЛЕВОГО СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна, Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна, Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асаадович
Международный андрологический центр

ВВЕДЕНИЕ. Развитие послеоперационного гидроцеле является одним из наиболее частых осложнений при варикоцелэктомии, связанным с повреждением лимфатических сосудов семенного канатика. Сохранение лимфатического дренажа обеспечивает не только профилактику гидроцеле, но и оптимальное сохранение функции яичка.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и безопасность методики контрастирования лимфатических сосудов внутритестикулярным введением индигокармина при микрохирургическом лигировании вен из наружного пахового кольца у пациентов с варикоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены пациенты с клинически выраженным варикоцеле II–III степени. У всех пациентов зарегистрирована орхопатия левого яичка от 20 до 35%. Техника операции включала инфильтрационное введение 1–2 мл раствора индигокармина в ткань половой железы за 10 минут до начала хирургического вмешательства. Микрохирургическое лигирование вен выполнялось из доступа через наружное паховое кольцо с использованием оптического увеличения 4×–8×. Лимфатические сосуды визуализировались как бесцветные тубулярные структуры, окрашенные в синий цвет, и прецизионно сохранялись. Артерия семенного канатика специально не учитывалась для прецизионного сохранения никогда.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Контрастирование лимфатических сосудов обеспечило их надежную идентификацию во всех случаях. Удалось сохранить минимум 1–2 лимфатических канала у каждого пациента, что доказано визуально под контролем окрашивания. Частота развития послеоперационного гидроцеле составила 0% как у детей, так и у взрослых пациентов. Рецидив варикоцеле не превысил показателей традиционных методик (0,5–1%). Сохранение

артерии выражалось в четкой регистрации пульсирующего сигнала ЦДК при сканировании на 3, 7, 30, 90, 120 сутки.

ВЫВОДЫ. 1. Введение индигокармина в ткань яичка является безопасной и эффективной методикой контрастирования лимфатических сосудов семенного канатика, позволяющей их надежную идентификацию при микрохирургическом доступе из наружного пахового кольца. 2. Сохранение даже 1–2 лимфатических каналов достаточно для полной профилактики послеоперационного гидроцеле у детей и взрослых. 3. Артерия семенного канатика сохраняется в неизменном состоянии независимо от технического варианта операции – при целенаправленной диссекции или при лигировании венозного конгломерата – что обеспечивает сохранение васкуляризации яичка и минимизацию риска атрофии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле, микрохирургия, лимфопресервация, индигокармин, гидроцеле, варикоцелэктомия, лимфатические сосуды, семенной канатик, дети.

46. СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН: АНАЛИЗ ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН ПАТОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРОЩЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна, Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна, Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асаадович
Международный андрологический центр

ВВЕДЕНИЕ. Скрытый половой член является редкой врожденной аномалией развития, при которой половой член визуально практически не виден, будучи погружен в препуциально-мошоночный жир или смещен за лобковый шов. Формирование половых органов начинается с 4-го месяца внутриутробного развития под влиянием андрогенов. Основные эмбриологические нарушения, приводящие к скрытому половому члену: недоразвитие мясистой оболочки мошонки, нарушение эластичности связочного аппарата, недостаточность кожных покровов пениса, укорочение пращевидной связки. Заболеваемость осложняется инфекциями первого триместра беременности и воздействием экзогенных факторов. Хирургическое лечение является единственным радикальным методом, однако множество предложенных техник затрудняет выбор оптимального подхода. Поиск упрощенных и эффективных хирургических техник остается актуальной проблемой детской андрологии.

ЦЕЛЬ. Провести ретроспективный анализ эмбриологических механизмов формирования скрытого полового члена у детей и сравнить функциональные и косметические результаты упрощенной хирургической техники с классическими многоэтапными методами коррекции скрытого полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективное исследование включало 42 мальчика с ди-

агнозом скрытого полового члена. Средний возраст пациентов составил 4,2 года (диапазон 0,5–12 лет). Период наблюдения: 2015–2024 гг. Проведен анализ антенатального анамнеза, гормонального статуса и сопутствующих аномалий развития. Пациенты разделены на две группы: упрощенная техника двухточечной фаллопексии (n=24) и традиционные многоэтапные методы (n=18). Оценивались: косметический результат (по шкале VAS), функция мочеиспускания, частота рецидивов и послеоперационных осложнений, продолжительность операции и сроки реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выявлены следующие основные эмбриологические нарушения при скрытом половом члене: дисплазия и недоразвитие дартос мясистой оболочки мошонки (61,9%), дефицит кожного покрова пениса (52,4%), патология пращевидной связки (38,1%). Неблагоприятный антенатальный анамнез зафиксирован у 28,6% пациентов. Упрощенная техника показала сопоставимые результаты с традиционными методами: косметическая удовлетворенность 87,5% vs 79,0% (p0,05), восстановление нормального мочеиспускания 91,7% vs 88,9%, частота рецидивов 8,3% vs 11,1%. Средняя продолжительность операции в группе упрощенной техники значительно меньше: 45 минут против 78 минут (p0,001), период реабилитации сокращен в 1,8 раза.

ВЫВОДЫ. 1. Эмбриологическая основа скрытого полового члена определяется нарушением дифференцировки мышечной и связочной тканей пениса на этапе внутриутробного развития, что необходимо учитывать при планировании хирургической коррекции.

2. Упрощенная хирургическая техника обеспечивает результаты, не уступающие традиционным многоэтапным методам, при значительно меньшей травматичности и сокращении операционного времени.

3. Рекомендуется внедрение упрощенного подхода в рутинную практику детской андрологии как метода выбора при отсутствии сочетанных тяжелых аномалий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: скрытый половой член, эмбриология, детская андрология, хирургическая техника, фаллопексия, реконструктивная урология, андрогены.

47. ГИНЕКОМАСТИЯ И ГИНЕКОЛИПОМАСТИЯ У ПОДРОСТКОВ: АЛГОРИТМ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ СУБАРЕОЛЯРНОЙ МАСТЭКТОМИИ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ТУМЕСЦЕНТНОЙ ЛИПОСКАЦИЕЙ

*Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна,
Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна,
Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асаадович
Международный андрологический центр*

ВВЕДЕНИЕ. Гинекомастия пубертатного периода (ГПП) – наиболее распространенное доброкачественное увеличение грудной железы у мальчиков, встречается у 40–65% подростков в воз-

расте 13–14 лет (стадии Таннера II–IV). Гинеколипомастия (ложная гинекомастия) возникает вследствие гипертрофии подкожно-жировой клетчатки без истинной гиперплазии железистой ткани и часто сопутствует ожирению. Смешанная (истинная + ложная) форма встречается у 12–18% пациентов, обращающихся за хирургической помощью. Отсутствие четких операционных показаний, чрезмерное опасение сформировать психологический комплекс до операции в период активной социализации определяют актуальность разработки единого алгоритма показаний для подростков с учетом степени эстетического дефицита в коллективе.

ЦЕЛЬ. Разработать и валидизировать популяционный алгоритм показаний к субареолярной мастэктомии с предварительной тумесцентной липосакцией у подростков с гинекомастией и гинеколипомастией, оценить функциональные и эстетические результаты применяемой хирургической техники с учетом возраста пациента и степени психосоциальной депривации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно-проспективное исследование включало 67 пациентов в возрасте 11–17 лет (средний возраст $14,3 \pm 1,8$ лет), оперированных в Международном андрологическом центре за 2016–2024 гг. Диагноз устанавливался на основании клинко-лабораторных данных и УЗИ грудных желез. Форма гинекомастии: истинная – 38 (56,7%), смешанная – 29 (43,3%). Показания к операции: сохраняющаяся гинекомастия II–III степени ≥ 2 лет ($n=31$), выраженный эстетический дефицит + документированный психосоциальный стресс ($n=24$), отказ от активного образа жизни из-за дефекта ($n=12$). Техника: для смешанной формы – предварительная тумесцентная липосакция с последующей субареолярной мастэктомией (периаареолярный доступ); для истинной – изолированная мастэктомия. Оценка: эстетический результат (шкала VAS), психосоциальный статус, частота рецидивов и осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок наблюдения – 38,4 мес. (диапазон 12–96 мес.). Эстетическая удовлетворенность пациентов/родителей 90,2% (VAS 4,5/5,0). Рецидивы: 3 (4,5%) – остаточная железистая ткань под ареолой, все устранены повторными вмешательствами. Осложнения: гематома – 4 (5,9%), нарушение чувствительности соска – 2 (2,9%), серома – 1 (1,5%). Грубых осложнений и некрозов не отмечено. В группе с предварительной липосакцией ($n=29$) среднее время операции составило 58 минут, в группе изолированной мастэктомии ($n=38$) – 42 минуты. Психосоциальная реадaptация (снижение показателя тревожности/депрессии по шкале HADS) отмечена у 86,6% пациентов через 6 месяцев. Ранее оперированные пациенты (13–15 лет) имели значительно лучшие показатели психосоциальной адаптации, чем оперированные позже (16–17 лет, $p=0,05$).

ВЫВОДЫ. 1. Субареолярная мастэктомия с предварительной тумесцентной липосакцией является эффективным и безопасным методом лечения гинекомастии и гинеколипомастии у подростков; уровень рецидивов (4,5%) и осложнений сопоставим с зарубежными данными.

2. Разработанный алгоритм показаний включает объективные клинические критерии и оценку степени эстетической депривации в коллективе; операция в 13–15 лет обеспечивает наилучшую психосоциальную реадaptацию.

3. Предварительная тумесцентная липосакция при смешанной форме гинекомастии улучшает контур грудной стенки и повышает эстетическое удовлетворение до 90,2%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гинекомастия, гинеколипомастия, подростки, мастэктомия, липосакция, тумесцентная инфильтрация, детская андрология, психосоциальная реадaptация, алгоритм показаний.

48. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В МОШОНКЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫХ ГИДАТИД И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП

Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна, Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна, Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асадович
Международный андрологический центр

ВВЕДЕНИЕ. Хроническая боль в мошонке является распространенной жалобой в андрологической и урологической практике, однако ее причины нередко остаются невыясненными. Одной из редко обсуждаемых причин являются патологически измененные гидатиды – рудиментарные структуры, расположенные в области придатка яичка. Несмотря на то что острый перекрут гидатиды хорошо известен, хронический болевой синдром, связанный с их изменениями, изучен недостаточно. Это обуславливает актуальность данного исследования как у детей, так и у взрослых пациентов.

ЦЕЛЬ. Оценить роль патологически измененных гидатид в формировании хронической боли в мошонке у детей и взрослых, а также проанализировать результаты хирургического лечения с использованием минимально инвазивного мини-доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2024 и 2025 гг в нашей клинике 4 пациентам в возрасте от 1,5 лет до 2,5 лет были выполнены уретеронефроскопии по поводу камней почек. Во всех случаях конкременты носили симптоматический характер, у пациентов отмечались инфекции мочевыводящих путей, у 1 пациента конкремент мигрировал в верхнюю треть мочеточника и вызвал почечную колику, у 1 ребенка отмечались интермиттирующие почечные колики и инфекции мочевыводящих путей. Размеры конкрементов составляли от 3-х мм до 9 мм. Всем на дооперационном этапе было выполнено престентирование на срок от 43 до 53 дней. Всем пациентам удалось установить мочеточниковый кожух Ch 10 до уровня пиело-уретерального сегмента. Дробление выполнено с применением тулиевого лазера и при возможности экстракцией фрагментов. В послеоперационном периоде всем пациентам был установлен наружный стент для отведения мочи, который был фиксирован к баллонному катетеру и удалены вместе без наркоза на 3 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 46 из 68 пациентов (67,6%) при УЗИ были выявлены патологически измененные гидатиды: кистозно измененные, фиброзированные или имеющие признаки хронического воспаления. Хирургическое лечение проведено у 44 пациентов. Полное купирование боли отмечено у 36 пациентов (81,8%) в течение 3 месяцев, значительное улучшение – у 6 (13,6%). Средний балл по VAS снизился с 6,8 до 1,4 (р 0,001). Осложнений не зафиксировано. Патоморфологически во всех случаях подтверждены воспалительно-дегенеративные изменения гидатид.

ВЫВОДЫ. Патологически измененные гидатиды являются недооцененной причиной хронической боли в мошонке у детей и взрослых. Хирургическая эксцизия через минидоступ является эффективным и безопасным методом лечения, позволяющим достичь купирования боли более чем у 95% пациентов. Ультразвуковая диагностика с цветовым доплером должна

быть включена в рутинное обследование пациентов с хронической болью в мошонке.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая боль в мошонке, гидатида, патология гидатид, мини-доступ, детская урология, андрология, хирургическое лечение.

49. МИКРОКИСТЫ ГОЛОВКИ ПРИДАТКА ЯИЧКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТАКТИКА ОБОСНОВАННОЙ ЭСКАЛАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ АГРЕССИИ И ПОКАЗАНИЯ К МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ

Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Петинати Яна Александровна, Матар Сохейл Ахмадович, Середницкая Надежда Александровна, Жидков Максим Владимирович, Матар Ахмад Асаадович
Международный андрологический центр

ВВЕДЕНИЕ. Микрокисты головки придатка яичка (МГПЯ) являются распространенной находкой в педиатрической андрологической практике. Учащенное применение УЗИ высокого разрешения позволило визуализировать МГПЯ размером от 1 до 5 мм и менее, оценить динамику их роста и определить показания к оперативному лечению. Основным риском нелеченных МГПЯ является нарушение проходимости канальцев придатка, что может привести к обструкции семявыносящих путей и репродуктивным нарушениям в будущем. Отсутствие четких критериев отбора пациентов для микрохирургической энуклеации определяет актуальность данного исследования.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность дифференцированного подхода к выбору тактики лечения микрокист головки придатка яичка у детей и подростков, разработать критерии эскалации лечебной агрессии и определить показания к микрохирургической энуклеации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 124 пациента в возрасте от 3 до 17 лет с верифицированными УЗИ-диагнозом МГПЯ, наблюдавшиеся в Международном андрологическом центре в период с 2015 по 2024 год. Всем пациентам выполнялись динамическое УЗИ органов мошонки с оценкой размеров, количества и расположения МГПЯ. Пациенты разделены на 3 группы: I – наблюдение (кисты до 3 мм, n=58); II – консервативное медикаментозное лечение (кисты 3–5 мм с динамикой роста, n=41); III – микрохирургическая энуклеация (кисты более 5 мм и/или при наличии показаний, n=25). Операция выполнялась под оптическим увеличением с применением микрохирургического инструментария, срок наблюдения – от 6 месяцев до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе I наблюдения у 38 из 58 пациентов (65,5%) зафиксирована спонтанная регрессия МГПЯ, у 20 (34,5%) – стабилизация размеров. В группе II после медикаментозного лечения положительная динамика отмечена у 27 (65,9%) пациентов, у 14 (34,1%) ввиду нарастания кист выполнена эскалация до микрохирургической энуклеации. В группе III всем 39 пациентам (в т.ч. 14 из гр. II) выполнена микрохирургическая энуклеация. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Проходимость придатка по данным контрольных УЗИ сохранена у 36 из 39 (92,3%) оперированных пациентов. Установ-

лены критерии эскалации: прирост кисты более 2 мм за год, размер более 5 мм, болевой синдром или признаки компрессии окружающих тканей.

ВЫВОДЫ. 1. Дифференцированный подход к выбору тактики лечения МГПЯ обеспечивает высокую частоту сохранения функции придатка при минимальном риске осложнений. 2. Показаниями к микрохирургической энуклеации являются: прирост кисты более 2 мм за год, размер придатковой кисты более 5 мм, болевой синдром, признаки компрессии окружающих структур.

3. Микрохирургическая энуклеация является безопасным и эффективным методом с сохранением проходимости придатка у 92,3% пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: микрокисты придатка яичка, детская андрология, микрохирургическая энуклеация, эпидидимальная киста, обструкция придатка, детская урология, мужское бесплодие, лечебная агрессия.

50. НАРУШЕНИЕ АРХИТЕКТониКИ НОЧНОГО СНА КАК ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ПЕРВИЧНОГО НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И ЭТАПНАЯ ТЕРАПИЯ

*Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович, Матар Самир Ахмадович,
Середницкая Наталья Александровна, Жидков Максим Владимирович,
Матар Ахмад Асаадович
Международный андрологический центр*

ВВЕДЕНИЕ. Первичный ночной энурез (ПНЭ) традиционно рассматривается как результат трех взаимодействующих патогенетических факторов: ночной полиурии вследствие нарушения циркадной секреции АДГ, гиперактивности детрузора и повышенного порога пробуждения. Вместе с тем роль нарушений архитектоники ночного сна как первичного и самостоятельного патогенетического механизма систематически не выделяется в клинической практике. По данным полисомнографических исследований, у детей с ПНЭ выявляется патологическая нестабильность медленно-волнового сна (стадия N3): повышение индекса циклического альтернирующего паттерна (CAP rate) при одновременном снижении фаз A2 и A3, что отражает невозможность полноценного перехода от глубокого сна к более легким стадиям и обуславливает аномально высокий порог пробуждения. Принципиально важно, что нарушение циркадного ритма секреции АДГ при данном варианте патогенеза не является первичным дефицитом гормональной регуляции, а служит следствием дезорганизации архитектоники сна: нормальный ночной пик секреции вазопрессина реализуется только при полноценной структуре сна, и его снижение при нестабильном N3-сне подтверждено в ряде исследований. Таким образом, выделение данного варианта ПНЭ в самостоятельный клинический подтип имеет принципиальное значение для выбора терапевтической тактики.

ЦЕЛЬ. Выделить клинически верифицируемый вариант первичного ночного энуреза, ассоциированного с патологической нестабильностью медленно-волнового сна и повышенным порогом пробуждения; разработать алгоритм поэтапной («эшелонированной») терапии и оценить ее эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 88 детей с ПНЭ за период 9 лет, у которых по данным клинического обследования был верифицирован патогенетический вариант, ассоциированный с нарушением архитектуры сна. Критерии включения: нормальные объемы дневных микций по данным спонтанного ритма мочеиспусканий, отсутствие остаточной мочи по данным ультразвукографии, невозможность полного пробуждения ребенка ночью (максимально достижимое состояние – сомнолентность), амнезия эпизодов ночного пробуждения. В случаях с предполагаемым сочетанным механизмом (нарушение архитектуры сна + вторичная дисрегуляция АДГ) дополнительным критерием служило сочетание значительного ночного объема мочи с низкой относительной плотностью мочи. Применялась трехэтапная терапия: I этап – трициклический антидепрессант имипрамин (мелипрамин), модифицирующий профиль сна; II этап – присоединение энурезного будильника при недостаточной эффективности монотерапии; III этап – добавление десмопрессина. Оценивалась эффективность на каждом этапе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Диагностическим маркером описанного варианта ПНЭ служило характерное сочетание двух клинических признаков: невозможности полного пробуждения ребенка ночью (максимум – состояние сомнолентности) и стойкой амнезии факта ночного подъема. Оба признака отражают аномально высокий порог пробуждения, что соответствует концепции «глубокого сна» при ПНЭ, подтвержденной полисомнографически. У пациентов с предполагаемым сочетанным механизмом фиксировалось сочетание значительного ночного объема мочи с низкой относительной плотностью – признак вторичной дисрегуляции ночной секреции АДГ на фоне нестабильного сна. Эффективность I этапа терапии (имипрамин) составила 41%: препарат, подавляя REM-сон и облегчая структуру NREM-сна, снижает порог пробуждения и редуцирует частоту энуретических эпизодов. На II этапе (добавление энурезного будильника) кумулятивная эффективность достигла 59%. На III этапе (присоединение десмопрессина, корректирующего ночную полиурию как компонент сочетанного механизма) суммарная эффективность составила 91%. Оставшимся пациентам потребовалось применение дополнительных методов лечения. Нарушение архитектуры ночного сна – патологическая нестабильность медленноволновой стадии (N3) с повышенным порогом пробуждения – представляет собой самостоятельный, клинически верифицируемый патогенетический вариант первичного ночного энуреза. Дисрегуляция ночной секреции АДГ при данном варианте является вторичной по отношению к нарушению архитектуры сна, а не самостоятельным дефектом гормональной регуляции; ее наличие указывает на сочетанный механизм и проявляется сочетанием ночной полиурии с низкой относительной плотностью мочи. Ключевые клинические маркеры: невозможность полного ночного пробуждения (максимум – сомнолентность) и амнезия факта пробуждения; нормальный спонтанный ритм дневных микций и отсутствие оста-

точной мочи свидетельствуют об интактности мочевого пузыря.

Поэтапная («эшелонированная») терапия – имипрамин → энурезный будильник → десмопрессин – обеспечивает клиническую эффективность у 91% пациентов с данным вариантом ПНЭ; все прочие методы лечения целесообразно подключать лишь после исчерпания трех указанных этапов.

ВЫВОДЫ. Выделен клинически верифицируемый вариант первичного ночного энуреза, обусловленный патологической нестабильностью медленно-волнового сна и повышенным порогом пробуждения. Его ключевые маркеры: невозможность полного пробуждения (сомнолентность), амнезия пробуждения и интактная функция мочевого пузыря. Нарушение секреции АДГ при этом варианте носит вторичный характер и проявляется ночной полиурией. Поэтапная терапия (имипрамин → энурезный будильник → десмопрессин) с учетом иерархии патогенетических звеньев эффективна у 91% пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичный ночной энурез, архитектоника сна, медленноволновой сон, N3, порог пробуждения, АДГ, десмопрессин, дети.

51. УМЕЮТ ЛИ ДЕЛАТЬ ОПЕРАЦИЮ ОБРЕЗАНИЯ? АНАЛИЗ ТИПИЧНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ ОШИБОК И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тарусин Дмитрий Игоревич, Матар Асаад Ахмадович
Международный андрологический центр

ВВЕДЕНИЕ. Циркумцизия – одна из наиболее часто выполняемых хирургических операций в мире: около трети мужчин подверглись этому вмешательству. Широкая распространенность процедуры создает устойчивое заблуждение о ее технической простоте. Между тем совокупная частота осложнений достигает 1,5% у новорожденных и 2,9% у детей более старшего возраста, при этом поздние осложнения составляют значительную долю и нередко требуют повторного оперативного вмешательства. Наиболее частыми из них являются пенильные адгезии, кожные мостики, стеноз меатуса, рецидивирующий фимоз, ятрогенный скрытый половой член и неудовлетворительный косметический результат. Принципиально важно, что ряд пациентов направляется на операцию без должного обоснования: многие случаи физиологического фимоза поддаются консервативной терапии (топические стероиды, препуциопластика), тогда как органосохраняющие методики, рекомендованные руководством ЕАУ по педиатрической урологии, используются недостаточно.

ЦЕЛЬ. Проанализировать спектр и частоту типичных технических ошибок при выполнении циркумцизии у детей и подростков; оценить характер поздних осложнений, потребовавших ревизионного вмешательства; сформулировать критерии технического качества операции и показаний к ней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ пациентов, обратившихся с осложнениями после ранее выполненной циркумцизии. Регистрировались: исходное по-

казание к операции, предполагаемая техника выполнения, характер осложнения (ранние и поздние), необходимость повторного вмешательства. Дополнительно оценивалась обоснованность первичных показаний: соответствие диагноза критериям истинного фимоза, наличие/отсутствие предшествующего консервативного лечения, соответствие анатомическим противопоказаниям (скрытый половой член, перипенильная липодистрофия, гипоспадия, эписпадия). Анализировались типичные технические ошибки: несоблюдение баланса между листками крайней плоти, неадекватное позиционирование линии разреза, недостаточный или избыточный объем иссечения, технические проблемы при использовании клемм. Результаты сопоставлялись с данными литературы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В структуре поздних осложнений циркумцизии, потребовавших ревизионного вмешательства, преобладали: пенильные адгезии и кожные мостики (до 30% всех поздних осложнений по данным ряда центров), ятрогенный скрытый половой член вследствие избыточного иссечения или недооценки перипенильной липодистрофии, стеноз меатуса, рецидив фимоза, неудовлетворительный косметический результат. Значительная часть пациентов была направлена на операцию без абсолютных показаний – без предшествующей попытки консервативной терапии, несмотря на ее доказанную эффективность при неосложненном фимозе. Среди технических причин осложнений выявлены: использование зажимовых методик без адекватной защиты головки, несоблюдение равновесия наружного и внутреннего листков препуция, неверное определение уровня кожного разреза, игнорирование анатомических противопоказаний. Техника «sleeve resection» обеспечивает наилучший косметический результат и минимальный риск нарушения баланса тканей, однако требует достаточного хирургического опыта.

ВЫВОДЫ. 1. Циркумцизия – технически нетривиальная операция, качество выполнения которой определяет частоту поздних осложнений; широкая распространенность процедуры не является свидетельством ее технической доступности.

2. Наиболее частые осложнения – пенильные адгезии, кожные мостики, ятрогенный скрытый половой член и неудовлетворительный косметический результат – в большинстве случаев являются следствием технических ошибок и/или неправильного отбора пациентов.

3. Показания к циркумцизии у детей должны быть строго обоснованы: при неосложненном фимозе методом первой линии служат топические стероиды и препуциопластика; циркумцизия выполняется при их неэффективности или при абсолютных показаниях.

4. Анатомические противопоказания (скрытый половой член, выраженная перипенильная липодистрофия, аномалии уретры) должны быть исключены до операции.

5. Повышение качества циркумцизии требует стандартизации техники, формализованного обучения и обязательного контроля отдаленных результатов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: циркумцизия, обрезание, осложнения, технические ошибки, скрытый половой член, пенильные адгезии, кожный мостик, стеноз меатуса, препуциопластика, фимоз, дети, педиатрическая урология, ревизионная операция.

52. ВНУТРИПУЗЫРНАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ

Акрамов Наиль Рамилович, Закиров Айдар Камилевич

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ООО Дион медикал групп «Миллениум клиник», ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

ВВЕДЕНИЕ. Недержание мочи у детей – частая патология: в возрасте 5–7 лет встречается у 10–15%, снижаясь к 12–15 годам до 3–3,5%. Структурные (анатомические) дефекты шейки мочевого пузыря встречающиеся при экстрофии и эписпадии или нейрогенная дисфункция диагностируются менее 0,5 % в популяции, но в большинстве своем резистентны к медикаментозной терапии и требуют хирургического лечения.

ЦЕЛЬ. Разработать малоинвазивный способ пластики шейки мочевого пузыря у детей с недержанием мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ существующих способов пластики шейки мочевого пузыря у детей с недержанием мочи. На сегодняшний день наиболее часто используемые методики это: слинговые, эндоскопическое моделирование, использование искусственного сфинктера, реконструктивные с использованием тканей мочевого пузыря. Слинговые операции – использование лоскута вокруг шейки мочевого пузыря (вокруг шейки мочевого пузыря формируется стягивающее кольцо из различных тканей). Опыт использования фасциальных слингов (Snodgrass et al.) показывают 83% успеха без аугментации мочевого пузыря, но 50–70% отмечается снижение емкости через 6–24 месяцев. Инъекции объем образующих препаратов в шейку мочевого пузыря имеют самую наименьшую травматичность, но, к сожалению, и самую низкую эффективность: DxHA (декстраномер+гиалуроновая кислота) или PMDS (полидиметилсилоксан). Успешность операции составляет примерно 33% сразу после операции. Наиболее успешными методиками являются реконструктивные операции шейки мочевого пузыря с использованием его стенок. Возможно использование лоскута передней (операция Кроппа-Салле) или задней стенки мочевого пузыря (операция Янга-Диса-Лидбеттера). Известен также способ установка искусственного сфинктера AMS-сфинктер AMS800 (Ruiz) с вероятностью успеха 77%, но в 25% случае существует вероятность возникновения эрозий. Учитывая эффективность реконструктивных методик и малоинвазивность пневмозикоскопического доступа была разработана методика внутрипузырной реконструкции шейки мочевого пузыря. Была проведена серия операций по пластике шейки мочевого пузыря с использованием передней стенки мочевого пузыря пневмозикоскопическим доступом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На сегодняшний день не существует общепринятых правил оценки эффективности операций по пластике шейки мочевого пузыря. В большинстве исследований успешность операции оценивается 4-часовым сухим интервалом с периодическими

катетеризациями, операция не приводит к снижению объема мочевого пузыря, ухудшению динамики мочевого пузыря и верхних мочевых путей, сохраняет возможность катетеризации мочевого пузыря. Применение пневмовезикоскопического доступа показало наименьшую травматичность, быстрое восстановление и меньший болевой синдром по сравнению с открытыми методиками.

ВЫВОДЫ. Любые операции должны быть технически простыми в исполнении и иметь плавную кривую обучения. Выбор метода пластики шейки мочевого пузыря зависит от многих факторов. К сожалению, на сегодняшний день ни одна из представленных операций не удовлетворяет большинству критериев эффективного лечения недержания мочи у детей. Требуется дальнейшее изучение результатов внутривезикулярной пластики шейки мочевого пузыря у детей. Применение современных технологий в лечении детей с недержанием мочи позволит не только облегчить послеоперационный период для пациента, но и улучшить результаты лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: недержание мочи, пластика шейки мочевого пузыря, пневмовезикоскопия.

53. ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Зоркин Сергей Николаевич, Кяримов Ибрагим Ашраф-оглы, Конова Ольга Михайловна, Сахарова Елена Владимировна, Баязитов Римир Радикович, Шахновский Дмитрий Сергеевич, Лобанова Антонина Денисовна
ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) остается основным методом лечения уролитиаза в педиатрической практике. Однако достижение адекватной фрагментации конкремента не гарантирует спонтанного отхождения всех образовавшихся частей. Проблема резидуальных фрагментов и формирования «каменной дорожки» диктует необходимость совершенствования литокинетической поддержки. Эффективность альфа-1-адреноблокаторов у детей исследована недостаточно, а применение полихроматического поляризованного света (ППС) в детской урологии ранее не рассматривалось. Патогенетически перспективным представляется сочетание медикаментозной релаксации гладкой мускулатуры мочеточника с физиотерапевтическим воздействием.

ЦЕЛЬ. сравнительная оценка эффективности и безопасности применения полихроматического поляризованного света в комбинации сальфа-1-адреноблокаторами для улучшения результатов ДУВЛ у детей с уролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное рандомизированное исследование включено 200 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет. Пациенты распределены на две группы:

контрольную (n=150), получавшую стандартную послеоперационную терапию, и основную (n=50), в которой применялась комбинация альфа-1-адреноблокаторов и ППС. Критериями оценки служили: StoneFree Rate, время отхождения конкрементов, выраженность болевого синдрома, а также частота послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе показатель SFR составил 88,0%, что значимо выше по сравнению с контрольной группой (60,0%; $p=0,001$). В группе комбинированной терапии 82,0% пациентов не нуждались в дополнительной анальгезии, тогда как в контроле этот показатель составил 56,4% ($p=0,004$). При ультразвуковом контроле на третьи сутки медиана размеров остаточных фрагментов в основной группе была достоверно ниже меньше (7 [5–12] мм), чем в контрольной (12 [7–16] мм; $p=0,001$). Частота развития осложнений также оказалась значимо ниже в группе комбинированной терапии ($p=0,034$). Нежелательных явлений, связанных с проводимым лечением, зарегистрировано не было.

ВЫВОДЫ. Применение комбинированной литокинетической терапии, включающей альфа-1-адреноблокаторы и ППС, достоверно повышает Stone Free Rate после ДУВЛ у детей, уменьшает интенсивность болевого синдрома и снижает риск развития осложнений, демонстрируя высокий профиль безопасности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, дети, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, литокинетическая терапия.

54. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ CIRCUMCISION У МАЛЬЧИКОВ

Акрамов Наиль Рамилович, Загайнов Андрей Владимирович

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

ООО Дион Медикал Групп (Миллениум Клиник),

ООО Дион Медикал Групп (Миллениум Клиник)

ВВЕДЕНИЕ. Скрытый половой член (СПЧ) – это редкая врожденная аномалия, при которой кавернозные тела полового члена имеют физиологические размеры, соответствующие возрасту, но половой член скрыт окружающими тканями мошонки и подкожно-жировой клетчаткой лонной области. У пациентов с СПЧ, которым выполнено circumcision, требуется сложная коррекция врожденной аномалии, дополненная ятрогенным осложнением. В настоящее время отсутствуют рекомендации по лечению данного состояния.

ЦЕЛЬ. Разработать алгоритм хирургической коррекции скрытого полового члена после circumcision у мальчиков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с октября 2024 года по январь 2026 года в ООО «Дион Медикал Групп» (Миллениум клиник) пролечено 28 мальчиков с диагнозом СПЧ, из них у 10 детей ранее было выполнено Circumcision. Алгоритм хирургической коррекции зависел от остатка кожного «пластического материала» в области ствола полового члена. Пациенты были разделены на три группы: в 1 группу включены пациенты, у которых остаток

кожного пластического материала составлял более 1 см в длину; во 2 – менее 1 см; в 3 – отсутствие кожи ствола полового члена. Методы хирургического лечения у пациентов разных групп различались. Так детям первой группы (5 мальчиков) выполнялась фаллопластика с помощью мобилизованного и развернутого кожного лоскута полового члена; для трех мальчиков второй группы выполнялась пластика с использованием либо экстрагенитальных тканей (кожный лоскут внутренней поверхности плеча), либо кожи мошонки. Для двух мальчиков третьей группы выбрана тактика хирургической коррекции в виде фаллопластики с помощью кожного лоскута мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех пациентов получен хороший анатомический, функциональный и косметический результат. Индивидуальный подбор тактики лечения напрямую влиял на результат лечения.

ВЫВОДЫ. Преждевременное хирургическое вмешательство в виде circumcision у мальчиков, которые имеют скрытый половой член, приводит к серьезным ятрогенным осложнениям и к более сложной хирургической коррекции в будущем. Предложенный алгоритм хирургической коррекции скрытого полового члена после circumcision у мальчиков позволил улучшить результаты лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: скрытый половой член, обрезание крайней плоти, осложнения, дети.

55. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ДЕ ЛЯ ШАПЕЛЯ, ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ И КИСТОЗНО-РАСШИРЕННЫМ ВЛАГАЛИЩЕМ

*Кашина Евгения Александровна, Филатова Наталья Анатольевна,
Кучинский Михаил Петрович, Караваева Светлана Александровна, Усков Олег Игоревич,
Солнцева Екатерина Александровна*

*СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр
высоких медицинских технологий»*

ВВЕДЕНИЕ. Нарушение формирования пола – редкая и многообразная группа патологий в детской урологической практике. Такие пациенты нередко оказываются не до конца обследованными, а их лечение и наблюдение требует вовлечения группы специалистов.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай пациента с нарушением формирования пола: синдромом де ля Шапеля, проксимальной гипоспадией, паховой дистопией яичка и кистозно-расширенным влагалищем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент Л., 12 лет, поступил в стационар в экстренном порядке в связи с персистирующей лейкоцитурией и периодической пиурией. В раннем возрасте ребенок был неоднократно оперирован по поводу члено-мошоночной формы гипоспадии, также выполнено низведение дистопированного в паховый канал яичка. Кроме того, мальчик наблюдается у эндокринолога по поводу нарушения гормонального статуса, гинекомастии и

синдрома де ля Шапеля. По данным УЗИ заподозрено кистозное образование малого таза, визуализированное с помощью КТ и МРТ (размер составил 57*58*120мм, с предположительной связью с простатическим отделом уретры). Проведенные ретроградная уретрография и цистоуретроскопия достоверно не выявили уrogenитальный синус и связь кисты с уретрой. Пациенту выполнено лапароскопическое удаление образования, интраоперационно установлена связь с простатическим отделом уретры. Гистологическое исследование верифицировало структуру образования как ткань влагалища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Диагностика и лечение пациентов с различными вариантами нарушения формирования пола – непростая задача для специалистов педиатрического профиля, требующая вовлечения врачей нескольких специальностей. Кистозно расширенная простатическая маточка или vagina masculinus – редкая патология, частота встречаемости которой возрастает у детей с нарушением формирования пола. Особое место занимают пациенты с проксимальными формами гипоспадии и крипторхизмом, как возможные представители хромосомных аномалий, требующих углубленного генетического обследования для уточнения наличия нарушения формирования пола. Описанные кистозные полости чаще имеют небольшие размеры, но при развитии крупных образований появляется необходимость в их удалении. Лапароскопическая операция при этом является весьма эффективной, хотя технически сложной.

ВЫВОДЫ. Пациенты с проксимальной гипоспадией и одно- или двусторонним крипторхизмом требуют генетического обследования для выявления хромосомных аномалий и возможных кистозных образований малого таза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нарушение формирования пола, гипоспадия, крипторхизм, кистозно расширенное влагалище, простатическая маточка, лапароскопия.

56. ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИТОГЕНЕЗА И ФАКТОРЫ РИСКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Волкова Анастасия Алексеевна, Суходольский Андрей Андреевич,
Федулов Александр Владимирович, Михайлов Евгений Сергеевич,
Янорова Анисия Ивановна, Аникеева Юлия Александровна
Московский областной центр охраны материнства и детства,
НИКИ детства Минздрава Московской области*

ВВЕДЕНИЕ. Мочекаменная болезнь у детей представляет собой актуальную проблему в современной детской урологии в связи с устойчивой тенденцией к росту заболеваемости. За последние десятилетия отмечается увеличение частоты уролитиаза у детей, что связывают с особенностями питания, образом жизни, ростом ожирения, а также более широкое использование методов диагностики.

ЦЕЛЬ. На основе ретроспективного анализа историй болезни выявить основные предик-

торы развития мочекаменной болезни у детей Московской области и оценить клинико-статистические характеристики заболевания в исследуемой выборке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 189 историй болезни детей с мочекаменной болезнью, проходивших лечение в Московском областном центре охраны материнства и детства (г. Люберцы) в период 2023–2025 гг. Критерием включения являлся верифицированный диагноз «мочекаменная болезнь». В исследование не включались случаи почечной колики при отсутствии конкрементов, а также истории болезни с неполными данными. Оценивались следующие параметры: клиническая картина (ведущий симптом при поступлении), возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), наличие инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), канал госпитализации, данные инструментальных исследований (локализация, размеры и плотность конкремента по данным КТ, наличие расширения чашечно-лоханочной системы и мочеточника по данным УЗИ), сроки госпитализации, характер оперативного вмешательства, результаты лабораторных исследований (клинический анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, анализ минерального состава конкремента). С целью уточнения анамнестических данных проведен телефонный опрос родителей пациентов. Из 189 совершенных звонков обратную связь удалось получить от 42 респондентов; остальные не вошли в анализ в связи с отказом от участия, недоступностью абонента или сбросом вызова. Оценивались следующие показатели на период манифестации заболевания: наличие хронических заболеваний, травм и операций в анамнезе, постоянный прием лекарственных препаратов, наследственная предрасположенность, объем и характер потребляемой жидкости, особенности питания, уровень физической активности, а также наличие конкрементов в мочевых путях на момент опроса. Статистический анализ данных выполнялся с использованием программного обеспечения StatTech и Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование было включено 189 детей в возрасте от 5 месяцев до 17 лет. Средний возраст пациентов составил 15 лет. Отмечалось незначительное преобладание девочек: 107 (56,6%) против 82 мальчиков (43,4%). Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 21,14 кг/м². Клиническая картина при поступлении характеризовалась полиморфизмом симптомов, среди которых доминировал болевой синдром: почечная колика зафиксирована у 81 (42,6%) ребенка, изолированная боль в поясничной области/животе – у 65 (34,2%). Сочетание боли с макрогематурией отмечено у 13 (6,8%) пациентов. Наиболее часто конкременты локализовались в мочеточнике – у 135 (71,1%) пациентов. В мочеточнике основным местом расположения являлся дистальный отдел (39,7% от всех случаев мочеточниковых камней), еще в 37,4% случаев камень находился непосредственно в устье. Отмечена тенденция к преимущественно правостороннему расположению конкрементов: у 106 (59,2%) детей. Экстренное оперативное вмешательство потребовалось 31 ребенку: преимущественно выполнялась контактная литотрипсия (12 детям), стентирование проведено 7 пациентам. Лабораторные признаки ИМВП при поступлении наблюдались у 64 детей, что составило 33,8% от общего числа госпитализированных. 58 пациентов (30,6%) поступили с повышенным уровнем креатинина (среднее значение – 93,75±19,75 мкмоль/л). При проведении телефонного анкетирования из 189 пациентов удалось связаться с 42 (22%), которые и составили группу для анализа. Большинство опрошенных (92,2%) проживают в Московской области. Наследственный анамнез оказался отягощен у 19 пациентов (45,2%). Анализ образа жизни показал, что у 59% детей отсутствовала регулярная физическая нагрузка,

и только 13 (30,9%) занимались спортом.

Оценка питьевого режима выявила, что 17 детей (40,5%) потребляли до 1,5 литра воды в сутки, а 15 (35,7%) – менее 1 литра. Основным источником воды была фильтрованная вода (21 пациент, 50%), бутилированную воду предпочитали 10 человек (23,8%). При этом половина опрошенных (21 ребенок, 50%) часто употребляют газированные и сладкие напитки. У 11 детей (26,2%) в рационе преобладали продукты с высоким содержанием жиров, углеводов и соли, тогда как 25 (59,5%) придерживались рациона без вредных продуктов. Фастфуд на постоянной основе употребляют 18 детей (42,9%), иногда (несколько раз в месяц) – 8 (19%), и 16 (38,1%) полностью исключают его из рациона. Регулярно досаливают пищу 9 детей (21,4%).

На момент опроса у 26 пациентов (69,1% от числа опрошенных) отмечалось отсутствие конкрементов в мочевых путях, подтвержденное данными КТ и УЗИ в амбулаторных условиях. Микролиты сохранялись у 12 детей (28,6%). 16 пациентам был проведен анализ состава конкремента: в большинстве случаев (9 пациентов, 56%) камни были оксалатными, остальные – смешанными, уратными или состоящими из солей мочевой кислоты.

Выводы. В исследованной группе детей с мочекаменной болезнью отмечалось незначительное преобладание лиц женского пола (56,6%) со средним возрастом манифестации 15 лет. Наиболее частой локализацией конкрементов являлся дистальный отдел мочеточника с тенденцией к правостороннему расположению. Высокая частота лабораторных признаков пиелонефрита (33,8%) и повышения уровня креатинина (30,6%) при поступлении указывает на значительный риск осложнений и необходимость своевременного подхода в диагностике и лечении. Анализ анамнестических данных выявил высокую распространенность модифицируемых факторов риска: недостаточное потребление воды (менее 1,5 л у 76,2% опрошенных), регулярное употребление фастфуда (42,9%) и сладких газированных напитков (50%), а также низкую физическую активность (отсутствие нагрузок у 59% детей) на фоне отягощенной наследственности (45,2%). Преобладание оксалатного состава камней (56%) подтверждает ведущую роль алиментарного фактора в патогенезе. Мочекаменная болезнь в детской популяции требует усиления профилактической работы, метафилактики, а также мультидисциплинарного подхода в диагностике, лечении и дальнейшего наблюдения за детьми с данным заболеванием. Анализ полученных данных показал, что необходимо продолжение исследования в данном направлении.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, дети, литогенез, уролитиаз, литотрипсия, стентирование.

57. КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПИЕЛОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ – АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Бойко Андрей Владимирович, Ягафаров Ильяс Радисович, Поляков Петр Николаевич,
Федотова Елена Александровна*

ГБУЗ Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины, ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ. кафедра урологии, ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, кафедра хирургии

ВВЕДЕНИЕ. Выбор оптимального метода дренирования после пиелопластики у детей с гидронефрозом высокой степени (3-4 по SFU) остается важным аспектом хирургической тактики. Использование мочеточниковых стентов и стент-пиелостом сопряжено с риском послеоперационных осложнений и колонизации дренажей микроорганизмами с формированием биопленок. Диагностика катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (КАИМП) требует строгого соблюдения критериев забора материала и интерпретации для улучшения результатов лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить частоту и структуру послеоперационных осложнений в зависимости от типа дренажа, сроков их удаления, а также изучить микробный пейзаж проксимальных и дистальных отделов стентов у детей после лапароскопической пиелопластики в соответствии с критериями диагностики КАИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2023 по 2025 гг. в СПб ГБУЗ ДГБ №2 святой Марии Магдалины 75 детям с гидронефрозом выполнена лапароскопическая пиелопластика по Хайнсу-Андерсену. Распределение по степеням гидронефроза (SFU): 3-я степень – 60 детей (80%), 4-я степень – 15 детей (20%). Для дренирования использовались Double-J стенты (61 ребенок; 81,3%) и стент-пиелостомы (14 детей; 18,6%). Возрастные группы распределились следующим образом: дети до 1 года составили 10,7% (8 пациентов), от 1 года до 3 лет – 32% (24 пациента), от 4 до 6 лет – 29,3% (22 пациента), от 8 до 11 лет – 12% (9 пациентов), от 12 до 17 лет – 16% (12 пациентов). Микробиологическое исследование проведено у части пациентов, оперированных в 2025 году, в строгом соответствии с критериями Европейской ассоциации урологов (EAU 2025) для диагностики катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (КАИМП). Согласно данным рекомендациям, микробиологически КАИМП определяется как рост $\geq 10^3$ КОЕ/мл одного или нескольких видов бактерий в образце мочи, взятом через катетер, или в образце мочи из средней порции у пациента, у которого катетер был удален в течение предшествующих 48 часов, при наличии соответствующей клинической симптоматики. Обязательным условием являлось разделение КАИМП и бессимптомной катетер-ассоциированной бактериурии. Учитывалось, что у катетеризированных пациентов пиурия не является диагностическим признаком инфекции. Для верификации диагноза фиксировались пациенты с развитием не менее двух симптомов ИМП после не менее двух дней катетеризации. Забор материала осуществлялся раздельно с проксимального (почечного) и дистального (пузырного) концов стента, а также проводился асептический забор мочи из катетера до его удаления и/или в течение 48 часов после удаления. Бактериальные патогены идентифицировались на основании морфологии колоний и биохимических реакций, чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом (ДДМ). Дополнительно проводилось выявление способности изолятов к образованию биопленок с использованием метода адгезии к трубке. Проведен анализ ранних послеоперационных осложнений и сроков удаления дренажей в зависимости от типа стента и наличия инфекционных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Общая структура осложнений:

В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 8 (10,7%) детей.

В структуре осложнений: нарушение оттока мочи с формированием почечной колики – 3 случая (37,5%); экстравазация мочи – 2 случая (25%); сочетание экстравазации мочи и пиелонефрита – 2 случая (25%); изолированный пиелонефрит – 1 случай (12,5%).

Осложнения в зависимости от типа дренажа:

При использовании Double-J стента (n=61) осложнения зафиксированы в 12,3% случаев. При использовании стент-пиелостомы (n=14) частота осложнений составила 7%. В группе тяжелых осложнений (нарушение оттока мочи) 3 пациентам с Double-J стентом потребовалась пункционная нефростомия, 1 пациенту выполнено рестентирование Double-J стентом на 2-е сутки после удаления предыдущего стента.

Сроки удаления дренажей:

Интервалы удаления Double-J стента у пациентов без осложнений составили от 8 до 36 суток (сроки удлинены в связи с удалением стента по месту жительства для пациентов из других регионов или ЛО). У детей с развившимися осложнениями сроки удаления Double-J стента составили от 13 до 21 дня. Для детей со стент-пиелостомой сроки удаления варьировали от 7 до 21 суток независимо от наличия осложнений. У детей, потребовавших пункционной нефростомии или рестентирования, дренажи удалялись на 45-46 сутки.

Микробиологическая характеристика стентов:

У детей с Double-J стентом без формирования осложнений преобладающим микроорганизмом, образующим биопленки на стенте, является *Enterococcus faecalis*. У детей с развившимися осложнениями в каждом случае отмечался рост как *E. faecalis*, так и *Staphylococcus lentus*. У пациентов с тяжелыми осложнениями, потребовавшими дополнительного дренирования, преобладающим микроорганизмом являлся *Enterobacter cloacae*, который высевался как из мочи, так и с биопленок стента, что соответствует критериям КАИМП (рост $\geq 10^3$ КОЕ/мл при наличии симптоматики). Отмечены случаи полирезистентности, включая продукцию бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС+) у грамотрицательных изолятов, что коррелирует с мировыми данными о высокой резистентности *Enterococcus* spp. к эритромицину (83,9%) и *Escherichia* spp. к ампициллину (87,3%). В нашем материале кристаллических биопленок, ассоциированных с уреазопродуцирующими бактериями (*Proteus* spp.), не выявлено, что требует дальнейшего изучения связи бактерий, продуцирующих уреазу, с образованием кристаллических биопленок.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая пиелопластика у детей с гидронефрозом 3-4 степени по SFU демонстрирует общий уровень послеоперационных осложнений 10,7%, среди которых доминируют нарушения оттока мочи (3 случая; 37,5%) и экстравазация (2 случая; 25%). Применение стент-пиелостомы ассоциировано с меньшей частотой осложнений (7%) по сравнению с Double-J стентом (12,3%) в исследуемой выборке. Развитие тяжелых осложнений (нарушение оттока) у пациентов с Double-J стентом требует дополнительных вмешательств (нефростомия, рестентирование), что увеличивает сроки дренирования до 45-46 суток. Микробный пейзаж стент-ассоциированной инфекции различается в зависимости от клинического течения: при неосложненном течении доминирует *E. faecalis*, при осложненном – ассоциация *E. faecalis* и *S. lentus*, а при тяжелых осложнениях, требующих повторных вмешательств, – *Enterobacter cloacae* с выделением из мочи и биопленок стента. Использование стандартизированных критериев EAU 2025 (забор материала с проксимального и дистального концов стента, порог $\geq 10^3$ КОЕ/мл, учет клинической симптоматики, разделение КАИМП и бессимптомной бактериурии) позволяет достоверно дифференцировать КАИМП и оптимизировать антибактериальную терапию с учетом локального профиля резистентности, а также проводить оценку биопленкообразующей способности изолятов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз, лапароскопическая пиелопластика, Double-J стент, стент-пиелостома, катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей (КАИМП), биопленки, антибиотикорезистентность, бессимптомная бактериурия, дети.

58. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОБЛИТЕРИРОВАННОГО ВАГИНАЛЬНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ У МАЛЬЧИКОВ

Акрамов Наиль Рамилович, Зороб Халед Аядович
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
ООО Дион Медикал Групп (Миллениум Клиник),
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ. Крипторхизм – распространенный порок развития наружных половых органов у детей. При этом, необлитерированный вагинальный отросток (НВО) является распространенным осложнением крипторхизма. По данным литературы НВО при крипторхизме имеет значительную связь с развитием и жизнеспособностью яичек. Было продемонстрировано, что до 90% случаев крипторхизма сопровождается ипсилатеральным НВО и до 34% – контралатеральным. Лапароскопия широко применяется многими хирургами для диагностики и лечения непальпируемых яичек. Однако при паховом крипторхизме лапароскопические методы диагностики и лечения в России не применяются.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность выявления и лечения НВО при транскротальной орхиопексии с лапароскопическим ассистированием (ТСОЛА) и транскротальной орхиопексии (ТСО) при паховом крипторхизме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы провели ретроспективный анализ историй болезней пациентов, которым выполнены транскротальные орхиопексии по поводу односторонних паховых форм крипторхизма. 27 и 92 мальчикам были выполнены ТСОЛА и ТСО соответственно. Транскротальную орхиопексию во всех случаях выполняли через доступ Веслинга по срединной линии мошонки. У 27 мальчиков дополнительно выполнялось минилапароскопическое ассистирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все гонады были зафиксированы в мошонке. Не было выявлено существенных различий между двумя группами в отношении возраста пациентов, интро- и послеоперационных осложнений и среднего времени операции. Частота выявления ипсилатерального НВО в группе ТСОЛА была значительно выше, чем в группе ТСО (25 пациентов (92,6%) против 52 (56,5%)). Частота встречаемости контралатерального НВО в группе ТСОЛА составила 14,8% (4 мальчика), а в группе ТСО – 2,2% (2 ребенка). Во всех случаях выявленного НВО выполнена лапароскопически ассистированная иглопунктурная экстраперитонеальная перевязка вагинального отростка брюшины.

ВЫВОДЫ. У пациентов с паховым крипторхизмом применение ТСОЛА позволяет достоверно чаще выявлять НВО, чем ТСО как на ипсилатеральной стороне, так и контралатераль-

ной. Данный факт позволяет устранить выявленную патологию и уменьшить количество послеоперационных осложнений, связанных с НВО. Однако для оценки преимуществ и недостатков описанных способов необходимо дальнейшее исследование в данном направлении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: крипторхизм, паховая грыжа, трансскротальная орхиопексия, лапароскопия.

59. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ПО ПОВОДУ ТЕРАТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

*Добросердов Дмитрий Андреевич, Гопаенко Михаил Анатольевич,
Караваева Светлана Александровна
Клиника «Скандинавия», СПб ГБУЗ ДГМКСЦВМТ,
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра детской хирургии*

ВВЕДЕНИЕ. Тератомы копчико-крестцовой области – редкие опухоли новорожденных, при которых даже после радикального удаления сохраняется риск поздних функциональных нарушений тазовых органов. По данным литературы, у значимой доли пациентов в отдаленном периоде выявляются нарушения мочеиспускания – от субклинической дисфункции до нейрогенного мочевого пузыря. Клиническая симптоматика нередко недооценивается, тогда как своевременное обследование позволяет выявлять скрытые формы дисфункции. Это подчеркивает необходимость стандартизированной и длительной оценки функции мочевого пузыря у детей с тератомами копчика-крестцовой области (ККО) в отдаленном периоде наблюдения.

ЦЕЛЬ. Определить распространенность клинических и субклинических нарушений функции мочевого пузыря у детей после удаления терактом крестцовой-копчиковой области (ККО), а также обосновать необходимость стандартизированного урологического наблюдения и функциональной оценки мочевого пузыря у детей с тератомами ККО в отдаленном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 75 новорожденных с ГКО различных локализаций, изначально поступивших в ДГБ 1/ ДГМКСЦВМТ из роддомов г. Санкт-Петербурга с 2005 по 2023 гг. Ежегодно в ДГБ 1/ДГМКСЦВМТ поступали от 1 до 8 (в среднем – 4) новорожденных с ГКО. У 61 пациента опухоль располагалась в крестцово-копчиковой области (81,3 %), у 14 отмечались ГКО других локализаций (18,7 %). У подавляющего большинства новорожденных (n = 61; 81,3 %) тератома локализовалась в крестцово-копчиковой области. Среди пациентов преобладали девочки (n = 44; 72 %), соотношение мальчики: девочки составило 1:2,6. Программа стандартного обследования подразумевала выполнение УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, фиксацию ритма спонтанных мочеиспусканий за 2–3 дня, урофлоуметрию трижды с выбором наилучшего результата и заключительную оценку всех полученных данных урологом. При необходимости предполагалось использование дополнительных методов: цистографии (понадобилась в двух случаях), уродинамического исследования (не понадобилось).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Функция мочевого пузыря была оценена у 38 пациентов, причем у 6 из них

уже имелась информация о текущем урологическом статусе: 2 наблюдались и были обследованы в урологическом отделении нашего стационара, 4 предоставили результаты соответствующих обследований из других учреждений. Все эти 6 детей предъявляли жалобы и изначально имели нарушения функции мочевого пузыря нейрогенного характера; сюда же вошли трое детей с внутриутробно возникшими урологическими осложнениями, вызванными выраженным сдавлением уретры внутренним компонентом тератомы. Остальные 32 пациента активно жалоб не предъявляли, урологом не наблюдались и были специально обследованы по схеме, разработанной совместно с урологами.

В ходе проведенного обследования более, чем у 2/3 пациентов (23 из 32, 72%) были выявлены те или иные особенности со стороны функции мочевого пузыря. С учетом 6 вышеупомянутых детей с нейрогенной дисфункцией, отклонения от нормы суммарно имели место у 29 из 38 (76 %) детей после удаления тератом ККО.

Среди 6 длительно наблюдающихся урологом детей с нейрогенным мочевым пузырем должное опорожнение его поддерживается при помощи периодической катетеризации через уретру (4) или аппендикостому (1), из них в одном случае – параллельно с приемом М-холинолитика. У одной девочки мочеиспускание происходит спонтанно постоянно через уретерокутанеостому единственной почки (1). Она, а также еще один ребенок из этой группы перенесли нефрэктомия, имеют на сегодня единственную почку и стоят на учете у нефролога отделения диализа, получая коррекцию электролитов и защелачивающую терапию.

Выводы. Нарушения функции мочевого пузыря являются самыми частыми и самыми ожидаемыми у детей после удаления тератом ККО. Они могут быть выявлены еще на этапе отсутствия явных жалоб. Учитывая это, целесообразно изначально рекомендовать детям с крестцово-копчиковыми тератомами после операции длительный регулярный контроль УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи, а при подозрении на нарушения – проведение углубленного урологического обследования по предложенной схеме.

Ключевые слова: тератома крестцовой-копчиковой области, нейроурология, нарушения функции мочевого пузыря, нейрогенный мочевой пузырь, уродинамика.

60. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ ОРИФИСУРЕТЕРОПЛАСТИКИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ

Акрамов Наиль Рамилович, Гимадеев Булат Раифович
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ООО «Дион Медикал Групп» (Миллениум клиник),
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ООО «Дион Медикал групп» (Миллениум Клиник)

ВВЕДЕНИЕ. Проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) в детской урологии сохраняет высокую клиническую значимость. Данное состояние характеризуется ретроградным забросом мочи из полости мочевого пузыря в верхние отделы мочевыводящих путей, что обуславливает высокий риск развития инфекционно-воспалительных осложнений с формированием рефлюкс нефропатии. По данным литературы эффективность различных методов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса составляет 70-92%, что определяет необходимость совершенствования существующих лечебных стратегий. Классические хирургические методы коррекции ПМР отличаются технической сложностью и сопряжены с пересечением уретерovesикального соустья – анатомически значимой зоны, повреждение которой может повлечь за собой развитие неблагоприятных и трудно прогнозируемых последствий. В качестве альтернативного простого и малотравматичного подхода рассматривается тубуляризованная орифисуретеропластика, выполняемая пневмозикоскопическим способом. Методика основана на формировании слизистого клапанного механизма, обеспечивающего антирефлюксный эффект.

ЦЕЛЬ. Описать технические особенности выполнения орифисуретеропластики и представить первоначальный клинический опыт применения пневмозикоскопической орифисуретеропластики при хирургическом лечении ПМР у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2023 по 2026 гг. под нашим наблюдением находилось 22 пациента. Критерием включения в исследование было наличие ПМР II–IV степени. Предоперационная диагностика включала проведение микционной цистоуретрографии и ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря. У 15 пациентов из 22 ранее были выполнены различные вмешательства на уретерovesикальном сегменте (эндопластика устья мочеточника, реимплантация мочеточника по Коэн, Лич-Грегуару, Леадбеттер-Политано, бужирование устья мочеточника). Хирургическое лечение с использованием пневмозикоскопического доступа проведено у 22 пациентов на 33 мочеточниках. Формирование антирефлюксного клапана осуществлялось путем моделирования 2-х слойной «заслонки» из слизистой оболочки мочевого пузыря. Для определения оптимальных параметров слизистой оболочки мочевого пузыря применялась разработанная авторами расчетная формула (патент РФ № 2854520). Закрытие дефекта слизистой производилось непрерывным швом с использованием рассасывающегося шовного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде осложнений зарегистрировано не было. У всех пациентов через 6 месяцев после операции проведена контрольная микционная цистоуретрография, которая выявила рецидив ПМР в 4 случаях. Эффективность лечения при ПМР II степени составила 100%, при III степени – 88%, при IV степени – 57%. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при одностороннем процессе составила 85 минут, при двустороннем – 131 минута.

ВЫВОДЫ. Полученные данные свидетельствуют о перспективности применения пневмозикоскопической орифисуретеропластики в лечении ПМР у детей. Несмотря на ограниченный объем выборки, результаты демонстрируют высокую клиническую эффективность и безопасность методики, а также ее малотравматичный характер и анатомическую обоснованность. Для окончательной верификации эффективности и оценки отдаленных результа-

тов требуется расширение выборки пациентов и увеличение сроков наблюдения. Представленный подход может рассматриваться как перспективное направление в развитии малоинвазивной детской урологии и как потенциальный способ повышения качества лечения пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: орифисуретеропластика, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, пневмозикоскопия, дети.

61. РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Добросердов Дмитрий Андреевич, Кучинский Михаил Петрович,
Филатова Наталья Анатольевна, Солнцева Екатерина Андреевна,
Яловенко Денис Константинович*
клиника Скандинавия, СПб ГБУЗ ДГМКСЦВМТ

ВВЕДЕНИЕ. Простые кисты почек в детской популяции выявляются с частотой 0,22–1% и, как правило, протекают бессимптомно. Однако одиночное кистозное образование может маскировать инфицированный дивертикул чашечки, абсцесс либо осложненную кисту. Дифференциальная диагностика при воспалительном синдроме и компрессии чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) может представлять клиническую сложность.

ЦЕЛЬ. Проанализировать редкие осложненные варианты течения кист почек у детей и оценить диагностические и тактические особенности ведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективный анализ 2 клинических случаев пациентов 13 и 17 лет с кистозными образованиями почек.

Методы обследования: клиническая оценка, лабораторные показатели, УЗИ, МСКТ с контрастированием, внутривенная урография. Оценивались размеры образования, связь с ЧЛС, признаки воспаления, динамика на фоне терапии, интраоперационная картина и ка-тамнез.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Случай 1 (17 лет). Киста верхнего полюса правой почки до 40 мм (Bosniak I по данным КТ). Клинически в дебюте: болевой синдром, субфебрилитет, лейкоцитурия. На фоне антибактериальной терапии отмечено уменьшение размеров образования, исчезновение параклинических изменений, полное купирование болевого синдрома. После проведенного лечения поставлены показания к хирургическому лечению. При лапароскопической фенестрации получено гноевидное содержимое. Вероятная природа – инфицированная солитарная киста или инфицированный чашечковый дивертикул. Через 6 месяцев – без рецидива.

Случай 2 (13 лет). Киста в области ворот левой почки до 30 мм, вызывавшая компрессию лоханки и вторичную каликопиелозктазию при сохранной функции почки. Наблюдалась длительное время, так как по данным УЗИ полностью имитировала ультразвуковую картину гидронефроз. На очередном обследовании в связи с несоответствием данных УЗИ и урографии было выполнено КТ. По данным МСКТ выявлена солидарная киста в проекции ворот

почки, сообщение с ЧЛС не выявлено. Выполнена фенестрация кисты с установкой стента. Послеоперационный период без осложнений.

ВЫВОДЫ.

1. Простая киста у ребенка не всегда является клинически инертной.
2. Болевой синдром и воспалительные изменения требуют пересмотра диагноза и активной тактики.
3. Компрессия ЧЛС даже при сохранной функции почки может служить показанием к хирургическому лечению. А атипичное расположение кисты почки может имитировать врожденную патологию (гидронефроз).
4. Лапароскопическая фенестрация является эффективным методом лечения кист почек у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: киста почки, лапароскопия, гидронефроз, фенестрация, инфицирование кисты почки.

62. ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

*Суходольский Андрей Андреевич, Поддубный Игорь Витальевич,
Янорова Анисия Ивановна, Федулов Александр Владимирович,
Михайлов Евгений Сергеевич, Волкова Анастасия Алексеевна,
Аникеева Юлия Александровна*

*ГБУЗ МО МОЦОМД, ФГБОУ ВО Российский университет медицины,
ГБУЗ МО НИКИ детства Минздрава Московской области*

ВВЕДЕНИЕ. Дивертикул мочевого пузыря (ДМП) – мешковидное выпячивание его стенки, сообщающееся с полостью органа через узкую шейку. В настоящее время точные причины формирования ДМП окончательно не изучены. В 1979 году F.D. Stephens предположил, что выпячивание стенки мочевого пузыря обусловлено полным отсутствием или гипотрофией мышечного слоя (детрузора), несмотря на нормальное внутрипузырное давление. Но впоследствии многие исследователи находили у некоторых пациентов достаточное количество мышечных волокон в стенке ДМП. При этом она мало отличалась от нормальной. Являясь не частой патологией в детской урологической практике (~ 1,7% из всех пациентов, которым выполняются рентгенологические исследования по поводу ИМВП), ДМП представляют значительный клинический интерес в связи с потенциальным риском развития тяжелых осложнений, таких как рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (ИМВП), формирование конкрементов, развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и обструктивной уропатии. Тактика ведения пациентов с ДМП остается предметом дискуссий и требует дифференцированного подхода, основанного на понимании этиологии и патогенеза заболевания. Показанием к оперативному лечению являются: боль, инфекция мочевой системы, гематурия, дисфункция мочеиспускания, ПМР или обструкция уретерovesикального соустья (УВС). Ранее традиционно выполнялась «открытая» дивертикулэктомия, при не-

обходимости с выполнением уретероцистостомии при обнаружении ПМР или обструктивного мегауретера. Несмотря на свою эффективность, открытая хирургия сопряжена с относительно высокой инвазивностью, длительным послеоперационным периодом и риском осложнений, связанных с доступом. Стремление к минимизации операционной травмы привело к развитию лапароскопических и робот-ассистированных техник. Однако эти методы, оставаясь экстравезикальными, порой требовали значительного рассечения стенки пузыря и сложного послыонного ушивания. Идея введения газа в мочевого пузырь предложена более 50-ти лет назад J.B. Weag и соавт. в 1966 году. Впервые везикоскопический доступ в 1995 г. описали К. Okamura et al. Впервые о везикоскопической дивертикулэктомии в сочетании с уретероцистостомией у ребенка доложили Т. Holger с коллегами в 2005 году. В 2008 году Н. Vadawu и соавт. впервые сообщили об изолированной везикоскопической дивертикулэктомии у трех детей.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности, демонстрация возможностей и преимуществ пневмозикоскопического доступа при выполнении дивертикулэктомии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2018 по 2025гг в ГБУЗ МО «Московский областной центр охраны материнства и детства» выполнено 9 пневмозикоскопических дивертикулэктомий. Из них 3 (33%) у девочек, 6 (67%) у мальчиков. Поводом для начала обследования у 5 (56%) пациентов послужила ИМВП, у 3 (33%) пациентов изначально отмечались дизурические симптомы и у 1 (11%) пациента ДМП был обнаружен «случайно» при обследовании по поводу интеркуррентных заболеваний. У 2 (22%) детей ДМП сочетался с ПМР. Этим детям одновременно с дивертикулэктомией была выполнена уретероцистостомия по методике Cohen. У троих пациентов (33,4%) раннего возраста, до 3-х лет, размеры дивертикула превышали 4,0 см в диаметре по данным ультрасонографии. Средний возраст прооперированных детей составил 65 месяцев.

Критерии включения: дети с изолированными ДМП.

Критерии невключения: дети с множественными ДМП, возникшими на фоне инфравезикальной обструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время оперативного лечения составило 118 минут (от 60 до 243 минут). Конверсий не было. Среднее время катетеризации мочевого пузыря – 7 суток. Среднее время пребывания пациентов в стационаре – 7 суток. В раннем послеоперационном периоде кратковременная макрогематурия отмечалась у 6 (66,7%) пациентов. Отдаленных осложнений в катamnестическом наблюдении от 4-х месяцев до 7 лет не наблюдалось. ИМВП в послеоперационном периоде более не отмечалась ни у одного пациента.

ВЫВОДЫ. Пневмозикоскопическая дивертикулэктомия – эффективный и, при соблюдении мер предосторожности, безопасный метод оперативного лечения, позволяющий эффективно удалять дивертикулы мочевого пузыря больших размеров, в том числе и у детей раннего возраста.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дивертикул мочевого пузыря, пневмозикоскопия, дивертикулэктомия, дети.

63. ОЦЕНКА УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Бойко Андрей Владимирович, Бабанин Игорь Леонидович,
Ибраева Айслу Тимербулатовна, Федотова Елена Александровна,
Ягафаров Ильяс Радисович*

*ГБУЗ Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины,
Медицинский центр «Надежда»,
ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России, кафедра урологии,
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет МЗ РФ, кафедра урологии*

ВВЕДЕНИЕ. Оценка уродинамики верхних мочевых путей (ВМП) является ключевым звеном в определении тактики ведения детей с врожденным гидронефрозом. Ранее предложенная методика анализа диуретической ультразвуковой пиелографии базировалась на расчете коэффициентов эластичности и опорожнения лоханки, однако ограничивалась изучением лишь первой фазы уродинамического цикла на стороне обструкции, без учета функционального состояния контрлатеральной почки.

ЦЕЛЬ. Повышение объективности оценки уродинамики ВМП у детей с гидронефрозом путем цифрового анализа всех фаз наполнения и опорожнения собирательной системы обеих почек (как на стороне патологии, так и с контрлатеральной стороны).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 96 пациентов с односторонним гидронефрозом в возрасте от 3 месяцев до 12 лет. Всем детям проведена диуретическая ультразвуковая пиелография с последующей цифровой обработкой полученных данных. Анализировались следующие показатели:

1. Фильтрационная функция: суммарный объем почечной фильтрации и процентное соотношение объемов фильтрации каждой почки.
2. Эластичность лоханки: максимальный коэффициент ее наполнения.
3. Эвакуаторная функция: максимальный коэффициент эффективности опорожнения лоханки.
4. Морфометрия мочеточника: моделирование диаметра мочеточника на основе коэффициентов опорожнения; расчет коэффициента адаптации мочеточника к потоку мочи (отношение минимального диаметра к максимальному). Проведен сравнительный анализ перечисленных цифровых показателей между пораженной и контрлатеральной почкой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате сравнительного анализа выявлены статистически значимые различия уродинамических параметров. Установлено, что процентный вклад пораженной почки в суммарный объем фильтрации за весь период исследования парадоксально превышал значения контрлатеральной стороны, что свидетельствует о компенсаторной гиперфильтрации. При этом показатели, характеризующие эвакуаторную способность собирательной системы на стороне гидронефроза, были достоверно снижены: выявлены

уменьшение коэффициента максимального наполнения лоханки (снижение эластичности), низкие значения коэффициента эффективности опорожнения лоханки, а также уменьшение диаметра мочеточника и коэффициента его адаптации к повышенному потоку мочи по сравнению с интактной стороной.

ВЫВОДЫ. Цифровая обработка всех уродинамических фаз наполнения и опорожнения лоханки, включая анализ контрлатеральной почки, позволяет получить комплексную объективную картину функционального состояния ВМП. Предложенный подход, учитывающий не только степень дилатации, но и фильтрационно-эвакуаторные резервы обеих почек, повышает точность диагностики и обоснованность выбора тактики хирургической коррекции у детей с гидронефрозом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дивертикулиты, гидронефроз, уродинамика, диуретическая ультразвуковая пиелография, цифровые технологии, контрлатеральная почка.

64. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

*Федорова Елена Владимировна, Раниаков Алексей Сергеевич,
Поддубный Игорь Витальевич, Петрова Мария Геннадьевна,
Бабанин Игорь Леонидович, Мезенлищева Светлана Константиновна
Российский университет медицины МЗ РФ, ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ,
Российский Университет медицины МЗ РФ,
ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ, НИИ педиатрии и детской хирургии*

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время количество детей с гидронефрозами, уретерогидронефрозами не уменьшается, в том числе и в связи с ранней пре- и постнатальной диагностикой. Пиелопластика или различные варианты неоимплантации мочеточников обеспечивают до 80-95% хорошего результата. Однако критерии оценки результатов лечения размыты и не стандартизированы. По клиническим рекомендациям, эффективность хирургического лечения основывается на данных ультразвукового и радиоизотопного исследований. Внедрение в практику цифровых технологий позволяет добиться большей объективности в оценке результата лечения.

ЦЕЛЬ. Провести оценку динамики состояния почек, ЧЛС и мочеточников у детей с гидронефрозом, уретерогидронефрозом, оперированных в разный временной промежуток. Оценить закономерности регрессии размера ЧЛС при различных заболеваниях по данным стандартных исследований. Включить в критерии оценки данные цифровой планиметрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ обследований детей, оперированных по поводу обструктивных уропатий на базе хирургического отделения ФНКЦ детей и подростков ФМБА России. В I группу отнесены дети, оперированные лапароскопическим доступом по поводу гидронефроза. Во II группу дети, которым выполнялась неоимплантация одного или

двух мочеточников по Коэну. В план послеоперационного обследования, кроме рекомендованных ультразвуковых и радиоизотопных методов, были включены урография и цистография. Схема послеоперационного обследования варьировала в зависимости от нозологии заболевания. Больным I группы УЗИ почек выполнялось на 4-5 сутки перед выпиской, после удаления стента, а далее через 1, 6 и 10-12 месяцев. Экскреторная урография, статическая нефросцинтиграфия выполнялась через 1 год. У детей II группы УЗИ почек и мочевого пузыря выполняли перед выпиской, через 1 и 6 месяцев, цистографию, урографию через 6-8 месяцев. Нефросцинтиграфию через 1 год. Обще-признано, что основным оценочным критерием эффективности операции является регресс переднезаднего размера лоханки и увеличение паренхимы почки. Но не следует забывать, что метод УЗИ является очень персонализированным и напрямую зависит от врача и аппаратуры. А оценка урографии зачастую проводится «на глаз» без объективизации данных. Поэтому мы дополнили послеоперационное обследование детей цифровыми методами исследования, одним из которых является цифровая планиметрия. Это позволило нам получить дополнительную точную информацию о состоянии собирательной системы почек, состоянии паренхимы и оценить динамику процессов восстановления почки в целом и прогноз заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Было отмечено, что регрессия размера лоханки не наступает через 1 месяц более чем у половины больных, расширение ЧЛС и мочеточников сохранялось до 6 месяцев. А у части больных уменьшение размера лоханки не наступало через 12 месяцев.

ВЫВОДЫ. Таким образом, сохранение расширения ЧЛС и мочеточников зачастую не является маркером неуспешной операции. Основным критерием является рост почки за счет роста паренхимы и дифференцировка паренхимы. Использование цифровой планиметрии позволяет с точностью до 1% оценить данные параметры селективно, оценить динамику роста и перспективы развития.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз, обструктивная уropатия, пиелопластика.

65. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО РАЗМЕРА ЛОХАНКИ ПО ДАННЫМ УЗИ С МИКЦИОННОЙ ПРОБОЙ С ЧАСТОТОЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ПМР У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ

*Ранишаков Алексей Сергеевич, Федорова Елена Владимировна,
Толстов Кирилл Николаевич, Мезенлинецова Светлана Константиновна,*

Поддубный Игорь Витальевич

*Российский университет медицины МЗ РФ, ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ,
ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ, Российский университет медицины МЗ РФ,
ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ, ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ*

ВВЕДЕНИЕ. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс – одна из распространенных проблем в детской урологии, которая требует в том числе хирургического лечения. Не редко в клинической практике возникает предположительный диагноз ПМР у ребенка с увеличением переднезаднего размера лоханки по данным УЗИ до микции и регрессом данного размера после микции.

ЦЕЛЬ. Проанализировать взаимосвязь между изменениями переднезаднего размера лоханки по данным УЗИ с микцией и наличием ПМР по данным МЦУГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ пациентов поступивших в ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ для проведения рентгенурологического обследования. Всего изучены медицинские карты 184 пациентов с подозрением на патологию мочевыводящих путей. Пациенты разделены на 2 класса: 1. Имеющие изменения ПЗР лоханки по данным УЗИ с микционной пробой (86 человек) 2. Не имеющие изменений ПЗР по данным УЗИ (98 человек). Всем детям выполнена МЦУГ по стандартному протоколу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Количество детей с выявленным ПМР в 1 группе составило 64,7%, во 2 группе – 62,3%. Все пациенты так же были разделены на группы по возрастному признаку:

1. До 1 года
2. До 4 лет
3. Старше 4 лет

Пациенты из 2 и 3 групп так же оценивались по степени проявления дисфункции мочевого пузыря и дисфункции кишечника с использованием разработанного в клинике опросника дисфункции кишечника на основании Римских критериев IV, дисфункция мочевого пузыря оценивалась по переведенному варианту шкалы DVSS для пациентов старше 4 лет.

ВЫВОДЫ. По данным анализа полученных результатов частота выявления ПМР в группе детей без изменений по данным УЗИ с микционной пробой не показывает статистически значимого отличия от группы детей с изменениями по данным УЗИ. При этом выявление ПМР чаще встречается у детей с анамнезом двух и более фебрильных инфекций мочевыводящих путей и изменениям по данным УЗИ. Так же у детей с высоким баллом по DVSS, ПМР по данным МЦУГ встречается чаще, что соответствует ранее опубликованным литературным данным. Таким образом, сам факт изменения размеров лоханки при микционной пробе, на наш взгляд не может выступать достоверным методом для решения вопроса о необходимости рентгенурологического обследования без учета других данных анамнеза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПМР, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструктивная уропатия, УЗИ почек и мочевого пузыря.

66. РОЛЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

*Зоркин Сергей Николаевич, Лобанова Антонина Денисовна,
Шахновский Дмитрий Сергеевич
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) является методом выбора при лечении мочекаменной болезни у детей. В настоящее время ведется дискуссия о необходимости

сти предварительного стентирования мочеточника для повышения эффективности вмешательства и снижения частоты обструктивных осложнений в послеоперационном периоде. Недостатками престентирования является высокая частота дизурических явлений и гематурии.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние престентирования на эффективность ДУВЛ, а также на течение периоперационного периода у детей с нефролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения одностороннего нефролитиаза методом ДУВЛ у 66 пациентов в возрасте до 18 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=33) – ДУВЛ проводилась на фоне установленного внутреннего стента; контрольная группа (n=33) – ДУВЛ проводилась без предварительного стентирования мочеточника. Группы были сопоставимы по антропометрическим показателям и характеристикам конкрементов (в том числе, по размеру конкремента, полученному с помощью формулы оценки размера камня (ФОРК)). Критерии сравнения: частота встречаемости макрогематурии и дизурических расстройств на дооперационном этапе, эффективность литотрипсии, частота возникновения «steinstrasse». Для статистического анализа использовались критерий χ^2 и точный критерий Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эффективность ДУВЛ в группе с престентированием составила 66,6%, в группе без него – 60,6% (p=0,609), развитие обструкции мочеточника осколками конкрементов встретилось в 3% случаев (n=1) в группе с престентированием, в то время как в группе без предварительного стентирования – в 12% случаев (n=4) (p=0,163). Статистически достоверной разницы между группами по данным критериям получено не было. Интересно, что соотношение диаметра камня к продольному размеру почки (ФОРК) у пациентов с возникновением «steinstrasse» составило 23% в основной группе и 14%, 16%, 17% и 25% в группе контроля. Также нами было получено, что престентирование достоверно увеличивает частоту встречаемости макрогематурии (60,6% против 18,2%, p=0,001) и дизурии (39,4% против 6%, p=0,002) на дооперационном этапе.

ВЫВОДЫ. Установка стента достоверно увеличивает частоту предоперационных нежелательных явлений, при этом не влияя на эффективность ДУВЛ и развитие послеоперационных осложнений. Однако в то время, как отсутствие показаний к престентированию у пациентов с мелкими конкрементами очевидно, следует продолжить изучать пользу престентирования на большей выборке пациентов со средними и крупными конкрементами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, престентирование, ДУВЛ, дети.

67. ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

*Акрамов Наиль Рамилович, Булатов Кирилл Романович
КГМА – Филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ООО Дион Медикал групп (Миллениум Клиник),
ООО Дион Медикал групп (Миллениум Клиник)*

ВВЕДЕНИЕ. По данным ВОЗ, мегауретер составляет от 20 до 40% от всех обструктивных уропатий. Данная патология приводит к хроническим обструктивным пиелонефритам, нарушению функции почек, и в последующем к ХБП. Разнообразие хирургических методов коррекции велико, но количество осложнений и рецидивов остается на высоком уровне достигая 10-30%.

ЦЕЛЬ. Описать технические особенности и представить первоначальный клинический опыт применения пневмозикоскопической продольной реимплантации мочеточника при обструктивном мегауретере у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ООО «Дион медикал групп» (Millenium Clinic) за 2024-2025 год были прооперированы 35 пациентов с мегауретером в возрасте от 9 месяцев до 16 лет. Из них мальчиков было 20, девочек – 15. Правосторонний мегауретер диагностирован у 22 пациентов, левосторонний – у 10, двухсторонний – у 3. Всем пациентам в предоперационном периоде было проведено УЗИ, МЦУГ и МСКТ с отсроченной фазой, на основании результатов обследования определены показания к хирургическому лечению в виде пневмозикоскопической продольной реимплантации мочеточника. Всем пациентам после внутрипузырного выделения пораженного мочеточника была проведена ретроперитонеоскопия через небольшое отверстие в мочевом пузыре. Отверстие формировалось в соответствии с принципом Raquin и располагалось краниально на 3-4 см относительно нативного пораженного устья мочеточника. Позадипузырное выделение мочеточника проводилось под визуальным контролем. Особенностью выделения мочеточника у мальчиков являлся перевод последнего в положение над семявыносящим протоком. После чего мочеточник вводился в полость мочевого пузыря и укладывался в подслизистый тоннель продольно в направлении к шейке мочевого пузыря с формированием муфты на открытом конце мочеточника. Во всех случаях устанавливался мочеточниковый стент. В послеоперационном периоде всем оперированным пациентам на сроках через 1 месяц после коррекции проведена цистоскопия для удаления мочеточникового стенка и визуализации устья мочеточника, через 1, 3 и 6 месяцев после операции проведено контрольное УЗИ органов мочевой системы, а через 6 месяцев, 10 пациентам было проведено контрольные МЦУГ и МСКТ с отсроченной фазой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила 95 минут при одностороннем и 129 минут при двухстороннем процессе. Средние сроки госпитализации пациентов составили 4,5 койко-дней. По результатам контрольного обследования, у всех пациентов отмечена положительная динамика, в виде уменьшения дилатации верхних мочевых путей. На контрольных МЦУГ не было обнаружено ПМР, а по данным МСКТ констатировано значительное уменьшение объема диаметра мочеточника, утолщение почечной паренхимы и уменьшение очагов нефросклероза.

ВЫВОДЫ. Предварительные результаты лечения детей с мегауретером с использованием пневмозикоскопической продольной реимплантации мочеточника демонстрируют безрецидивный исход, с сохранением физиологического расположения устья мочеточника в мочевом пузыре, что позволяет проводить в будущем при необходимости манипуляции непосредственно на устье мочеточника или ретроградную интрауретеральную хирургию, а также сокращены сроки стационарной и амбулаторной реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мегауретер, пневмозикоскопия, реимплантация мочеточника, дети.

68. РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО РЕЗЕРВАРА У ДЕТЕЙ С МИКРОЦИСТИСОМ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ. ТЕХНИКА SANTWELL С НАРУЖНОЙ РОТАЦИЕЙ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ

*Петрухина Юлия Владимировна, Коварский Семен Львович, Даренков Сергей Петрович,
Пинчук Илья Станиславович, Захаров Игорьевич, Текотов Алексей Николаевич,
Шумихина Марина Владимировна, Бетанов Зилим Вячеславович,
Струянский Кирилл Александрович, Кузнецова Мария Сергеевна,
Склярова Татьяна Андреевна, Пепеляева Ирина Максимовна
РНИМУ им. Пирогова Н.И., ДГКБ им. Филатова Н.Ф.,
НИИОЗММ ДЗМ, ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ,
ДГКБ им. Филатова Н.Ф., НИИОЗММ ДЗМ,
РНИМУ им. Пирогова Н.И., ДГКБ им. Филатова Н.Ф.,
РНИМУ им. Пирогова Н.И., ДГКБ им. Филатова Н.Ф.*

ВВЕДЕНИЕ. Формирование искусственного мочевого пузыря – редкая в педиатрии операция и применяется только в тех случаях, когда у пациентов с тяжелыми пороками развития нижних мочевых путей (экстрофия мочевого пузыря, эписпадия, клоака, экстрофия клоаки), несмотря на проведенное лечение сохраняется недержание мочи и формируется микроцистис.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты гетеротопического континентного отведения мочи у детей с микроцистисом и недержанием мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2018 года по настоящее время проведено 6 операций по формированию гетеротопического мочевого пузыря. Трем пациентам с экстрофией мочевого пузыря проведены операции по созданию гетеротопического мочевого пузыря по методике Mainzrouch 1, трем пациенткам с клоакой проведено формирование гетеротопического мочевого пузыря из тонкой кишки, у одной с созданием континентной аппендикостомы, двум детям созданы континентные эфферентные стомы по модифицированной методике Монти.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Катамнез составил 7 лет. В настоящее время все дети находятся на самокатетеризации мочевого пузыря, катетеризация свободная. Емкость резервуара составляет 300-500 мл, дети сухие. Дети и родители удовлетворены результатами операции, социально адаптированы. У одного ребенка в раннем послеоперационном периоде было отмечено нарушение проходимости удерживающей стомы, что потребовало проведения оперативного лечения, в настоящее время катетеризация свободная. У одного ребенка через месяц после операции возникла несостоятельность аутолет механизма, что проявлялось подтеканием мочи. Ребенку было проведено оперативное лечение – коррекция удерживающего механизма, удержание мочи достигнуто. Состояние верхних мочевых путей без отрицательной динамики сохраняется у 5 детей, у одного ребенка выявлено формирование ХБП, что вероятно связано с малым количеством нефронов у недоношенного ребенка.

ВЫВОДЫ. Гетеротопическое континентное отведение мочи является операцией выбора у детей с микроцистисом и недержанием мочи, после проведения других способов коррекции. Отмеченные осложнения соответствуют данным мировой литературы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артифициальный мочевого пузырь, недержание мочи, микроцистис.

69. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВВЕДЕНИЯ PRP ПРИ ПЕРЕМещаЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ С НЕРАСЧЛЕНЯЮЩЕЙ СПОНГИОПЛАСТИКОЙ

*Акромов Наиль Рамилович, Шайхразиев Булат Мизхатович,
Хуснуллин Искандер Ниязович*

*КГМА – Филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ООО Дион Медикал групп (Миллениум Клиник), ГАУЗ РКБ МЗ РТ,
КГМА – Филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. В структуре врожденных пороков развития мочеполовой системы у мальчиков гипоспадия занимает лидирующее положение, одновременно являясь наиболее распространенной аномалией развития полового члена. Исторически подходы к хирургической коррекции данного состояния непрерывно совершенствовались на протяжении последних двух столетий. Вместе с тем, несмотря на значительный прогресс в разработке оперативных методик, сохраняется высокая частота специфических послеоперационных осложнений, к которым относятся уретральные свищи, несостоятельность швов уретры и меатальный стеноз.

ЦЕЛЬ. Целью данного исследования является разработка инновационной методики, направленной на ускоренное восстановление уретры, уменьшение послеоперационных осложнений у пациентов с дистальной формой гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2016 по 2026 год мы провели операции 178 мальчикам и 9 взрослым пациентам с дистальными формами гипоспадии. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 158 человек (155 мальчиков и 3 взрослых), которым была проведена оригинальная методика перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой (патент РФ №2684319С2 от 05.04.2019). Во вторую группу вошли 29 пациентов (23 мальчика и 6 взрослых), которым была применена методика перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой с использованием PRP. В ходе анализа послеоперационных исходов выявлены значимые факторы риска осложнений при коррекции гипоспадии: дефицит подходящего укрывающего материала и сниженная локальная регенерация тканей, критически важная для заживления перемещенной уретры. На фоне указанных факторов частота развития уретральных свищей и меатального стеноза остается на относительно высоком уровне и составляет 5%. Для снижения частоты данных осложнений методика хирургического вмешательства была модифицирована с учетом выявленных патогенетических механизмов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В рамках исследования методом аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами (АПТ/PRP), прооперированы 29 пациентов, отобранных согласно критериям для уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой. Интраоперационно за 30 минут до фиксации уретры к кавернозным телам выполняли забор и обработку крови с получением PRP и последующим введением препарата в ключевые зоны реконструкции. При контрольном наблюдении в сроки от 2 до 24 месяцев после операции (с оценкой результатов через 2, 6 и 12 месяцев) послеоперационных осложнений не выявлено.

ВЫВОДЫ. Таким образом, применение PRP, способствует улучшению процесса регенерации тканей при выполнении перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой. В ходе наших исследований не было выявлено ранних послеоперационных осложнений. Однако для определения возможных отдаленных осложнений необходимо продолжить наблюдение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия, PRP, регенерация тканей, дети.

70. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОДОЛЬНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

*Маргиева Диана Анатольевна, Шмыров Олег Сергеевич, Шарков Сергей Михайлович,
Кулаев Артур Владимирович, Суров Роман Викторович,
Лазивили Марина Николаевна, Морозов Кирилл Дмитриевич,
Ковачич Антон Сергеевич, Лобач Алексей Юрьевич
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»*

ВВЕДЕНИЕ. Эффективность реимплантации мочеточника при патологии уретеро-везикального сегмента (УВС) достигает 98%. Рецидив нарушения уродинамики в виде пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) наблюдается у 1-10% оперированных детей, а обструкция УВС в 1%. У данной группы пациентов при отсутствии эффективности трансуретральной хирургии встает вопрос о проведении повторного реконструктивного лечения. Интраоперационно хирург сталкивается со следующими сложностями: выраженный рубцовый процесс, дефицит длины мочеточника и как следствие отсутствие возможности формирования анастомоза с соблюдением принципов антирефлюксной хирургии. До сегодняшнего дня является дискуссионным вопрос выбора методики реимплантации мочеточника выполняемой в условиях дефицита его длины.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты первичной и повторной реимплантации мочеточника с использованием лапароскопического доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2017г.по 2025г. в отделении урологии МДГКБ была выполнена лапароскопическая продольная экстра-интравезикальная уретероцистонеоимплантация (УЦНИ) 53 пациентам (68реимплантированных мочеточника). 26 пациентов перенесли

УЦНИ впервые, 27 детям в связи с рецидивом патологии УВС была выполнена повторная УЦНИ. С целью сравнения сформирована однородная группа, состоящая из 51 пациента (54 реимплантированных мочеточника), которым была выполнена лапароскопическая поперечная экстравезикальная реимплантация мочеточника. Контрольная группа состояла из 34 пациентов, оперированных впервые, и 19 пациентов, перенесших повторную операцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отдаленном послеоперационном периоде случаев обструкции УВС не диагностировано. Все отрицательные исходы проявлялись в виде ПМР. При анализе первичной реимплантации мочеточника выявлены следующие результаты: эффективность реимплантации мочеточника с использованием лапароскопической внепузырной поперечной УЦНИ (88%) и лапароскопической продольной УЦНИ (88%) не достигла статистической значимости ($p=1.000$). В ходе анализа результатов повторной реимплантации мочеточника лапароскопическая продольная УЦНИ (89%) статистически значимо превосходит эффективность лапароскопической внепузырной поперечной УЦНИ (59%), $p=0.030$.

ВЫВОДЫ. 1. Та или иная из представленных техник при первичной реимплантации мочеточника может применяться хирургами с одинаковой эффективностью;

2. Разработанный способ лапароскопической продольной экстра-интравезикальной уретероцистонеоимплантации имеет следующие преимущества: анатомическое направление тоннеля, возможность для трансуретральных манипуляций;

3. При выполнении повторной реимплантации мочеточника лапароскопическая продольная экстра-интравезикальная уретероцистонеоимплантация является более эффективным методом лечения, что позволяет использовать ее в качестве приоритетной альтернативы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реимплантация мочеточника; пузырно-мочеточниковый рефлюкс, мегауретер.

71. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

*Каганцов Илья Маркович, Пелих Кирилл Игоревич, Кашина Евгения Александровна,
ООО ММЦ ВТ Клиника Белоостров, СПб ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ»*

ВВЕДЕНИЕ. Клапан задней уретры (КЗУ) является наиболее частой причиной инфравезикальной обструкции у мальчиков и приводит к тяжелым нарушениям функции мочевыводящих путей. Развитие пренатальной ультразвуковой диагностики позволяет заподозрить данный порок развития еще внутриутробно. Классическими эхографическими маркерами КЗУ являются мегацистис, двусторонний уретерогидронефроз, дилатация проксимального отдела уретры (симптом «замочной скважины»), а также маловодие. Несмотря на доступность этих признаков, настороженность в отношении КЗУ у специалистов антенатальной диагностики остается недостаточной. Это приводит к тому, что диагноз устанавливается с большим опозданием, когда у ребенка уже сформировались необратимые изменения в почках или выполнены безрезультатные оперативные вмешательства.

ЦЕЛЬ. Продемонстрировать последствия поздней диагностики клапана задней уретры у детей и обосновать необходимость раннего (с первых суток жизни) начала лечения для улучшения долгосрочного прогноза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положен анализ клинических наблюдений за детьми (за период с 2020 по 2025 годы), у которых диагноз КЗУ был установлен в сроки, значительно превышающие неонатальный период. Критерием включения являлось отсутствие своевременной диагностики, несмотря на наличие пренатальных маркеров, либо манифестация симптомов в старшем возрасте. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, оценены сроки установки диагноза, характер выполненных ранее операций и степень хронической болезни почек (ХБП) на момент выявления клапана.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ показал, что у всех пациентов с поздней диагностикой пренатальные УЗ-скрининги демонстрировали косвенные признаки обструкции нижних мочевыводящих путей, однако трактовались они неспецифично. Вследствие отсутствия настороженности в отношении КЗУ верификация заболевания происходила уже после рождения на фоне развития осложнений. Ключевым негативным последствием поздней диагностики является каскад неверных хирургических решений. До момента установления истинной причины дилатации верхних мочевых путей дети переносили множество необоснованных вмешательств. Наиболее часто выполнялись операции по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса (неоднократные эндоскопические коррекции объемообразующими препаратами или уретероцистонеоимплантация) или коррекции уретерогидронефроза (выведение концевых или Т-образных уретерокутанеостом, пиелопластика), которые были направлены на следствие обструкции (рефлюкс или мегауретер), а не на ее причину. Эффективность таких операций в условиях не устраненного клапана была низкой или приводила либо к рецидиву заболевания, либо развитию других осложнений (обструкция на уровне уретеровезикального соустья, развитие ПМР на контрлатеральной стороне и другие). К моменту постановки верного диагноза в старшем возрасте у мальчиков регистрировалось нарушение почечной функции различной степени тяжести: ХБП 2–4 стадии. В ряде случаев диагностировалась вторично сморщенная (нефункционирующая) почка, что требовало нефрэктомии. Наиболее драматичным примером запоздалой диагностики являются пациенты, которым была выполнена трансплантация почки. В нашем клиническом опыте имеются случаи, когда при плановой цистоскопии у реципиентов после трансплантации выявлялся недиагностированный ранее клапан задней уретры. Это свидетельствует о том, что нормальное мочеиспускание у пациента не было возможным, и функция трансплантата долгое время находилась под угрозой.

ВЫВОДЫ. Поздняя диагностика клапана задней уретры напрямую коррелирует с высокой инвалидизацией пациентов вследствие прогрессирования ХБП и неоправданными хирургическими вмешательствами. Наличие пренатальных признаков обструкции (мегацистис, симптом «замочной скважины») должно служить абсолютным показанием для углубленного урологического обследования ребенка сразу после рождения. Своевременно начатое лечение (впервые дни жизни) и разрушение клапана задней уретры в первые месяцы жизни позволяет минимизировать дисфункцию верхних мочевых путей и является единственным способом

предотвратить развитие терминальной почечной недостаточности, требующей диализа и трансплантации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клапан задней уретры, поздняя диагностика, хроническая болезнь почек, дети.

72. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ким Артур Романович

УКБ №1, Детское урологическое отделение

ВВЕДЕНИЕ. ВПР МВС являются в 50-60% причиной развития ХПН у детей. Ранняя антенатальная диагностика, постановка диагноза и ранее постнатальное хирургическое лечение является реальным результативным мерами для снижения риска потери функции поврежденной почки, развитие ХПН.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей, оперированных в возрасте до года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 37 пациента с врожденным односторонним гидронефрозом (2-е с III ст., 35 с IV ст.), которым была выполнена органосохраняющая пластика прилоханочного отдела мочеточника по Хайнс-Андерсену, в возрасте от 1 до 12 месяцев. Проведен Стандартный комплекс рентгено-урологического исследования включающий Узи, рентгено-контрастную диагностику с выполнением внутривенной урографии или компьютерной томографии, определение функции почек по данным динамической или статической нефросцинтиграфии, клиничко-лабораторное обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст на этапе до операции составил 4 месяца. При анализе планиметрических показателей объема почечной паренхимы ГН почки детей на дооперационном этапе выявлено что у 58% детей, размер ПП соответствовал нормативным значениям, у 36% детей имелся дефицит паренхимы составлял в среднем 72% от возрастной нормы и у (6%) детей выше нормы. Таким образом хотелось бы отметить, что несмотря на тяжелую степень ГН и выраженные рентгенологические признаки почечного повреждения (истончение паренхимы, нарушение ее структуры) в 58% случаев количественные показатели паренхимы поврежденной почки имели нормативные значения.

Это позволило выделить нам 3 основные группы:

1-я группа, у которой изначальные показатели объема ПП соответствовали нормативным значениям и сохранялись в пределах нормы

2-я группа, у кого был дефицит ПП, но после оперативного лечения на протяжении всего срока динамического наблюдения пришло к нормативным значениям

3-я группа, у кого исходно был дефицит паренхимы и оперативное вмешательство не привело к желаемому результату, а именно восстановлению ПП до возрастных норм.

В группе детей, у кого значения почечной паренхимы оставались в пределах возрастной нормы среднее значение почечной паренхимы составило 94,6% от нормы, в послеоперационном периоде среднее значение составило 105%.

Во 2-й группе детей, у кого изначально был дефицит почечной паренхимы среднее значение почечной паренхимы составило 82,5% от возрастной нормы, в послеоперационном периоде мы наблюдали увеличение паренхимы и среднее значение составило 90% от возрастной нормы. 3-я группа детей, где объем почечной паренхимы на дооперационном этапе был ниже возрастной нормы, в среднем составил 76%, в послеоперационном периоде среднее значение объема почечной паренхимы составило 79%.

Прирост ПП в 1-й группе с нормальными значениями скорость составляла в среднем 0,75 мм³ в месяц, во 2 группе с темпы роста составляли 0,5 мм³, в 3й группе с дефицитом прирост ПП составил 0,3 кубических мм³.

ВЫВОДЫ. Таким образом анализ результатов лечения детей младшего возраста с ВГН позволил констатировать благоприятные исходы оперативного вмешательства который проявился в виде увеличения объема ПП поврежденной почки с сохранением адекватных темпов роста почки у 81% детей. У 19% пациентов исходный дефицит паренхимы сохранялся как на до, так и в послеоперационном периоде в течение 3,5 лет и сопровождался замедлением темпов роста почки, что свидетельствует о значительном повреждении ПП в следствии ГН. Это дает основание предположить, что данная группа пациентов является потенциальными претендентами для антенатального дренирующего вмешательства на ГН почки плода. Разработка таких показателей является последующим этапом нашего научного исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стеноз лоханочно-мочеточникового соединения; гидронефроз; гидронефротическая трансформация; педиатрия; пиелопластика; функция почек.

73. ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

*Михайлов Евгений Сергеевич, Суходольский Андрей Андреевич,
Поддубный Игорь Витальевич, Федулов Александр Владимирович,
Чернуха Марина Юрьевна, Нечай Андрей Валерьевич, Магомедов Гайдар Магомедович,
ГБУЗ МО НИКИ детства Минздрава Московской области,
ГБУЗ МО МОЦОМД, ФГБОУ ВО Российский университет медицины,
ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии
и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи»*

ВВЕДЕНИЕ. Хирургическая коррекция гидронефроза (лапароскопическая или открытая пиелопластика, робот-ассистированные операции) относится к категории «чистых» опера-

ций с потенциальным контактом с мочевыми путями. Частота инфекционных осложнений, таких как инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) или инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ), варьирует в литературе от 2% до 15%.

Основными источниками инфекции являются аутохтонная микрофлора кожи пациента, лимфогенный или гематогенный занос, а также колонизированная моча в обструктивной почке. Целью периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) является создание бактерицидной концентрации антибиотика в тканях и крови в момент возможного инфицирования, что позволяет существенно снизить риск осложнений. Факторами риска инфекционных осложнений у детей с гидронефрозом являются: Наличие предоперационной ИМВП в анамнезе – наиболее значимый предиктор. Дети с рецидивирующими ИМВП имеют высокий риск послеоперационных инфекционных осложнений. Степень обструкции и функция почки – выраженный гидронефроз со значительным снижением функции и стазом мочи создает благоприятную среду для размножения бактерий. Возраст пациента – дети младшего возраста (особенно до 1 года) имеют более высокий риск в связи с анатомо-физиологическими особенностями и незрелостью иммунной системы. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) или других аномалий мочевой системы. Длительность операции и объем кровопотери. Необходимость внутреннего дренирования (установка мочеточникового стента) или пиелостомии.

ЦЕЛЬ. Оценить вероятность риска возникновения ИМВП и ИОХВ при выполнении лапароскопической пиелопластики в хирургическом лечении гидронефроза у детей в зависимости от метода дренирования лоханки, длительности операции, наличия предоперационной ИМВП в анамнезе и определить необходимость и длительность проведения ПАП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы ретроспективно изучили медицинские карты 49 детей с гидронефрозом (II ст – 5, III ст – 27, IV ст – 17 по классификации SFU) в возрасте от 5 месяцев до 17 лет (36 мальчиков и 13 девочек), которым в период с 2024 по 2025гг была выполнена лапароскопическая пиелопластика. Средний возраст на момент операции составлял 3,7 года. 25 пациентам с целью дренирования лоханки устанавливалась пиелостома. 24 пациентам – выполнялось ретроградная или антеградная установка внутренних JJ-стентов. Забор посевов и общеклинического анализа мочи осуществлялся до операции или интраоперационно, на 4-5 сутки послеоперационного периода и перед удалением стента при появлении пиурии и бактериурии в общеклиническом анализе мочи. Пиелостома удалялась на 8-10-е сутки. Стенты были извлечены через 4–6 недель после операции. Периоперационную антибиотикопрофилактику начинали всем детям за 30-60 минут до операции и продолжали 5-7 суток. Препаратами первого выбора являлись цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим, цефтриаксон, цефотаксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота). Среднее время операции составило 112 минут (от 82 до 195 минут). У 7 пациентов в анамнезе отмечалась предоперационная ИМВП. У трех из них также отмечался пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота случаев ИМВП, связанных со стентами и пиелостомами, была низкой в целом (8,2 %) и одинаковой в обеих группах: 2/25 (8,0%) в группе с профилактикой и 2/24 (8,3 %). Чаще ИМВП возникала у пациентов длительность оперативного вмешательства, у которых превышала 120 минут (3 пациента – 75%). Также у 3 (75%) пациентов из 4х в анам-

незе отмечалась предоперационная ИМВП. Профилактическое введение антибиотиков не оказало существенного влияния на снижение риска ИМВП при стентировании, даже несмотря на то, что женский пол, использование подгузников и положительный результат посева мочи до операции являлись значимыми предикторами развития данных осложнений.

ВЫВОДЫ. После пиелопластики частота случаев инфекции мочевыводящих путей, связанных со стентами и пиелостомами в целом невелика. Длительность операции более 120 минут предрасполагает к возникновению послеоперационной ИМВП. Риск послеоперационных осложнений инфекционного характера при выполнении лапароскопической пиелопластики не зависит от половой принадлежности пациента. ИМВП в анамнезе увеличивает риск возникновения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Цефалоспорины II-III поколения и ингибиторозащитные аминопенициллины являются эффективными препаратами для выполнения периоперационной антибиотикопрофилактики в хирургическом лечении гидронефроза у детей. Длительность проведения ПАП 5-7 суток, при отсутствии таких дополнительных факторов риска как, продолжительность оперативного вмешательства более 120 минут, предоперационная ИМВП, является вполне достаточной при выполнении лапароскопической пиелопластики у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз, лапароскопическая пиелопластика, JJ-стент, пиелостомия, инфекция мочевыводящих путей, инфекция области хирургического вмешательства, дети.

74. THE USE OF URETEROLITHOTRIpsy IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH IMPACTED URETERAL STONES

*Nadjimitdinov Yalkin Sadiaxmatovich, Zakirov Hayot Kamilovich
Tashkent State Medical University, Practical Medical Center of Urology*

ВВЕДЕНИЕ. Urolithiasis is very common in some parts of the world, like Central Asia, the Middle East, South Asia, and North Africa. Treating it is very important for pediatric patients who have it. In cases where stones are located in the ureter, spontaneous passage is unlikely, and the risk of complications is high. Ureteroscopy is considered the method of choice in treating children with ureteral stones, particularly when the disease duration exceeds 2-3 months and the calculus is tightly adherent to the ureteral mucosa.

ЦЕЛЬ. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of antegrade and transurethral ureterolithotripsy (TUULT) in resolving the challenging clinical scenario of impacted ureteral stones in pediatric patients, with a specific focus on treatment outcomes.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. The treatment results of 73 children aged 5 to 18 years were retrospectively evaluated. The average stone size was 10.0 ± 0.6 mm in length and 5.5 ± 0.7 mm in width. The study included patients who experienced their first episode of renal colic 30-40 days before presentation, but for various reasons had not undergone surgical intervention. Multi-slice computed tomography with contrast of the urinary tract confirmed the presence of ureteral stones in all cases, with preserved renal function. All procedures were performed under general anaesthesia. Transurethral ureterolithotripsy was performed with the patient in the supine position, whereas antegrade ureterolithotripsy was performed in the prone position.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Complete stone removal was achieved in 71 patients (97.2%). The total number of intraoperative complications was 24 (33.8%). Conversion from endoscopic intervention to open surgery was required in two cases (2.8%) (Grade III). Ureteral mucosal injury was observed in 6.8% of children (Grade I), and ureteral perforation in 1.4% of cases (Grade II-a). Ureteral mucosal burns occurred in 4.1% of patients (Grade II-a) during laser lithotripsy. Deformation of the tip of the metal guidewire during an attempt to pass it retrogradely into the kidney occurred in 16.4% of cases (Grade I). Postoperative complications were observed in 23 patients (31.5%). Elevated body temperature was noted in 8.2% of cases (Grade I), and hematuria in 9.6% (Grade I). Urinoma (Grade III-b) and steinstrasse (Grade II-a) were each observed in one child (1.4%). Systemic inflammatory response syndrome was also reported in one case.

ВЫВОДЫ. Ureteroscopic contact lithotripsy for impacted ureteral stones in children is an effective and safe treatment method.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: children, ureteral stones, contact ureterolithotripsy.

75. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ДИСЕКЦИИ ВНУТРЕННЕГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГРАФТА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ОПЕРАЦИИ БРАКА

*Чепурной Михаил Геннадьевич, Бедарев Василий Григорьевич,
Созыкин Александр Александрович, Кижеватова Елена Александровна,
Макаров Алексей Геннадьевич, Сизонов Владимир Валентинович
РосмГМУ, РГСУ. МВШ., РосмГМУ, ОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Свободные трансплантаты широко используются в хирургии проксимальных форм гипоспадии и повторных реконструкциях, когда существует необходимость этапного формирования уретральной площадки с последующей тубуляризацией ее при создании не-оуретры. Остается нерешенным вопрос о целесообразности использования графта из внутреннего листка крайней плоти, ввиду повышенного риска склеротических изменений в трансплантате к моменту выполнения 2-го этапа Брака. Структурные особенности уретральной площадки обусловлены морфологическими особенностями графта, формирующимися в ходе различной по глубине диссекции тканей внутреннего листка крайней плоти.

ЦЕЛЬ. Изучить гистологические особенности графта в зависимости от варианта диссекции ткани внутреннего листка крайней плоти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании были использованы образцы внутреннего листка крайней плоти у 36 детей, полученные после циркумцизио. Биоптаты внутреннего листка крайней плоти были сгруппированы по макроскопическим признакам после различной степени препарирования субэпителиального слоя в процессе формирования графтов: группа 1 – графт с желтоватым оттенком основания (минимальная диссекция), группа 2 – графт с белесоватым оттенком основания (агрессивная диссекция), группа 3 – полупрозрачный графт (ультраагрессивная диссекция). Гистологические препараты после окраски (гематоксилин-эозин, Ван Гизон, трихром по Массону, ШИК) исследованы с использованием гистоморфометрических методов,

ИГХ. Сравнивалась общая толщина полученных биоптатов, толщина эпителия и субэпителиальной соединительной ткани с калибровкой по предметному калибровочному стеклу. Множественное сравнение морфометрических показателей между тремя вариантами диссекции (тремя исследуемыми группами) проводили при помощи критерия Краскела-Уоллиса (для количественных непараметрических выборок) и критерия χ^2 -Пирсона для категориальных данных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Уменьшение общей толщины ткани при усилении диссекции происходило преимущественно за счет субэпителиального слоя. Толщина эпителия не менялась в зависимости от метода препарирования. По данным множественного сравнительного анализа выявлены статистически значимые различия между группами по общей толщине биоптатов и по толщине субэпителиальной соединительной ткани ($p < 0,05$ согласно критерию Краскела-Уоллиса). Образцы из групп 2 и 3 имели меньшую общую толщину и меньшую толщину субэпителиальной соединительной ткани по сравнению с группой 1 ($p < 0,05$ согласно апостериорному попарному сравнительному анализу с поправкой на правдоподобие). Субэпителиальное расслоение, нарушение целостности базальной мембраны и камбиального слоя чаще регистрировалось в группе 3 ($p < 0,05$ согласно апостериорному попарному сравнительному анализу с поправкой на правдоподобие). Нарушение целостности базальной мембраны, камбиального слоя клеток, границы эпителиально-стромального выявлено только в образцах группы 3: 7 из 30 (23,3%) ($p < 0,05$ согласно критерию χ^2 -Пирсона и апостериорному попарному сравнительному анализу с поправкой на правдоподобие).

ВЫВОДЫ. Внутригрупповое морфологическое сопоставление показало, что вариант диссекции в группе 2 характеризуется наиболее благоприятным сочетанием толщинных характеристик и признаков сохранности эпителиально-стромального комплекса. Его преимущество заключается в сохранении субэпителиального соединительнотканного каркаса, содержащего сосудистые элементы, поддерживающего микроокружение камбиальных клеток базального слоя и целостность базальной мембраны.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: проксимальная гипоспадия, крайняя плоть, внутренний листок, свободный графт, диссекция, морфометрия, подэпителиальное расслоение, базальная мембрана.

76. 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СТОЙКИХ» УРОИМПЛАНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ. ОШИБКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

*Гасанов Джалиль Амрович, Терехин Сергей Сергеевич
ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина*

ВВЕДЕНИЕ. Среди врожденных пороков развития МВС у детей часто встречаются пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). Предложено много различных методов коррекции ПМР: консервативные, эндоскопические и оперативные. Выбор метода лечения при ПМР

зависит от механизма развития ПМР, возраста ребенка, и сопутствующей нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. В выборе метода лечения имеет значение цистоскопическая картина, которая позволяет оценить анатомию устьев мочеточника, а также состояние слизистой оболочки мочевого пузыря. С 2010 года в России появились первые работы, посвященные применению нового вещества синтетического происхождения полиалкоголь полиакрилат (Vantris). Актуальной проблемой применения «стойких» объемобразующих веществ (Vantris) стало развитие у части детей в послеоперационном периоде обструктивного мегауретера, который требовал оперативного лечения. Поиском решения и профилактики этой проблемы занимаются многие детские урологи, в единичных работах предпринимались попытки объяснить ухудшение уродинамики дисплазией мочеточника, или введением избыточного количества объемобразующего вещества.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основе работы лежит анализ обследования и эндоскопического лечения 621 пациента, в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с диагнозом ПМР. Основная возрастная группа детей составила 1-7 лет (429 пациентов). Девочек 55%, мальчиков 45%. Дети с 1 степенью и 5 степенью ПМР в исследование включены не были. Показаниями для госпитализации являлись изменения в клинических анализах мочи (рецидивирующая бессимптомная лейкоцитурия, бактериурия), рецидивирующее течение пиелонефрита (субфебрилитет, вялость, плохая прибавка в весе, изменения цвета и запаха мочи). В 90% случаев пациенты госпитализированы в отделение в плановом порядке, 10% в экстренном порядке, в состоянии средней степени тяжести. Из исследования были исключены пациенты с острым течением вторичного пиелонефрита, цистита, с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, с инфравезикальной обструкцией (клапаны задней уретры, стеноз уретры), с дивертикулом мочевого пузыря, уретероцеле. Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса заключалось во введении объемобразующего вещества в стенку мочевого пузыря ниже устья мочеточника (в пределах интрамурального отдела мочеточника) для создания болюса, который укрепляет ткани и тем самым удлиняет интрамуральный отдел мочеточника. У всех пациентов (621 ребенок) использовалось объемобразующее вещество Полиалкоголь полиакрилат (Vantris). Использовались три методики введения объемобразующего вещества: STING (84%), HIT (12%), Double HIT (4%). Всем детям однократно вводилось не более 1,0 мл препарата Vantris (в среднем 0,2-0,6 мл). Ультразвуковое исследование выполнялось на следующий день после введения препарата Vantris и коллагена, затем через 7 суток, 1, 3 и 6 месяцев. Микционной цистография и экскреторная урография выполнена всем детям через 6-8 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде осложнений в виде аллергической реакции, гипертермии, дизурии зафиксировано не было. В первые двое суток у двух детей отмечалась однократная макрогематурия, которая не требовала медикаментозной терапии. Изменения в анализах мочи в виде стойкой лейкоцитурии, бактериурии купировались через 1 месяц после операции. По результатам микционной цистографии выздоровление после введения препарата Vantris отмечалось у 557 детей (89%). Рецидив ПМР выявлен у 43 детей (7%). У 21 пациента (3 %) через 1-36 месяцев после введения препарата Vantris по данным УЗИ появились признаки

нарастающей обструкции мочевых путей на стороне введения. Наличие признаков обструкции мочевых путей на стороне введения Vantris, не проявлялось клинически (отсутствовали признаки почечной колики и не было явлений обострения вторичного пиелонефрита). Среди 21 пациента с обструктивными осложнениями мальчиков 13 (62%), девочек 8 (38%). Все случаи обструкции были односторонними (21 мочеточник). Средний возраст пациентов составил 38 месяцев. Всем пациентам (21 ребенок) с обструктивным мегауретером выполнен уретероцистонеоанастомоз по Cohen. Временное эндоскопическое стентирование мочеточника мы не применяли, учитывая высокую устойчивость препарата. По результатам гистологического исследования терминального отдела мочеточника отмечалось отсутствие нервно – мышечных элементов в стенке мочеточника, фиброз и атрофия подслизистого слоя, что свидетельствовало об отсутствии сократительной способности и дисплазии терминального отдела мочеточника. Признаков воспалительной реакции вокруг созданного эндоскопического болюса нами не было отмечено, ни в одном случае. Во время операции отмечалось правильное расположение болюса в подслизистом отделе, проходимость устья мочеточника для катетера Ch6 была свободной. Выделение мочеточника в просвет мочевого пузыря технически не было затруднено, болюс представлял собой капсулу, заполненную препаратом, неплотно спаянную со стенкой мочеточника. Для прогнозирования риска возникновения обструктивных осложнений после эндопластики устья мочеточника у детей на примере препарата полиакрилат полиалкоголь (Vantris) мы применили линейную регрессию, алгоритм пошагового включения факторов, возможно влияющих на развитие обструкции. Переменные, вошедшие в модель: степень пузырно – мочеточникового рефлюкса и процент расширения мочеточника и почечной лоханки при проведении ультразвукового исследования с диуретической нагрузкой от исходного уровня, методика введения препарата, объем препарата, пол ребенка, возраст. Нами получен патент на изобретение №2737493 «Способ прогнозирования обструктивных осложнений после эндопластики устья мочеточника с использованием объемобразующих веществ».

Выводы. 1. Эндопластика устья мочеточника с использованием уроимплантов, это полноценная операция, а не «манипуляция», у которой есть свои показания и осложнения.

2. Эффективность эндоскопического лечения с использованием препарата Vantris при ПМР у детей по нашим данным составила 93%.

3. Основным фактором развития обструктивных осложнений после эндопластики является не диагностированный рефлюкс – стеноз, устранение которого возможно только путем реимплантации мочеточника.

4. Значимыми показателями при прогнозировании обструкции являются степень ПМР и положительная проба при УЗИЛН. Возраст, пол, объем вводимого препарата, методика введения достоверного значения не имеют.

5. Предложенная математическая модель расчета обструктивных осложнений до эндопластики позволяет проводить отбор пациентов для эндоскопического лечения ПМР с использованием «стойких» объемобразующих веществ.

6. Наличие отдаленных обструктивных осложнений оправдывает длительное диспансерное наблюдение за детьми после эндопластики.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, полиалкоголь полиакрилат, рефлюкс-стеноз, эндопластика.

77. ПРИМЕНЕНИЕ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

*Кузнецова Мария Сергеевна
ДГКБ им.Н.Ф.Филатова*

ВВЕДЕНИЕ. РИРХ – относительно новый и малоинвазивный способ лечения, активно внедряемый урологами в детскую практику. Преимущественно РИРХ успешно применяется в лечении пациентов с мочекаменной болезнью. Однако, в связи с развитием и совершенствованием фиброоптических технологий появилась возможность применять гибкую уретерореноскопию в диагностике и лечении чашечковых дивертикулов у детей.

ЦЕЛЬ. Нашей целью является предоставить результаты лечения пациентов с мочекаменной болезнью а также новый способ лечения пациентов с чашечковыми дивертикулами с помощью применения ретроградной интравенальной хирургии, дающей хорошие результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациенты на базе урологического отделения ДГКБ им.Н.Ф.Филатова с мочекаменной болезнью и чашечковыми дивертикулами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наши исследования показывают высокую эффективность гибкой уретерореноскопии в лечении пациентов с мочекаменной болезнью, а также пациентов с чашечковыми дивертикулами. Метод позволяет сохранить функцию почки и избежать более инвазивных вмешательств.

ВЫВОДЫ. Таким образом, ретроградная интравенальная хирургия является малоинвазивным, современным и перспективным методом лечения, дающим хорошие результаты. Развитие фиброоптических технологий и активного применения гибкой уретерореноскопии позволило повысить эффективность проводимых оперативных вмешательств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ретроградная интравенальная хирургия, гибкая уретерореноскопия, инфундибулотомия, чашечковый дивертикул, мочекаменная болезнь.

78. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПМР: НАШ ОПЫТ

*Пономарева Александра Сергеевна, Лобжанидзе Зураб Борисович,
Лобжанидзе Ираклий Давидович, Есеев Рустам Юсуфович
«ГКБ СМП» г. Ставрополя*

ВВЕДЕНИЕ. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), представляющий собой ретроградный попадание мочи из мочевого пузыря в мочеточник, является анатомическим и функциональным нарушением с потенциально серьезными последствиями, такими как рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМП) или рубцовые изменения в почечной паренхиме. По данным мировой статистики ПМР является наиболее распространенной урологической аномалией, возникающей у 1% всех новорожденных, до 15% у тех, у кого диагностирован пренатальный гидронефроз. Около 75 % ПМР 1 и 2 степеней спонтанно разрешаются к 5 годам.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность применения различных объемобразующих материалов при эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), а также представить собственную модификацию техники эндоскопического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Эндоскопическое лечение ПМР применяется в нашем отделении с 2005 года. В период с 2021 по 2025 год пролечено 578 детей, из них 136 (23,5 %) мальчика и 442 (76,55%) девочки. У 356 (61,6%) пациентов (96 мальчиков – 27 % и 260 девочек – 73%) выявлена дисплазия устья мочеточника, критерии исключения: ДНМП, инфравезикальная обструкция, удвоения мочеточников. Правосторонний ПМР диагностирован у 161 ребенка (45,2%), левосторонний – у 195 детей (54,8 %), двусторонний – у 153 (43%), односторонний – у 203 (57 %) пациентов. Возрастной состав: от 0 до 3 лет – 144 детей (40,3 %), от 4 до 7 лет – 170 (48 %), от 8 до 11 лет – 28 (7,7 %), 12 лет и старше – 14 детей (4 %). В ходе лечения применялись уроимпланты с короткой и длительной резорбцией. С 2021 по 2025 г использовалась собственная модификация эндоскопической техники, предусматривающая установку в устье мочеточника мочеточниковых катетеров 3 СН – 5СН, преимущественно 4 СН с дальнейшим приподниманием катетера и введением уроимпланта. Дополнительно применялся аутологичный плазмогель – объемобразующее вещество, получаемое из плазмы крови пациента путем центрифугирования в PRP-пробирках и последующей термообработки при температуре 70 °С в течение 10 минут. 50 детям (14%) был введен аутологичный плазмогель. Из них 38 детей (76 %) – ПМР 1-2 ст., 8 (16 %) – ПМР 3 ст., 4 ребенка (8 %) – ПМР 4 ст. Эффективность оценивалась через 3 и 6 месяцев с помощью выполнения МЦУГ. В группе детей с ПМР 1-2 ст. эффективность составила 98 %, ПМР 3 ст. – 25 %, ПМР 4 ст. – 12,5 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эндоскопическая коррекция ПМР продемонстрировала высокую клиническую эффективность, сопоставимую с данными литературы, согласно которым успешность метода при ПМР I–IV степени достигает 98%. Использование аутологичного плазмогеля сопровождалось хорошей переносимостью и отсутствием иммунологических реакций, обструктивных осложнений и риска передачи чужеродных агентов. Отмечено улучшение процессов заживления и интеграции за счет присутствия факторов роста. К преимуществам плазмогеля также относятся минимальные финансовые затраты и возможность его изготовления непосредственно в день процедуры, что исключает необходимость хранения и логистики, характерных для синтетических уроимплантов. К ограничениям метода следует отнести быструю элиминацию материала и меньшую целесообразность применения при ПМР III степени и выше, однако клинический эффект сохраняется и в этих случаях. За время использования собственной техники введения объемобразующего вещества всего у 2 детей был выявлен обструктивный мегауретер, вызванный введением уроимпланта без использования мочеточникового катетера.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей является эффективным, малотравматичным и безопасным методом лечения и может рассматриваться как терапия первой линии. Использование мочеточникового катетера для точной визуализации зоны введения уроимпланта, позволяет контролировать объем введенного препарата и избегать обструкции мочеточника. Применение аутологичного плазмогеля представляет собой перспективную альтернативу синтетическим уроимплантам при ПМР низких

степеней и у детей от 0 до 3 лет, позволяя создать условия для физиологического созревания устья мочеточника без использования инородных материалов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пузырно-мочеточниковый рефлюкс; коррекция ПМР; плазмогель.

79. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРКУТАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ИНФУНДИБУЛОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧАШЕЧКОВЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

*Баранов Юрий Владимирович, Пигарева Анна Евгеньевна
ГАУЗ СО «ОДКБ»*

ВВЕДЕНИЕ. Чашечно-лоханочные дивертикулы – это кистозные образования в почечной паренхиме, которые, возникают в эмбриогенезе, в результате неправильного слияния зачатка мочеточника и метанефрической бластемы. Эти несекреторные структуры сообщаются с чашечно-лоханочной системой через узкий перешеек и пассивно наполняются мочой ретроградным путем. При обструкции они могут вызывать боль в боку, инфекции мочевыводящих путей, макрогематурию или нефролитиаз.

ЦЕЛЬ. Представить случай перкутанной лазерной инфундибулотомии при лечении чашечкового дивертикула у пациента 10 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент обратился на консультативный прием детского уролога-андролога с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. An. morbi: антенатально патологии почек не выявлено. В 2019 г по данным УЗИ почек – кисты обеих почек, был обследован в детском урологическом отделении, диагноз: Кисты левой почки, дивертикулы чашечек справа. Проведено 10.2022 г – пункция, склерозирование кист левой почки. В послеоперационном периоде кисты сохраняются. 14.07.2023 выполнено оперативное лечение: лапароскопическая резекция кист левой почки. Послеоперационный период без осложнений. В последующем наблюдался детским урологом-андрологом, при динамической КТ-урографии отмечается остаточная полость кисты левой почки, незначительный прирост размеров дивертикулов правой почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Был госпитализирован в детское уроандрологическое отделение ГАУЗ СО «ОДКБ» г. Екатеринбург, с целью подготовки к оперативному лечению в 01.2026г выполнено ретроградное стентирование правой почки. В 02.2026г выполнено оперативное вмешательство: перкутанная лазерная инфундибулотомия дивертикула нижней группы чашечек. Стентирование шейки чашечки. Послеоперационный период без хирургических осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии на 6 сутки после операции.

ВЫВОДЫ. Использование перкутанного доступа в лечении чашечковых дивертикулов является малотравматичным методом, обладающим высокой эффективностью.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чашечковый дивертикул, инфундибулотомия, дети.

80. МЕГАУРЕТЕР – ЧТО ЭТО

Чумаков Петр Ильич

Ставропольский государственный медицинский университет

ВВЕДЕНИЕ. Врожденная механическая или динамическая обструкция (ПМП) тазового отдела мочеточника приводит к развитию мегауретера. Характерным для мегауретера является формирование выраженных перегибов в мочеточнике.

ЦЕЛЬ. Изучение особенностей формирования мегауретера и транспорта мочи из почки в мочевого пузыря в этой клинической ситуации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Уродинамические исследования выполнены 14 детям в возрасте от 5 до 16 лет, оперированным по поводу необструктивного и обструктивного мегауретера. Измерение внутрипузырного, внутримочеточникового и внутрилоханочного давления проводилось как до (4 детей с нефростомой), так и вовремя операции при помощи водяного манометра.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Внутрипузырное, внутримочеточниковое давление, измеряемое ниже сифоноподобного перегиба мочеточника, было всегда выше давления в мочеточнике выше перегиба. И чем больше перегибов мочеточника, тем больше градиент давления обнаруживался между тазовым отделом мочеточника и почечной лоханкой. Гистологическое исследование показало, что сифоноподобный перегиб представлен выпячиванием в просвет мочеточника всей мочеточниковой стенки с ее мышечной гипертрофией и утолщением адвентициальной оболочки. Прослежена четкая динамика изменений мочеточниковой стенки от атрофических изменений в участках мочеточника ниже сифоноподобного перегиба, до гипертрофии мышечных элементов в вышележащих отделах мочеточника. Перегибы мочеточника, разделяя его на сегменты, способствует накоплению мочи в нижнем сегменте, изменяя угол наклона мочеточника в месте перехода в верхний сегмент. Это затрудняет ретроградный ток мочи и не препятствует антеградному ее току, то есть, исполняет роль своеобразного клапана. Перегибы формируются первоначально в тазовом, затем в среднем и в прилоханочном отделе мочеточника. Перегибы разделяют мочеточник на отдельные участки, которые локально совпадают с участками обозначаемых как «цистоиды» нормально развитого мочеточника. Выпячивание мочеточниковой стенки приводит к сужению просвета мочеточника в этом месте, что препятствует ретроградному току мочи. Отмечено анатомическое и функциональное сходство мочеточника при мегауретере (особенно его тазового отдела) и нормальной сигмовидной кишки.

ВЫВОДЫ. Сигмоподобные перегибы мочеточника при мегауретере, как и сигмовидная кишка являются своеобразным естественным клапанным механизмом и преобразование «цистоидов» в «сигмоиды» есть проявление адаптационного механизма мочеточников, предохраняющие вышележащие мочевые пути и почку от высокого внутримочеточникового и внутрилоханочного давления. И тем самым максимально сохраняя функциональную активность почки на стороне мегауретера.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мегауретер, обструктивный и необструктивный, сифоноподобные перегибы мочеточника.

81. НЕИНВАЗИВНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Лебедев Дмитрий Анатольевич, Осипов Игорь Борисович,
Узинцева Анастасия Алексеевна
СПбГПМУ*

ВВЕДЕНИЕ. Степень сохранности почечной функции к моменту начала лечения во многом определяет прогноз заболевания. Выявление динамики изменений функции почки порой затруднено, вследствие отсутствия необходимого радионуклидного оборудования в лечебном учреждении. Актуальной задачей является поиск возможности определения функции почек нерадионуклидными методами. В научной литературе имеются единичные сообщения о связи показателей почечной гемодинамики с функциональным состоянием почек. Описана зависимость пиковой систолической скорости (ПСС) на почечной артерии от стадии хронической болезни почек и скорости клубочковой фильтрации, а также корреляция между минимальной диастолической скоростью кровотока и клиренсом креатинина у пациентов с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек. В отечественной литературе найдено две работы, посвященные нерадионуклидному определению раздельной функции почек. В обоих случаях для оценки вклада каждой почки в формирование диуреза применена компьютерная томография.

ЦЕЛЬ. Оценить сопоставимость и информативность показателей ренальной волюмометрии и доплерометрии почечных артерий, в сравнении с данными реносцинтиграфии (РСГ) в диагностике раздельной функции почек у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Вид исследования – одноцентровое проспективное, продолжительность 2023-2026 год. В исследование включены 116 детей (40 девочек и 76 мальчиков) с 232 почечными единицами, в возрасте от 1 мес. до 18 лет, которым проводилось урологическое обследование в отделении детской урологии СПбГПМУ в связи с патологией органов мочевой системы. Критерии включения в исследование: наличие двух почек, критерий не включения – единственная почка, подковообразная, L-образная, галетообразная почка, значительная пиелозктазия. Критерий исключения – невозможность выполнить ультразвуковое исследование (УЗИ) из-за движений или сопротивления ребенка. Всем пациентам выполнено УЗИ почек и доплерометрия почечной артерии. В ходе исследования вычисляли объем почек (ОП) и ПСС на почечной артерии с 2 сторон, при наличии более одной артерии с одной стороны вычисление проводили на каждом сосуде. Производили расчет отношений объемов почек друг к другу в процентах и отношение ПСС в процентах, при числе сосудов, большем 1 пиковые скорости для данной почки суммировали, вычисляли средний процентный показатель между ОП и ПСС. Всем пациентам выполнена динамическая РСГ, в ходе которой получены данные раздельной функции почек в процентах. Проведено сравнение относительных показателей ОП, ПСС и среднего значения ОП и ПСС с результатами РСГ у 116 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст мальчиков составил $Me=9,52$ [6,03; 13,89] года, девочек $Me=8,17$ [5,32; 13,31] года, и не имел значимых различий (Mann-Whitney U-test $p=0,52$). В ходе исследования выявлено, что 1 почечную артерию имели 183 (78,9%) почечные единицы, 2 артерии – 45 (19,4%), 3 артерии 4 (1,7%), 4 артерии – выявлены в 1 почечной единице (0,4%), причем 3 и 4 артерии

чаще выявляли у девочек. При сравнении результатов радионуклидного исследования, данных ПСС, ОП и среднего значения (сходные данные, полученные у одних и тех же пациентов различными способами) применен ранговый дисперсионный анализ ANOVA Фридмана для зависимых групп. Как для правой, так и для левой почки различий в совокупностях значений не выявлено: правая почка ANOVA $\chi^2=3,20$ $p=0,36$, левая почка ANOVA $\chi^2=3,71$ $p=0,29$. Были измерены ошибки от результатов РСГ в процентах по ПСС, ОП и среднему показателю. Ошибка ПСС для левой почки была $Me=-0,91$ [-6,14; 6,01], ошибка по ОП $Me=-0,66$ [-5,44; 1,53], ошибка среднего показателя $Me=0,99$ [-4,30; 5,12] процентов, ошибка ПСС для правой почки была $Me=1,07$ [-6,09; 6,21], ошибка по ОП $Me=0,62$ [-1,64; 5,20], ошибка среднего показателя $Me=0,26$ [-3,72; 5,72] процентов, при этом наименьшее количество статистических выбросов имел усредненный показатель ОП и ПСС. Для выявления силы коррелятивной связи между результатами РСГ и показателями ПСС, ОП и их среднего значения выполнен анализ ранговых корреляций Спирмена: для правой почки выявлена сильная связь между результатами РСГ и волюмометрии (0,83), ПСС (0,75) и среднего показателя (0,83) при $p<0,05$. Для левой почки выявлена сильная связь между результатами РСГ и волюмометрии (0,82), ПСС (0,74) и среднего показателя (0,82) при $p<0,05$. На описанный способ неинвазивного определения функции почек получен Патент РФ на изобретение RU № 2844501.

Выводы. ПСС кровотока на почечной артерии прямо коррелирует со степенью поражения почечной паренхимы, чем ниже процентное значение этого показателя, тем хуже ожидаемая функция почки на стороне поражения. Показатели ОП и данные ПСС кровотока почек, а также их усредненный показатель репрезентативны, имеют высокое сродство с результатами, полученными при РСГ, и представляют простой и информативный инструмент для оценки отдельной функции почек. Использование описанного способа неинвазивной оценки допустимо с целью приблизительного уточнения функции почек. Учитывая абсолютную неинвазивность представленной методики, ее применение оправдано при необходимости динамического контроля состояния почечной функции.

82. ОПЫТ ПОВТОРНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ИЛЕОВЕЗИКОСТОМИИ ПО YOUNG-MONTI В СОЧЕТАНИИ С РАСШИРЯЮЩЕЙ ЭНТЕРОЦИСТОПЛАСТИКОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Шмыров Олег Сергеевич, Козырев Герман Владимирович, Суров Роман Викторович,
Лазивили Марина Николаевна, Кулаев Артур Владимирович,
Вельская Юлиана Ильинична, Лобач Алексей Юрьевич, Ковачич Антон Сергеевич,
Морозов Кирилл Дмитриевич
Морозовская ДГКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Лапароскопически ассистированная илеовезикостомия по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря является редким методом

оперативного лечения в детской урологической практике. Повторные подобные оперативные вмешательства описаны в единичных случаях.

ЦЕЛЬ. Продемонстрировать опыт выполнения повторной лапароскопически ассистированной илеовезикостомии по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клиническом наблюдении представлен пациент женского пола, 16 лет с менингорадикуломиелоцеле, фиксацией спинного мозга и нарушением функции тазовых органов. Ранее у ребенка был установлен диагноз нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, арефлекторный мочевой пузырь. На фоне периодической катетеризации отмечалась рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей. Была выполнена лапароскопически ассистированная илеовезикостомия по Young-Monti. Ребенок был повторно госпитализирован через 7 месяцев после операции со стенозом илеовезикостомы. Выполнено комплексное обследование: УЗИ, цистография, внутривенная урография, статическая нефросцинтиграфия, комплексное уродинамическое обследование. Установлен диагноз асенсорный гипоконтрактильный мочевой пузырь, низкая комплаентность мочевого пузыря. Отмечались эпизоды недержания мочи. Установлены показания к повторной илеовезикостомии по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам была выполнена лапароскопически ассистированная повторная илеовезикостомия по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря. Ушивание шейки не проводилось. Длительность операции составила 7 часов, интраоперационных осложнений не было. Нахождение в ОРИТ – 2 дня, нахождение в стационаре после операции 6 дней. Отдаленные результаты: периодическая катетеризация каждые 3-3,5 часа без эпизодов недержания мочи. Объем мочевого пузыря – 450 мл. Стойкое сокращение размеров ЧЛС и мочеточников с двух сторон. Отсутствие эпизодов инфекции мочевых путей.

ВЫВОДЫ. Повторная илеовезикостомия по Young-Monti в сочетании с расширяющей энтероцистопластикой мочевого пузыря может успешно выполняться с лапароскопической ассистенцией, что уменьшает травматичность операции и ускоряет восстановление пациентов. Операция должна выполняться по строгим показаниям после полного обследования у пациентов рефрактерным к консервативной терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: илеовезикостомия, аугментация, лапароскопия.

83. НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ВЕСТИБУЛО-ВАГИНАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

*Соловьев Анатолий Егорович, Кульчицкий Олег Александрович
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России*

ЦЕЛЬ. Разработать вариант хирургической коррекции вестибуло-вагинальной гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находилось 16 девочек с вестибуло-ваги-

нальной гипоспадией. 8 девочкам произведена операция – выделение уретры от наружного отверстия до шейки мочевого пузыря и перемещение ее ниже клитора.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Вульво-вагинальная форма проявлялась дистопией наружного отверстия уретры. У всех наблюдались вульвиты, вагиниты, хронические циститы и пиелонефриты. При рентгенологическом исследовании у 6 детей обнаружен ПМР, у 2 – уретерогидронефроз. Все девочки лечились консервативно с временным успехом. Хирургическое лечение произведено у 8 девочек с хорошим отдаленным результатом.

ВЫВОДЫ. Неэффективность длительной терапии вульвитов, вагинитов, циститов, хронических пиелонефритов являются показанием к оперативному лечению вестибуло-вагинальной гипоспадии. Коррекция аномалийной уретры в детском возрасте служит профилактикой посткоитальных осложнений в будущем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: девочки, гипоспадия, хирургическое лечение.

84. ТАКТИКА ПРИ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ «РАЗМОЗЖЕННЫХ» ПОЧКАХ У ДЕТЕЙ

*Соловьев Анатолий Егорович, Кульчицкий Олег Александрович
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России*

ЦЕЛЬ. Изучить диагностику и хирургическую тактику при так называемых «размозженных» почек у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 30 лет под наблюдением находилось 76 детей в возрасте до 18 лет с травмами почек. У 35 из них имелась сочетанная травма. У 12 детей поставлен диагноз «размозжения» почек. В диагностике использовали клинические, инструментальные и рентгенологические методы исследования, а также данные, полученные во время операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 76 детей с закрытой травмой почки у 23 диагностирован ушиб почки, у 14 – травма почки с субкапсулярной гематомой, у 16 – травма почки с разрывом капсулы и паранефральной урогематомой, у 23 – разрыв почки с повреждением чашечно-лоханочной системы, включая 12 детей с диагнозом «размозжение» почек. Консервативное лечение проведено у 49 (64,5%) детей, оперативное – у 27 (35,5%). Из 27 оперированных детей у 9 произведено ушивание паренхимы почки, у 6 – удаление полюса почки. 7 детям при «размозженных» почках произведена органосохраняющая двухэтапная операция, нефрэктомия – 5.

ВЫВОДЫ. 1. Размеры и степень некроза паренхимы при «размозженных» почках до операции, несмотря на современные методы обследования, поставить не удастся.

2. Повторное оперативное вмешательство через 5 дней позволяет диагностировать границы некроза паренхимы при так называемых «размозжениях» почек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, травма почек, оперативное лечение.

85. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПМР У ДЕТЕЙ

Чумаков Петр Ильич

*Ставропольский государственный
медицинский университет*

ВВЕДЕНИЕ. Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 4-5 степени, рецидивного ПМР, ПМР, возникшего после операции уретероцистоанастомоза. ПМР в удвоенные мочеточники представляет серьезную задачу, которую не всегда удается решить. И отношение к хирургическому лечению этой патологии последние годы значительно изменилось.

ЦЕЛЬ. Отработать оптимальный алгоритм действий детского уролога в лечении подобных форм ПМР у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За последние 5 лет мы наблюдали 578 детей с ПМР в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них ПМР 4 степени обнаружен у 20 детей, ПМР 5 степени был у 6. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс был с обеих сторон. Лечение начинали, у младших детей, введением подрефлексирующее устье мочеточника коллагена. При отсутствии эффекта через 3-6 месяцев выполнялась повторная инъекция. Как правило, выполнялось не более 2хвведений коллагена. Аналогично проводили инъекции под устье мочеточника плазмогеля. Если ПМР сохранялся, в дальнейшем, переходили на введение «Рефлюксина», «Вантриса». Если же ликвидировать рефлюкс не удавалось, то этим детям выполнялось хирургическое лечение. Выполнялась внутрипузырная пластика устья мочеточника. Технически напоминала операцию Дюплея при гипоспадии. Новое устье формируется на слизистой межмочеточниковой складки от устья рефлексирующего мочеточника в направлении устья противоположного мочеточника. Эта операция была эффективна у детей с 4-5 степенью ПМР. Наблюдались осложнения характерные для операции Дюплея (формирование свищей в области нового устья). Модификация этой операции позволила нам полностью избежать подобных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 20 детей с ПМР 4 степени, которым выполнялось лечение по алгоритму коллаген- коллаген (плазма-гель)-«рефлюксин» – «вантрис», пузырно-мочеточниковый рефлюкс ликвидирован у 16 из них. У детей с ПМР 5 степени инъекциями объемобразующих препаратов полностью устранить не удалось. У них сохранялся ПМР 3-4 степени. Всем этим больным выполнена внутрипузырная пластика устья мочеточника в нашей последней модификации. При контрольном обследовании выявлено выраженное улучшение уродинамики верхних мочевых путей. Пузырно-мочеточниковый рефлюкса нет.

ВЫВОДЫ. Несмотря на значительные успехи малоинвазивных методов лечения ПМР 4-5 степени у детей, хирургическое лечение тяжелых форм его сохраняет свою актуальность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), антирефлюксная пластика устья мочеточника.

86. ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА «PRUNE BELLY» У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

*Рудин Юрий Эдвартович, Алиев Джамалутдин Камильбекович,
Марухненко Диомид Витальевич, Лагутин Георгий Владимирович, Вардак Артур Борисович
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ России*

ВВЕДЕНИЕ. Синдром prune belly (Игла-Барретта) является редким врожденным заболеванием, характеризующийся двусторонним мегауретером и крипторхизмом в сочетании с гипоплазией мышц передней брюшной стенки. Нередко присутствуют нейрогенные дисфункции мочевого пузыря, мегацистис, нарушение акта мочеиспускания, клапаны задней уретры. Задачи хирургического лечения – сохранение функции почек, восстановление пассажа мочи по нижним мочевым путям.

ЦЕЛЬ. Предоставить наш опыт этапного лечения синдрома Игл-Барретта в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно изучена история болезни пациента 2 лет с синдромом сливообразного живота, двусторонним пузырно-зависимым мегауретером, мегацистисом, спазмом сфинктера мочевого пузыря, парадоксальной ишурией, рецидивирующей ИМП, которому в другом центре было проведено низведение обоих яичек. Нами была выполнена разгрузочная терминальная уретерокутанеостомия справа лапароскопическим доступом, через 6 месяцев проведена реимплантация с обуживанием мочеточника справа по Политано-Лидбеттеру с наложением цистокутанеостомы. Операция дополнена и пластикой передней брюшной стенки (мобилизация мышц и сбаривание их П-образными швами в поперечном направлении). Продолжительность операции составила 180 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При контрольном УЗИ через 6 месяцев после операции отмечалось уменьшение диаметра мочеточников с обеих сторон в нижней трети с 35 и 27 мм до 12 и 11 мм, сбаривание мышц передней брюшной стенки, позволило укрепить мышцы живота. Явления ИМП купированы.

ВЫВОДЫ. Цистокутанеостому в более старшем возрасте планируется заменить на аппендикове-зикостому для интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря. Этапное лечение с адекватной деривацией позволяет минимизировать риск потери функции почек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром Игла-Барретта, сливообразного живота, prune belly.

87. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ВНУТРИТАЗОВАЯ ПЕРЕДНЯЯ ОСТЕОТОМИЯ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ

*Рудин Юрий Эдвартович, Чекериди Юрий Элефтерович, Алиев Джамалутдин Камильбекович
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина -
филиал ФГБУ «НМИЦ Радиологии» МЗ России,
ГБУЗ МО «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница»*

ВВЕДЕНИЕ. Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – врожденный порок развития, включающий дефекты мочеполовой системы, мышц тазового дна и костей таза, характеризующийся укорочением и расхождением лонных костей, наружной ротацией комплексов лонная кость-тазобедренный сустав с двух сторон, наружной ротацией крыльев подвздошных костей. Успешное закрытие мочевого пузыря часто невозможно без остеотомии таза. Известная передняя остеотомия подвздошной кости, проводится из доступа Смита-Петерсона, аналогично операции Солтера, травматична, требует переливания крови, имеет риск сдавления бедренного нерва натянутой пупартовой связкой.

ЦЕЛЬ. Оптимизация методики выполнения тазовой остеотомии при оперативном лечении экстрофии мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2005 по 2025 год малоинвазивная внутритазовая остеотомия подвздошных костей была выполнена 158 пациентам с ЭМП в возрасте от 7 дней до 43 лет (153 ребенка, 5 взрослых). Операции проводились при первичном или вторичном закрытии мочевого пузыря, при формировании шейки, повторно остеотомия была сделана 17 пациентам. Ортопедическая коррекция проводилась в ходе совместной с урологами операции при первичном или вторичном закрытии мочевого пузыря, пузыря при формировании шейки, при аугментации пузыря и закрытии шейки. Для выделения супраацетабулярной области предложен оригинальный доступ (патент на изобретение RU2846157C1) без отсечения мышц, без рассечения апофиза и без отслойки надкостницы подвздошной кости, выполнялась поперечная остеотомия с сохранением костно-надкостничного участка до 0,5 см по внутреннему краю, который, являясь осью вращения, надламывался при деротации тазобедренных суставов, осуществляли аппроксимацию лонных костей, фиксацию костным швом, металлоостеосинтез фрагментов подвздошных костей спицами Киршнера, накладывали кокситную гипсовую повязку. Средняя продолжительность остеотомии с каждой стороны составила не более 15 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Аппроксимация лонных костей позволила успешно провести урологический этап коррекции во всех случаях. Отмечено три значительных интраоперационных осложнения: краевое ранение ветви ягодичной артерии у одного пациента (0,6%), потребовавшее переливание компонентов крови, остановлено продленной тампонадой и укладкой гемостатической губки; у двух больных из 33, (6%), оперированных в возрасте 3 дней и 3 месяцев без фиксации подвздошных костей спицами, в послеоперационном периоде на лейкопластырном вытяжении произошло одностороннее смещение тазобедренного сустава кверху на 0,7 и 1,0 см соответственно, хирургическая коррекция длины в последующем не потребовалась. У 6 пациентов были незначительные осложнения в виде перфорации кожи спицей без воспалительных изменений на сроке 2-3 недели после операции, спица без последствий удалена раньше запланированного срока. Неврологических осложнений, несращений по линии остеотомии не было отмечено. Межлонный диастаз лонных костей с возрастом увеличивался, однако был значительно меньше, чем у пациентов, которым остеотомия не проводилась.

ВЫВОДЫ. Предлагаемая малоинвазивная внутритазовая передняя остеотомия подвздошных костей проста в выполнении, эффективна, не повреждает сосудистые и неврологические структуры, выполняется за короткое время с низким процентом осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстрофия мочевого пузыря, тазовая остеотомия.

88. СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОГО КРИПТОРХИЗМА

*Панченко Игорь Андреевич, Шипилов Андрей Иванович
ГАУЗ СК Краевой клинический уроandroлогический центр*

ВВЕДЕНИЕ. Крипторхизм является одной из основных хирургических причин мужского бесплодия. Особую сложность представляет диагностика и лечение брюшной формы крипторхизма особенно высоких форм брюшной ретенции. Своевременность хирургического лечения крипторхизма (18-24 мес) определяет прогноз фертильности пациентов в будущем.

ЦЕЛЬ. Разработка оптимального подхода к диагностике, хирургическому лечению высокой брюшной ретенции яичка, позволяющему добиться не только коррекции косметического дефекта и сохранения гонад, но и сохранение репродуктивной, гормональной функций, профилактики онкологических осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГАУЗ СК ККСУЦ г Ставрополя разработана, освоена и успешно применяется методика лапароскопической мобилизации и поэтапной орхипексии без пересечения питающей ножки (внутренних яичковых сосудов (патент №2020125230)). По данной методике успешно прооперировано 65 пациентов (75 яичек). Выраженная послеоперационная гипотрофия отмечена у 1 пациента. Клиническое наблюдение: Пациент П.2008 г.р. обратился в ГАУЗ СК ККСУЦ в январе 2019г с жалобами на отсутствие обоих яичек в мошонке. Данные жалобы у пациента отмечались с рождения. Ранее родители к урологам не обращались, лечения не проводилось. При пальпации, УЗИ исследовании в мошонке, мягких тканях пахового канала яичек не выявлено. Установлен диагноз – «Синдром непальпируемого яичка» с 2х сторон. Двусторонний брюшной крипторхизм. Согласно алгоритму при синдроме непальпируемых яичек в феврале 2019 года выполнена лапароскопическая ревизия брюшной полости. Установлено наличие жизнеспособных яичек слева на расстоянии 6 см проксимальнее глубокого пахового кольца, справа – на расстоянии 4х см от глубокого пахового кольца. Одномоментно с ревизией выполнена лапароскопическая мобилизация левого яичка без пересечения яичковых сосудов, левое яичко выведено под кожу в место проекции верхней трети левого пахового канала. Рекомендовано далее этапные орхипексии. Пациент повторно обратился только в 2023 году. Выполнено в 2023 – 2й этап орхипексии слева. В 2024 году – 2х этапная (с интервалом 6 мес) орхипексия справа при высокой брюшной ретенции без пересечения яичковых сосудов. При контрольном обследовании оба яичка располагаются у корня мошонки. Размеры яичек: правого 3.5 – 1.6см, левого 3.4 -1.3см (данные УЗИ). Гормоны крови – общий тестостерон 18.6 нмоль/л, ЛГ 14 мед/л, фсг 54 мед/л, кровь на В ингибин – 4 пг\мл. Анализ спермограммы – азооспермия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За время лечения пациенту с высокой брюшной ретенцией яичек (5-6 см от глубокого пахового кольца) с помощью предложенной методики удалось низвести оба яичка с максимальным сохранением гормональной функции, устранен косметический дефект, яички доступны для онкомониторинга. Учитывая позднее обращение сохранить репродуктивную функцию не представлялось возможным.

ВЫВОДЫ. Таким образом применение метода поэтапного низведения яичка без пересечения сосудистой ножки позволяет низвести яичко в сложных случаях высокой брюшной ретенции,

максимально сохранить функцию половых желез, сексуально адаптировать пациента и максимально предотвратить атрофические процессы в гонадах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: крипторхизм, фертильность, высокая брюшная ретенция яичка.

89. ЭКТОПИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧКИ КАК ПРИЧИНА СТОЙКОГО ДНЕВНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕВОЧКИ

*Джамалов Сосланбек Шамилович, Напольников Федор Константинович,
Яцык Сергей Павлович, Рабаданов Гусейн Рабаданович, Жарков Данил Анатольевич,
Воронина Екатерина Алексеевна, Климов Владислав Николаевич,
Пунтикова Александра Юрьевна
ДНКЦ им. Л.М. Рошалья*

ВВЕДЕНИЕ. Дневное недержание мочи у девочек часто трактуется как функциональная дисфункция мочевого пузыря. При отсутствии эффекта от стандартной терапии требуется исключение органических причин, включая эктопию мочеточника при удвоении верхних мочевых путей.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай длительно существующего дневного подтекания мочи, обусловленного внепузырной эктопией мочеточника верхнего сегмента удвоенной почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациентка А. 13 лет с жалобами на постоянное дневное подтекание мочи с раннего детства. Ночное недержание отсутствовало. В течение нескольких лет проводилось обследование: анализы мочи без воспалительных изменений, цистография – без пузырно-мочеточникового рефлюкса, цистоскопия – без патологии, МРТ пояснично-крестцового отдела – без структурных изменений. Ранее установлен диагноз нейрогенной гиперрефлекторной дисфункции мочевого пузыря. В условиях ДНКЦ им. Л.М. Рошалья выполнена КТ-урография, выявившая удвоение левой почки с гипоплазией верхнего сегмента и признаками внепузырной эктопии мочеточника.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентке выполнен лапароскопический уретеро-уретероанастомоз слева с использованием видеоэндоскопических технологий. Эктопированный мочеточник верхнего сегмента отсечен и анастомозирован с мочеточником нижнего сегмента, установлен внутренний стент. После удаления стента отмечено полное прекращение дневного подтекания мочи. Интра- и послеоперационных осложнений не зарегистрировано.

ВЫВОДЫ. Стойкое дневное недержание мочи при сохраненной сухости ночью является важным диагностическим признаком, требующим исключения эктопии мочеточника. Компьютерная томография с контрастированием играет ключевую роль в диагностике. Хирургическая коррекция позволяет добиться полного устранения симптомов и восстановления качества жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эктопия мочеточника, удвоение почки, дневное недержание мочи, дети, уретеро-уретероанастомоз.

90. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ БЛОКОМ И ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК НА ФОНЕ ОСТРОГО МЕДУЛЛЯРНОГО НЕКРОЗА ПОЧЕК

*Зарифов Тилловар Амуллоевич, Шарипов Шамил Фанильевич,
Шарипова Диана Ильгизовна, Хасанов Мухаммадшариф Тоирович, Юнусов Айнур Раилевич
ГДКБ 17 г. Уфа*

ВВЕДЕНИЕ. Вторичный (приобретенный) уретерогидронефроз – патологическое расширение собирательной системы почек и мочеточника с нарушением оттока мочи, которое развивается как осложнение какого-либо заболевания или состояния. Такое состояние приводит к острому повреждению почек, требующему экстренного восстановления оттока мочи. Частыми причинами вторичного уретерогидронефроза являются: наличие конкрементов; объемные образования верхних мочевых путей и забрюшинного пространства; стриктуры; травмы мочеполовых органов; инфекционные заболевания – гнойные формы пиелонефрита; редко – вторичный гидронефроз при онкологических заболеваниях других органов и систем (распад опухоли, массивный гемолиз, рабдомиолиз, системные воспалительные реакции организма, некротические поражения других органов). В практике врача-уролога также встречаются редкие случаи вторичного уретерогидронефроза с возникновением острой почечной недостаточности, требующие экстренного хирургического вмешательства с применением правильной и безопасной тактики.

ЦЕЛЬ. Представить опыт лечения вторичного уретерогидронефроза с билатеральным блоком и развитием острой почечной недостаточности в результате острого медуллярного некроза почек на фоне некроза тощей кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ребенок В., 8 лет была поступила в экстренном порядке в детское хирургическое отделение ГДКБ № 17 г. Уфа с подозрением на острый живот 26.01.2026 года. КТ и УЗИ почек и мочевыводящих путей во время поступление без особенности.

В анамнезе у ребенка: Врожденный порок сердца: корригированный ДМЖП и ДМПП. Проплап митрального клапана 1-й степени с регургитацией 1-й степени. Приходящее удлинение интервала QT. Синдром слабости синусового узла, 2-й вариант. Приходящая АВ-блокада 2-й степени, 1-й тип НК 0-й степени. Носитель кардиостимулятора. Задержка психического развития. Аутизм. Синдром Пейтца-Егерса. После предоперационной подготовки проведена диагностическая лапароскопия. При ревизии брюшной полости выявлен конгломерат, состоящий из тонкой кишки темно-багрового цвета. Попытка устранить причину конгломерата оказалась безуспешной. Переход на лапаротомию: проведена дезинвагинация, резекция некротизированного участка кишечника на протяжении 150 см с наложением кишечного анастомоза. В послеоперационном периоде ребенок находился в реанимационном отделении в течение 7 суток. Полученное лечение в условиях реанимации: антибиотики, спазмолитики, инфузионная терапия (глюкоза, солевые растворы), обезболивающие препараты и парентеральное питание. 02.02.2026 переведена из реанимации в хирургическое отделение. Вечером того же дня у ребенка появились многократная рвота, боли в животе снижение диуреза. С 03.02.2026 анурия, произведена

катетеризация мочевого пузыря, получено около 20 мл мочи с кровью. По данным УЗИ почек от 03.02.2026 отмечалось расширение ЧЛС с обеих сторон, гиперэхогенные включения в ЧЛС обеих почек, расширение мочеточников; в проекции дистального отдела мочеточников определяются гиперэхогенные включения с акустической тенью: справа 13,6*3,6 мм; слева 12,5*3,3 мм. КТ почек 03.02.2026: блокада обеих почек, конкременты в почках и дистальных отделах обеих мочеточников, двусторонний вторичный обструктивный гидроуретеронефроз, обструкция мочеточников конкрементами на уровне нижней трети мочеточников. Биохимический анализ крови 03.02.2026: креатинин – 171 мкмоль/л, мочевины – 11,78 мкмоль/л, СКФ – 23мл/мин. Учитывая отсутствие данных за МКБ в анамнезе и при поступлении, клинику двустороннего уретерогидронефроза, характер и плотность гиперэхогенных включений по данным УЗИ и КТ, диагноз мочекаменная болезнь вызывал сомнения. Принято решение о проведении лечебно-диагностической цистоскопии со стентированием мочеточников. Цистоскопическая картина: В просвете мочевого пузыря обнаружена прозрачная моча с хлопьями. Слизистая мочевого пузыря гиперемирована, местами отечна, сосудистый рисунок усилен. Устья мочеточников без особенностей. При проведении через левое устье струны проводника отмечается выделение обильного количества вязкого, слизисто-фибринозного содержимого красного оттенка с белесоватыми включениями. По струне через устье левого мочеточника под УЗИ контролем введен внутренний JJ-стент (Ch 5 16 см) до лоханки. Далее струна-проводник введена в устье правого мочеточника – отмечается выделение аналогичного содержимого. Выполнен контроль положения стентов. Установлен мочевого катетер. Через 8 часов после стентирования выделено более 1800 мл мочи цвета мясных помоев с хлопьями, некротизированными тканями и кристаллами. По УЗИ: расширение отсутствует. По биохимическому анализу крови – снижение показателей креатинина и мочевины. Окончательный клинический диагноз установлен на следующий день после проведения телемедицинской консультации с РДКБ им. Пирогова (г. Москва) совместно с нефрологами. Мочеточниковые стенты удалены на 13 сутки после установки. После удаления стентов нарушений оттока мочи не наблюдалось. В первые 2 недели периодически отмечалась макрогематурия. Ребенок получал антибактериальные препараты и глюкокортикостероиды (преднизолон 0,5 мг/кг массы тела в течение 21 дня с последующим снижением дозы). Из стационара выписан на следующий день после удаления стента для дальнейшего амбулаторного наблюдения у нефролога по месту жительства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При правильной последовательности диагностических мероприятий и своевременном восстановлении оттока мочи состояние ребенка улучшилось. Показатели уремии быстро снизились, и ребенок не нуждался в заместительной почечной терапии.

ВЫВОДЫ. Вторичный уретерогидронефроз некротическими массами может имитировать МКБ по данным лучевых методов диагностики, что требует клинической настороженности и анализа анамнестических данных. Вторичный уретерогидронефроз с медулярным некрозом после обширных хирургических вмешательств в брюшной полости, сопровождающийся некрозом органов, может развиваться в раннем послеоперационном периоде. При несвоевременной диагностике и оказании помощи это может привести к полиорганной недостаточности. Своевременное восстановление оттока мочи является ключевым фактором в лечении данного заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вторичный уретерогидронефроз, острая почечная недостаточность, медулярный некроз.

91. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЭНДОКОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА DEXELL

Пунтикова Александра Юрьевна, Напольников Федор Константинович, Яцык Сергей Павлович, Жарков Данил Анатольевич, Климов Владислав Николаевич, Рабаданов Гусейн Рабаданович, Воронина Екатерина Алексеевна, Джамалов Сосланбек Шамилович
ДНКЦ им. Л.М. Рошалья

ВВЕДЕНИЕ. Широкий выбор имплантов для эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) требует дифференцированного подхода к выполнению процедуры в связи с физико-химическими свойствами объемобразующего препарата.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность импланта «Dexell» для эндоскопической коррекции ПМР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с сентября 2024 года по февраль 2026 года в отделении урологии Детского Научного Клинического центра им Л.М. Рошалья находилось на лечении 228 детей с диагнозом пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 228 пациентов средний возраст составил 7,5 + 2 года. Из них 85 девочек, 60 мальчиков. У 145 детей выполнена эндоскопическая коррекция рефлюкса препаратом «Dexell». У 55 пациентов процедура выполнена с двух сторон. Контрольное обследование проведено у 100 детей через 6 месяцев. В результате рецидив ПМР выявлен у 18 детей, что потребовало повторного введения импланта.

ВЫВОДЫ. Таким образом, эффективность эндоскопического лечения препаратом «Dexell» составила 82%. Физико-химические свойства объемобразующего импланта «Dexell» унифицируют его использование в детском возрасте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Dexell, рефлюкс, коррекция.

92. ВАРИАНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Рабаданов Гусейн Рабаданович, Напольников Федор Константинович, Яцык Сергей Павлович, Жарков Данил Анатольевич, Климов Владислав Николаевич, Джамалов Сосланбек Шамилович, Пунтикова Александра Юрьевна, Воронина Екатерина Алексеевна
ДНКЦ им. Л.М. Рошалья

ВВЕДЕНИЕ. Различные анамнестические данные, этиопатогенез ИФО требуют детального обследования для создания прогноза лечения.

ЦЕЛЬ. Продемонстрировать многообразие вариантов ИФО на фоне различных нарушений мочеиспускания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены три клинических случая пациентов с диагнозом ИФО, находившихся на лечении в детском отделении урологии-андрологии ГБУЗ МО ДНКЦ им Л.М. Рошалья г. Красногорска. Алгоритм обследования включал в себя ультразвуковое, рентгенурологическое исследование, КУДИ. Цистоуретероскопия применялась как способ диагностики с определением дальнейшей тактики хирургического лечения ИФО.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациент М. – направительный диагноз нарушение функции тазовых органов

нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, энкопрез. В анамнезе: в возрасте 11 мес установлен диагноз стриктура уретры, по месту жительства выполнено бужирование, режим постоянной катетеризации. В 2 года выполнена пластика губчатого отдела уретры дезпителлизированным кожным лоскутом крайней плоти на сосудистой ножке. В течение 2х лет отрицательная динамика, далее по м/ж трижды выполнялось ТУР стриктуры без эффекта. В ДНКЦ при обследовании – обструктивно-прерывистый тип кривой. Объем остаточной мочи более 15%. Стриктура непроходима для катетера 8 Шр. Восходящая уретрография – стриктура в проекции пено-скротального угла. Выполнена резекция стриктуры, уретроуретроанастомоз. В настоящее время уретра свободна проходима для катетера 10 Шр. Продолжается консервативная терапия НДМП. Пациент Е., 15 лет, на фоне полного здоровья стал отмечать жалобы на ночное недержание мочи, периодическое дневное недержание. При обследовании – значительное, количество остаточной мочи, обструктивная кривая на урофлоуметрии. МРТ головного мозга – очаги демиелинизации. Цистоскопия – стриктура на границе простатического и мембранозного отдела, непроходима для цистоскопа. Выполнено ТУР стриктуры с установкой катетера 18 Шр. На контроле урофлоуметрии через 8 мес – нормальный тип кривой, при цистоскопии – рубцовых изменений не выявлено. Пациент Г., 12 лет, первично поступил с диагнозом ИФО, КЗУ, мегауретер справа, гипоплазия правой почки, соп. Хронический пиелонефрит, дневное недержание мочи. В анамнезе: болен с рождения, в 2019 году по м/ж выполнен ТУР КЗУ. В дальнейшем не обследовался. В ДНКЦ им ЛМ Рошала проведено комплексное обследование. Урофлоуметрия – обструктивный тип кривой. МЦУГ – ПМР 3 ст справа, признаки ИФО. КУДИ – гипосенсорный, гипорефлекторный, мочевой пузырь, детрузорно-сфинктерная диссенергия. Выполнена цистоуретроскопия, обнаружены клапаны КЗУ, признаки хронического цистита, выполнено ТУР КЗУ. При контроле – данных за ИВО не получено Вторым этапом лечения – выполнена ЭКР справа. Урофлоуметрия – функционально прерванный тип мочеиспускания, признаки активности мышц тазового дна во время мочеиспускания.

Выводы. Нарушения мочеиспускания в различном возрасте требуют комплексного подхода к диагностике патологии, что в дальнейшем влияет на тактику хирургического лечения. Пациенты, имеющие в анамнезе ИФО, требуют обязательного контроля в условиях стационара с комплексным уродинамическим обследованием.

93. РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ SENHANCE

Климов Владислав Николаевич, Напольников Федор Константинович, Яцык Сергей Павлович, Жарков Данил Анатольевич, Воронина Екатерина Алексеевна, Рабаданов Гусейн Рабаданович, Пунтикова Александра Юрьевна, Джамалов Сосланбек Шамилович
ДНКЦ им. Л.М. Рошала

ВВЕДЕНИЕ. Лечение обструктивного гидронефроза у детей – актуальная задача для детских урологов. Современные технологические достижения в области хирургии позволили утвердить роботизированную пиелопластику в качестве жизнеспособной альтернативы традиционным методам. Широкие возможности роботических инструментов, наиболее полно проявляющиеся

при выполнении реконструктивных операций в анатомически ограниченных пространствах, обосновывают целесообразность их внедрения в практику детской хирургии. Современные роботизированные технологии не только соответствуют уровню эффективности открытой и эндоскопической хирургии, но и превосходят их по ряду ключевых показателей.

ЦЕЛЬ. Демонстрация современных возможностей роботической хирургии при выполнении хирургических процедур на верхних мочевых путях у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Научное исследование выполнялось с октября 2024 по январь 2026 г. За весь период выполнено 5 робот-ассистированных вмешательств на пиелоретеральном сегменте (ПУС) мочеточника. Роботизированные операции проводились с использованием роботической платформы Senhance Surgical System (Asensus Surgical, Швейцария-Италия). Все хирургические вмешательства выполнялись в соответствии с унифицированными принципами и по единому протоколу, утвержденному на начальном этапе освоения роботизированной системы Senhance. Во всех случаях применялась стандартная конфигурация с тремя роботическими портами: одним 10 мм троакаром для оптики (устанавливался на уровне пупка открытым доступом) и двумя 5 мм троакарами для роботических манипуляторов. В рамках исследования фиксировались периоперативные параметры, включающие демографические данные пациентов, детали оперативного вмешательства, а также ранние и отдаленные послеоперационные исходы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего в настоящее исследование включены 5 пациентов: 4 (80%) мальчика и 1 (20%) девочка с подтвержденным диагнозом одностороннего гидронефроза IV степени согласно классификации SFU. Средний возраст на момент операции составил $12 \pm 1,5$ года, а средняя масса тела – $61,1 \pm 7,1$ кг. Всем детям проведено лечение: робот-ассистированная пиелопластика по Хайнс-Андерсону (Hynes-Anderson). Среднее время операции составило $150,0 \pm 36,1$ мин (медиана 145,0 [120,0; 196,1] мин). Операции не сопровождались интраоперационными осложнениями. В раннем и отдаленном периодах после операций не отмечено сколько-нибудь значимых осложнений.

ВЫВОДЫ. Первоначальный опыт выполнения робот-ассистированных операций подтвердил, что робототехника может безопасно и эффективно применяться у детей с патологией ПУС мочеточника и является достойной альтернативой открытым и лапароскопическим операциям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: робот-ассистированная хирургия, робот Senhance, обструкция пиелоретерального сегмента, дети.

94. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МОНИТОРИНГА ВНУТРИЛОХАНОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ

Вардак Артур Борисович, Рудин Юрий Эдвартович, Ромих Виктория Валерьевна, Меринов Дмитрий Станиславович, Арустамов Левон Дмитриевич, Пантелеев Владислав Владимирович, Гурбанов Шамиль Шакурович, Алиев Джамалутдин Камильбекович, Лагутин Георгий Владимирович
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

ВВЕДЕНИЕ. Одним из ведущих факторов возникновения инфекционно-воспалительных осложнений ПНЛ у детей, занимающих в общей структуре до 19-29%, является повышение внутрилоханочного давления. Увеличение порога в 25 мм рт. ст. приводит к возникновению пиело-интерстициального рефлюкса. Было выполнено исследование влияния данного фактора и изучения возможностей профилактики осложнений у детей путем контроля показателей внутрилоханочного давления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В детском уроандрологическом отделении НИИ урологии 51 ребенку с конкрементами почки (2-3,5 см) медиана наибольшего размера которых составила 29 [20; 35,5] мм, плотности 1019 [725;1318] НУ, и наличием бактериурии в 43,1% случаев выполнена мини-ПНЛ из одного доступа нефроскопом 16 Шр (первая группа). Измерение проводилось по мочеточниковому катетеру, расположенному в лоханке, фиксирующим показатели внутрилоханочного давления с последующим определением параметров максимального (Рмакс), среднего (Рср) давления и суммарного времени превышения порога рефлюкса (tr). Во второй группе, включающей 53 ребенка с медианой размера конкрементов почки 27 [20,2;35] мм, плотности 937 [695; 1276] НУ, с наличием бактериурии в 41,5% случаев проводился активный интраоперационный мониторинг величины внутрилоханочного давления с поддержанием его максимальных значений на уровне менее 20 мм рт.ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе Рмакс составило 29,1[24,2; 35,7] мм рт. ст., Рср 19,2 [17,5; 24,2] мм рт. ст., время операции 75[49,8; 92] мин. Синдром системной воспалительной реакции возникал в 15,7% случаев и отмечался значимо чаще при Рср>20 мм рт. ст., tr>130 секунд. Во второй группе Рмакс составило 14,2 [12,8; 16,3] мм рт. ст., Рср 10,9 [9,8; 12,9]мм рт. ст., время операции 70 [51,5; 89,5] мин, синдром системной воспалительной реакции отмечался в 7,4% случаев.

ВЫВОДЫ. Появление инфекционно-воспалительных осложнений перкутанной нефролитотрипсии у детей зависит от объема среднего внутрилоханочного давления и суммарной продолжительности превышения порога рефлюкса. Динамичный интраоперационный мониторинг с контролем порога до 20 мм рт. ст. позволяет эффективно минимализировать риск их развития.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь, дети, перкутанная нефролитотрипсия, внутри почечное давление.

95. МАРКЕРЫ ТКАНЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ С ВАРИКОЦЕЛЕ

*Федулов Александр Владимирович, Зоркин Сергей Николаевич,
Суходольский Андрей Андреевич, Жужула Анастасия Андреевна,
Курбатова Ольга Владимировна*

*ГБУЗ МО «МОЦОМД», ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России,
ГБУЗ МО «НИКИ детства Минздрава Московской области»*

ВВЕДЕНИЕ. Варикоцеле – это заболевание, характеризующееся варикозным расширением вен лозовидного сплетения, которое приводит к нарушению кровообращения в области

яичка. Частота обнаружения варикоцеле в детском возрасте колеблется от 9,0% до 24,8% и в среднем составляет 15,6%. Так же данная патология является наиболее распространенной у бесплодных мужчин, и на основании этого рассматривается в качестве одной из основных причин мужского бесплодия. На данный момент единой концепции по вопросам этиологии и патогенеза варикоцеле нет. Для более глубокого понимания патофизиологических механизмов развития варикоцеле, повреждения паренхимы яичка и связанного с ними бесплодия в настоящее время проводятся исследования на молекулярном уровне.

ЦЕЛЬ. Определить молекулярные предикторы варикоцеле в детском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами выполнено исследование AQP-1, AQP-9, HIF-1 α , NO у мальчиков в возрасте от 12-18 лет. Все пациенты были разделены на две группы, 1-я – пациенты с варикоцеле 2-3 ст. (n=40), 2-я (контрольная) – без варикоцеле (n=40).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мы не получили статистически значимых различий уровня AQP-1 у пациентов исследуемых групп и пришли к выводу что данный параметр не может быть использован при изучении патофизиологии варикоцеле или требует более большой выборки. Показатели AQP-9 в 1-й группе были – $1686 \pm 1366,5$ пг/мл, во 2-й группе – $4340 \pm 4167,2$ пг/мл, что свидетельствует об активации регуляции потоков внутри- и внеклеточной жидкости, как одного из способов снижения гипоксии и гипертермии. HIF-1 α в 1-й группе составил $0,0328 \pm 0,0249$ нг/мл, во 2-й группе – $0,0853 \pm 0,0682$ нг/мл, высказано предположение что в малых концентрациях HIF-1 α стимулирует выживаемость клеток в условиях гипоксии, повышение уровня HIF-1 α приводит к гибели герменогенного эпителия. При исследованиях NO выявлено, что содержание оксида азота в периферической и семенной венах у пациентов с варикоцеле сопровождалось ростом концентрации метаболитов оксида азота более чем в 3 раза, установлено, что повышенное содержание NO приводит к повреждению клеточной мембраны, а, следовательно, и сперматозоидов.

ВЫВОДЫ. Таким образом, установлена связь между уровнем AQP-9, NO и HIF-1 α у пациентов с варикоцеле и без него, что может быть использовано для уточнения патофизиологии варикоцеле у детей и определения тактики лечения данной группы пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле, аквапорины, оксид азота, гипоксия индуцированный фактор, AQP, HIF-1 α , NO.

96. ИЗОЛИРОВАННОЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБОЛОЧЕК МОШОНКИ У РЕБЕНКА С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ IGRA-ТЕСТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Зарифов Тилловар Амуллоевич, Шарипов Шамил Фанильевич,
Шарипова Диана Ильгизовна, Юнусов Айнура Раилевич,
Хасанов Мухаммадшариф Тоирович
ГДКБ 17 г. Уфа*

ВВЕДЕНИЕ. Гранулематозные поражения органов мошонки у детей встречаются крайне редко и представляют диагностические трудности. Клиническая картина может имитиро-

вать ограниченный гнойный процесс, что затрудняет своевременную верификацию специфической этиологии.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай изолированного гранулематозного поражения оболочек мошонки у ребенка с положительным IGRA-тестом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент 10 лет госпитализирован с жалобами на болезненное образование в левой половине мошонки и локальную гиперемию.

Осмотр: Определялось плотное округлое образование до 2 см, не связанное с яичком. Яичко интактно, четко пальпируется отдельно.

УЗИ: Яичко без структурных изменений. Умеренное утолщение оболочек. Локальный воспалительный очаг в проекции оболочек. Незначительный реактивный выпот. Признаков деструкции придатка и паренхимы яичка не выявлено.

Хирургическое лечение: Выполнена ревизия мошонки. Интраоперационно выявлен инкапсулированный гнойный очаг в оболочках. Яичко интактно, придаток макроскопически без деструктивных изменений. Очаг полностью вылуцен, выполнено дренирование.

Морфология и микробиология: Бактериологическое исследование: выделен полирезистентный *Staphylococcus aureus*. Гистологическое исследование: хронический гранулематозный инфильтрат, эпителиоидные клетки, гигантские многоядерные элементы, лимфоидная инфильтрация, очаги некробиотических изменений. Окраска на кислотоустойчивые бактерии – сомнительная. Морфологическая картина соответствовала хроническому гранулематозному воспалению мягких тканей мошонки.

Дополнительное обследование: При повторном сборе анамнеза выявлен контакт с больным открытой формой туберкулеза за 5 месяцев до госпитализации. Диагностика: Диаскинтест – отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. IGRA-тест – положительный. Ребенок направлен к фтизиатру, начата специфическая терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Случай демонстрирует возможность изолированного поражения оболочек мошонки без вовлечения паренхимы яичка, клиническую маскировку гранулематозного процесса под ограниченный гнойный очаг, а также отсутствие изменений по данным рентгенографии при положительном IGRA-тесте. Выявленный полирезистентный *S. aureus*, вероятно, отражает вторичную бактериальную контаминацию очага и не объясняет гранулематозную морфологию воспаления.

ВЫВОДЫ.

1. Изолированное гранулематозное поражение оболочек мошонки у детей представляет редкую диагностическую ситуацию.
2. Наличие гранулематозного воспаления требует обязательного исключения специфической инфекции.
3. Отрицательные кожные тесты и отсутствие рентгенологических изменений не исключают туберкулезной инфицированности.
4. IGRA-тестирование имеет важное значение в диагностическом алгоритме.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: IGRA-тест, гранулематозное поражение, гнойный процесс.

97. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ

Кукарина Ирина Петровна

СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №30»

ВВЕДЕНИЕ. Заболевание «Варикоцеле» было, есть и остается проблемой современных детей и их родителей. В настоящий момент нет единой концепции показаний к оперативному или консервативному лечению. Существует большое количество методик оперативного лечения, исключительно на усмотрение оперирующего врача. Но, несмотря на широкое распространение заболевания, механизмы его развития и влияние на репродуктивную функцию остается предметом активных исследований.

ЦЕЛЬ. Изучение особенностей клинического течения варикоцеле после оперативного лечения и вне его.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Петроградского района проведено когортное исследование 250 детей с диагнозом левостороннее варикоцеле за период с августа 2023 года по август 2025года. Данные пациенты были разделены на 2 группы.

1 группа (150 человек) – пациенты, которым было выполнено оперативное лечение,

2 группа (100 человек) – пациенты, которым было предложено консервативное лечение.

Перед хирургическим лечением, для выявления формы варикоцеле, всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование мошонки, сосудов малого таза, простаты, области аорто-мезентериального соустья. Так как исследование ретроспективное, были проанализированы карты пациентов, данные УЗИ после оперативного лечения и пациенты были приглашены на осмотр с УЗИ для того, чтобы оценить отдаленные результаты лечения. Катамнестическое наблюдение составило от 6 мес. до 2,5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст детей составил от 15,7 (от 15-17 лет) лет, индекс массы тела 18,4 (17,6;20,4) кг/м², дефицит массы тела выявлен у 80 (32%) подростков. Объем правого яичка составил 15,6 (11,6; 19) мл, левого 13,7 (10,1; 17,1) мл ($p=0,11$).

В 1 группе пациентов распределение было выполнено по методу оперативного лечения:

- Операция Паломо-Ерохина – 95 человек (63,3%);
- Лапароскопическое клипирование яичковой вены – 10 человек (6,7%);
- Операция Мармара – 45 человек (30%).

Во 2 группе пациентов распределение было выполнено по степени выраженности варикоцеле:

- 2 степень – 41 человек (41%);
- 3-4 степень – 59 человек (59%).

Показаниями к оперативному лечению являются: гипотрофия левого яичка (асимметрия левого яичка на 30% меньше правого яичка) и болевой синдром в левой половине мошонки. Консервативное лечение было предложено пациентам при отсутствии изменений со стороны яичка и отказе родителей от оперативного лечения. В 1 группе: рецидив варикоцеле в послеоперационном периоде возник у: 2 пациентов, оперированных по методике Паломо-Ерохина; 5 пациентов, оперированных по методике Мармара. Пациенты после лапароскопического кли-

пирования яичковой вены на контрольный осмотр не пришли. Во 2 группе: у 29 человек данных за «варикоцеле» на УЗИ и при осмотре не обнаружено; у 23 человек без отрицательной динамики (по данным УЗИ диаметр вен с 4,5 мм уменьшился до 3,3 мм); у 26 человек из 3 подгруппы возникла гипотрофия яичка, направлены на оперативное лечение; 12 человек из 2 подгруппы направлены на оперативное лечение, так как возник постоянный болевой синдром.

Выводы. Подводя итоги нашего ретроспективного исследования относительно «варикоцеле» у детей и подростков Петроградского района г. Санкт-Петербург, мы признали, что операция Палома-Ерохина по частоте возникновения рецидивов является методом выбора при лечении «варикоцеле». Динамическое наблюдение пациентов с «варикоцеле» не может быть меньше 6 месяцев, так как возможно уменьшение отрицательной динамики либо полное выздоровление. Консервативное лечение имеет место быть (в частности, венотоники, ограничение физических нагрузок, ЛФК).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле, подростки, операция Палома-Ерохина, операция Мармара.

98. ПОКАЗАНИЯ К КИШЕЧНОЙ ЦИСТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

*Сарычев Сергей Александрович, Осипов Игорь Борисович, Красильников Дмитрий Евгеньевич,
Соснин Евгений Владимирович, Алексеева Людмила Анатольевна,
Осипов Антон Игоревич, Лебедев Дмитрий Анатольевич
ГБОУ ВО СПбГПМУ*

ВВЕДЕНИЕ. Коррекция нейрогенных нарушений мочеиспускания у детей миелодисплазией базируется на периодической самокатетеризации (ПК) и антихолинергической фармакотерапии (АХТ). В настоящее время обеспечение процесса ПК у детей с деформациями скелета и болевым синдромом, связанным с ПК, облегчает континентная везикостомия (КВС). Эффективность АХТ можно повысить с помощью внутривезикулярных инъекций ботулотоксина. Однако, при сочетании факторов низкой емкости, высокого внутрипузырного давления и недостаточности сфинктеров уретры, эффективность консервативного и малоинвазивного лечения существенно снижается. Также, у ряда пациентов с КМД на фоне нарушения резервуарной функции развивается пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) или вторично обструктивный уретерогидронефроз (УГН) высокой степени (около 30-40% случаев, согласно литературным данным). В этих случаях приходится использовать радикальные хирургические методики, направленные на увеличение емкости мочевого пузыря – аугментационную кишечную цистопластику (АКЦП). Согласно обзору литературных источников, около 5% пациентов с нейрогенным мочевым пузырем (НМП) могут требовать такого лечения. Тем не менее, операция АКЦП не является рутинной хирургической процедурой, и четкие показания к применению данной методики при НМП не сформулированы.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и безопасность аугментационной кишечной цистопластики у детей с НМП на основании опыта федеральной клиники, и уточнить показания к данной операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2010 по 2025 гг. в клинике урологии СПбГПМУ было обследовано 550 детей с НМП. Все пациенты данной группы имели изначально недержание мочи и требовали проведения периодической самокатетеризации, а в 92% – назначения М-холинолитиков. У 192 детей (35%) зафиксированы уропатии, представленные ПМР и УГН. При невозможности эффективного применения ПК и АХТ, у 68 больных были сформированы континентные везикостомы, и у 78 выполнялись этапные внутридугрозурные инъекции препаратов ботулотоксина А. У 32 пациентов (5,8%) с резистентностью мочевого пузыря к АХТ и ботулинотерапии была выполнена АКЦП. В этой когорте у 16 детей (50%) отмечались нарушения функции почек вследствие ПМР (6) или УГН (10), не устранимых методами консервативного эндоскопического лечения. 8 из них (25%) требовали постоянной катетеризации мочевого пузыря из-за высокой активности пиелонефрита. 24 пациента имели недержание мочи, которое невозможно было купировать с помощью консервативных мероприятий (ПК, АХТ). В т.ч. 9 детей страдали от трансстомического недержания –потери мочи происходили через ранее сформированную везикостому. Максимальная емкость мочевого пузыря (V_{max}) накануне операции составляла от 60 до 200 мл (в среднем 120 ± 8). Использовались сегменты подвздошной (24) и сигмовидной кишки (8) длиной 20–30 см (25 ± 3). У всех пациентов была сформирована континентная везикостома для удобного проведения самокатетеризации.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Спустя 1 месяц после операции средний показатель V_{max} увеличился до 205 ± 10 мл, а через 1 год V_{max} достигал значений 550 ± 45 мл. С течением времени отмечалась положительная тенденция роста емкости мочевого пузыря ($p=0,001$ для Wilcoxon). Статистически значимой зависимости от выбора кишечного трансплантата и его длины (в пределах указанных значений) на эти показатели не выявлено. Мочевая континенция была улучшена у всех пациентов, при этом дополнительные вмешательства на шейке потребовались в 12 случаях (38%). Пластика шейки производилась у 8 детей (25%) методами внутрипузырного удлинения уретры (операции Кроппа и Леадбеттера). Закрытие шейки мочевого пузыря было выполнено впоследствии у 6 пациентов (19%). Во всех 16 случаях ПМР и УГН были достигнуты улучшения уродинамики верхних мочевых путей (у 2 детей – после реимплантации мочеточников в процессе АКЦП), однако у двух пациентов значительный УГН сохранялся спустя 2 года после операции. Случаи камнеобразования зафиксированы у 12 больных (38%), у 2 детей камни образовались не только в искусственном мочевом пузыре, но и в почках. В четырех случаях (13%) отмечалось усугубление мочевой инфекции, связанное с регулярным переполнением резервуара вследствие редкой катетеризации и недостаточной санации. Осложнения со стороны КВС в виде инконтиненции или стеноза кожного отдела зафиксированы у 8 пациентов (25%) и устранялись с помощью дополнительных операций. У 1 пациента зафиксирована самопроизвольная перфорация мочевого пузыря, потребовавшая хирургической ревизии.

ВЫВОДЫ. АКЦП является надежным методом улучшения резервуарной функции мочевого пузыря и способом коррекции тяжелых форм недержания мочи и уретерогидронефроза, однако сопровождается высоким риском осложнений, возникающих в отдаленном периоде. Главным нежелательным эффектом операции является повышенное слизееобразование, провоцирующее развитие уrolитиаза у 38% больных. Осложнения со стороны континентной везикостомы, выявленные в 25% случаев, также являются поводом для проведения дополни-

тельных операций. Практически во всех случаях контроль над мочеиспусканием и уродинамика ВМВП улучшаются. Однако существует вероятность дальнейшего хирургического лечения мочевого инконтиненции у пациентов с выраженной сфинктерной недостаточностью, часто сопровождающей дефицит емкости при НМП. Профилактика описанных после АКЦП осложнений требует дополнительного ухода и пожизненного наблюдения в специализированных центрах. Стандартизация показаний к АКЦП при НМП требует дальнейшей мультицентровой разработки. Такими показаниями можно считать социальные факторы – недержание мочи, неустраняемое консервативными и малоинвазивными методами лечения, и медицинские – нарушение уродинамики верхних мочевых путей на фоне резервуарной дисфункции при НМП, приводящее к снижению функции почек, несмотря на проводимую терапию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аугментационная кишечная цистопластика, нейрогенный мочевой пузырь, везикостома, дети, недержание мочи.

99. УРОВЕНЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СТРУКТУР ПАХОВОГО КАНАЛА

*Ракевич Максим Владимирович, Соловей Ольга Михайловна,
Масленкова Евгения Николаевна
Минская областная детская клиническая больница,
Белорусский государственный медицинский университет*

ВВЕДЕНИЕ. В настоящий момент дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является одним из самых распространенных фоновых заболеваний у детей. Зачастую данная проблема проявляется со стороны патологии структур пахового канала. Наиболее частыми такими заболеваниями являются крипторхизм, паховая грыжа, водянка яичка. Учитывая мультифакторность заболеваний половой системы у мальчиков, обусловленных патологией соединительной ткани, очень важно придерживаться принципов совместной работы всех специалистов (детских хирургов, урологов, педиатров, врачей клиничко-лабораторной диагностики) на разных этапах обследований, лечения и последующего диспансерного наблюдения таких пациентов, поскольку ДСТ приводит к развитию ассоциированных заболеваний в будущем.

ЦЕЛЬ. Сформулировать клиничко-лабораторные параметры для обследования пациентов детского возраста при наличии патологии структур пахового канала и признаков ДСТ с целью выявления поражения соединительной ткани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Объектом исследования являлись пациенты детского возраста (n=82) с признаками ДСТ и патологией структур пахового канала (паховая грыжа, сообщающееся гидроцеле, крипторхизм) в соответствии со следующей возрастной периодизацией: 1 год – 3 года; 4 года – 6 лет; 7 лет – 10 лет. Группу сравнения (контрольная группа) составили дети I-II групп здоровья от 1 до 17 лет, (n=80) без наличия патологии структур пахового канала и признаков ДСТ.

Главная роль в формировании целостности структуры соединительной ткани отводится

макро-и микроэлементам, поскольку они участвуют в ферментативных реакциях, которые необходимы для формирования и сохранения структуры биополимеров. Для правильного синтеза соединительной ткани на всех уровнях участвуют ионы Mg^{2+} и Zn^{2+} , Ca^{2+} . Их длительный дефицит приводит к ассоциированным поражениям соединительной ткани. В связи с чем было решено определить концентрацию в сыворотке крови данных микроэлементов у детей с признаками ДСТ и наличие пахового крипторхизма, паховой грыжи, водянка яичка.

При проведении лабораторного анализа использовали методы количественного определения клинико-лабораторных показателей в сыворотке крови. Сывороточную концентрацию ионов Ca^{2+} и Mg^{2+} и Zn^{2+} определяли спектрофотометрическим методом. Анализ проводили на современных биохимических анализаторах Dialab Autolyzer (Австрия). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета прикладной компьютерной программы Microsoft Office Excel 2011. Данные представляли в виде медианы и интервала между 25 и 75 перцентиллями (Ме [25%-75%]). Достоверность межгрупповых различий определяли с использованием уровня значимости различий ($p < 0,05$) по критерию Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе проведенных исследований в контрольной группе были получены следующие данные. Уровень Ca^{2+} (ммоль/л) в сыворотке крови у группы детей от 1-3 года составил – 2,24[2,16;2,35], 4-6 лет – 2,21[1,87;2,43], 7-10 лет – 2,20[1,95;2,22], 11-17 лет – 2,15[2,01;2,34]. Концентрация Mg^{2+} (ммоль/л) составила в группе 1-3 года – 0,90[0,79;0,95], в группе 4-6 лет – 0,85[0,76;0,95], 7-10 лет – 0,82[0,75;0,87], 11-17 лет – 0,80[0,72;0,85]. Уровень Zn^{2+} (мкмоль/л) в сыворотке крови был следующим в группе 1-3 года – 17,18[16,01;18,36], в группе 4-6 лет – 17,21[16,38;18,35], в группе 7-10 лет – 17,55[15,01;19,69], в группе 11-17 лет – 18,01[16,01;19,78]. При сравнении двух групп концентрация уровня Mg^{2+} (ммоль/л) у детей 7-11 лет ($p=0,032$) и 11-17 лет ($p=0,028$) в исследуемой группе статистически значимо была меньше по сравнению с контрольной группой, и составила 0,69[0,61;0,74] и 0,65[0,61;0,72] соответственно. При сравнении полученных данных содержание уровня Zn^{2+} (мкмоль/л) в сыворотке крови также отличалась только в двух группах 7-11 лет ($p=0,026$) и 11-17 лет ($p=0,012$), и составила 15,29[12,21;17,12] и 11,19[9,92;15,04] соответственно.

Выводы. Таким образом, отмечаются достоверные различия в концентрации магния и цинка в сыворотке крови у детей старших возрастных групп с паховым крипторхизмом, паховой грыжей, водянкой яичка и признаками ДСТ. Различий в уровне кальция в сыворотке крови отмечено не было.

Все представленные данные могут рассматриваться как определенный этап в исследовании синдрома дисплазии соединительной ткани. Проведение научных исследований в данном направлении приблизит специалистов к лучшему пониманию взаимосвязи дефицита микроэлементов и ДСТ в развитии ассоциированных заболеваний, а также расширит возможности их коррекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дисплазия соединительной ткани, крипторхизм, водянка яичка, паховая грыжа, дети.

100. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЗ «МИНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

*Ракевич Максим Владимирович, Гусак Алексей Владимирович,
Болотник Анна Игоревна
Минская областная детская клиническая больница*

ВВЕДЕНИЕ. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – это ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в полостную систему почек. Проблема лечения пациентов с ПМР остается одной из самых актуальных в детской урологии. Применяются два основных подхода: консервативный и хирургический. Консервативный подразумевает в себе длительное использование antimicrobных препаратов. Хирургический включает в себя проведение трансуретральной эндоскопической коррекцию, либо выполнение антирефлюксных операций открытым или лапароскопическим способом.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения детей с ПМР в условиях УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Республика Беларусь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 71 пациента с первичным ПМР I – V степени, находившихся на лечении в период с 2023 по 2025 год. Возраст детей составил от 2 месяцев до 12 лет. Девочек было 45 (63%), мальчиков – 26 (37%). Односторонний рефлюкс наблюдался у 28 пациентов (39%), двусторонний у 43 пациентов (61%). 3 детей имели рефлюкс в основной сегмент удвоенной почки. Общее количество прооперированных пациентов составило 50 (70%). В качестве первой линии хирургического лечения у 45 пациентов (90%) выполнялась трансуретральная эндоскопическая коррекция уретеро-везикального соустья по методике STING объемообразующим препаратом Dexell VUR (Турция).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты прослежены в срок от 6 месяцев до 2 лет. Эффективность первичной эндоскопической коррекции ПМР составила 67%. По результатам контрольного обследования повторная эндоскопическая коррекция потребовалась 17 (24%) пациентам. Третья инъекция объемообразующего вещества проводилась 2 (3%) пациентам. При неэффективности эндоскопической коррекции 4 пациентам проведена лапароскопическая антирефлюксная операции Лич-Грегуара.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса является одним из наиболее эффективным минимально инвазивным методом лечения. При высоких степенях рефлюкса и выраженной недостаточности пузырно-мочеточникового сегмента, а также рецидивах заболевания после малоинвазивного способа лечения предпочтение следует отдавать лапароскопическим методу по методике Лич-Грегуара.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндоскопическая коррекция ПМР; пиелонефрит.

101. ДИСБИОЗ УРОБИОМА КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

*Туров Филипп Олегович, Яцык Сергей Павлович, Крапивкин Алексей Игоревич
ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава РФ*

ВВЕДЕНИЕ. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) представляют собой серьезную клиническую проблему, ассоциированную с высоким риском необратимого повреждения почечной паренхимы (нефросклероза) и селекции антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Традиционные методы диагностики, основанные на посеве мочи, обладают ограниченной прогностической ценностью и не позволяют стратифицировать риск рецидива, что приводит к назначению эмпирической, зачастую неэффективной, антимикробной терапии. Изучение микробиома мочевыводящих путей (уробиома) открывает новые горизонты в прогностической медицине, однако специфических решений для данной когорты педиатрических пациентов до настоящего времени не разработано.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов решения лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом на основе выявления специфического состава уробиома, ассоциированного с высоким риском развития рецидивирующих ИМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнено проспективное когортное исследование, в которое включены 90 детей с верифицированным пузырно-мочеточниковым рефлюксом и 30 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Забор биоматериала (мочи) осуществлялся путем катетеризации мочевого пузыря в ходе плановой микционной цистографии, что исключало контаминацию образца уретральной и перигенитальной флорой. Выделение бактериальной ДНК проводилось с последующим секвенированием переменных участков гена 16S рРНК. Биоинформатический анализ (включая классификацию по родам и семействам) выполнялся с использованием специализированных алгоритмов. Для идентификации микробных сигнатур, ассоциированных с риском ИМП, а также для построения прогностической модели и последующей разработки диагностической панели.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования получена комплексная характеристика микробиома мочевыделительной системы у детей. Подтверждено наличие значимого дисбиоза у детей с ПМР по сравнению с контрольной группой, что выражалось в снижении альфа-разнообразия микробиоты и изменении относительной численности ключевых таксонов. Выявлены специфические бактериальные биомаркеры, строго ассоциированные с высоким риском рецидивирующих ИМП:

- На уровне типа: Pseudomonadota (панее Proteobacteria); На уровне класса: Gammaproteobacteria;
- На уровне порядка: Moraxellales;
- На уровне семейства: Moraxellaceae;

• На уровне рода: *Acinetobacter* (включая комплекс *Acinetobacter calcoaceticus/baumannii*). Установлено, что у более чем 87,4% детей с ПМР в составе уробиома доминирует *Achromobacter xylosoxidans* (класс *Gamma*proteobacteria), что может служить дополнительным маркером патологического процесса.

ВЫВОДЫ. Полученные промежуточные результаты подтверждают гипотезу о наличии специфического дисбиоза уробиома у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Выявлены статистически значимые различия в таксономическом составе микробиоты мочи между пациентами с рецидивирующими ИМП и группой контроля. Разработана и валидирована прогностическая модель, демонстрирующая точность стратификации риска более 85%. Данные выводы создают основу для перехода к персонализированной профилактике ИМП у детей с ПМР, что позволит оптимизировать назначение антибактериальных препаратов и существенно снизить риск развития осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: уробиом, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дисбиоз, персонализированная медицина.

102. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Шмыров Олег Сергеевич, Козырев Герман Владимирович, Шарков Сергей Михайлович, Суров Роман Викторович, Кулаев Артур Владимирович, Лазишвили Марина Николаевна, Вельская Юлия Ильянична, Лобач Алексей Юрьевич, Ковачич Антон Сергеевич,

Морозов Кирилл Дмитриевич
Морозовская ДГКБ

ВВЕДЕНИЕ. Комплекс хирургических вмешательств, направленных на достижение континенции и произвольной деивации мочи у пациентов с недержанием мочи включает в себя формирование континентной стомы, аугментацию мочевого пузыря и блокировку естественного пути мочеотведения. Лапароскопически ассистированная аугментация мочевого пузыря в сочетании с аппендико/илеоцистостомией остается редким методом оперативного лечения в детской урологической практике. Целесообразность блокировки шейки мочевого пузыря у всех пациентов является предметом дискуссий.

ЦЕЛЬ. Проанализировать опыт Морозовской ДГКБ выполнения лапароскопически ассистированных аугментаций мочевого пузыря, континентных цистостом и блокировки шейки мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 23 пациента (средний возраст 10,4 лет, мальчиков 18, девочек 5) с различными нарушениями континенции и эвакуации мочи (4 – травма уретры различной этиологии и невозможность восстановления естественного мочеиспускания, 19 детей с нейрогенным мочевым пузырем, недержанием мочи резистентной к консервативной терапии). Были выполнены лапароскопически ассистированные аугмента-

ции мочевого пузыря, континентные цистостомии (22) и блокировки шейки мочевого пузыря (6) на базе Морозовской ДГКБ с 2019 по 2025 гг. Обследование включало в себя УЗИ почек и мочевыводящих путей, цистография, в/в урография, урофлоуметрия и цистометрия, сбор ритма спонтанных мочеиспусканий. Было диагностировано: пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 3, обструктивный мегауретер – 1, сниженная комплаентность мочевого пузыря – 8, снижение объема мочевого пузыря – 8.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Первичная лапароскопически ассистированная аугментация мочевого пузыря 9 пациентам. В сочетании с реимплантацией – у 1 пациента. Аппендикцистостомия выполнена у 19, илеоцистостомия у 4. Блокировка шейки мочевого пузыря выполнена у 6 пациентов. Интраоперационные осложнения – нет. Ранний послеоперационные осложнения: мочевой затек – 1. Осложнения в отдаленном периоде: рецидив ПМР – 1, перфорация кишечного кондуита – 1, недержание мочи (реканализация шейки) – 2, перфорация илеостомы катетером – 1, стеноз кожной аппендикостомы у 2 пациентов, эвентрация слизистой аппендикостомы – 1.

ВЫВОДЫ. Лапароскопия в комплексном хирургическом лечении инконтиненции у детей обеспечивает адекватный доступ к целевым отделам мочевого тракта и кишечника, позволяет соблюсти принципы эффективной открытой хирургии, при этом минимизируя операционную травму. Расширяющая илеоцистопластика в сочетании с аппендико/илеостомией позволяет достичь континенции без блокировки шейки мочевого пузыря.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: континенция, лапароскопия, аугментация мочевого пузыря.

103. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ НЕУДВОЕННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ОБРАЗОВАНИЯМИ

Шмыров Олег Сергеевич, Ковачич Антон Сергеевич, Шарков Сергей Михайлович, Кулаев Артур Владимирович, Суров Роман Викторович, Морозов Кирилл Дмитриевич, Лобач Алексей Юрьевич, Лазишвили Марина Николаевна
ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ

ВВЕДЕНИЕ. Лапароскопическая резекция почки является современным малоинвазивным методом лечения как доброкачественных, так и злокачественных образований почки у детей. Резекция почки у детей с образованиями позволяет сохранить больше почечной паренхимы при эквивалентных онкологических показателях общей выживаемости по сравнению с нефрэктомией, что делает этот подход в лечении небольших опухолей почки золотым стандартом.

ЦЕЛЬ. Улучшить качество лечения детей с образованиями почек, которым требуется выполнение лапароскопической резекции почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2017 по 2025 год в отделении урологии-андрологии МДГКБ лапароскопическая резекция удвоенной почки выполнена по поводу 40 очагов у 38 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Резекции выполнялись по поводу злокачественных и доброкачественных образований. Структура патологии представлена следующим образом: кистозный рак – 4 пациента (10%), нейробластома надпочечника – 1 ребенок

(2,5%), киста почки (Bosniak 3) – 3 ребенка (7,5%), ангиомиолипома – 3 (7,5%), аденома – 4 (10%), нефрома – 3 (7,5%), нефробластома (опухоль Вильмса) – 12 очагов у 10 детей (30%). У двух детей с нефробластомой выполнялась одномоментная бифокальная и билатеральная резекция. Семи пациентам выполнена лапароскопическая резекция почки по поводу чашечкового дивертикула/гидрокаликса (17,5%), 2 детям резекция выполнена в связи с холодным абсцессом (5%), и 1 пациент с резекцией почки по поводу вторичного гидронефроза (2,5%). Были собраны данные о предоперационном и послеоперационном обследовании (УЗИ, МРТ, КТ, скинтиграфия), ходе операции и послеоперационном наблюдении.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все оперативные вмешательства были успешно выполнены с использованием лапароскопического доступа. Конверсия не потребовалась ни в одном из случаев. Мочевой затек наблюдался у одного пациента в связи с дисфункцией уретрального катетера на вторые послеоперационные сутки, не требующий дополнительных оперативных вмешательств. Среднее время тепловой ишемии составило 21 минуту. Гистологическое исследование показало негативные края резекции во всех случаях. Локальных рецидивов основного заболевания не отмечено ни в одном случае. У одного ребенка выявлен рецидив через 7 месяцев после операции. В долгосрочном наблюдении 37 из 38 пациентов (95,8%) продемонстрировали удовлетворительную сохранность функции почки по данным нефросцинтиграфии.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая резекция почки у пациентов с образованиями почек является высоко эффективной и малотравматичной технологией, которая обеспечивает успешное удаление опухоли, а также позволяет сохранить функциональность органа, минимизируя риск осложнений. Результаты нашего исследования подтверждают целесообразность применения данной методики в лечении ряда заболеваний, требующих радикального подхода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопия, резекция почки, образование почки, онкоурология.

104. ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ: РЕДКИЕ ВАРИАНТЫ ИЗВЕСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Топольник Маргарита Владимировна, Ольхова Елена Борисовна,
Рудин Андрей Юрьевич
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира
Департамента здравоохранения города Москвы»,
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России*

ВВЕДЕНИЕ. Перекрут яичка (ПЯ) относится к группе неотложных состояний, поздняя диагностика которого приводит к атрофии/склерозу гонады, а иногда и к потере органа. Нетипичные для ПЯ клинические симптомы (абдоминальный болевой синдром (АБС), тошнота, рвота, наличие объемного образования в паховой области или области мошонки) вызывают сложности в дифференциальной диагностике и приводят к неблагоприятным последствиям. Ультразвуковое исследование (УЗИ) – метод экстренной диагностики, позволяющий выявить изменения тестикул у пациентов с неоднозначной симптоматикой ПЯ.

ЦЕЛЬ. Улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с атипичными симптомами ПЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 338 пациентов (мальчиков) с ПЯ в возрасте от 2 мес до 17 лет 11 мес за период 2010-2025 гг. Всем детям выполнялось общеклиническое обследование: сбор анамнеза, оценка тяжести состояния ребенка, локального статуса (наружные половые органы, паховая область, область живота). УЗИ органов брюшной полости (n=35) и органов мошонки, в том числе и паховой области, (n=339) выполнялось в условиях приемного покоя при поступлении пациента по стандартной методике на аппаратах GE Voluson E-8, GE LOGIC S8, Siemens Acuson NX3 Elite с использованием высокочастотных линейных (5–18 МГц) и конвексных (2–7 МГц) датчиков.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При УЗИ мошонки выявлено 325 случаев (96,2%) ПЯ, эхографическими признаками которого являлись: «шарообразная» форма яичка, снижение эхогенности или неоднородность структуры паренхимы яичка, резкое снижение или полное отсутствие сосудистого рисунка в яичке, непрямолинейный ход семенного канатика («whirlpool-sign»). Перекрут крипторхированного яичка был выявлен в 11 случаях (3,3%), специфическим эхо-симптомом которого было наличие в паховой области округлой формы пониженной эхогенности неоднородной структуры, аваскулярной в режиме ЦДК. ПЯ, возникший на фоне кисты придатка больших размеров, имел место в 2 случаях (0,6%) (крупное анэхогенное образование с тонкими стенками, аваскулярное в режиме ЦДК; наличие в проекции семенного канатика кольцевидной структура в виде «whirlpool-sign»). У 35 (10,3%) детей манифестацией ПЯ был острый АБС с неоднократными эпизодами рвоты, а в единичных случаях – 10 (3,0%) – АБС был изолированным симптомом ПЯ вплоть до оперативного вмешательства. Абдоминальная форма ПЯ была диагностирована в 1 случае.

ВЫВОДЫ. Клиническое представительство ПЯ весьма разнообразно и в ряде случаев неоднозначно, при этом УЗД является высокоинформативным методом диагностики, позволяющим дифференцировать уровень поражения и причины возникновения ПЯ, а также оптимизировать дальнейшую тактику ведения пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перекрут яичка у детей, перекрут крипторхированного яичка, киста придатка, ультразвуковая диагностика.

105. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ БОАРИ ПРИ ПАТОЛОГИИ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Ковачич Антон Сергеевич, Шмыров Олег Сергеевич, Суров Роман Викторович,
Кулаев Артур Владимирович, Шарков Сергей Михайлович,
Морозов Кирилл Дмитриевич, Лобач Алексей Юрьевич,
Лазиивили Марина Николаевна
ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ*

ВВЕДЕНИЕ. Реконструктивные оперативные вмешательства у пациентов с патологией уретеровезикального соустья при выраженном дефиците длины мочеточника, в некоторых случаях, требуют замещения дефекта мочевых путей лоскутом мочевого пузыря или участком кишки для создания эффективного антирефлюксного механизма адекватной длины. В осо-

бых случаях, при повторных операциях или многоэтапном лечении применяется комбинация различных методик.

ЦЕЛЬ. Улучшить качество лечения детей с различной патологией уретерovesикального сегмента путем анализа результатов, полученных при выполнении лапароскопической уретероцистонеоимплантации мочеточника по методике Боари с антирефлюксной защитой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с апреля 2020 года по октябрь 2025 года в отделении урологии-андрологии МДГКБ двенадцати пациентам была выполнена лапароскопическая реимплантация мочеточника по методике Боари с формированием антирефлюксного подслизистого тоннеля (8 мальчиков и 4 девочки в возрасте от 2 до 12 лет). Данный вариант оперативного пособия применялся у детей с выраженным дефицитом длины мочеточника. Повторный стеноз уретерovesикального соустья у детей ранее оперированных по поводу уретерогидронефроза выявлен у 6 детей (50%). Стеноз уретерovesикального соустья у пациентов, ранее оперированных по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса, выявлен в 3 случаях (25%), рецидив ПМР после реимплантации мочеточника в 1 случае (8,3%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс у пациента ранее оперированного по поводу обструктивного мегауретера в 1 случае (8,3%), а также 1 пациент (8,3%) с ПМР в единственную тазоводистопированную почку. Все операции были успешно выполнены лапароскопическим доступом с использованием лоскута мочевого пузыря и формированием антирефлюксного механизма. В 3 случаях выполнена дополнительная фиксация мочевого пузыря к поясничной мышце по модифицированной методике Psoas Hitch. Также 3 пациентам потребовалось проведение уретероаппендикопластики с полным или частичным замещением мочеточника.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интра- и ранних послеоперационных осложнений не отмечено. В отдаленном послеоперационном периоде пациентам выполнялось УЗИ почек, по данным которого отмечено сокращение размеров ЧЛС более чем на 30% через 3-12 месяцев у 10 пациентов (83,3%), у 2 пациентов размеры ЧЛС остались прежними: 1 ребенок с двойным уровнем обструкции, который был дважды оперирован по поводу гидронефроза, а также пациент, которому выполнена замещающая уретероаппендикопластика. Цистография выполнена всем пациентам через 6-8 месяцев после операции – признаков ПМР не выявлено.

ВЫВОДЫ. Таким образом, применение лапароскопической реимплантации у пациентов с дефицитом длины мочеточника по методу Боари позволило добиться нормализации пассажа мочи и отсутствия ПМР у 10 из 12 пациентов. Метод показан при невозможности выполнения стандартных методик уретероцистонеоимплантации с формированием антирефлюксного механизма адекватной длины, вследствие протяженного дефекта дистального отдела мочеточника. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная операция позволяет добиться восстановления пассажа мочи и устранения пузырно-мочеточникового рефлюкса даже в сложной категории пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопия, мочеточник, уретероцистонеоимплантация, Боари, уретероаппендикопластика.

106. СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАЛЬЧИКАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Морозов Дмитрий Анатольевич, Кремлев Артемий Александрович
Институт Вельтищева, РНИМУ им. Н.И. Пирогова*

ВВЕДЕНИЕ. Корректные диагностика и лечение патологии органов репродуктивной системы у мальчиков, объединение усилий педиатров, эндокринологов, детских хирургов и урологов-андрологов, генетиков, имеют ключевое значение для сохранения репродуктивного здоровья.

ЦЕЛЬ. Оценить уровень заболеваемости органов репродуктивной системы мальчиков 0–17 лет в Российской Федерации, требующих хирургических вмешательств, а также провести анализ кадрового обеспечения специализированной медицинской помощи детям в стране.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положен сравнительный анализ данных о заболеваемости мальчиков и численности кадров из форм федерального статистического наблюдения (Форма №12, Форма №30) охватывающие все регионы России, а также данные анкетирования главных внештатных детских специалистов хирургов из 68 субъектов Российской Федерации, в которых проживает 80% детского населения России. Проведен анализ более 63 тысяч оперированных мальчиков 0-17 лет с патологией, ассоциированной с нарушением репродуктивного здоровья (неопущение яичка одностороннее; неопущение яичка двустороннее; перекручивание яичка; орхит, эпидидимит и эпидидимоорхит; отсутствие и аплазия яичка; варикозное расширение вен мошонки; паховая грыжа; гидроцеле и сперматоцеле; гидроцеле после варикоцеле; гипоспадия).

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным анализа форм федерального статистического наблюдения в Российской Федерации за 2024 год диагноз «Дисфункция яичек (МКБ10: E29)» был зарегистрирован у 1238 мальчиков от 0 до 17 лет, из них у 307 – впервые; «Болезни предстательной железы (МКБ10: N40-N42)» – у 434, из них 200 – впервые; «Неопределенность пола и псевдогермафродитизм (МКБ10:Q56)» – у 157 пациентов, первично – 12. С паховыми грыжами оперированы порядка 15 тысяч мальчиков, из них 38% – эндовидеохирургически; с варикозным расширением вен мошонки (МКБ-10: I86.1) – 12362, из них 71% – эндовидеохирургически; с гидроцеле и сперматоцеле (МКБ-10: N43) – 10 тысяч мальчиков. Мальчики с крипторхизмом (свыше 7500) и гипоспадиями (свыше 4500) требовали анализа вариантов нарушений формирования пола. В Российской Федерации в 2024 году 4935 штатных должностных единиц детского хирурга в 2024 году занимали 3297 физических лиц (66,8%), 1 001 штатную должностную единицу детского уролога-андролога занимали 448 физических лиц (83%). Коэффициент совместительства детских хирургов составил 1,67, урологов-андрологов 1,84. Корреляционный анализ связи показал, что более высокая обеспеченность кадрами оказалась ассоциирована с более высокой частотой операционных вмешательств.

ВЫВОДЫ. Хирургические операции на органах репродуктивной системы у мальчиков (свыше 63 тысяч) составляют приблизительно 10% от всех операций детям в России ежегодно. Медицин-

ское и социальное значение этой зоны ответственности детских хирургов и урологов-андрологов очень высоко. Распространенность заболеваний, ассоциированных с нарушением репродуктивного здоровья мальчиков, количество и характер хирургических вмешательств, в том числе высокотехнологичных, на органах репродуктивной системы у мальчиков 0–17 лет различается среди субъектов Российской Федерации и достоверно зависит от уровня обеспеченности детскими хирургами и детскими урологами-андрологами. Стратегия развития базируется на взаимодействии профессиональных сообществ специалистов, оказывающих хирургическую помощь детям, между собой, с генетиками, эндокринологами и педиатрами на всех этапах диагностики и лечения – от профилактических осмотров до высокотехнологичного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: репродуктивная система, дети, организация здравоохранения.

107. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРТАТИВНОГО БОС-ТРЕНАЖЕРА

*Млынчик Елена Вячеславовна, Гусева Наталья Борисовна,
Ромашин Максим Александрович
ГБУЗ «ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского ДЗМ»*

ВВЕДЕНИЕ. В лечении детей с различными видами недержания мочи активно используются современные методы немедикаментозной терапии, направленные на стабилизацию детрузора, увеличение сократимости сфинктера мочеиспускательного канала без повышения внутрибрюшного давления, мотивационные и поведенческие приемы. Суть лечения нарушений мочеиспускания методом биологической обратной связи (БОС-терапия) состоит в тренировке мышц тазового дна, в том числе ректального и уретрального сфинктеров посредством их произвольных сокращений. Метод основан на принципе перевода информации, получаемой при помощи специальных датчиков от тела человека в картинку или звук – сигналы обратной связи. В результате тренировок происходит восстановление тазово-детрузорных отношений и волевого контроля мочеиспускания. При этом опосредованно, через спинальные центры происходит восстановление сбалансированных взаимоотношений замыкательных механизмов тазового дна и детрузора. Терапия с использованием метода БОС рекомендована в качестве метода лечения энуреза у детей в Клинических рекомендациях, утвержденных МЗ РФ «Энурез». Год утверждения (частота пересмотра): 2026. Возрастная категория: Дети.

ЦЕЛЬ. Разработать оптимальные параметры применения и проанализировать эффективность метода тренировки мышц тазового дна при различных видах недержания мочи у детей с использованием портативного детского тренажера с внутриволокнистым датчиком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 66 детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет (25 мальчиков и 41 девочка) с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря, клинически проявляющимися различными видами недержания мочи. Эвакуаторные

нарушения (неполное опорожнение) выявлены у 19 пациентов. Расстройства мочеиспускания были обусловлены как органическими причинами (миелодисплазия и другие пороки и заболевания ЦНС с локализацией в пояснично-крестцовом отделе) – 28 детей, так функциональными – 38 детей. В исследуемой группе преобладало стрессовое недержание мочи (в том числе при смехе) – 34 пациента, недержание от переполнения – у 11, императивное недержание – у 10, энурез – у 9 детей. Всем пациентам в условиях детского урологического отделения стационара было проведено клиническое и инструментальное обследование, включающее УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи, комплексное уродинамическое исследование. Все пациенты обучались методике тренировки мышц тазового дна с использованием портативного детского тренажера с внутриполостным (ректальным) датчиком, каждому проведено от 2 до 5 сеансов тренировок с рекомендацией продолжения терапии амбулаторно. Во время БОС-терапии происходит регистрация истинной силы мышечных сокращений и визуализация этих параметров в виде игры, вид игры и время тренировки подбирались индивидуально. Целью тренировок было овладение устойчивым навыком напряжения и расслабления мышц тазового дна с минимализацией сокращения мышц-антагонистов (мышцы брюшной стенки, приводящие мышцы бедра, ягодичные мышцы).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Положительная динамика в процессе проведения тренировок отмечена у 63 детей (94,5%). Клинически эффект БОС-терапии проявлялся уменьшением потерь мочи, появлением более отчетливого позыва к мочеиспусканию, уменьшением частоты urgentных позывов, урежением эпизодов стрессового недержания и энуреза. В процессе игровой тренировки на мобильном устройстве ребенка проводился объективный контроль качества выполнения условий игры, по окончании игры формировался подробный отчет (количество очков, процент отличных, хороших и плохих результатов), что повышало мотивацию и вовлеченность ребенка и позволяло врачу объективно оценивать динамику и общую эффективность восстановительного процесса. В среднем к моменту окончания курса процент отличных результатов игры составлял 58%, хороших – 24%, количество «заработанных» очков в сравнении с первой тренировкой возрастало на 199%.

ВЫВОДЫ. Тренировка мышц тазового дна с использованием портативного детского тренажера с внутриполостным (ректальным) датчиком является эффективным немедикаментозным малоинвазивным методом лечения различных видов недержания мочи и диссинергии мышц таза у детей с 5-летнего возраста без выраженных ментальных нарушений. Данный метод может применяться как селективно, так и в составе комплексной терапии, в том числе в домашних условиях. Благодаря обучению в игровой форме последовательному произвольному сокращению и расслаблению мышц тазового дна опосредованно, через спинальные центры происходит восстановление сбалансированных взаимоотношений сфинктерного аппарата мочевого пузыря и детрузора. Обязательным условием данной методики является мотивация пациента на достижение результата и хотя бы частично сохраненная способность к произвольным сокращениям наружного анального сфинктера. Оптимальная продолжительность курса составляет 10-15 тренировок по 15-20 минут.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, энурез, мышцы тазового дна, БОС-терапия.

108. РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ

*Пигарева Анна Евгеньевна, Баранов Юрий Владимирович, Полозова Елена Сергеевна
ГАУЗ СО ОДКБ*

ВВЕДЕНИЕ. В основе нарушения функции накопления и опорожнения мочевого пузыря лежат нейрогенные нозологические причины или ненейрогенные психосоматические факторы, но существуют редкие клинические случаи с нарушением мочеиспускания, требующие комплексного подхода как в отношении клинико-инструментального обследования, так и лечебной тактики.

ЦЕЛЬ. Представить ряд редких клинических случаев нарушения функции нижних мочевых путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2025 году в детском уроандрологическом отделении проведено обследование и лечение 156 пациентам с дисфункциональным мочеиспусканием. Все дети госпитализированы с клиническими проявлениями нарушения нижних мочевых путей. В диагностический комплекс входило полное ренгенурологическое обследование: УЗИ мочевыделительной системы, микционная цистография (МЦГ), КТ – урография, нефросцинтиграфия и комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), включающее урофлоуметрию и цистометрию. Из этой группы пациентов нами были выделены 4 пациента, которые поступили с дисфункциональным мочеиспусканием, но в ходе диагностики установлены другие диагнозы.

Пациентка М, 12 лет поступила в клинику с жалобами на неконтролируемые эпизоды капельного или тотального недержания мочи, которые возникли в течение 2 месяцев.

Пациент В, 10 лет, госпитализирован с клиникой капельного недержания мочи и редкими неэффективными самостоятельными мочеиспусканиями, которые отмечаются в течение трех лет.

Пациентка Д, 6 лет, отмечают эпизоды капельного недержания мочи с трех лет жизни, после отказа ношения подгузников.

Пациентка Е, 15 лет, госпитализирована в неотложном порядке с острой задержкой мочи, которая случилась повторно с интервалом 14 дней на фоне полного клинического здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентка М. По данным МЦГ данных за пузырно-мочеточниковый рефлюкс нет, не исключается наличие дивертикула мочевого пузыря, по данным КТ – урографии и МРТ выявлено образование мочевого пузыря, по данным КУДИ – норморефлекторный мочевой пузырь, но в течение дня два или три эпизода с тотальным недержанием мочи до 200 мл, при сохранном акте мочеиспускания. При проведении цистоскопии – по задней стенке мочевого пузыря диагностирован пузырно-влагалищный свищ. При проведении вагиноскопии – диагностировано инородное тело – пластиковый колпачок, который был расценен ранее как образование и дивертикул мочевого пузыря. Инородное тело влагалища извлечено. В настоящее время ребенок готовится на оперативное лечение.

Пациент В. По данным рентгенурологического обследования диагностирован дивертикул мочевого пузыря гигантского размера, по данным уродинамического обследования – аконтрактильный мочевой пузырь. Проведено оперативное лечение – резекция дивертикула пневмомезикоскопическим доступом. В катамнезе – восстановлены самостоятельные моче-

испускания, по данным КУДИ – норморефлекторный мочевой пузырь.

Пациентка Д, страдающая постоянным капельным недержанием мочи, которое отмечено с раннего возраста. При проведении КУДИ нарушений функции мочевого пузыря не отмечено, по данным рентгенурологического обследования выявлено удвоение левой почки, с отсутствием функции верхнего сегмента и внепузырной эктопией. Ребенку выполнено оперативное лечение – лапароскопическая геминефруретерэктомия слева, в катамнезе – клиника недержания мочи, по поводу которой девочка получала длительные курсы лечения ранее, полностью купирована.

Пациентка Е. При проведении уродинамического обследования – арефлекторный мочевой пузырь с отсутствием самостоятельного акта мочеиспускания. По данным МЦГ и КТ – урографии без патологии. Пациентка переведена на периодическую катетеризацию мочевого пузыря. Выполнено МРТ ПК ОП и головного мозга с целью исключения патологии ЦНС и спинного мозга. В ходе госпитализации у пациентки случился обморок, взят экспресс тест на наркотические вещества, выявлено наличие бензодиазепина в моче и крови, после чего пациентка призналась в курении вейпа, содержащие вещества производные бензодиазепина. После отмены употребления вейпа, в течение суток у пациентки восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

ВЫВОДЫ. Пациентам с нарушением функции нижних мочевых путей необходимо проведение полного рентгенурологического и комплексного уродинамического обследования, для исключения редких причин, вызывающих данные состояния и выбора правильной тактики лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: КУДИ, нарушения мочеиспускания, дети.

109. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК

*Охотина Александра Александровна, Тратонин Артем Александрович
ГБУЗ НСО ГНОКБ*

ВВЕДЕНИЕ. Удвоение верхних мочевых путей является нередко регистрируемым пороком развития. Частота встречаемости в популяции составляет, в среднем, 0,7%. У лиц женского пола данный порок встречается в два раза чаще. Уретерогидронефроз одного из сегментов удвоенной почки зачастую обусловлен наличием уретероцеле. Также у ряда пациентов диагностируется эктопия устья мочеточника одного из сегментов удвоенной почки. В периоде новорожденности целью оперативного вмешательства является дренирование полостной системы почки. Радикальное оперативное вмешательство выполняется в возрасте от 3 недель и старше. Среди реконструктивно-пластических операций, направленных на коррекцию данной патологии – уретероцистонеоимплантация (одного мочеточника или обоих мочеточников «единым блоком») и наложение межмочеточниковых анастомозов. Современная урология предпочитает малоинвазивные вмешательства.

ЦЕЛЬ. Анализ тактики ведения и лечения пациентов с уретерогидронефрозом III стадии при удвоении почки, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО ГНОКБ в период с 2023 по 2025 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В группу исследования вошли 12 пациентов с уретерогидронефрозом III стадии при удвоении почки. Средний возраст пациентов составил 30, 636 мес. Большинство (8 человек) – лица женского пола. Антенатальная диагностика осуществлена в 9 случаях – все пациенты были рождены в стационаре 3 уровня и получили необходимый объем обследования и лечения в неонатальном периоде, 3 пациентам диагноз выставлен в старшем возрасте благодаря имеющимся клиническим проявлениям в виде постоянного недержания мочи и рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей. Методы диагностики включали УЗИ, микционную цистографию, экскреторную урографию либо МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием, а также цистоскопию. У 5 пациентов расширение полостной системы обусловлено уретероцеле (4 из них в раннем возрасте выполнено трансуретральное рассечение). В настоящий момент радикально оперировано 6 человек. Из них – по мере постановки диагноза операция выполнена 1 пациенту, 3 прежде выставлены показания к дренированию полостной системы почек (двум выполнена терминальная уретрокутанеостомия, одному – перкутанная нефростомия), 2 ребенка прежде перенесли трансуретральное рассечение уретероцеле с исходом в ПМР (1 человек) и стеноз устья мочеточника(1 человек). В 4 случаях выполнено наложение межмочеточникового анастомоза, в 1 – геминефруретерэктомия, в 1 – уретероцистонеоимплантация нижней половины в сочетании с геминефруретерэктомией верхней половины. Все операции осуществлены лапароскопически. Среднее время оперативного вмешательства составило 145 мин. Интраоперационных осложнений не зарегистрировано. Длительность дренирования забрюшинного пространства насчитывает – 2,16 сут. Послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo наблюдались у 3 пациентов – у 1 ребенка произошла миграция мочеточникового катетера на 5 сутки после оперативного вмешательства, у 2 детей отмечено обострение хронического пиелонефрита. Прочие 6 пациентов в настоящий момент наблюдаются урологом амбулаторно. 3 из них в первые месяцы жизни выставлены показания для дренирования полостной системы почек – всем выполнена перкутанная нефростомия под УЗ-навигацией после предварительной цистоскопии с безуспешной катетеризацией мочеточника. 2 выполнено трансуретральное рассечение уретероцеле. 1 пациентке в возрасте 1 мес осуществлена катетеризация мочеточников, а в возрасте 2 мес (после миграции катетеров) отмечено значимое сокращение полостной системы почек и мочеточников, в связи с чем выбрана выжидательная тактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем пациентам, перенесшим реконструктивно-пластические операции, выполнено контрольное рентгенурологическое обследование спустя 6 мес после операции. Результаты лечения следует считать удовлетворительными: у всех пациентов наблюдается сокращение полостной системы удвоенной почки в совокупности с утолщением паренхимы. Секреторная и эвакуаторная функции почек также удовлетворительны.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическое наложение межмочеточникового анастомоза является эффективным способом оперативного лечения у пациентов с уретерогидронефрозом при удвоении почки с сохраненной функцией обоих сегментов. Преимуществом данного вида вмешательства является возможность выполнения операции в возрасте 1 месяца и старше. Также среди реконструктивно-пластических операций при данной патологии выделяют уретероцистонеоимплантацию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: удвоение почек, уретерогидронефроз, лапароскопическое наложение межмочеточникового анастомоза, уретероцистонеоимплантация.



Экспресс-тест
«Желтая
бабочка»

Мобильное
приложение:



Жёлтая бабочка

Экспресс-тест общего анализа мочи
в домашних условиях

Преимущества экспресс-теста

Экспресс-тест демонстрирует точные результаты
по 11 показателям общего анализа мочи

3 тест-полоски для 3-х анализов мочи,
каждая в индивидуальной влагонепроницаемой упаковке

Это удобно

Можно рекомендовать пациентам
для дистанционного мониторинга
с последующей консультацией

Это доступно

Российская разработка. Работает
через мобильное приложение,
на любых смартфонах

Это быстро

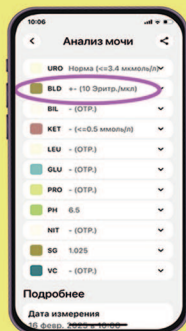
Результаты на экране
смартфона, возможность
отправить в формате PDF

Это точно

Результаты сопоставимы
с лабораторными тестами
общего анализа мочи

01 / Подходит для домашнего мониторинга

02 / Продается на маркетплейсах



yellowbutterfly.ru

info@ettagroup.ru

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ ИЗДЕЛИЕМ



КОГДА ЕСТЬ МУЖСКАЯ ПОДДЕРЖКА!

Баланекс Кидс — единственный специализированный гель для решения проблемы баланопостита у детей с 1 года

- Быстро снимает воспаление и устраняет причину инфекции
- Обладает высоким профилем безопасности
- БАЛАНЕКС КИДС подтвердил свои гипоаллергенные и противовоспалительные свойства в государственном региональном центре стандартизации метрологии и испытаний в г. Москве и Московской области (ФГБУ «РОСТЕСТ-МОСКВА»)

Содержит 5 активных компонентов:

экстракт тимьяна

экстракт софоры желтоватой

экстракт зеленого чая

хлоргексидин

метронидазол



+7 495 178 08 23

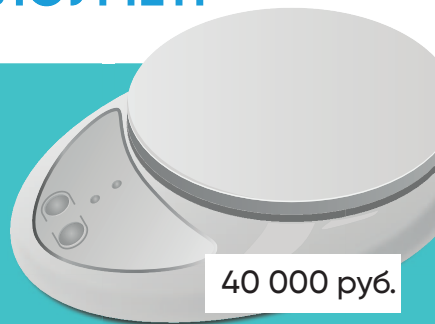
info@shpharma.ru

shpharma.ru


source of healing
SH PHARMA
ЭСЭЙЧ ФАРМА

ПОРТАТИВНЫЙ УРОФЛОУМЕТР «ФЛОУСЕЛФИ»

- › Портативный урофлоуметр для использования в амбулаторных и домашних условиях
- › Возможность суточного мониторинга нарушений мочеиспускания
- › Автоматическое построение дневника мочеиспускания
- › Возможность использования в режиме взвешивания



40 000 руб.



Описание

- Соответствует лабораторному оборудованию
- Результат – моментально
- В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 измерений
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер, электронную почту, сохранить в формате PDF и распечатать
- Компактен, весит 160 г, легко взять в дорогу
- Количество процедур не ограничено
- Можно применять как в лечебном учреждении, так и в домашних условиях

Исследуемые параметры

1. Регистрирует дату и время начала проведения анализа.
2. Вычисляет время от начала обследования до начала мочеиспускания (время отсрочки) (в сек).
3. Вычисляет и отображает среднюю скорость мочеиспускания (в мл/с).
4. Вычисляет максимальную скорость за время мочеиспускания (в мл/с).
5. Вычисляет общий объем мочи (в мл).
6. Вычисляет общую продолжительность мочеиспускания (в сек).
7. Вычисляет общее время от начала старта мочеиспускания до выключения кнопки «СТОП».
8. Вычисляет и выводит данные в виде урофлоуграммы.
9. Сохраняет и хронологически нумерует серию урофлоуграмм в памяти мобильного устройства за период обследования.



Портативный урофлоуметр «ФЛО-





При поддержке:



Москва, 2026