



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

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

# XII ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ

4–5 апреля 2024 г.

**ТЕЗИСЫ**

Москва, 2024  
Издательский дом «Уромедиа»

# 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



## Описание

- Соответствует лабораторному оборудованию
- Результат – моментально
- В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 кБ
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер, электронную почту, сохранить в формате pdf, 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.

Скачайте приложение  
для Android или IOS



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

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

# **XII ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ**

**4–5 апреля 2024 г.**

**ТЕЗИСЫ**

Москва, 2024  
Издательский дом «Уромедиа»

УДК 616.6-053.2(043.2)

ББК 57.336.9

T29

T29 XII Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии.  
Сборник тезисов / г. Москва, ИД «Уромедиа», 80 с., 2024 г.

ISBN 978-5-6042610-0-2

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

УДК 616.6-053.2(043.2)

ББК 57.336.9

ISBN 978-5-6046946-4-0



Издательский дом «УроМедиа»  
Москва, 2024

## **Организационный комитет**

### **Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии:**

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

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

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

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

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

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

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

1. <i>И.М. Каганцов, Е.А. Кондратьева</i> Влияет ли значительная разница диаметров мочеточников на эффективность уретероуретеростомии при лечении обструктивных уropатий удвоенной почки? .....	6
2. <i>И.М. Каганцов, К.И. Пелих, В.И. Дубров, В.В. Сизонов, О.С. Шмыров, Е.А. Кондратьева</i> Замещение протяженных стриктур мочеточника у детей .....	7
3. <i>Ю.Э. Рудин, Ю.Э. Чекериди, А.Ю. Рудин, Д.А. Галицкая, Ю.Ю. Соколов, Д.В. Марухненко, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн</i> Клиническое наблюдение: первичное отсроченное закрытие мочевого пузыря у 35-летнего мужчины с экстротфией мочевого пузыря по протоколу лечения детей .....	8
4. <i>Ю.Э. Рудин, А.Ю. Рудин, Д.А. Галицкая, Ю.Ю. Соколов, Д.В. Марухненко, Ю.Э. Чекериди, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн</i> Метод растяжения мочепузырной площадки у новорожденных с микроцистисом и с экстротфией мочевого пузыря: предварительные результаты.....	9
5. <i>Ю.Э. Рудин, Д.К. Алиев, Д.А. Галицкая, Г.В. Лагутин, А.Б. Вардак, Д.В. Марухненко, О.И. Аполихин, А.Д. Каприн</i> Модификация реконструкции головки полового члена при ее ампутации после обрезаия .....	10
6. <i>Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар</i> Новое слово в лечении дисфункции мышц тазового дна и ассоциированных с ним расстройств.....	11
7. <i>О.Б. Головина, Я.А. Герасименко</i> Остаточная моча: вопрос диагностики .....	12
8. <i>Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар</i> Паттерн ночной эрекции – что, зачем, почему?.....	13
9. <i>Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар</i> Проблема баланопостита у детей .....	14
10. <i>И.М. Каганцов, Е.А. Кондратьева</i> Редкие случаи сочетания полного удвоения почки с другими аномалиями верхних мочевых путей .....	15
11. <i>И.М. Каганцов, В.И. Дубров, К.И. Пелих, Д.В. Филиппов, А.О. Гурович</i> Реконструкция при критическом дефиците мочеточника единственной тазовой почки ..	16
12. <i>Д.И. Тарусин, М.В. Жидков, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, С.А. Матар, А.А. Матар</i> Типичные ошибки в диагностике непальпируемого яичка .....	17
13. <i>А.А. Матар, Н.А. Середницкая, Д.И. Тарусин, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар</i> Клиническое наблюдение – полное удвоение уретры при гипоспадии.....	18
14. <i>А.В. Бершадский</i> Психогенные нарушения мочеиспускания у детей .....	19
15. <i>Д.С. Золотухин, О.С. Павлова, И.А. Филатов</i> Опыт ведения пациентов с инородными телами нижних мочевых путей в детском возрасте .....	20
16. <i>С.А. Коновалов, И.И. Галимов, Т.М. Шахмаева</i> Простатит как причина острой мошонки у подростков .....	20
17. <i>П.И. Чумаков</i> Уродинамические особенности мегауретера .....	22
18. <i>Э.С. Лепшиков, З.Б. Лобжанидзе, П.И. Чумаков, И.Д. Лобжанидзе, А.С. Пономарева, А.Р. Султанбеков, Б.Н. Тамбиев</i> Бактериофаготерапия при лечении имп у детей .....	22
19. <i>А.С. Пономарева, З.Б. Лобжанидзе, П.И. Чумаков, И.Д. Лобжанидзе, Э.С. Лепшиков, Р.Ю. Есенева, З.Р. Барахоева</i> Лечение недержания мочи у детей .....	23

20.	<i>З.Б. Лобжанидзе, П.И. Чумаков, Р.Ю. Есенева, И.Д. Лобжанидзе, Э.С. Лепшиков, А.С. Пономарева</i> Особенности перекрута гидатиды Морганьи в различном возрасте у детей .....	24
21.	<i>Н.Б. Аштай</i> Осложнения циркумцизии у детей .....	25
22.	<i>К.Д. Пунсуков, Б.М. Дондоков, З.Д. Цыренов, Е.Э. Балганжапова, В.В. Данчинов, Д.В. Васильев, Б.Д. Шагдаров</i> Наш опыт везикоскопической реимплантации мочеточника при первичном обструктивном мегауретере .....	26
23.	<i>Е.Р. Барсегян, А.С. Вавилов, А.Н. Волков, М.В. Калайтанов</i> Оптическая визуализация с гидродилатацией «нефункционального» устья мочеточника при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей .....	27
24.	<i>Д.А. Добросердов, М.П. Кучинский, Н.А. Филатова, Е.А. Солнцева, М.М. Карданов</i> Воспалительная миофибробластическая опухоль мочевого пузыря. Клинический случай редкой опухоли .....	29
25.	<i>И.В. Клюка, О.А. Шалденко, В.В. Сизонов, М.И. Коган, Р.А. Родина</i> Десятилетний опыт выполнения дистанционной ультразвуковой литотрипсии у детей .....	31
26.	<i>М.И. Коган, В.В. Сизонов, А.Х. Шидиев, М.В. Икаев, С.Г. Пискунова, М.Г. Чепурной</i> Динамика регрессии дилатации чашечно-лоханочной системы после пиелопластики у детей .....	32
27.	<i>А.В. Пирогов, В.В. Сизонов, М.И. Коган</i> Селективная реимплантация мочеточника нижней половины удвоенных мочевых путей везикоскопическим доступом .....	33
28.	<i>М.Г. Чепурной, Г.В. Бедарев, В.В. Сизонов, А.Б. Романеев, А.Н. Кивва</i> Альтернативный способ консервативного лечения фимоза у детей .....	34
29.	<i>А.В. Пирогов, В.В. Сизонов, М.И. Коган</i> Ретроперитонеоскопическое удаление эхинококковой кисты левой почки у девочки 8 лет .....	35
30.	<i>Н.Р. Акрамов, А.А. Исроилов, А.А. Рахматуллаев, В.В. Сизонов, М.С. Поспелов, А.И. Галлямова</i> Случай семейной перекрестной эктопии яичка .....	36
31.	<i>П.К. Разсамакина, А.В. Никуленков, Ю.Г. Дегтярев, М.В. Ракевич</i> Абдомино-скротальное гидроцеле у детей: особенности диагностики и операционная тактика .....	37
32.	<i>Д.Е. Саблин, В.В. Сизонов, И.М. Каганцов, Ю.М. Габанов, Д.Н. Щедров, А.А. Ловгаль, Н.П. Поляков</i> Опыт диагностики перекрута яичка с использованием шкалы TWIST (Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion) в регионах России, мультицентровое исследование .....	39
33.	<i>Д.А. Гасанов, С.С. Терехин</i> Брюшная форма крипторхизма с полным разобщением яичка и семявыносящего протока .....	40
34.	<i>А.Б. Вардак, Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин, Д.А. Галицкая, Н.В. Поляков</i> Перкутанной нефролитотрипсии у детей использованием нескольких нефростомических доступов .....	41
35.	<i>Л.Д. Арустамов, А.Б. Вардак, Ю.Э. Рудин, Д.А. Галицкая, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин</i> Прием перемещения конкремента из не достижимой нефроскопии чашечки без формирования дополнительного перкутанного доступа у ребенка .....	42
36.	<i>К.Д. Пунсуков, Б.М. Дондоков, З.Д. Цыренов, Е.Э. Балганжапова, В.В. Данчинов, Б.Д. Шагдаров, Д.В. Васильев</i> Наш опыт везикоскопической реимплантации мочеточника при первичном обструктивном мегауретере .....	43

37. <i>О.С. Шмыров, А.Ю. Лобач, А.В. Кулаев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, С.М. Шарков, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов, Д.А. Маргиева</i> Лапароскопическая резекция новообразования почки сложной локализации .....	44
38. <i>О.С. Шмыров, А.Ю. Лобач, А.В. Кулаев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, С.М. Шарков, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов, Д.А. Маргиева</i> Особенности оперативного лечения пациентов с рецидивом гидронефроза при неполном удвоении почки .....	45
39. <i>О.С. Шмыров, С.М. Шарков, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, А.В. Кулаев, Ю.И. Вельская, А.Ю. Лобач, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов</i> Использование вентрального срединного доступа при пликационной корпоропластике у детей с вентральным искривлением полового члена .....	46
40. <i>О.С. Шмыров, А.В. Кулаев, А.С. Ковачич, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, С.М. Шарков, К.Д. Морозов, А.Ю. Лобач, Д.А. Маргиева</i> Лапароскопическая двусторонняя ремплантация мочеточников в открытый край .....	47
41. <i>О.С. Шмыров, А.В. Кулаев, М.Н. Лазишвили, Р.В. Суров, С.М. Шарков, Ю.И. Вельская, А.Ю. Лобач, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов, Д.А. Маргиева</i> Заместительная аппендикопластика дистального отдела мочеточника единственной почки с уретерогидронефрозом .....	48
42. <i>М.Н. Лазишвили, О.С. Шмыров, Р.В. Суров, А.В. Кулаев</i> Оптимизация техники лапароскопической варикоцелэктомии .....	49
43. <i>Ю.А. Калинина, А.С. Кузнецов, А.П. Горбунов, Р.С. Котлубаев, Н.Н. Митькина</i> Синдром Циннера. Первый опыт диагностики редкой патологии детского возраста .....	51
44. <i>С.А. Сарычев, А.И. Осипов, И. Б. Осипов, Д.А. Лебедев, Д.Е. Красильников, Л.А. Алексеева, М.В. Захарова, В.В. Игнатьев</i> Пузырно-зависимый уретерогидронефроз у детей .....	52
45. <i>Д.А. Лебедев, И.Б. Осипов, А.А. Узинцева, М.И. Комиссаров, И.Ю. Алешин</i> Формулы расчета емкости мочевого пузыря у детей .....	53
46. <i>Д.А. Лебедев, И.Б. Осипов, А.А. Узинцева, А.Б. Левандовский</i> Динамика гендерно-возрастных и хирургических показателей детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом по результатам госпитализаций .....	54
47. <i>Д.А. Жарков, Б.В. Долгов, А.Ю. Пунтикова, Е.М. Орешкина</i> Диагностика и лечение пациентов с нарушением формирования пола 46,ХУ дисгенезией гонад .....	56
48. <i>Е.А. Воронина, И.А. Аксенова</i> Пути совершенствования оказания медицинской помощи детям с урологическими и андрологическими заболеваниями .....	57
49. <i>А.В. Кадышев, И.В. Горемыкин, Б.В. Долгов, С.Ю. Городков, В.Г. Масевкин, А.С. Черемисина, М.О. Черняев</i> Опыт лечения детей с абдоминальной формой крипторхизма .....	59
50. <i>А.В. Бойко, К.Ф. Лодейкина</i> Случай лечения ребенка с двусторонним обструктивно-рефлюксирующим мегауретером на фоне плексиформной нейрофибромы малого таза .....	60
51. <i>С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, А.С. Врублевский</i> Комплексный подход в хирургическом лечении детей с рецидивами мегауретера .....	61
52. <i>М.Н. Екимов, Н.А. Цап, С.Ю. Комарова, А.С. Горбунова</i> Факторы риска атрофии яичек у детей при оперативном лечении абдоминальной формы крипторхизма .....	63

53. Ю.Л. Подуровская, К.В. Костюков, В.А. Сакало, Е.И. Дорофеева, А.П. Панин Лечение комбинированного порока мочевой системы: внутриутробная коррекция инфравезикальной обструкции (задний клапан уретры) и лапароскопическая пиелопластика (гидронефроз) в неонатальном периоде	65
54. Л.А. Алексеева, И.Б. Осипов, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов, Д.А. Лебедев Сложный клинический случай диагностики непальпируемых яичек с нетипичной локализацией	66
55. Н.Р. Акрамов, Р.Т. Батрутдинов, М.И. Муцольгов, Э.И. Хаертдинов, И.Н. Хуснуллин, С.Г. Бондаренко Дифференцированный подход к различным вариантам перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой при дистальных формах гипоспадии у мальчиков	67
56. Н.Р. Акрамов, В.В. Сизонов, П.И. Чумаков, Б.Р. Гимадеев Пневмовезикоскопическая тубуляризационная орифисуретеропластика при рецидивном пузырно-мочеточниковом рефлюксе	68
57. Н.Р. Акрамов, А.А. Рахматуллаев, А.А. Исроилов, А.И. Бахтиярова Однотроакарный лапароскопический доступ в лечении мальчиков с двухсторонним паховым крипторхизмом	70
58. С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, Р. Ю. Валиев, В.С. Кочкин, Я.А. Галкина Ретракция яичка у детей	71
59. Г. В. Лагутин, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Л.Д. Арустамов, Н.В. Поляков, Д.К. Алиев, А.Б. Вардак, Д.А. Галицкая Осложнения лечения гидронефроза у детей с использованием эндовидеохирургических методов	72
60. Г.В. Лагутин, А.Б. Вардак, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев, Д.А. Галицкая, Н.В. Поляков Инкрустированное инородное тело мочевого пузыря у ребенка 14 лет. (Клинический случай)	74
61. З.А. Сичинава, Ю.А. Кравцов, Ф.Ф. Антоненко, В.С. Жуков Способ хирургического лечения фимоза у детей с применением медицинского клея на основе 2-октилцианоакрилата	75
62. Н.А. Хватынец, Э.К. Айрян, Г.И. Кузовлева, О.В. Староверов, А.А. Андросов Уретерокаликаноанастомоз у девочки 15 лет с гидронефрозом с выраженной дисплазией почки	76
63. Т.О. Аббас, А.В. Бойко, С.Н. Зоркин Новый подход к оценке и лечению дистальной гипоспадии с использованием шкалы Plate Objective Scoring Tool (POST)	77
64. Н.Р. Акрамов, А.К. Закиров, Э.И. Хаертдинов, Р.С. Байбиков, А.И. Галлямова Способы аугментации мочевого пузыря при коррекции эктрофии мочевого пузыря	78
65. Д.А. Рахимов., С.Х. Турдалиев, Ш.С. Бобоев, И.И. Джуроев, Ш.Д. Рахими, Д.Р. Махмудов Ультразвуковая доплерография в диагностике травм органов мошонки у подростков	80
66. И.В. Каримов, Д.А. Рахимов, А.Л. Асадуллоев, И.И. Каримов, Рахими Ш.Д. Малоинвазивные методы хирургического лечение камней мочеточников у детей	81

# 1. ВЛИЯЕТ ЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАЗНИЦА ДИАМЕТРОВ МОЧЕТОЧНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕТЕРОУРЕТЕРОСТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ?

*И.М. Казанцов, Е.А. Кондратьева*

*ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Выбор метода лечения обструктивных уропатий удвоенной почки является обсуждаемой и спорной проблемой современной детской урологии. Лапароскопическая уретоуретеростомия, как один из способов хирургической коррекции упомянутых патологий, в настоящее время показывает себя как безопасная и эффективная методика. Ряд авторов указывают на то, что уретоуретеростомия может быть применена при значимой разнице диаметров мочеточников (в 2 раза и более), а в группах сравнения (с незначительной и выраженной разницей диаметров) не были выявлены отличия в течении послеоперационного периода и отдаленных результатах.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать результаты применения лапароскопической уретоуретеростомии у пациентов с обструктивными уропатиями удвоенной почки при разнице диаметров мочеточников более, чем в 2 раза.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2021 по 2023 год среди 15 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая уретоуретеростомия в ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» и в ДГБ№22 г.Колпино, в 10 случаях (76,9%) был выявлен диаметр мочеточника – «донора», превышающий диаметр мочеточника – «реципиента» более, чем в 2 раза. Возраст пациентов на момент операции в среднем составил 7,1 месяца (2-22 месяца). Соотношение девочек и мальчиков — 7:3. У подавляющего большинства детей был выявлен обструктивный мегауретер верхнего сегмента (90%), у одного ребенка (10%) – пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV степени в нижний сегмент. Операция продолжалась от 80 до 190 минут. Во всех случаях уретоуретеростомия выполнялась с использованием мочеточникового стента или пиелопластического катетера. Обуживание мочеточника – «донора» не проводилось.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Интраоперационно технических трудностей, связанных с выраженной разницей диаметров мочеточников, выявлено не было, ключевым моментом, помогающим нивелировать данную разницу, является достаточный уретеротомический разрез мочеточника – «реципиента». Процесс дренирования уретоуретероанастомоза также не был затруднен разницей диаметров. Отдаленные результаты были прослежены у 9 пациентов в среднем через 6-12 месяцев после операции. При этом по данным внутривенной урографии или КТ-урографии была выявлена проходимость уретоуретероанастомоза, а также сокращение собирательной системы и мочеточника пораженного сегмента удвоенной почки. У последнего пациента не было выполнено отсроченное контрольное обследование, так как не прошло 6 месяцев после операции, однако по данным УЗИ в послеоперационном

периоде отмечается сокращение собирающей системы верхнего сегмента удвоенной почки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопическая уретероуретеростомия может быть безопасно и эффективно выполнена у пациентов с обструктивными уропатиями удвоенной почки, независимо от разницы диаметров мочеточников.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** удвоение почки, обструктивный мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уретероуретеростомия.

## 2. ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

*И.М. Казанцов<sup>1</sup>, К.И. Пелих<sup>2</sup>, В.И. Дубров<sup>3</sup>, В.В. Сизонов<sup>4</sup>, О.С. Шмыров<sup>5</sup>, Е.А. Кондратьева<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России; Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница №22»; Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>2-я городская детская клиническая больница МЗ Республики Беларусь; Минск, Республика Беларусь

<sup>4</sup>ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница»; Ростов-На-Дону, Россия

<sup>5</sup>ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»; Москва, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Первая аппендикопластика мочеточника принадлежит итальянскому хирургу Giannettasio (1901 год) и двум немецким хирургам Franke и Ruydyger, чьи работы были включены в обзор А.Е. Melnikoff в 1912 году. Но в литературе чаще всего первая аппендикопластика ошибочно приписывается именно Melnikoff. Первая аппендикопластика мочеточника у ребенка 1.5 лет в России была выполнена Соловьевым в 1976 году, но результат операции оказался неудовлетворительным.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты собственного опыта выполнения 11 операций по замещению протяженных дефектов мочеточника червеобразным отростком.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В четырех клиниках России и Республики Беларусь с 2009 по 2023 год выполнено 11 операций по замещению протяженного дефекта мочеточника с использованием червеобразного отростка (из них у 3 замещение дефекта левого мочеточника, в числе которых одно замещение выполнено лапароскопическим доступом). Преимущественно причинами, послужившими поводом для замещения дефекта мочеточника червеобразным отростком, явились неоднократные предшествующие оперативные вмешательства на мочевых путях (81.8% – 9 случаев), в одном случае – травма левой почки с отрывом верхней трети мочеточника слева в результате укусов, нанесенных собакой (9 %) и один случай эмбриональной рабдомиосаркомы с поражением влагалища, матки, мочевого пузыря (батроидный вариант) 3 ст. гидронефротическая трансформация с 2 сторон (9 %), состояние после этапного хирургического лечения и ПХТ. 6 операций выполнено лапароскопическим доступом (среднее время операции 356 минут), 5 операций выполнено открытым доступом (среднее время операции 257 минут). Осложнения отмечены в 3 случаях (27.2 %): 2 случая дисфункции мочеточникового стента, которые потребовали выполнения пункционной нефростомии и один случай обструк-

ции дистального отдела мочеточника на уровне уретероаппендикоеанастомоза, которая была коррегирована эндоскопическим рассечением зоны стеноза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Результаты хорошие, поскольку во всех 11 случаях замещение протяженной стриктуры мочеточника червеобразным отростком позволило восстановить пассаж мочи, а возникшие осложнения не потребовали повторной реконструкции мочевых путей.

**ВЫВОДЫ.** На наш взгляд, данную методику нельзя назвать методом выбора, она скорее является шагом отчаяния у пациентов ранее неоднократно оперированных, с последствиями тяжелых травм или онкологических заболеваний. При стриктурах мочеточника всегда следует отдавать предпочтение анастомотической операции при достаточной длине мочеточника и при минимальном натяжении тканей в зоне анастомоза.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** стриктура мочеточника, аппендикопластика.

### 3. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ПЕРВИЧНОЕ ОТСРОЧЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У 35-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ПРОТОКОЛУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

*Ю.Э. Рудин<sup>1</sup>, Ю.Э. Чекериди<sup>1</sup>, А.Ю. Рудин<sup>1</sup>, Д.А. Галицкая<sup>1</sup>, Ю.Ю. Соколов<sup>1</sup>,  
Д.В. Марухненко<sup>1</sup>, О.И. Аполихин<sup>1</sup>, А.Д. Каприн<sup>2,3,4</sup>*

*<sup>1</sup>НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Обнинск, Россия*

*<sup>3</sup>МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>4</sup>Российский университет дружбы народов; Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** В НИИ урологии и ИР им. Н.А. Лопаткина мы имеем опыт лечения 319 детей и 16 взрослых с ЭМП (в возрасте от 3 дней до 25 лет). Однако в 2023 году мы столкнулись с редким случаем – пациент 35 лет с ЭМП, ранее не оперированный.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 35-летний мужчина с ЭМП, ранее не оперированный, ИМТ 27,5. Рос без родителей, проживает в сельской местности в Сибири. Социализирован, работает водителем. Применяет покровную пленку и подгузники из-за инконтиненции. St.localis: мочепузырная пластинка без полипов и патологической эпителизации, диаметр – 13 см, половой член расщеплен, уменьшен в размерах; яички расположены в мошонке. При инструментальном обследовании: функция почек в пределах нормы, ЧЛС и мочеточники не расширены, доплерография почечных сосудов (0,67); лонный диастаз – 14 см. В мае 2023 года проведено отсроченное первичное закрытие мочевого пузыря с использованием протокола лечения детей с ЭМП (реимплантация мочеточников, реконструкция шейки мочевого пузыря, остеотомия подвздошных костей с металлостеосинтезом). После операции наложена гипсовая лангетная кокситная повязка («штаны») на 2 месяца.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Время операции (с наложением коксита) – 390 минут, кровопотеря – 800 мл, во время операции выполнена трансфузия 1 ед. СВЖЗП и 1 ед. эритроцитарной массы. После 5 месяцев наблюдения: объем мочевого пузыря – 95 мл, сухой период – 30 минут, диастаз лонных костей – 6 см. Не отмечено ни ранних, ни поздних осложнений.

**ВЫВОДЫ.** Применение детского протокола для отсроченного первичного закрытия мочевого пузыря у взрослого, ранее не оперированного пациента с ЭМП является безопасным и эффективным.

## 4. МЕТОД РАСТЯЖЕНИЯ МОЧЕПУЗЫРНОЙ ПЛОЩАДКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МИКРОЦИСТИСОМ И С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Ю.Э. Рудин<sup>1</sup>, А.Ю. Рудин<sup>1</sup>, Д.А. Галицкая<sup>1</sup>, Ю.Ю. Соколов<sup>1</sup>,  
Д.В. Марухненко<sup>1</sup>, Ю.Э. Чекериди<sup>1</sup>, О.И. Аполихин<sup>1</sup>, А.Д. Каприн<sup>2,3,4</sup>*

*<sup>1</sup>НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Обнинск, Россия*

*<sup>3</sup> МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>4</sup> Российский университет дружбы народов; Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** В современной литературе мы не нашли эффективные методы растяжения мочевого пузыря у новорожденных микроцистисом при экстрофии мочевого пузыря.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За 25 лет коллективом авторов был накоплен опыт лечения 319 детей с экстрофией мочевого пузыря. Первичное закрытие было проведено у 233 пациентов, включая новорожденных (145) и пациентов с «микроцистисом» (диаметр мочевого пузыря <3 см – 85). Нами было отмечено, что при малом диаметре мочевого пузыря невозможно качественно выполнить первичное закрытие мочевого пузыря и создать функциональную шейку мочевого пузыря, которая обеспечила бы удерживающий механизм и в дальнейшем рост мочевого пузыря. Нами был разработан комбинированный метод подготовки малой мочевого пузыря у детей с «микроцистисом» к отсроченному первичному закрытию. Метод включает в себя два этапа: 1 – удаление полипов слизистой, выполнение трех радиальных разрезов на апоневрозе наружной косой мышцы живота вокруг мочевого пузыря; 2 – инъекции ботулинического токсина типа А в детрузор мочевого пузыря.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Комбинированный метод применен у 8 новорожденных в возрасте от 3 до 12 дней, с маленькой эластичной мочевого пузыря пластиной (2020-2023гг.). Ранним положительным результатом считалось пролабирование мочевого пузыря наружу во время крика или напряжения живота ребенка. Данный результат был достигнут у всех пациентов. Ранние или поздние осложнения зарегистрированы не были. В период от 12 до 30 месяцев у шести детей

наблюдалось увеличение мочепузырной площадки на 130-100%. Отсроченное первичное закрытие мочевого пузыря с пересадкой мочеточников и реконструкцией шейки было успешно выполнено у 6 (75%) детей. В послеоперационном периоде отмечена частичная континенция и рост мочевого пузыря. В 2 случаях мочепузырная площадка увеличилась на 30%, что оказалось недостаточным для корректной первичной операции. Первичное закрытие было выполнено без пластики шейки и реимплантации мочеточников, но роста мочевого пузыря в послеоперационном периоде отмечено не было, как и формирования частичной континенции.

При анализе домашних урофлоуметрических мониторингов мы отметили, что у практически идентичных по рефлюксу пациентов (сторона, степень) – абсолютно разные мониторинги. Это заставляет задуматься о природе рефлюкса и продолжить исследования в этом направлении.

**Выводы.** Метод химической и хирургической подготовки эффективен и безопасен для новорожденных с небольшой эластичной мочепузырной площадкой при ЭМП.

## 5. МОДИФИКАЦИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ЕЕ АМПУТАЦИИ ПОСЛЕ ОБРЕЗАНИЯ

*Ю.Э. Рудин<sup>1</sup>, Д.К. Алиев<sup>1</sup>, Д.А. Галицкая<sup>1</sup>, Г.В. Лагутин<sup>1</sup>, А.Б. Вардак<sup>1</sup>,  
Д.В. Марухненко<sup>1</sup>, О.И. Аполихин<sup>1</sup>, А.Д. Каприч<sup>2,3,4</sup>*

*<sup>1</sup>НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Обнинск, Россия*

*<sup>3</sup>МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; Москва, Россия*

*<sup>4</sup>Российский университет дружбы народов; Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Ампутация головки полового члена является редким и серьезным осложнением после обрезания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В НИИ урологии и ИР им Н.А. Лопаткина за период с 2011 по 2023 гг было пролечено 8 мальчиков с ампутацией головки полового члена (ср. возраст 3 года). 6 детям было проведено обрезание по религиозным соображениям, двоим с рубцовым фимозом. Четверым (50%) выполнено обрезание с помощью гильотинного метода (без открывания головки) под местной анестезией. У троих – полная ампутация головки, частичная у одного. В пяти случаях (процедуру выполняли на дому) (62%). Четверым пациентам (50%) операцию проводили лица без медицинского образования (по рекомендации других родителей, служителей мечети). Некроз головки и кожи ствола полового члена в результате ожога (сбой с коагуляцией) возник у 2 детей.

Для создания прообраза головки полового члена у детей мы применяли метод имплантации свободного лоскута слизистой нижней губы (15x50 мм) на верхушку кавернозных тел, дефект кожи ствола закрывали тканью мошонки методика Цециля. Предложенная модификация заключалась в создании 2-3 мм зазора между буккальным лоскутом и кожей полового члена для имитации венозной борозды. Для увеличения длины полового члена выполняли пересечение

поддерживающей связи полового члена. Через 1-2 года выполняли 2 этап формирования контура полового члена – рассечение пеноскrotального анастомоза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Уретральный катетер удален на 7-8 день, нормальное мочеиспускание восстановлено широкой струей у 6 мальчиков. Продленная катетеризация с использованием противорубцовых мазей потребовалась у 2 детей. Ранних и поздних послеоперационных осложнений выявлено не было. Во всех случаях получен результат в соответствии с косметическими и функциональными запросами.

**ВЫВОДЫ.** Применение модифицированной техники помогает сформировать артифициальную головку полового члена с лучшими косметическими и функциональными результатами.

## 6. НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА И АССОЦИИРОВАННЫХ С НИМ РАСТРОЙСТВ

*Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар*  
Международный андрологический центр, Москва, Россия

Пограничные неврологические расстройства, нейроортопедические коллизии и проблемы варикозной болезни таза у подростков изучены недостаточно. Только в последнее время появилось систематизированное руководство по части этих проблем. (Гусева Н.Б. и соавт.). Клиническая составляющая данных расстройств у подростков рассматривается в работах Володько Е.А. Другие работы в основном носят описательный характер, не содержат какой-либо приемлемой классификации, критериев постановки диагноза и оценки его клинической значимости.

Лечебные мероприятия часто носят хаотический характер, а модулятивные методики обладают существенным недостатком в виде анальной интервенции (тренинг биологической обратной связи) для позиционирования электрода в проекции шейки мочевого пузыря.

Вместе с тем, неопределенные жалобы на «симптомы нижних мочевых путей» достаточно часто встречаются в группе подростков. Жалобы на чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивность позыва, тянущие, ноющие боли в промежности не так уж редки.

При ряде таких состояний в диагностических находках обнаруживаются указания на постоянно определяемую остаточную мочу, увеличение объема предстательной железы с ее диффузными или отечными изменениями при УЗИ, а также расширение парапростатических вен. Неспецифические изменения требуют неспецифического лечения. При этом, например, магнито- и лазеротерапия, как и электрическая стимуляция сопряжены с последствиями анальной интервенции излучателем или электродом.

Отличным выходом из этого тупика нам показалось применение глубокой высокоинтенсивной магнитной стимуляции мышц тазовой диафрагмы, реализуемой при помощи специального устройства. Конструкция предполагает медицинский прибор в виде кресла, в

сиденье которого размещен мощный соленоид, излучающий магнитные импульсы такой силы, которая способна инициировать сокращения мышечных элементов тазовой диафрагмы, сосудистой стенки и предстательной железы.

В этом сообщении мы поделимся опытом лечения моносимптомного ночного энуреза, СНМП, тазовой варикозной болезни у детей и подростков.

## 7. ОСТАТОЧНАЯ МОЧА: ВОПРОС ДИАГНОСТИКИ

*О.Б. Головина<sup>1</sup>, Я.А. Герасименко<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО ТГМУ «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия*

*<sup>2</sup>Медицинский центр «Аленка», Владивосток, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** На сегодняшний день остается актуальной проблема наличия остаточной мочи (ОМ) после мочеиспускания у детей. Остаточная моча (PVR) – это количество мочи, оставшееся в мочевом пузыре после его произвольного опорожнения. С этим связаны следующие состояния, требующие участия специалиста: инфекция мочевыводящих путей (ИМВП), мочекаменная болезнь (МКБ), расстройства мочеиспускания.

**ЦЕЛЬ.** Оценить возможность верификации остаточной мочи (ОМ) методом домашней урофлоуметрии с помощью измерителя УФМ СИГМА. Изучить симптом ОМ у детей, используя различные методы диагностики. Определить достоверные и приоритетные методики для ее оценки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находилась группа из 125 детей, проходивших лечение в МЦ Аленка по поводу дисфункций мочеиспускания. У 42 из них выявлена остаточная моча (ОМ) при проведении домашней урофлоуметрии (УФМ) за 2 суток на приборе УФМ «СИГМА», вариант F (регистрационное удостоверение РЗН № 2020/11522 от 5.08.2020). Ультразвуковое исследование МП выполняли на ультразвуковом сканере Mindray по стандартной методике. Микционная цистография выполнялась на рентгенологической установке Shimadzu grad speed pro. Для проведения использовали общепринятый метод, используемый у детей для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса. По окончании мочеиспускания выполняли снимок для фиксации ОМ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Обработка и анализ полученных данных позволили сделать вывод о низкой достоверности метода ультразвуковой диагностики ( $\chi^2=0,013$ ;  $p>0,05$ ) при выявлении ОМ и высокой при проведении микционной цистографии ( $\chi^2=3,889$ ;  $p<0,05$ ). При проведении домашней урофлоуметрии отмечена тенденция снижения частоты ОМ с возрастом. Среднеэффективный объем (СЭО) снижен у 34 детей (20 мальчиков и 14 девочек), находился в пределах возрастной нормы – у 3 мальчиков и увеличен – у 5 детей (3 мальчиков и 2 девочек). Таким образом, ОМ при снижении объема МП встречалась почти в 7 раз чаще, чем при его увеличении, что меняет представление о природе остаточной мочи.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** По данным проведенного исследования становится понятным, что симптом остаточной мочи является частым признаком в детской урологической практике. Наиболее точ-

ным методом определения ОМ является домашняя урофлоуметрия, следующим по точности – микционная цистография. Ультразвуковое исследование выявляет остаточную мочу менее достоверно.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** остаточная моча, мочевого пузыря, дисфункции мочеиспускания, дети, домашняя урофлоуметрия, микционная цистография, ультразвуковое исследование.

## 8. ПАТТЕРН НОЧНОЙ ЭРЕКЦИИ – ЧТО, ЗАЧЕМ, ПОЧЕМУ?

*Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар  
Международный андрологический центр, Москва, Россия*

Изучение и оценка эректильной функции у детей и подростков является достаточно сложной задачей. Некоторые родители предъявляют жалобы на то, что не наблюдают эпизодов эрекции, или, по их мнению, они становятся реже или слабее. Подростки, в свою очередь, склонны к тревожным переживаниям за качество своей эрекции. Вместе с тем, методы объективного контроля эректильной функции жестко ограничены как морально-этическими аспектами, так и сложностью эректильной функции. Проведение стандартных тестов фармакологически индуцированной эрекции следует признать неприемлемым в силу опасностей возникновения приапизма и травматичности при низкой вероятности выявления значимой сосудистой патологии.

Нами разработана и внедрена методика оценки ночной тумесценции кавернозных тел, основанная на применении прибора «Андро-скан» производства ООО «МИТ» (Россия).

Принцип оценки состоит в дискретном по времени, непрерывном измерении диаметра полового члена в период сна. Прибор устроен так, что работает дистанционно, накапливая данные в автономной памяти.

Физика процесса состоит в изменении индуктивности спирали в зависимости от степени ее растяжения. Изменения индуктивности выражаются в мм путем линейного преобразования данных об индуктивности в данные о длине спирали и соответственно ее диаметре.

Технологически прибор программируется на автономный старт в 22 часа, а завершает регистрацию в 10 утра следующего дня. После программирования старта устройство одевается на корень полового члена пациентом самостоятельно, в случае малого возраста его отцом (матерью). Установка проста.

Полученные данные с предоставленного после 10 утра регистрирующего устройства по радиоканалу передаются в оригинальное программное обеспечение, которое в графическом формате отражает диаметр полового члена каждые 10 минут.

Нами зарегистрированы и определены нормальные и патологические паттерны эрекционной активности в ночное время у нескольких клинических групп. Однако, до формирования нормирующих таблиц и количественного описания нормы и патологии пока еще достаточно далеко.

## 9. ПРОБЛЕМА БАЛАНОПОСТИТА У ДЕТЕЙ

*Д.И. Тарусин, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар*  
*Международный андрологический центр, Москва, Россия*

Воспалительные заболевания головки полового члена и крайней плоти у детей остаются актуальными и достаточно распространенными. Острые заболевания характеризуются присоединением флоры, обладающей гноеродным потенциалом. Хронические заболевания в основном являются следствием нарушения местного или общего иммунного ответа с активизацией сапрофитной флоры. У хронических форм есть и другие причины возникновения – нарушение солевого состава мочи, недостаточность и ошибки гигиены, а также минимальные аномалии развития структур крайней плоти.

Эволюция принципов лечения острых заболеваний крайней плоти прошла этап от разделения синехий и открытия головки полового члена для антисептической обработки до шприцевой санации препуциального мешка без обнажения головки полового члена.

Медикаментозный подход также эволюционировал – от применения местных сульфаниламидов и нитрофуранов до использования бигуанидов, амидинов со свойствами катионных детергентов и антибактериальных препаратов на водной основе в комбинации с топическими стероидами.

Комплексный препарат, способный активно влиять как на флору, так и на воспаление, был насущной потребностью времени. Сегодня предложен препарат БАЛАНЕКС-КИДС, в составе которого метронидазол, хлоргексидин, тимол, матрин и эпигаллокатехина -3 галлат. Тимол обладает выраженным акарицидным, бактерицидным, ноземацидным и фунгицидным действием. Молекула внедряется в оболочку бактерий и грибов, делая ее проницаемой, а также угнетает R-плазмиды бактериальной клетки и мицелия гриба. Матрин, являющийся алкалоидом, обладает модифицирующим и модулирующим действием на регионарный кровоток, чем уменьшает гиперемию и воспалительную реакцию. Эпигаллокатехин стимулирует образование коллагенового матрикса при репарации, предотвращает избыточный синтез коллагена, подавляет синтез противовоспалительных цитокинов.

В настоящее время наш коллектив проводит 3 фазу клинических испытаний эффективности комплексного препарата БАЛАНЕКС-КИДС на 2 группах пациентов с воспалительными заболеваниями крайней плоти. О результатах мы обязательно сообщим врачебному сообществу в соответствующее время. Желающих присоединиться к мультицентровому исследованию приглашаем к сотрудничеству. Минимальное количество административных согласований приветствуется.

## 10. РЕДКИЕ СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ ПОЛНОГО УДВОЕНИЯ ПОЧКИ С ДРУГИМИ АНОМАЛИЯМИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

*И.М. Казанцов, Е.А. Кондратьева*

*ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Удвоение почки — частая аномалия развития, встречаемость которой достигает 2%. Обструктивные уropатии (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструктивный мегауретер, уретероцеле, эктопия мочеточника) могут сопровождать полное удвоение почки, однако сочетание с другими патологиями верхних мочевых путей весьма редки.

**ЦЕЛЬ.** Представить два редких клинических случая сочетания полного удвоения почки с подковообразной почкой и дистальной атрезией мочеточника.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Первый пациент (девочка 12 лет) был обследован по поводу выявленного с помощью УЗИ бессимптомного кистозного образования брюшной полости. По данным КТ диагностировано забрюшинное кистозное образование размером 65\*25мм, располагающееся вдоль нижней трети правого мочеточника. По данным цистографии дивертикулы мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс не определялись. Интраоперационно было выявлено, что кистозное образование являлось атрезированным, резко расширенным мочеточником нижнего сегмента удвоенной почки. Ребенку была выполнена нижняя геминефруретерэктомия. Второй пациент (девочка 5 лет) был обследован по поводу подозрения на наличие подковообразной почки. С помощью КТ-урографии было подтверждено наличие подковообразной почки, а также диагностировано удвоение ее правой половины. По данным цистографии определялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс I степени в нижний сегмент. Ребенку была выполнена эндоскопическая коррекция устья нижнего сегмента удвоенной правой половины подковообразной почки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Обструктивные уropатии удвоенной почки представляют большой интерес в связи с множеством существующих подходов к их хирургической коррекции. Среди применяемых методов можно выделить геминефрэктомия, уретероуретеростомия, реимплантацию мочеточников единым блоком или задействованного мочеточника, трансуретральное рассечение уретероцеле и др. Сочетание удвоения почки с другими аномалиями верхних мочевых путей является редко встречаемой проблемой с отсутствием единой тактики оперативной коррекции. Среди представленных пациентов в плане хирургической тактики больший интерес представляет сочетание атрезии мочеточника с удвоением почки, геминефруретерэктомия была выбрана по причине резкой гипоплазии и практически полного отсутствия паренхимы нижнего сегмента, а также грубых структурных нарушений стенки атрезированного мочеточника.

**ВЫВОДЫ.** Необходимо помнить о возможности сочетания удвоения почки с другими аномалиями верхних мочевых путей. Выбор тактики хирургической коррекции индивидуален и зависит от типа патологии и функции сегмента удвоенной почки.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** удвоение почки, подковообразная почка, атрезия мочеточника, геминефруретерэктомия.

## 11. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ ДЕФИЦИТЕ МОЧЕТОЧНИКА ЕДИНСТВЕННОЙ ТАЗОВОЙ ПОЧКИ

*И.М. Казанцов<sup>1</sup>, В.И. Дубров<sup>2</sup>, К.И. Пелих<sup>3</sup>, Д.В. Филиппов<sup>3</sup>, А.О. Гурович<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России; Санкт-Петербург, Россия*

*<sup>2</sup>2-я городская детская клиническая больница МЗ Республики Беларусь; Минск, Республика Беларусь*

*<sup>3</sup>СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница №22»; Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Представляется клинический случай оперативного лечения пациента с гидронефротической трансформацией единственной тазовой почки, критическим дефицитом мочеточника и многократными оперативными вмешательствами на органах мочевой системы в анамнезе.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результат реконструкции мочевых путей при критическом дефиците мочеточника единственной тазовой почки путем создания пиелоцистанастомоза посредством тубуляризованного лоскута лоханки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациент С. 16 лет с диагнозом: тазовая эктопия единственной правой почки. Стеноз мочеточника. Гидронефротическая трансформация почки. Состояние после многократных оперативных вмешательств на органах мочевой системы. Состояние после удаления дивертикула Меккеля, аппендэктомии. ХБП 3 стадии.

Тазовая эктопия единственной правой почки выявлена после рождения. Обострений пиелонефрита не было. После обследования в возрасте 7 лет выявлена единственная тазовая почка с ПМР 5 степени. В 2014 году эндоскопическое лечение ПМР 5 степени (1). При контрольном обследовании рефлюкс 5 степени сохранялся. В 2015 году эндоскопическое лечение ПМР (2). При контрольном обследовании ПМР сохранялся. В 2016 году эндоскопическое лечение ПМР 5 степени (3). 2016 год постановка внутренне-наружной дренирующей системы в правую почку. По результатам УЗИ – полное сокращение собирательного комплекса правой почки. В 2016 году оперативное лечение: пластика ПУС, операция Грегуара. При контрольном обследовании в 2017 году ПМР 5 степени сохраняется, выраженная инфравезикальная обструкция, обусловленная гипертонусом наружного сфинктера. Выполнено введение ботулотоксина в сфинктер задней уретры. 2017 год экстренное стентирование правого мочеточника ввиду нарастания гидронефроза. В 2017 году после сокращения лоханки стент был удален. В 2018 году рецидив обструктивного гидронефроза – выполнено стентирование. В 2019 году выполнена реимплантация мочеточника по Баирову. Контрольное обследование в 2020 году – ПМР сохраняется, выполнено эндоскопическое лечение ПМР (4). В 2023 обследован в СПб ГБУЗ ДГБ № 22, выявлено: гидронефротическая трансформация единственной тазовой почки. Данных за ПМР нет. По УЗИ толщина паренхимы 9-15 мм, ПЗР лоханки – до 80 мм, чашечки до 24 мм. Креатинин крови 170 мкмоль/л, мочевины 5.8 ммоль/л.

Пациент был оперирован: при цистоскопии идентифицировано искусственное устье мочеточника, стенозировано, проведена струна, по струне устье непроходимо для катетера 4 Ch. При лапароскопии выявлено, что длина мочеточника около 2.5 см, лоханка почки резко расширена,

атонична. Нельзя было исключить наличие стриктур пиелоуретерального сегмента и уретеро-везикального соустья. Ввиду невозможности использования аппендикса для замещения мочеоточника была выполнена реконструктивная операция: из лоханки почки выкроен боковой П-образный лоскут размерами 6х3 см, лоскут тубуляризирован на катетере 8 Ch. Сформированный «мочеточник» анастомозирован с мочевым пузырем на стенке с антирефлюксной защитой по Барри. Установлена наружная пиелостома.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. «Мочеточниковый» стент удален на 48 сутки. На антеградной пиелографии пиелоцистаномоз проходим. Пиелостома удалена через 2.5 месяца после операции.

**ВЫВОДЫ.** Выполненная нами реконструкция мочевых путей у пациента после многократных оперативных вмешательств на мочевой системе показала себя как альтернативная методика с удовлетворительными результатами при критическом дефиците мочеточника и отсутствии других возможностей пластики мочеточника.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, реконструкция мочевых путей, пиелоцистаномоз.

## 12. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕПАЛЬПИРУЕМОГО ЯИЧКА

*Д.И. Тарусин, М.В. Жидков, А.А. Матар, Н.А. Середницкая, С.А. Матар, А.А. Матар*  
Международный андрологический центр, Москва, Россия

Проблема диагностики непальпируемого яичка остается актуальной, несмотря на широкое распространение диагностических технологий. На основании эмпирического анализа коллективной практики авторов удалось установить наиболее характерные ошибки, о которых мы сообщаем в этой работе.

Ошибки визуальной диагностики: а) недооценка фактора гипоплазии мошонки и смещения срединного шва – при поздней внутриутробной атрофии яичка вследствие позднего пренатального перекрута гипоплазия мошонки на стороне отсутствующего яичка не наблюдается; б) при осмотре ребенка только в положении лежа высоко расположенное яичко часто оказывается выше глубокого пахового кольца и недоступно ни пальпации, ни визуальной оценке.

Ошибки пальпации: а) игнорирование фактора наличия семенного канатика в паховом канале и шейке мошонки – при наличии семенного канатика в экстраабдоминальной зоне внутрибрюшное расположение яичка невозможно; б) игнорирование чрезмошоночной пальпации поверхностного пахового кольца – при истинном крипторхизме, в том числе абдоминальной форме, паховый канал, как и паховое кольцо – не сформированы.

Ошибки визуализации: а) начало и окончание поиска непальпируемого яичка в паховом канале – часто внутриутробно атрофированное яичко находится в мошонке и имеет размер рисового зерна; б) игнорирование исследования пациента в ортостазе на руках у мамы – об

отсутствии яичка в зоне наружного оперативного доступа можно судить только тогда, когда в ортостазе и при крике оно не оказывается в области глубокого пахового кольца; в) игнорирование скользящей пальпации датчиком – иногда достаточно «выкатить» яичко датчиком в паховый канал или даже в мошонку – при высокой ретракции д) игнорирование факта викарной гипертрофии контралатерального яичка – при атрофии яичка единственный орган всегда претерпевает увеличение объема на первом году жизни;

Ошибки лапароскопии: нами отмечено 19 случаев «необнаружения» атрофированного яичка в мошонке и паховом канале, и необнаружения семенного канатика в забрюшинном пространстве.

Исключение этих ошибок позволяет свести к незначимым величинам потребность в лапароскопической диагностике крипторхизма.

### 13. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ – ПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ

*А.А. Матар, Н.А. Середницкая, Д.И. Тарусин, М.В. Жидков, С.А. Матар, А.А. Матар*  
*Международный андрологический центр, Москва, Россия*

Удвоение уретры – крайне редкий порок развития мочеполовой системы, эмбриологический механизм формирования которого остается недостаточно изученным. Сообщаем о пациенте, который оказался в нашем поле зрения для первичной коррекции в возрасте 13 лет.

При осмотре клинически было установлено, что головка расщеплена, уздечка не сформирована, стенотически измененное наружное отверстие уретры расположено по срединному шву. Латеральнее гипоспадического меатуса отмечалось точечное отверстие с кожным валиком диаметром до 0,2 мм. Со слов матери и ребенка, а также при наблюдении за микцией моча поступала только из гипоспадического меатуса. В силу ничтожного диаметра второго отверстия зондирование не проводилось.

Под комбинированной анестезией выполнена катетеризация гипоспадического меатуса. При его выделении выявлено, что на месте точечного отверстия имеется фенистрация стенки диспластичной уретры. При мобилизации стенок установлено, что второе отверстие так же вводит в дублирующий диспластичный мочеиспускательный канал. Проведена катетеризация второго канала, из каналов одновременно наблюдалось вытекание мочи. Выполнено интраоперационное ультразвуковое исследование, которое как в поперечном, так и в продольном скане продемонстрировало, что на уровне пенильной уретры последняя полностью удвоена, однако, внутреннее отверстие уретры одно. В предстательной железе так же выявлен единый уретральный канал.

Тактическое решение состояло в том, что обе уретры были оставлены, дистальная часть удвоенной уретры расщеплена и вшита в уретральную площадку более полноценной основной уретры. Таким образом, из двух уретр в дистальной части была сформирована единая уретральная площадка.

Самостоятельное мочеиспускание восстановлено в сроки 7 дней, площадка сформировалась единым тканевым блоком.

В дальнейшем, через 4-6 месяцев пациенту будет выполнена уретропластика с замыванием уретральной площадки и glandулопластика.

Добавим лишь, что такой тип полной дубликации не описан в классификации Effman и является новым вариантом. В доступной литературе всего 14 случаев таких аномалий по всему миру.

## 14. ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

*А.В. Бершадский*

*УТМК-Здоровье; Екатеринбург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Процесс мочеиспускания является самообучаемым навыком. В ходе созревания центров мочеиспускания ребенок учится управлять дыхательной и тазовой диафрагмами, чтобы полноценно, беспрепятственно научиться совершать акт мочеиспускания. В ходе этого процесса очень важным является формирование социальной значимости мочеиспускания, нормального чувства позыва и осознания необходимости совершения акта мочеиспускания по воле ребенка. Согласно предыдущим научным исследованиям – чувство позыва формируется в области лимбической системы, что обуславливает влияние психоэмоциональных переживаний на особенность возникновения позыва (частый или редкий). Дети в возрасте 3-7 лет крайне подвержены негативным эмоциям, что сказывается на особенностях формирования акта мочеиспускания, которые сохраняются с ними всю жизнь. В нашей клинике наблюдается большое количество детей с органическими и психоэмоциональными нарушениями мочеиспускания, в результате чего у нас сформировался алгоритм диагностики и лечения этих нарушений.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность комплекса реабилитационных методик для тазового дна у детей при наличии психогенных нарушений мочеиспускания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Двадцать пять детей с различными формами психогенных нарушений мочеиспускания (гиперактивной мочевого пузыря, синдром стеснительного мочевого пузыря, недержание мочи при смехе, обструктивное мочеиспускание) прошли программу реабилитации тазового дна, которая включала: БОС терапию тазового дна, комплекс лечебной физкультуры и тиббиальную нейростимуляцию.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение комплексной реабилитации тазового дна при психогенных нарушениях мочеиспускания позволило добиться полного исчезновения симптомов у 87% детей. 5% оказались толерантны к применяемой терапии, 7% понадобилась дополнительная психотерапия, после которой удалось добиться регресса симптоматики.

**ВЫВОДЫ.** Кажется бы, ничего нового, но отсутствие необходимости «подстригать» ножницами внутренний листок обеспечивает идеально округлый рубец в дальнейшем.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психогенные нарушения мочеиспускания, гиперактивный мочевой пузырь, недержание мочи у детей, недержание мочи при смехе, синдром стеснительного мочевого пузыря, реабилитация тазового дна, терапия биологической обратной связи.

## 15. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Д.С. Золотухин, О.С. Павлова, И.А. Филатов*  
ЧОДКБ; Челябинск, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Наличие инородных тел в нижних мочевых путях всегда было интересной темой. Каждый уролог, время от времени, в своей практике сталкивается с такими пациентами. В литературе описано большое количество случаев, и в настоящее время они стали важной частью изучения урологических заболеваний.

**ЦЕЛЬ.** Провести ретроспективный анализ диагностики и лечения инородных тел нижних мочевых путей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Всего с 2020 по 2023 год в ЧОДКБ в отделении урологии прошли лечение 9 пациентов с инородными телами нижних мочевых путей. Истории болезней были проанализированы ретроспективно. Изучались способы введения инородных тел, их диагностика, а также лечение данной категории пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** За период исследования из нижних мочевых путей было удалено 9 инородных тел. В их число входили: иголки от искусственной елки, мочеточниковые стенты с конкрементами, булавки с шариком на конце, провод от зарядного устройства, мелкая игрушка. Часто встречающимися симптомами была дизурия и гематурия. В большинстве случаев диагноз был подтвержден рентгенологически. Обстоятельства введения инородных тел были различными: ятрогенные 2(22%), случайные 7(78%). Эндоскопически инородные тела удалены в 8 (89%) случаях, одному ребенку потребовалась цистотомия.

**ВЫВОДЫ.** Случаи инородных тел нижних мочевых путей в детской практике встречаются редко. Диагноз обычно ставится как рентгенологически, так и с помощью ультразвука. В большинстве случаев использовалось эндоскопическое извлечение инородных тел, которое проходило успешно с минимальной болезненностью.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Эндоскопическое лечение, инородные тела, мочевого пузыря.

## 16. ПРОСТАТИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ МОШОНКИ У ПОДРОСТКОВ

*С.А. Коновалов<sup>1</sup>, И.И. Галимов<sup>1</sup>, Т.М. Шахмаева<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>ГБУЗ РБ ГДКБ № 17; Уфа, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО МЗ РФ, Башкирский государственный медицинский университет; Уфа, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Хронический неинфекционный простатит (ХП)/синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является распространенным урологическим заболеванием. Существуют многочисленные исследования, посвященные диагностике и лечению взрослых пациентов с ХП, и весьма редкие упоминания в литературе о подростковом ХП, что предположительно связано с редкой встречае-

мостью заболевания. «Несмотря на это, исследования показывают, что доля встречаемости ХП/СХТБ составляет около 13% среди всех подростков.

Следует также отметить, что острые заболевания яичек у детей являются одной из актуальных проблем в детской хирургии и составляют до 20% всей патологии детского возраста, требующей экстренного или срочного хирургического вмешательства. Послеоперационный диагноз «острый орхоэпидидимит» составляет до 12-15%

**ЦЕЛЬ.** Выявить связь между острыми заболеваниями яичка и воспалительным процессом в простате у подростков.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За 2023 год в консультативно-диагностическую поликлинику ГБУЗ РБ РДКБ и консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфы обратилось 60 подростков в возрасте от 9 до 18 лет с клиникой «острого заболевания яичка». В 28 случаях диагностировано перекручивание яичка, и пациенты направлены на госпитализацию в хирургический стационар. В 32 случая отсутствие явной картины острой хирургической патологии потребовало расширение объема обследования.

Проведено трансабдоминальное исследование предстательной железы, которое выявило увеличение объема предстательной железы на  $60 \pm 5,5\%$ . Также в 5 случаях выявлены гиперэхогенные включения до 4-6 мм, без акустической тени, в одном случае гипоехогенное образование 8 мм без кровотока по периферии.

Всем пациентам был проведен стандартный объем обследования, включавший: определение ритма спонтанных мочеиспусканий, измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия), ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, определение уровня простатспецифического антигена, тестостерона крови, обследование на заболевания, передающиеся половым путем.

Анализ ритма мочеиспусканий не выявил существенных нарушений.

Что касается потока мочеиспускания, более серьезные нарушения – снижение среднего потока  $10,8 \pm 1,17$  мл/сек и наличие остаточной мочи  $50,2 \pm 20,1$  мл у подростков от 14 до 18 лет, у 4 пациентов (12,5%) выявлен «прерывистый» тип мочеиспускания.

Ни у кого из пациентов не выявлено повышение уровня простатспецифического антигена.

У подростков старшей группы выявлено недостоверное снижение уровня тестостерона  $4,3 \pm 11,1$  нмоль/л.

Заболевания, передающиеся половым путем, у обследованных подростков не выявлены.

Учитывая выявленные изменения, всем подросткам назначена терапия, включавшая антибактериальные (цефалоспорины 3-го поколения, старше 16 лет – фторхинолоны), противовоспалительные препараты (парацетамол, кетопрофен у подростков старше 15 лет), лонгидаза, интерферон.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** На фоне лечения отмечается уменьшение размеров предстательной железы, в группе подростков 8-10 лет достигает референсного уровня, в старших возрастных группах остается выше возрастной нормы. Отмечается положительная динамика показателей урофлоуметрии, однако она менее выраженная у подростков 14-18 лет.

**ВЫВОДЫ.** Установлена связь между острыми заболеваниями яичка и воспалительным процессом в простате у подростков.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Простатит, острые заболевания яичка, подростки.

## 17. УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕГАУРЕТЕРА

*П.И. Чумаков*

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России;  
Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Уродинамические особенности транспорта мочи при мегауретере остаются до настоящего времени малоизученной проблемой детской урологии.

**ЦЕЛЬ.** Изучение уродинамических особенностей транспорта мочи из почки в мочевой пузырь при мегауретере у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Уродинамические исследования выполнены 9 детям, оперированным по поводу мегауретера, обусловленном стриктурами тазового отдела мочеточника, и 5 детям с ПМР 5 степени. Измерение внутрипузырного, внутримочеточникового и внутрилоханочного давления проводилось во время операции при помощи водяного манометра.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Обнаружено, что внутримочеточниковое давление дистальнее перегиба мочеточника всегда было выше давления в мочеточнике до перегиба. И чем больше перегибов мочеточника, тем больше градиент давления между тазовым отделом мочеточника и почечной лоханкой. Перегиб мочеточника, разделяя его на сегменты, способствует накоплению мочи в нижнем сегменте, изменяет угол наклона мочеточника в месте перехода в верхний сегмент. Это затрудняет ретроградный ток мочи и не препятствует антеградному ее току, т.е. исполняет роль своеобразного клапана. Перегибы формируются в первую очередь в тазовом, затем в среднем и далее в прилоханочном отделе мочеточника. При мегауретере перегибы разделяют мочеточник на отдельные участки, которые локально совпадают с участками, обозначаемыми нами как «цистоиды» нормального мочеточника. Учитывая анатомическое и функциональное сходство сигмовидной кишки и мегауретера, мы определили перегибы как «сигмоиды».

**ВЫВОДЫ.** Преобразование «цистоидов» в «сигмоиды» при обструкции мочеточника – это проявление адаптационного механизма, предохраняющего вышележащие отделы мочеточника и почку от высокого внутримочеточникового давления, а при ПМР от уродинамического удара во время акта мочеиспускания. После устранения обструкции мочеточника происходит постепенное исчезновение «сигмоидов» и восстановление по нему цистоидного транспорта мочи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Мегауретер, внутримочеточниковое давление, клапанная система.

## 18. БАКТЕРИОФАГОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИМП У ДЕТЕЙ

*Э.С. Лепиоков, З.Б. Лобжанидзе, П.И. Чумаков, И.Д. Лобжанидзе, А.С. Пономарева,  
А.Р. Султанбеков, Б.Н. Тамбиев  
ГБУЗ СК «ГКБ СМП»; г. Ставрополь, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Применение бактериофагов является одним из направлений в лечении мочевой инфекции в условиях растущей антибиотикорезистентности.

**ЦЕЛЬ.** Оценка эффективности использования бактериофагов в лечении ИМП у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В детском урологическом отделении ГКБ СМП г. Ставрополя наблюдали 80 детей (мальчики -25, девочки-55) в возрасте от 3 до 17 лет. Мочевая инфекция была обусловлена нейрогенным мочевым пузырем и инфравезикальной обструкцией. Бактериологический посев мочи проводили по общепринятым методикам. Высеваемость представителей семейства Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*) обнаружена у 63 детей (78.75 %), *Klebsiella spp.* у 10 детей (12.5 %), *P. aeruginosa* у 7 детей (8.75%). Больные разделены на 4 группы по 20 детей. В первой группе проводилось динамическое наблюдение в течение 3 месяцев. Во второй группе проводилось лечение нитрофуранами (фурадонин в возрастных дозировках) в течение 10 дней. В третьей группе дети получали бактериофаг «коли, клебсиелла, псевдомонас аеругиноза» в течение 10 дней. А в четвертой группе получали комбинированное лечение нитрофуранами и бактериофагами. Контрольные посеы мочи проводились через 14 дней, 1, 3 и 6 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 1 группе у 7 детей бактериальная картина мочи без изменений, у 13 отмечен рост титра патогенной флоры. Во 2 группе у 12 детей патогенная флора отсутствует, у 4 детей бактериальная картина мочи без изменений, у 4 отмечается рост титра патогенной флоры. В 3 группе у 14 детей патогенная флора отсутствует, у 4 детей бактериальная картина мочи без изменений, в 2 случаях обнаружен рост титра патогенной флоры. В 4 группе у 18 детей патогенная флора отсутствует, у 2 детей бактериальная картина мочи без изменений.

**ВЫВОДЫ.** Бактериофаготерапия в комбинации с нитрофуранами является эффективным видом лечения ИМВС у детей в условиях растущей антибиотикорезистентности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Бактериофаги, нейрогенный мочевой пузырь, инфекция МВС, инфравезикальная обструкция антибиотикорезистентности.

## 19. ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ

*А.С. Пономарева<sup>1</sup>, З.Б. Лобжанидзе<sup>1</sup>, П.И. Чумаков<sup>1</sup>, И.Д. Лобжанидзе<sup>1</sup>, Э.С. Лепшוקов<sup>1</sup>, Р.Ю. Есеев<sup>1</sup>, З.Р. Барахоева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ СК «ГКБ СМП»; г. Ставрополь, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ МЦРБ; Малгобек, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Дневное и ночное недержание мочи является одной из наиболее распространенных проблем в детской урологии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, примерно 15-20% детей в возрасте 5-6 лет страдают от этих состояний. По мере взросления детей проблема обычно решается самостоятельно, но около 1-2% детей продолжают беспокоить различные виды недержания мочи.

**ЦЕЛЬ.** Проследить взаимосвязь между недержанием мочи и урологической патологией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Нами было исследовано 515 историй болезни за 3-х летний период, среди них выявлено 74 ребенка с эпизодами недержания мочи, все эти дети были неоднократно обследованы и пролечены неврологом. Лечение должного результата не приносило, в связи с чем им было проведено полное урологическое обследование. Возраст пациентов от 5 лет до 17 лет. Мальчиков – 11, девочек – 63. Среди них выявлено

27 детей с ПМР, 41 ребенок – с нейрогенным мочевым пузырем, 6 детей с кистозным циститом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отмечено, что после эндоскопической коррекции ПМР у 19 детей из 26 эпизоды недержания мочи прекратились, у 7 детей сохранились эпизоды недержания мочи в дневное время суток. После бужирования уретры, проведения физиопроцедур у 31 ребенка из группы НМП эпизоды недержания мочи прекратились, у 4 – без изменений, у 6 – сохранились эпизоды недержания мочи в дневное время суток до 1 – 3 раз в месяц. В случае с кистозным циститом проводилась этиотропная терапия по бак. посеву мочи, инстиляции мочевого пузыря, физиопроцедуры, у всех детей из этой группы эпизоды недержания мочи в дневное и ночное время суток прекратились.

**ВЫВОДЫ.** Любые виды недержания мочи должны наталкивать педиатров и неврологов на мысль о наличии урологической патологии. Такие дети должны быть обязательно обследованы детским урологом.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Недержание мочи, эндоскопическая коррекция рефлюкса, нейрогенный мочевого пузыря,пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

## 20. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ МОРГАНЬИ В РАЗЛИЧНОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ

*З.Б. Лобжанидзе, П.И. Чумаков, Р.Ю. Есеев, И.Д. Лобжанидзе, Э.С. Лепишников, А.С. Пономарева  
ГБУЗ СК «ГКБ СМП»; г. Ставрополь, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** На сегодняшний день не причины перекрута гидатиды яичка и придатка у детей окончательно ясны. Данная проблема затрагивает детей и является наиболее частой причиной обращения к детскому хирургу или детскому урологу.

**ЦЕЛЬ.** Проследить взаимосвязь перекрута гидатиды у мальчиков пубертатного периода с изменением гормонального фона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2018 по 2024гг. в детском урологическом отделении наблюдалось 402 мальчика, поступивших с «синдромом острой мошонки», обусловленным перекрутом гидатиды Морганьи. Всем детям выполнена операция- гидатидэктомия. В 78% случаев гидатида располагалась на тонкой, длинной ножке с широкой головкой на придатке яичка. Мы разделили всех детей на возрастные группы и заметили, что в большинстве случаев перекрут гидатиды случается у мальчиков возрасте от 10-14 лет, т.е. в пубертатный период, что составляет 179 мальчиков от общего количества прооперированных гидатид. Предполагаем, что это связано с изменениями в гормональном фоне, характерными с данным периодом в жизни.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Мы разделили всех детей на возрастные группы и заметили, что в большинстве случаев, перекрут гидатиды случается у мальчиков возрасте от 10-14 лет, т.е. в пубертатный период, что составляет 179 мальчиков от общего количества прооперированных гидатид. Предполагаем, что это связано с изменениями в гормональном фоне, характерными с данным периодом в жизни.

**ВЫВОДЫ.** Превалирующее количество мальчиков с данной патологией приходится на пубертатный период, что вероятнее всего связано с изменениями гормонального фона.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гидатида Морганьи, пубертатный период, гормональный фон.

## 21. ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРКУМЦИЗИИ У ДЕТЕЙ

*Н.Б. Аитмай*

<sup>1</sup> «Казанская государственная медицинская академия — филиал РМАНПО», Казань, Россия

<sup>2</sup> «Республиканская клиническая больница», Казань, Россия

<sup>3</sup> «Детская республиканская клиническая больница», Казань, Россия

<sup>4</sup> «Ташкентский педиатрический медицинский институт», Ташкент, Узбекистан

<sup>5</sup> «Юнусабадский медицинский центр», Ташкент, Узбекистан

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** В хирургической практике операция циркумцизии получила более широкое применение с середины XIX столетия. Проблема лечения заболеваний крайней плоти, несмотря на появившиеся в последнее время исследования, остается актуальной. В настоящее время циркумцизия является одной из самых частых операций, выполняемых во всем мире, как по медицинским показаниям с целью профилактики различных заболеваний, в том числе онкологических, так и по религиозным соображениям. В связи с национальными и религиозными особенностями в странах Средней Азии врачи урологического профиля чаще всех сталкиваются с проблемами осложнения циркумцизии у детей. Дети получают физическую и психологическую проблему на всю жизнь, а мы, в свою очередь обязаны предотвратить это для будущего здорового поколения. Тем не менее профилактика не всегда значит, что проблемы не будет. В практике мы будем сталкиваться с этим, и нам нужно знать современные и оптимальные методы их решения.

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ встречаемых осложнений обряда обрезания, изучить причины их возникновения, разработать методики операции циркумцизии, предоперационной подготовки и послеоперационного ухода, позволяющие предотвратить всевозможные осложнения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2019 по 2023 (2024) год мной было успешно проведено порядка 15.000 обрезаний по всем регионам Казахстана. В том числе операции по поводу: реконструкции ампутированной головки полового члена, аутодермопластика при СПЧ, восстановление уретры при стриктуре и т.д. Также терапия кровотечений и инфекционных осложнений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По итогу были разработаны оптимальные техники обрезания детей, у которых риски осложнений минимальны. Для того, чтобы ребенок не получил психологическую травму и стресс, мы придумали разработку, при которой ребенок во время обрезания может играть в приставку.

**ВЫВОДЫ.** Правильно выбранная врачом техника проведения циркумцизии, тактика ведения при осложнениях и правильный подход к ребенку могут предотвратить многие серьезные проблемы, как в интимном, так и в психологическом плане.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** циркумцизия, осложнения, современные методы решения, психологическая травма.

## 22. НАШ ОПЫТ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ

*К.Д. Пунсуков, Б.М. Дондоков, З.Д. Цыренов, Е.Э. Балганжапова, В.В. Данчинов, Д.В. Васильев, Б.Д. Шагдаров*

*Детская республиканская клиническая больница МЗ РБ; Улан-Удэ, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Одним из перспективных малоинвазивных методов хирургического лечения первичного обструктивного мегауретера является реимплантация мочеточника по Cohen везикоскопическим доступом.

**ЦЕЛЬ.** Демонстрация предварительных результатов внедрения везикоскопического доступа в ГАУЗ ДРКБ, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ в период с апреля 2023 г. по январь 2024 г. с использованием везикоскопического доступа оперировано трое мальчиков и одна девочка по поводу первичного обструктивного мегауретера. Возраст — от 1,6 до 4-х лет. У всех пациентов имелся левосторонний процесс с IV степенью гидронефроза (SFU). Везикоскопический доступ выполняли в положении пациента на спине с разведенными в стороны ногами и подложенным под ягодицы валиком. Под контролем цистоскопа через переднюю брюшную стенку в мочевого пузыря устанавливали два рабочих троакара и один – для эндоскопа. Жидкость заменяли на углекислый газ. С помощью крючка электрокоагуляции эндовезикально выполняли выделение заинтересованного мочеточника внутрь мочевого пузыря. Затем формировали поперечный подслизистый тоннель, в который проводили выделенный мочеточник. Стенозированный участок иссекали и формировали устье в новом месте узловыми интракорпоральными швами. Эффективность оценивали с помощью анализов мочи, УЗИ, экскреторной урографии, микционной цистографии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все операции выполнены по плану без необходимости в конверсии. Средняя продолжительность составила  $146,2 \pm 20,0$  мин. (в диапазоне от 130 мин до 160 мин). Послеоперационный период в стационаре – от 8 до 10 суток. Осложнений не наблюдалось. Во всех случаях отмечалось значимое уменьшение степени расширения верхних мочевых путей по данным контрольного УЗИ и экскреторной урографии в сроки от 3 до 6 месяцев после вмешательства. Микционная цистография не зафиксировала пузырно-мочеточникового рефлюкса у троих пациентов, которым она выполнена. Ни в одном случае после операции не наблюдалось инфекции мочевых путей.

**ВЫВОДЫ.** Наш предварительный опыт позволяет полагать, что везикоскопическая реимплантация мочеточника по Cohen при первичном обструктивном мегауретере является эффективной процедурой, позволяющей значительно уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде, сократив длительность реабилитации, и получить прекрасный косметический результат.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети, везикоскопический доступ, обструктивный мегауретер.

## 23. ОПТИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ С ГИДРОДИЛЯТАЦИЕЙ «НЕФУНКЦИОНАЛЬНОГО» УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Е.Р. Барсегян, А.С. Вавилов, А.Н. Волков, М.В. Калайтанов  
ГБОУЗ ОДКБ; Великий Новгород, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) в детском возрасте остается одним из наиболее частых заболеваний, склонных к рецидивированию и в последующем к нефро-склерозу. ИМВП в популяции по разным источникам доходит до 15-30 детей на 1000 детского населения. Основной причиной рецидивирующих инфекций мочевыделительной системы является пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградный ток мочи из мочевого пузыря в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС) почки. Самыми достоверными способами диагностики ПМР по сей день остаются цистография и МАГЗ-стинциграфия. Последний метод исследования, к сожалению, отсутствует во многих регионах РФ. ПМР на современном этапе является нозологией, которая подвергается коррекции малоинвазивными способами с высоким процентом эффективности. «Золотым стандартом» лечения ПМР является эндоскопическая коррекция ПМР с введением различных полимеров в устье мочеточника и тем самым формированием «холмика», препятствующего обратному току мочи из мочевого пузыря. Однако, во многих случаях диагностировать ПМР не удастся, несмотря на неоднократные выполнения цистографии. Зачастую на цистографии не выявляется рефлюкс, но клинически сохраняется ИМВП, которая в последующем приводит к поражению паренхимы почек. Данная ситуация в современной медицине интерпретируется как транзиторный, либо интермитирующий рефлюкс.

**ЦЕЛЬ.** Анализ устьев мочеточников с помощью оптической визуализации с гидродилатацией для определения «нефункциональности» устьев мочеточников при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Рецидивирующая инфекция МВП, признаки нефропатии, выявленные при УЗИ почек (уменьшение размеров почки, отсутствие роста почки при динамическом УЗИ МВС, повышение эхогенности и нарушение дифференцировки паренхимы почки) являются как предикторами, так и осложнениями транзиторного ПМР. По данным литературы достоверность цистографии колеблется от 50-95%, что зависит от многих факторов: от правильного технического выполнения исследования, возможности рентгенологического оборудования и т.д.

С годами увеличивается количество детей, страдающих рецидивирующим пиелонефритом, у которых выявляется разной степени поражение паренхимы почек. В случаях, когда при цистографии убедительных данных о наличии ПМР не было выявлено, но клиническая картина соответствовала наличию рефлюкса, мы прибегали к методу оптической визуализации с гидродилатацией устья мочеточника. В нашей клинике количество таких пациентов за 7 лет (с 2017-2023 гг.) составило 160 детей.

Распределение детей по полу и возрасту (табл. 1).

Пол и возраст	1-3		4-8		8-12		12-17	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мальчики	6	3,75	9	5,6	6	3,75	3	1,8
Девочки	11	6,8	75	46,8	38	23,7	12	7,5

Всем детям в стационаре выполнялись следующие исследования:

1. Общий анализ мочи, крови, биохимический анализ крови,
2. УЗИ мочевого пузыря с доплеровским картированием, с определением размеров, контуров и структуры паренхимы почек, оценки стенки мочевого пузыря с определением остаточной мочи;
3. Суточный ритм мочеиспусканий, урофлоуметрия и цистометрия для определения нарушенных уродинамики нижних мочевых путей;
4. Рентгеноурологическое обследование (цистография при наполнении и микционная), внутривенная урография.

Модель исследования заключается в выполнении цистоскопии, проведении гидродилатации с помощью ирригационного мешка, установленного на 1 метр выше пациента. Поток жидкости, который проходит через цистоскоп к устью, приводит либо к раскрытию устья мочеточника, либо нет. В норме, если устье мочеточника сформировано правильно, есть длинный интрамуральный отдел, функционирует антирефлюксный механизм, раскрытия устья мочеточника при гидродилатации не происходит. В случае свободного раскрытия устья предполагается наличие нестабильного заброса мочи из мочевого пузыря в мочеточник и лоханку, т.е. наличие ПМР. Таким образом, если имеется раскрытие устья мочеточника, порой позволяющее провести тубус цистоскопа, то проводится одномоментная эндоскопическая коррекция предполагаемого пузырно-мочеточникового устья. Коррекция выполняется стандартным способом и заключается во введении полимера под устье мочеточника. Всем детям на второй день выполнялись УЗИ МВС для исключения обструкции и контрольный общий анализ мочи.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все 160 детей в последующем наблюдались в консультативно-диагностическом центре ГОБУЗ «ОДКБ», мы отмечаем резкое снижение рецидивирования ИМВП, отмечался рост почки, либо отсутствие дальнейшего сморщивания почки у детей.

У 3 детей, что составляет всего 2.0%, был повторный эпизод обострения пиелонефрита. Этим детям была проведена повторная эндоскопическая коррекция с положительным результатом. Такой подход к этой категории детей позволил значительно снизить вероятность рецидивирования пиелонефрита, тем самым предотвратить дальнейший нефросклероз и инвалидизацию детей.

Данная лечебно-диагностическая процедура является простой в выполнении и доступной во многих специализированных учреждениях детского профиля.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, оптическая визуализация устья мочеточника является простой и доступной лечебно-диагностической методикой, позволяющей проводить одновременное моделирование устья с целью купирования рефлюкса, что предотвращает атаки пиелонефрита с дальнейшим нефросклерозом и развитием хронической почечной недостаточности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пузырно-мочеточниковый рефлюкс, устье мочеточника, инфекция мочевыводящих путей, эндоскопическая коррекция.

## 24. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ

*Д.А. Добросердов, М.П. Кучинский, Н.А. Филатова, Е.А. Солнцева, М.М. Карданов  
СПб ГБУЗ ДГМКСЦВМТ; Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Воспалительная миофибробластная опухоль (ВМО) – редкая опухоль, характеризующаяся пролиферацией веретенообразных клеток с инфильтрацией воспалительными клетками. По оценкам экспертов в США ежегодно диагностируется от 150 до 200 новых случаев. Данный вид опухоли встречается у пациентов различной возрастной категории. ВМО возникает в любых органах, таких как легкое, желудок, мочевой пузырь, тонкая кишка, гортань, сальник, брюшная полость и забрюшинное пространство. Несмотря на редкость, составляющую менее 1% всех опухолей мочевого пузыря, мочевой пузырь является наиболее частой локализацией ВМО среди всех органов мочеполового тракта. Около 25% зарегистрированных случаев ВМО мочевого пузыря приходится на детей. Средний возраст детей с ВМО МП составляет 7 лет. Из-за низкой частоты рецидивов (всего 4%) рекомендуются щадящие методы лечения мочевого пузыря.

**ЦЕЛЬ.** Представить опыт лечения пациента 1 года 7 месяцев с воспалительной миофибробластической опухолью мочевого пузыря.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациент М., 1 г. 7 мес. впервые поступил в СПб ГБУЗ ДГМКСЦВМТ в начале января 2023 года с жалобами на беспокойство во время мочеиспускания. Обследован первично (УЗИ, анализ крови, мочи). Ребенку выставлен диагноз «острый цистит» и в связи с наличием выраженного беспокойства при мочеиспускании мальчик госпитализирован в стационар. Получал антибактериальную терапию (цефтриаксон). Несмотря на проводимое лечение и в связи с сохранением жалоб на затрудненное и болезненное мочеиспускание, было решено выполнить диагностическую цистоуретроскопию. Однако мать от данного метода исследования категорически отказалась, как и от дальнейшего лечения и обследования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** За время нахождения вне стационара по просьбе матери ребенку выполнено обрезание крайней плоти, но жалобы на затрудненное мочеиспускание сохранялись. Спустя 3 недели после выписки повторное обращение в ДГМКСЦВМТ с жалобами на затрудненное и болезненное мочеиспускание.

Обследован. По данным УЗИ – в толще стенки лоцируется образование неправильной формы, неоднородное, гиповаскулярное, размером 28x24x23мм, с отеком окружающих тканей. Выполнено МСКТ брюшной полости и малого таза: Вдоль передних отделов левой стенки мочевого пузыря определяется объемное солидное образование с достаточно четкими неровными контурами, неоднородной плотностью до +26...+49Hu, размерами до

2,2x1,9x2,4 см(ШхПЗРхВ). Отмечается накопление контрастного вещества по периферии до +74Hu и выявление в центральных отделах зоны пониженной плотности (зона некроза?). Для уточнения диагноза выполнено МРТ малого таза – патологическое образование сферической формы левой стенки мочевого пузыря частично с интра- и преимущественно экстравезикальным расположением с однородным изоинтенсивным МР-сигналом на T1 и T2 ВИ размерами до 15.8x15.2x15.4 мм (Ш,П/З,В). На постконтрастных изображениях (в/в магневист 3.0 мл) отмечается избирательное накопление контраста образованием от периферии к центру и частично подлежащим отделом стенки мочевого пузыря. Взят анализ крови для определения уровня онкомаркеров: хорионический гонадотропин (ХГЧ) и альфа-фетопротеин (АФП) – не повышены, в пределах референсных значений. Для уточнения диагноза решено выполнить биопсию. На операции: на левой боковой стенке обнаружено образование округлой формы, в толще детрузора, размерами 2,5\*1,6 см, плотное, желтоватого цвета, не прорастающее слизистую. Окружающие ткани инфильтрированы. Образование удалено (вылущено) в пределах здоровых тканей. Взяты на биопсию участок слизистой мочевого пузыря, прилегающий к образованию, участок инфильтрированного детрузора, участок жировой клетчатки.

По результатам патоморфологического исследования (НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева (г.Москва)) получено заключение – воспалительная миофибробластическая опухоль. Выявлена экспрессия ALKD5F3, ALKp80, SMA, PanCK, Desmin, негативная реакция с calponin. Ребенку поставлен диагноз: «Воспалительная миофибробластическая опухоль мочевого пузыря». Выписан в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем наблюдался онкологами, специфического химиотерапевтического лечения не получал, регулярно выполнялось УЗИ мочевого пузыря, контроль МРТ – данных за рецидив, отдаленные метастазы не получено. Срок катамнеза 1 год.

**ВЫВОДЫ.** Воспалительная миофибробластическая опухоль мочевого пузыря является редким поражением. Для постановки диагноза требуется тщательное гистологическое исследование. Важно отличать ВМО от других, более распространенных, но злокачественных поражений мочевого пузыря. На сегодняшний день в связи с недостаточным числом наблюдений отсутствуют протоколы диагностики, лечения и наблюдения ВМО мочевого пузыря у детей. Предпочтительными вариантами лечения в основном являются иссечение опухоли, частичная цистэктомия и – крайне редко – радикальная цистэктомия. После резекции опухоли рекомендуется периодическое ультразвуковое обследование, поскольку регистрируются местные рецидивы, которые, как полагают, связаны с неполной резекцией.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ВМО, воспалительная миофибропластическая опухоль, детская урология, онкоурология.

## 25. ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УЛЬТРАВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

*И.В. Клюка<sup>1</sup>, О.А. Шалденко<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>1</sup>, М.И. Коган<sup>2</sup>, Р.А. Родина<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»; Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России; Ростов-на-Дону, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Ростовская область и регионы юга России являются эндемичными по мочекаменной болезни, в том числе и у детей. ДУВЛ является малоинвазивной и эффективной методикой избавления от конкрементов в почках и мочеточниках.

**ЦЕЛЬ.** Изучить результаты применения ДУВЛ мочеточников и почек у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В течение 2013 – 2023 гг. ДУВЛ выполнили 253 пациентам (119 (47%) мальчиков и 134 (53%) девочек) по поводу конкрементов в почках у 160 (60%) детей (75 мальчиков и 85 девочек) и в мочеточниках у 108 (40%) пациентов (50 мальчиков и 58 девочек). У 15 пациентов (6%) сеансы ДУВЛ выполнялись как по поводу конкрементов в почках, так и в мочеточниках. Возраст пациентов от 6 месяцев до 17 лет (средний возраст 96 мес.). Общее количество сеансов ДУВЛ 450, среднее количество сеансов на одного пациента составило 1,8.

У трех пациентов (1%) первые сеансы ДУВЛ выполнялись с предварительным стентированием. У остальных – без предварительного дренирования ВМП.

Положительным считали результат, при котором достигался статус stone-free. ДУВЛ проводили под общим обезболиванием с использованием ультразвукового и рентгенологического наведения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После первого сеанса ДУВЛ статуса stone-free удалось добиться у 104 (65%) пациентов с конкрементами любых размеров в почках (49 мальчиков и 55 девочек) и у 74 (69%) пациентов с конкрементами в мочеточниках (34 мальчика и 40 девочек).

После второго сеанса статус stone-free достигнут у 29 (18%) пациентов с конкрементами в почках (15 мальчиков и 14 девочек) и у 22 (20%) пациентов с конкрементами в мочеточниках (11 мальчиков и 11 девочек).

Более трех сеансов ДУВЛ для достижения статуса stone-free потребовалось 27 (17%) пациентам с конкрементами в почках (11 мальчиков и 16 девочек), и 12 (11%) пациентам с конкрементами в мочеточниках (5 мальчика и 7 девочек).

Количество пациентов, перенесших 1 сеанс ДУВЛ, 163 (64%) (77 мальчиков и 86 девочек), два сеанса – 46 (18%) (25 мальчиков и 21 девочка), более двух сеансов – 44 (17%) (17 мальчиков и 27 девочек).

С целью купирования развившихся осложнений после всех сеансов ДУВЛ (450) нами в 6 (1,3%) случаях устанавливался мочеточниковый стент, в 4 (0,9 %) случаях выполнена ЧПНС. Всего же в 97% добились статуса stone-free без дренирования ВМП.

**ВЫВОДЫ.** Наш опыт демонстрирует возможность полной фрагментации и последующей

элиминации конкрементов после сеансов ДУВЛ, превышающих размеры, заявленные как пороговые в актуальных национальных и международных рекомендациях, в том числе и коралловидных, особенно у детей раннего возраста. Использование ДУВЛ без предварительного дренирования ВМП эффективно и достаточно безопасно.

## 26. ДИНАМИКА РЕГРЕССИИ ДИЛАТАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

*М.И. Коган<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>1,2</sup>, А.Х. Шидяев<sup>3</sup>, М.В. Икаев<sup>3</sup>, С.Г. Пискунова<sup>2</sup>,  
М.Г. Чепурной<sup>1,2</sup>*

*<sup>1</sup>Ростовский Государственный Медицинский Университет, Ростов-на-Дону, Россия*

*<sup>2</sup>Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия*

*<sup>3</sup>Республиканская детская клиническая больница, г. Владикавказ, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Пиелопластика считается высокоэффективным вмешательством, обеспечивающим успех в 92-98% случаях. Декларируемая высокая частота успеха пиелопластики не коррелирует с данными о частоте необходимых повторных вмешательств после пиелопластики. Отсутствует стандартизированный подход к оценке результатов пиелопластики в послеоперационном периоде, на основании которого можно было бы утверждать о наличии успеха или неудачи пиелопластики. Известные нам публикации основаны на оценке результатов пиелопластики без уродинамически доказанного восстановления проходимости пиелоретерального анастомоза (ПУА).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен проспективный анализ результатов лечения 69 пациентов гидронефрозом на фоне ОПУС, у которых оценивали значения передне-заднего размера (ПЗР) лоханки в сагитальной плоскости до и после пиелопластики в положении на животе в состоянии волемиического покоя на фоне опорожненного мочевого пузыря. Мальчиков было 54 (78%), девочек – 15 (21%). Медиана [Q1; Q3] возраста пациентов на момент хирургического вмешательства составила 30 [9; 84] мес. Внутренняя причина ОПУС выявлена у 55 (80%) пациентов, внешняя причина («конфликтный» сосуд) – у 14 (20%) пациентов. По данным УЗИ почек у 45 (65%) детей выявлена III, у 24 (35%) детей – IV степени по SFU. Выполняли расчлняющую пиелопластику без резекции лоханки. У всех пациентов использовали наружный метод дренирования ЧЛС. Дренаж удаляли только после получения удовлетворительных данных о восстановлении проходимости ПУА по данным пиеломанометрии (внутрилоханочное давление ниже 15 см.вод.ст.).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Медиана [Q1; Q3] прекращения дренирования ЧЛС составила 55 [39; 68] суток после пиелопластики. Медиана [Q1; Q3] ПЗР лоханки до операции составила 32 [26; 40] мм, через 3 месяца после операции – 21 [17;25] мм ( $p < 0,05$ ), через 6 месяцев после операции 15 [12; 18] мм ( $p > 0,05$ ), через 1 год после операции – 11 [8; 14] мм ( $p < 0,05$ ). Через 3 месяца после пиелопластики отмечается регрессия дилатации ЧЛС почки на 34%, через 6 месяцев – на 53%, через 12 месяцев – на 65% от исходного значения.

**ВЫВОДЫ.** Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что при абсолютно успешных результатах пиелопластики через год после операции у пациентов с уродинамически доказанным восстановлением проходимости ПУА при измерении ПЗР лоханки в сагиттальной плоскости в положении на животе на фоне опорожненного мочевого пузыря в состоянии волеического покоя, должна регистрироваться редукция лоханки на 65% и более от исходных значений.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Гидронефроз; обструкция пиелоуретерального сегмента; эффективность пиелопластики; передне-задний размер лоханки; ультразвуковое исследование; дети.

## 27. СЕЛЕКТИВНАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ УДВОЕННЫХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

*А.В. Пирогов<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>2,3</sup>, М.И. Коган<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силицовой», г. Астрахань, Россия*

*<sup>2</sup>Ростовский Государственный Медицинский Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия*

*<sup>3</sup>Областная детская клиническая больница, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Для коррекции пороков уретеровезикального сегмента нижнего сегмента удвоенных верхних мочевых путей (УВМП) используют геминефроуретерэктомию, уретеро-уретероанастомоз и реимплантацию мочеточников единым блоком, которые могут быть выполнены открытым доступом или с использованием малоинвазивных технологий. При проведении любой из этих процедур процесс хирургии затрагивает здоровую часть удвоенного комплекса, что повышает риски ее повреждения. Это делает актуальным поиск альтернативных хирургических методик.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В стационар поступил мальчик 1 года с инфекцией мочевых путей, при обследовании диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV степени в нижний сегмент УВМП. Ребенку выполнена селективная реимплантация мочеточника нижнего сегмента УВМП. Везикоскопический доступ (ВД) выполняли в положении пациента на спине с разведенными в стороны ногами. После установки троакаров жидкость заменяли на углекислый газ. Окаймляющий разрез выполняли вокруг устья мочеточника нижнего сегмента УВМП, мочеточник прецизионно отделялся от проходящего рядом мочеточника верхнего сегмента УВМП, выделяли последний в просвет мочевого пузыря на необходимую длину и после создания поперечного транстригонального тоннеля реимплантировали по методике Коэна.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Операция закончена по плану без необходимости в конверсии. Продолжительность составила от 110 мин. Кровопотеря – 10 мл. Осложнений не наблюдалось. Выписан пациент на 6-е сутки после операции.

**ВЫВОДЫ.** Селективная реимплантация мочеточника нижнего сегмента УВМП ВД является выполнимой процедурой, которая позволяет эффективно устранить недостаточность уретеровезикального соустья нижнего сегмента УВМП без вовлечения в зону хирургического интереса «здорового» мочеточника верхнего сегмента.

## 28. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ

*М.Г. Чепурной<sup>1,2</sup>, Г.В. Бедарев<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>1,2</sup>, А.Б. Романеев<sup>1,2</sup>, А.Н. Кивва<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup> ГБУ РО Областная детская клиническая больница, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Консервативное лечение фимоза с местным использованием кортикостероидов применяется с начала текущего столетия, анализ результатов демонстрирует достаточно высокую эффективность. Однако, методика далека от абсолютной, что определяет актуальность поиска альтернативных консервативным подходам.

**ЦЕЛЬ.** Изучение в сравнении эффективности местного применения не кортикостероидной мази в лечении фимоза.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Наши наблюдения проведены у 47 детей в возрастной группе от 3 до 11 лет, проходивших лечение в клинике детской хирургии РостГМУ: 1 группа – 92 (62,6 %) — рубцовый фимоз без признаков лихен склероза, 2 группа – 55 (37,4 %) — гипертрофический. Для лечения фимоза мы использовали ферментный гель с коллагеназой и тизолом (Карипаин Scar), который наносили на кожу крайней плоти 3-4 раз в день в течение 3 недель, на втором этапе после контрольного визита продолжали использовать гель в течение 4 недель, при этом родители выполняли поэтапное выведение головки полового члена путем постепенного растягивания кожи крайней плоти. Второй этап продолжался до полного выздоровления. Критерием выздоровления считалось достижение полного свободного выведения головки полового члена, при отсутствии эффекта выполняли циркумцизию.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди пациентов 1 группы на фоне местного лечения в течение 2 месяцев удалось добиться выздоровления у 74 мальчиков, в течение 3 месяцев у 7 пациентов. Общая эффективность у пациентов 1 группы составила 91,3%. У 34 детей 2 группы в течение 2 месяцев удалось добиться полного выздоровления, еще у 5 детей в течение 3 месяцев. Общая эффективность у пациентов 2 группы составила 70,9%. При сравнении эффективность применения геля с коллагеназой и тизолом у больных 1 группы выше, чем у мальчиков 2 группы ( $p < 0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** Результаты применения геля с коллагеназой и тизолом демонстрируют высокую эффективность при лечении пациентов с гипертрофическим и рубцовым фимозом, что расширяет спектр терапевтических подходов в лечении данной группы пациентов. Применение геля с коллагеназой и тизолом обеспечивает достоверно более высокую эффективность у пациентов с рубцовым фимозом по сравнению с мальчиками с гипертрофическим фимозом.

## 29. РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ЛЕВОЙ ПОЧКИ У ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ

*А.В. Пирогов<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>2,3</sup>, М.И. Коган<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силицевой», г. Астрахань, Россия

<sup>2</sup> Ростовский Государственный Медицинский Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

<sup>3</sup> Областная детская клиническая больница, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Почка является редкой мишенью для *Echinococcus granulosus*, находясь на третьем месте после печени и легких и составляя около 2-3% случаев. Скорость роста эхинококковой кисты очень низкая, и манифестация клинических проявлений приходится в большинстве случаев на взрослый возраст.

**ЦЕЛЬ.** Целью настоящей работы является описание редкого случая эхинококковой кисты почки ЭКП слева у девочки 8 лет.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Девочка 8 лет перенесла фебрильную инфекцию мочевых путей, по поводу чего выполнено УЗИ почек, которое выявило кистозное образования в области левой почки. Диагностирована ЭКП слева размером 86×62×74 мм. Выполнено ретроперитонеоскопическое удаление ЭКП слева. Доступ осуществляли в положении пациента на правом боку с поясничным валиком. Путем отслойки париетальной брюшины и нагнетания углекислого газа в забрюшинном пространстве слева создана полость, в которую установлены троакары для камеры (5 мм.) и инструментов (3 мм). Выделена латеральная поверхность левой почки с резко истонченной до 0,1 см. паренхимой, сквозь которую прослеживалась белого цвета киста, которая пунктирована. Удалена прозрачная светлая жидкость. Полость кисты наполнена 30% раствором NaCl. Экспозиция 10 минут. Жидкость и хитиновые оболочки кисты аспирированы через отдельный троакар 11 мм. Остаточная полость обработана 30% раствором NaCl. Операция закончена дренированием остаточной полости и ушиванием ран.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Вмешательство выполнено по плану без конверсии. Продолжительность операции 95 мин. Кровопотеря – 20 мл. В раннем послеоперационном периоде образовался мочевой затек, ликвидированный дополнительным дренированием. Девочка выписана на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии без дренажей с рекомендацией приема антигельминтного препарата.

**ВЫВОДЫ.** Несмотря на прогресс в фармакологии, основным и наиболее радикальным методом лечения ЭКП остается хирургический. Открытая операция эффективна, однако достаточно травматична и имеет плохой косметический результат, что заставляет искать менее инвазивные способы. Перкутанный доступ хорошо зарекомендовал себя при печеночном расположении паразита, однако не обладает достаточной радикальностью. Выбранный нами ретроперитонеоскопический доступ обеспечивает не только необходимую эффективность, но и позволяет изолировать паразита в забрюшинном пространстве и исключить интраабдоминальную его диссеминацию. Сформировавшийся мочевой затек, ве-

роятно на фоне дисфункции дренажа, удалось ликвидировать установкой дренажа в полость затека, чего было бы недостаточно при удалении ЭКП с использованием лапароскопического доступа. Данное обстоятельство является дополнительным аргументом против широко используемой лапароскопии, при выборе которой для ликвидации затека пришлось бы выполнить ревизию брюшной полости.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** ЭКП должна быть в арсенале уролога при дифференциальном диагнозе кистозных поражений почки. Использование ретроперитонеоскопического доступа для лечения ЭКП у ребенка анатомически обосновано, безопасно и эффективно.

## 30. СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА

*Н.Р. Акрамов<sup>1</sup>, А.А. Исроилов<sup>2</sup>, А.А. Рахматуллаев<sup>2</sup>, В.В. Сизонов<sup>3</sup>,  
М.С. Поспелов<sup>1</sup>, А.И. Галлямова<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,  
ГАОЗ РКБ МЗ РТ; Казань, Россия*

*<sup>2</sup>ТашПМИ, Юнусабадский медицинский центр; Ташкент, Узбекистан*

*<sup>3</sup>ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Перекрестная или поперечная эктопия яичка – крайне редкая врожденная патология половой системы, характеризующаяся миграцией яичка в противоположный паховый канал с наличием односторонней паховой грыжи на стороне эктопии яичка. В современной литературе обсуждаются вопросы диагностики, в частности роли ультразвукового сканирования и магнитно-резонансной томографии. Однако наиболее точные диагностические критерии, влияющие на тактику хирургического лечения, устанавливаются по результатам лапароскопии. Большое количество публикаций посвящено выбору тактики хирургического лечения: раздельная трансабдоминальная орхиопексия с или без лапароскопического ассистирования, транссептальная орхиопексия в обе половины мошонки, а также редкая орхиопексия обоих яичек в одну половину мошонки. Выбор хирургической коррекции остается за хирургом с учетом индивидуальных характеристик пациента. В статье впервые описан случай семейной перекрестной эктопии яичка с двухсторонней паховой грыжей у сиблингов, которым выполнена хирургическая коррекция с использованием лапароскопического ассистирования по методике одностороннего лапароскопического доступа с трансскротальной транссептальной орхиопексией с односторонней двухсторонней игниопунктурной герниорафией. В отдаленном периоде наблюдения у сиблингов (через 50 и 20 месяцев после операции) мальпозиции и атрофии гонад не выявлено.

## 31. АБДОМИНО-СКРОТАЛЬНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА

*П.К. Разсамакина<sup>1,2</sup>, А.В. Никуленков<sup>1</sup>, Ю.Г. Дегтярев<sup>2</sup>, М.В. Ракевич<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Беларусь, Минск*

*<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Беларусь, Минск*

**ВВЕДЕНИЕ.** Абдомино-скротальное гидроцеле (гидроцелеen-bisac, гантелевидная водянка) – один из редких видов водянки яичка. Отличительными признаками этой патологии являются: наличие двух полостей в виде песочных часов, которые располагаются в мошонке и брюшной полости или забрюшинном пространстве и сообщаются через тонкий перешеек, располагающийся в паховом канале. С 1777 года во всем мире зарегистрировано лишь 579 случаев абдомино-скротального гидроцеле (далее – АСГ), поэтому до сих пор не достигнут консенсус относительно единого, патогенетически обоснованного подхода в хирургическом лечении этой патологии.

Однако, с применением лапароскопического доступа для лечения водянки яичка у детей АСГ стало выявляться значительно чаще, что говорит о необходимости разработки патогенетически обоснованных малоинвазивных способов его оперативного лечения в детском возрасте.

**ЦЕЛЬ.** Разработать методику стандартизированного лапароскопического подхода к оперативному лечению АСГ у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В рамках исследования, проведенного в хирургическом детском отделении учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница» (далее – УЗ «МОДКБ»), в период с октября 2022 года по октябрь 2023 года проведено оперативное лечение 64 пациентам с диагнозом «гидроцеле» из лапароскопического доступа, у 5 из них на диагностическом этапе операции (при лапароскопической ревизии) было выявлено АСГ. Таким образом, в данном наблюдении частота встречаемости АСГ составила 7,8%, что значительно превышает опубликованные в специальной медицинской литературе показатели.

Возраст пациентов на момент операции составлял от 1 года до 2 лет 7 месяцев, медиана возраста – 1 год 8 месяцев.

До операции при физикальном исследовании типичных клинических признаков АСГ у этих детей выявлено не было. По результатам УЗИ паховых областей, мошонки и брюшной полости все случаи трактовались как «сообщающееся гидроцеле».

Операция стандартно выполнялась из лапароскопического доступа с установкой единственного оптического порта в области пупка. При установлении диагноза АСГ, устанавливался дополнительный инструментальный порт в мезогастррии. После обработки биполярной коагуляцией стенок абдоминального компонента АСГ на уровне глубокого пахового кольца выполняли его иссечение. Последующий ход операции не отличался от

типичной транскутанной пункционной лигатурной герниорафии. Таким образом выполнялось герметичное прерывание полости влагалищного отростка брюшины с брюшной полостью.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Мы связываем высокую распространенность выявленных нами случаев АСГ с внедрением в широкую практику оперативного лечения гидроцеле у детей из лапароскопического доступа.

Всем детям в рамках исследования выполнялась лапароскопическая гидроцелэктомия абдоминального компонента в комбинации с лапароскопической транскутанной лигатурной герниорафией.

Длительность операции составила 17 – 37 минут, медиана – 25 минут.

Во всех случаях было проведено патогистологическое исследование иссеченных абдоминальных компонентов АСГ, заключение: мезотелиальная киста.

В послеоперационном периоде на 3 сутки и через 3 месяца проводили УЗИ брюшной полости, паховых областей и мошонки. Во всех случаях размеры яичка соответствовали его размерам до операции, паренхиматозный кровоток не был нарушен, паховый канал не расширен, проба Вальсальвы отрицательная, паховые лимфоузлы не увеличены, избыточного скопления жидкости вокруг яичка не наблюдалось.

Все пациенты, оперированные по поводу АСГ, были выписаны из стационара на 3 – 5 сутки после вмешательства, что было обусловлено необходимостью стационарного наблюдения из-за относительной уникальности патологии и запланированного выполнения УЗИ в послеоперационном периоде. Введение анальгетиков (парацетамол либо ибупрофен) в послеоперационном периоде потребовалось 3 детям однократно в течении первых суток послеоперационного периода.

Оперированные по поводу АСГ вышеописанным способом дети осматривались детским хирургом через 3 месяца после операций – признаков рецидива заболевания и патологии при контрольном УЗИ выявлено не было. Родителям даны рекомендации обращаться в УЗ «МОДКБ» в более отдаленные сроки послеоперационного периода при появлении каких-либо жалоб.

**ВЫВОДЫ.** Лапароскопический подход при оперативном лечении сообщающегося гидроцеле позволяет не только избежать манипуляций на элементах семенного канатика с целью профилактики его механических повреждений, но и диагностировать редкие формы гидроцеле у детей.

Учитывая малый возраст детей, участвовавших в данном исследовании и обнаруженные на диагностическом этапе операции анатомические особенности, мы предполагаем, что возникновение АСГ может являться следствием аномалии облитерации влагалищного отростка брюшины, которая по не ясным в настоящее время причинам, происходит выше уровня глубокого пахового кольца.

В нашем наблюдении выполняемая при АСГ у детей лапароскопическая гидроцелэктомия абдоминального компонента в комбинации с лапароскопической транскутанной лигатурной герниорафией явилась эффективным способом хирургического лечения данной патологии. Использование такого подхода позволяет предположить ведущей ролью в патогенезе АСГ гиперпродукцию жидкости в абдоминальном компоненте гидроцеле. Учи-

тывая относительно небольшое число проведенных оперативных вмешательств, необходимо говорить о целесообразности дальнейшего изучения этой проблемы в рамках применения малоинвазивных лапароскопических технологий при оперативном лечении гидроцеле у детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** абдомино-скротальное гидроцеле, гидроцеле, водянка яичка, киста брюшной полости, лапароскопия, детская хирургия, детская урология.

## 32. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ TWIST (TESTICULAR WORKUP FOR ISCHEMIA AND SUSPECTED TORSION) В РЕГИОНАХ РОССИИ, МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Д.Е. Саблин<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>2</sup>, И.М. Казанцов<sup>3,4</sup>, Ю.М. Габанов<sup>5</sup>, Д.Н. Щедров<sup>6</sup>, А.А. Ловгалъ<sup>7</sup>, Н.П. Поляков<sup>8</sup>*

<sup>1</sup> ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова, Архангельск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России; ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

<sup>3</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

<sup>5</sup> ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

<sup>6</sup> ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

<sup>7</sup> БУЗ ВО «ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2», Череповец, Россия

<sup>8</sup> СПб ГБУЗ «Детская городская больница 2 Св. Марии Магдалины», Санкт-Петербург, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Дифференцированный подход к лечению пациентов с острыми заболеваниями яичка (ОЗЯ) требует выполнения доплеровского ультразвукового исследования (УЗИ), что удлиняет диагностический период и время тестикулярной ишемии при перекруте яичка (ПЯ). Шкала TWIST позволяет выделить группу больных, не нуждающихся в УЗИ для определения тактики лечения. Однако часть больных с ПЯ попадают в соответствии со шкалой TWIST в группу нуждающихся в УЗИ, что удлиняет диагностический период и время тестикулярной ишемии. Мы изучили роль возраста пациентов как дополнительного фактора риска ПЯ при оценке данных шкалы TWIST.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проспективный анализ случаев использования шкалы TWIST в диагностике ПЯ у 421 мальчиков с подозрением на ПЯ с 1.09.2022 по 1.01.2024 в 5 клиниках России. Средний возраст 10,9 года. Подозрение на ПЯ справа – 227, слева 194 случая. В соответствии со шкалой TWIST учитывали и градировали следующие симптомы у больных с подозрением на ПЯ: отек мошонки – 2 балла, уплотнение яичка – 2 балла, отсутствие кремастерного рефлекса – 1 балл, тошнота/ рвота – 1 балл, высокое положение яичка – 1 балл.

По шкале TWIST к группе среднего риска относят пациентов с суммой баллов 3–4 и им показано УЗИ органов мошонки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** К группе среднего риска было отнесено 107(25,4%) пациентов. Среди этих больных ПЯ был выявлен у 7(6%) мальчиков. Среди пациентов среднего риска по TWIST с ПЯ было 2 пациента в возрасте 13 лет (из 5 мальчиков 13 лет) , 2 мальчика 14 лет (всего в группе среднего риска 4 пациента), в возрасте 15 лет 1(из 2), в возрасте до 16 лет – 1 ребенок (из 2), в возрасте до 17 лет – 1(из 3 подростков). Таким образом, все пациенты с ПЯ в группе среднего риска – это дети от 13 лет и старше. Всего в этой группе 16 пациентов и среди них у 7(43,7%) выявлен ПЯ.

**ВЫВОДЫ.** У пациентов группы среднего риска по шкале TWIST в возрасте 13 лет и старше целесообразно отказаться от выполнения УЗИ органов мошонки и выполнить ревизионную скрототомию, ввиду высокого риска наличия у них ПЯ.

### 33. БРЮШНАЯ ФОРМА КРИПТОРХИЗМА С ПОЛНЫМ РАЗОБЩЕНИЕМ ЯИЧКА И СЕМЯВЫНОСЯЩЕГО ПРОТОКА

*Д.А. Гасанов, С.С. Терехин*

*ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Разобшение яичка и семявыносящего протока при брюшной форме крипторхизма является редким вариантом нарушения развития яичка. Первые упоминания о подобных клинических наблюдениях в 2013 году у Шарма С. и Сен А., в 2019 году у коллектива авторов (Сизонов В.В., Макаров А.Г., Коган М.И.).

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать случаи абдоминальной формы крипторхизма у детей с полным разобщением яичка и семявыносящего протока на базе урологического отделения СОКБ им. В. Д. Середавина.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2010 – 2022 гг. в урологическом отделении СОКБ им. В.Д. Середавина прооперировано 5 пациентов с полным разобщением яичка и семявыносящего протока. Средний возраст пациентов составил 22 месяца. Все случаи были односторонними, с контрлатеральной стороны яичко возрастных размеров, без патологии. Всем пациентам диагноз крипторхизм установлен с рождения. В 40% (2 пациента) отмечался правосторонний крипторхизм, в 60% (3 пациента) отмечался левосторонний крипторхизм. По данным ультразвукового исследования в 100% (5 пациентов) в мошонке визуализировалось образование до 3 – 5 мм., которое расценивалось как гипоплазия/атрофия яичка. Все 5 пациентов прооперированы в объеме ревизии пахового канала и подвздошной ямки. При ревизии пахового канала обнаружен семявыносящий проток, который следует в мошонку и заканчивается небольшим утолщением до 3 – 4 мм. При ревизии брюшной воронки и подвздошной ямки выделено яичко с тестикулярными сосудами без придатка яичка, семявыносящий проток

проходит мимо яичка. Во всех 5 случаях удалось одноэтапно низвести яичко в мошонку по методике Петривальского – Шумахера.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Прооперированные пациенты осмотрены через 2, 6, 12 и 36 месяцев после операции. Во всех случаях низведенное яичко расположено в мошонке, случаев ретракции яичка не отмечено. Всем пациентам определен кариотип 46XY. В 100% (5 пациентов) низведенное яичко на 20 – 25% было меньше контрлатерального (объем см3). В отдаленном периоде (36 месяцев) случаев атрофии низведенного яичка нами отмечено не было.

**ВЫВОДЫ.** Брюшная форма крипторхизма с полным разобщением яичка и семявыносящего протока редкая патология. Несмотря на признаки возможной гипоплазии или атрофии яичка, целесообразно проводить ревизию пахового канала и подвздошной ямки. При двустороннем крипторхизме и непальпируемых яичках оперативное лечение обязательно начинать с диагностической лапароскопии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** крипторхизм, придаток яичка, семявыносящий проток, орхопексия.

## 34. ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ НЕФРОСТОМИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ

*А.Б. Вардак, Ю.Э. Рудин, Л.Д. Арустамов, Д.В. Марухненко, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин, Д.А. Галицкая, Н.В.Поляков*

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Разрушение множественных и коралловидных конкрементов в стадии К3-К4 из одного доступа требует длительный период времени, продолжительное выполнение операции предполагает риск инфекционных осложнений и риск травматизации собирательной системы почки.

**ЦЕЛЬ.** Повышение эффективности перкутанной нефролитотрипсии детям с использованием нескольких нефростомических доступов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В детском уроandroлогическом отделении ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России с 2008 по 2019 год данное вмешательство выполнено 27 детям в возрасте от 2 до 17-ти лет. Два перкутанных доступа использовали у 22 детей, формирование 3 перкутанных трактов для удаления камня проведено 5 больным. В зависимости от количества доступов пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли дети, которым оперативное вмешательство выполнялось по методике мультидоступа (n-27), во вторую вошли дети, перкутанное вмешательство которым проводилось через один перкутанный доступ (n-30).

Нефролитотрипсия проводилась по стандартной методике, всем детям выполнялась цистоскопия, катетеризация мочеточника, формирование доступа, литотрипсия, литоэкстракция и установка нефростомического дренажа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Полное избавление от клинически значимых по размеру (резидуальные конкременты размером меньше 4 мм) конкрементов в первой исследуемой группе непосредственно после первичного вмешательства достигнуто у 23 (85,1%) пациентов детского возраста. Во второй группе показатель составил 22 (73,3%) детей. Среднее время, которое потребовалось для выполнения оперативного вмешательства, было ниже в группе с использованием мультидоступа и составило 65 (55-125) мин, тогда как во второй группе: 80 (55-150) минут. Окончательная эффективность перкутанной нефролитотрипсии у детей с использованием нескольких доступов в первой группе составила 92,6%, во второй – 73,3%. Показатели пребывания детей в стационаре после выполнения оперативного лечения были соизмеримы и составляли: 4,5 (4-13) дня для первой группы и 4,5 (4-16) дня для второй группы. Потребность в дополнительных вмешательствах после проведения перкутанной нефролитотрипсии пациентам детского возраста составила – у 11 (40,8%) детей в первой группе и у 19 (63,3%) – во второй группе.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Выполнение перкутанной нефролитотрипсии с использованием нескольких доступов показано при наличии множественных и коралловидных конкрементов стадии К3-К4, аномалий строения чашечно-лоханочной системы, наличии изолированных чашечек. Данная методика улучшает показатель полного избавления от камня за один сеанс на 11,8% в сравнении с перкутанной нефролитотрипсией из одного доступа. Отмечается снижение инфекционно-воспалительных осложнений на 13,1%. Дополнительный доступ целесообразно формировать с использованием инструментария меньшего размера.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** перкутанная нефролитотрипсия, ПНЛ, дети, мочекаменная болезнь.

## 35. ПРИЕМ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ НЕ ДОСТИЖИМОЙ НЕФРОСКОПИИ ЧАШЕЧКИ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПЕРКУТАННОГО ДОСТУПА У РЕБЕНКА

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Формирование перкутанного доступа несет опасность возникновения кровотечения. Во время планирования доступа хирург ориентируется на форму и локализацию конкремента. В 64,1% мы осуществляли доступ через заднюю чашечку нижней группы. На этапе нефролитотрипсии возможна миграция резидуальных конкрементов в передние чашечки, не достижимые углу нефроскопии, что требует формирования дополнительного доступа.

**ЦЕЛЬ.** Оптимизация перемещения конкремента без формирования дополнительного перкутанного доступа.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2008 по 2022 год выполнено 436 перкутанных вмешательств детям с эффективностью 86,4%. Данный прием выполнялся у 74 детей. 57 пациентов (77%) имели коралловидный нефролитиаз и 17(23%) детей имели множественные камни почки. У 38(51,3%) детей доступ осуществлялся через заднюю чашечку нижнего сегмента, у 21(28,4%) ребенка через заднюю чашечку среднего сегмента и в 15(20,3%) случаях доступ был выполнен через заднюю чашечку верхнего сегмента. Под УЗИ и рентгеноскопическим наведением выполняли пункцию необходимой чашечки и контрастировали ее границы, затем струной проводником перемещали камень в зону литотрипсии. В случаях безуспешности использования струны нагнетали по пункционной игле жидкость или воздух. Также с помощью струны-проводника возможно открыть шейку необходимой чашечки и визуализировать камень со стороны лоханки. В случае, если метод не сработал, нужно создавать новый доступ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Эффективность данной методики с использованием струны-проводника была отмечена у 19 (25,6%) детей. Тогда как при использовании комплекса приемов: струна-проводник, нагнетание жидкости и воздуха, открытие шейки чашечки прием был эффективен у 36 (48,6%) детей. В 39 (70,9%) случаях методика позволила не формировать второй и в 16 (29,1%) случаях третий перкутанный доступ.

**ВЫВОДЫ.** Использование приема перемещения конкремента из не достижимой нефроскопии чашечки без формирования дополнительного доступа у детей позволило снизить время операции на 11,4%, вероятность возникновения кровотечения на 9% и позволило увеличить на 12,6% показатель «stone free».

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** мочекаменная болезнь, дети, перкутанная нефролитотрипсия, ПНЛ.

## 36. НАШ ОПЫТ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ

*К.Д. Пунсуков, Б.М. Дондоков, З.Д. Цыренов, Е.Э. Балганжапова, В.В. Данчинов,  
Б.Д. Шагдаров, Д.В. Васильев  
ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ, г. Улан-Удэ, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Одним из перспективных малоинвазивных методов хирургического лечения первичного обструктивного мегауретера является реимплантация мочеточника по Cohen везикоскопическим доступом.

**ЦЕЛЬ.** Демонстрация предварительных результатов внедрения везикоскопического доступа в ГАУЗ ДРКБ, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ в период с апреля 2023 г. по январь 2024 г. с использованием везикоскопического доступа оперировано трое мальчиков и одна девочка по поводу первичного обструктивного мегауретера. Возраст — от 1,6 до 4-х лет.

У всех пациентов имелся левосторонний процесс с IV степенью гидронефроза (SFU). Везикоскопический доступ выполняли в положении пациента на спине с разведенными в стороны ногами и подложенным под ягодицы валиком. Под контролем цистоскопа через переднюю брюшную стенку в мочевого пузыря устанавливали два рабочих троакара и один – для эндоскопа. Жидкость заменяли на углекислый газ. С помощью крючка электрокоагуляции эндовезикально выполняли выделение заинтересованного мочеточника внутрь мочевого пузыря. Затем формировали поперечный подслизистый тоннель, в который проводили выделенный мочеточник. Стенозированный участок иссекали и формировали устье в новом месте узловыми интракорпоральными швами. Эффективность оценивали с помощью анализов мочи, УЗИ, экскреторной урографии, микционной цистографии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все операции выполнены по плану без необходимости в конверсии. Средняя продолжительность составила  $146,2 \pm 20,0$  мин. (в диапазоне от 130 мин до 160 мин). Послеоперационный период в стационаре – от 8 до 10 суток. Осложнений не наблюдалось. Во всех случаях отмечалось значимое уменьшение степени расширения верхних мочевых путей по данным контрольного УЗИ и экскреторной урографии в сроки от 3 до 6 месяцев после вмешательства. Микционная цистография не зафиксировала пузырно-мочеточникового рефлюкса у троих пациентов, которым она выполнена. Ни в одном случае после операции не наблюдалось инфекции мочевых путей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Наш предварительный опыт позволяет полагать, что везикоскопическая реимплантация мочеточника по Cohen при первичном обструктивном мегауретере является эффективной процедурой, позволяющей значительно уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде, сократив длительность реабилитации и получить прекрасный косметический результат.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дети, везикоскопический доступ, обструктивный мегауретер.

## 37. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЧКИ СЛОЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*О.С. Шмыров<sup>1</sup>, А.Ю. Лобач<sup>1</sup>, А.В. Кулаев<sup>1</sup>, Р.В. Суров<sup>1</sup>, М.Н. Лазишвили<sup>1</sup>, С.М. Шарков<sup>1</sup>,  
А.С. Ковачич<sup>1,2</sup>, К.Д. Морозов<sup>1</sup>, Д.А. Маргиева<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ,  
отделение детской урологии-андрологии, г. Москва, Россия*

*<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Метанефральная аденома во взрослой онкоурологической практике встречается в 0,2% от всех эпителиальных образований почек. В детской урологии встречены единичные публикации по данной тематике. Несмотря на то, что образование относится к доброкачественным, описаны случаи метастазирования опухоли в региональные лимфатические узлы. Возможность озлокачествления данного образования приводит к необходимости проведения оперативного лечения.

**ЦЕЛЬ.** Определить эффективность проведения лапароскопического удаления метанефральной аденомы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациент М., 12 лет, девочка, находилась на амбулаторном лечении с циститом. В сентябре 2023 года обследована в стационаре по месту жительства. По результатам выявлено округлое солидное образование среднего сегмента правой почки размерами 30х26х27 мм. После консультации онколога ребенок направлен в отделение урологии МДГКБ, где проведено МРТ с внутривенным контрастированием, затем пункционная биопсия образования. По данным иммуногистохимического анализа выявлена метанефральная аденома. Онкологом по месту жительства было рекомендовано динамическое наблюдение вследствие сложной для оперативного лечения локализации образования (область ворот почки по дорсальной поверхности между лоханкой и почечными сосудами). В течение 4-х месяцев по УЗИ отмечался достоверный рост опухоли. В связи с чем ребенок был госпитализирован для удаления образования правой почки. Была выполнена лапароскопия, резекция опухоли в пределах здоровых тканей с интракорпоральным ультразвуковым контролем, с нарушением целостности чашечно-лоханочной системы, что потребовало ее шовной герметизации и дренирования внутренним стентом. Рана паренхимы ушита непрерывным интракорпоральным гемостатическим швом. Длительность оперативного лечения составила 2 часа 30 мин, кровопотеря составила не более 50 мл. Время тепловой ишемии – 14 минут.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В раннем и отдаленном послеоперационном периоде кровотечения не отмечалось, пациент выписан на 7 послеоперационные сутки из стационара. При проведении статической нефросцинтиграфии через 1 месяц отмечается отсутствие прогрессирующего снижения функции почки. По данным контрольного КТ и УЗИ – признаков рецидивного роста опухоли не отмечено. Результат операции расценен как положительный.

**ВЫВОДЫ.** Лапароскопическая резекция почки при наличии достаточного уровня навыков и высокотехнологичного оборудования обеспечивает эффективное удаление опухолевого образования с соблюдением принципов абластики, «nephron sparing surgery» и миниинвазивной хирургии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопия, метанефральная аденома, удаление образования почки.

## 38. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ НЕПОЛНОМ УДВОЕНИИ ПОЧКИ

*О.С. Шмыров<sup>1</sup>, А.Ю. Лобач<sup>1</sup>, А.В. Кулаев<sup>1</sup>, Р.В. Суров<sup>1</sup>, М.Н. Лазишвили<sup>1</sup>, С.М. Шарков<sup>1</sup>,  
А.С. Ковачич<sup>1,2</sup>, К.Д. Морозов<sup>1</sup>, Д.А. Маргиева<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ,  
отделение детской урологии-андрологии, г. Москва, Россия*

*<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Гидронефроз является одной из самых распространенных аномалий мочевыводящих путей в педиатрической практике. Вместе с тем, частота встречаемости гидронеф-

роза в сочетании с удвоением почки достигает всего 7%. В случаях рецидива гидронефроза при удвоении чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) тактика и техника оперативного лечения имеют свои особенности.

**ЦЕЛЬ.** Определить тактические и технические приемы, которые позволяют улучшить результаты оперативного лечения детей с рецидивом гидронефроза при удвоении почки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделение детской урологии и андрологии Морозовской детской городской клинической больницы выполнено оперативное лечение 3 пациентов с рецидивом гидронефроза на фоне удвоения мочевыводящих путей. Двум пациентам первично была выполнена открытая пиелопластика по Хайнс-Андерсону, одному лапароскопическая операция по аналогичной методике. Всем пациентам в нашей клинике выполнена повторная лапароскопическая операция в области пиелоуретрального сегмента. Причиной рецидива гидронефроза в 1 случае явился aberrantный сосуд и стриктура после лапароскопической антевазальной пиелопластики нижнего сегмента. В двух других случаях причиной явилась стриктура в области fissura, которая была подпаяна рубцами к люботомическому доступу. Всем пациентам была выполнена повторная лапароскопическая операция с формированием пиелоуретероанастомоза и пиелопиелоанастомоза. Во всех случаях проводилось двойное дренирование: внутренним стентом Double-J и наружным пиелостомическим дренажом. Двойное дренирование было необходимо с целью адекватного оттока мочи и уменьшения давления на оба анастомоза. При повторном поступлении через 3-4 недели после операции выполнялось трансуретральное удаление стентов внутреннего дренирования и пиелостомического дренажа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Результаты операции оценены в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде через 1, 3, 6 месяцев и через год. Всем пациентам было выполнено УЗИ почек в указанные сроки и экскреторная урография через 6 месяцев. У всех пациентов отмечалось сокращение размеров ЧЛС по соотношению как до первичной, так и до повторной операции.

**ВЫВОДЫ.** Представленные клинические случаи демонстрируют необходимость адекватной визуализации всех анатомических особенностей при рецидиве гидронефроза на фоне удвоения почки, а также использование нестандартных методов формирования анастомоза и комбинированного дренирования для лучшего хирургического результата.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гидронефроз, рецидив, пиелопластика, стриктура, удвоение почки.

## 39. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕНТРАЛЬНОГО СРЕДИННОГО ДОСТУПА ПРИ ПЛИКАЦИОННОЙ КОРПОРОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С ВЕНТРАЛЬНЫМ ИСКРИВЛЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*О.С. Шмыров<sup>1</sup>, С.М. Шарков<sup>1</sup>, Р.В. Суров<sup>1</sup>, М.Н. Лазишвили<sup>1</sup>, А.В. Кулаев<sup>1</sup>, Ю.И. Вельская<sup>1</sup>,  
А.Ю. Лобач<sup>1</sup>, А.С. Ковачич<sup>1,2</sup>, К.Д. Морозов<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ,  
отделение детской урологии-андрологии, г. Москва, Россия*

*<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Субкоронарный доступ является наиболее популярным при хирургической коррекции вентрального искривления полового члена у детей. Данный доступ позволяет выполнить обнажение ствола полового члена до фасции Бака на всем протяжении (процедура «degloving») для последующего выполнения дорзальной пликационной корпоропластики на необходимом уровне. Однако, циркулярный субвенечный доступ иногда результирует лимфостатическими изменениями крайней плоти и образованием свищей в области дистальной диспластичной уретры. Такой подход определяет необходимость выполнения обрезания крайней плоти, что для пациентов, желающих сохранить крайнюю плоть, неприемлемо. Вентральный срединный доступ позволяет снизить травматичность операции и сохранить крайнюю плоть.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты использования вентрального срединного доступа при пликационной корпоропластике у детей с вентральным искривлением полового члена.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении урологии Морозовской детской клинической больницы проведено оперативное лечение 5 пациентов (средний возраст 16,5 лет) с врожденным вентральным искривлением полового члена, которым была выполнена пликационная корпоропластика с использованием вентрального срединного доступа. Операция выполнена следующим образом: срединным разрезом по вентральной поверхности полового члена обнажены кавернозные тела по бокам от уретры, после вскрытия фасции Бака мобилизован дорзальный сосудисто-нервный пучок и выполнена пликация кавернозных тел в зоне наибольшего искривления. Половой член выпрямлен. Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечено.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Результаты оценены в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде по внешнему виду полового члена, отсутствию искривления и грубых рубцов. Все результаты оценены как хорошие. Все пациенты в полной степени удовлетворены косметическим результатом лечения.

**ВЫВОДЫ.** Использование вентрального срединного доступа позволяет уменьшить травматичность оперативного лечения и с высокой эффективностью выполнять пликационную корпоропластику детям с вентральным искривлением полового члена.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** вентральное искривление, корпоропластика, ортопластика.

## 40. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДВУСТОРОННЯЯ РЕМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ В ОТКРЫТЫЙ КРАЙ

*О.С. Шмыров<sup>1</sup>, А.В. Кулаев<sup>1</sup>, А.С. Ковачич<sup>1,2</sup>, Р.В. Суров<sup>1</sup>, М.Н. Лазишвили<sup>1</sup>, С.М. Шарков<sup>1</sup>, К.Д. Морозов<sup>1</sup>, А.Ю. Лобач<sup>1</sup>, Д.А. Маргуева<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница ДЗМ», отделение детской урологии-андрологии; Москва, Россия*

*<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Реконструктивные оперативные вмешательства у пациентов с двусторонней патологией уретерovesикального соустья могут быть выполнены с использованием различных хирургических доступов с применением известных методик. По мере накопления опыта

применение эндохирургических реконструктивных операций стало возможно и при коррекции двухсторонней патологии уретерovesикального сегмента. Авторы представляют собственный опыт применения двусторонней лапароскопической реимплантации мочеточников при различной патологии уретерovesикального соустья.

**ЦЕЛЬ.** Анализ результатов, полученных при лечении пациентов с двусторонней патологией уретерovesикального сегмента, которым выполнена лапароскопическая уретероцистонеоимплантация мочеточников в открытый край.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2019 года по 2023 год в отделении урологии-андрологии МДГКБ силами одного хирурга была выполнена двусторонняя лапароскопическая продольная уретероцистонеоимплантация «в открытый край» с формированием неоустьев в области треугольника Лъето (модификация операции Raquin) 18-ти пациентам (40 мочеточников) в возрасте от 9 мес. до 11 лет (11 мальчиков, 7 девочек). Данный вариант оперативного пособия применялся у детей, как с первичной патологией УВС, так и у детей, многократно оперированных в этой зоне ранее. Структура патологии представлена следующим образом: первичный пызрно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – 5 пациентов (27,7%), рецидив ПМР после эндоскопической коррекции – 5 пациентов (27,7%), первичный обструктивный мегауретер – 2 (11,2%), рецидив ПМР после реимплантации мочеточника – 4 (22,2%), в 2 случаях пациентам ранее была выполнена Т-образная уретерокутанеостомия (11,2%).

Выписка пациентов производилась в среднем на 7 сутки после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Интра- и ранних послеоперационных осложнений не отмечено. В отдаленном послеоперационном периоде всем пациентам выполнялось УЗИ почек, по данным которого отмечено сокращение размеров ЧЛС более чем на 30% через 3-12 месяцев.

Цистография выполнена всем пациентам через 6-8 месяцев после операции – у одного пациента выявлен двусторонний ПМР (II, V ст.), данному пациенту выполнена эндоскопическая пластика неоустьев мочеточников. На контрольной цистографии рецидива ПМР не выявлено.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, применение лапароскопической модификации экстра-интравезикальной уретероцистонеоимплантации по Raquin у детей с двусторонним поражением уретерovesикального сегмента позволило добиться нормализации пассажа мочи и отсутствия ПМР у 17 из 18 пациентов (94,4%).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопия, мочеточник, Паквин, уретероцистонеоимплантация.

## 41. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ АППЕНДИКОПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ С УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ

*О.С. Шмыров<sup>1</sup>, А.В. Кулаев<sup>1</sup>, М.Н. Лазишвили<sup>1</sup>, Р.В. Суров<sup>1</sup>, С.М. Шарков<sup>1</sup>, Ю.И. Вельская<sup>1</sup>, А.Ю. Лобач<sup>1</sup>, А.С. Ковачич<sup>1,2</sup>, К.Д. Морозов<sup>1</sup>, Д.А. Маргиева<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница ДЗМ», отделение детской урологии-андрологии; Москва, Россия*

*<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Оперативные вмешательства у пациентов с патологией уретеро-везикального соустья при наличии критического дефицита длины мочеточника и невозможности выполнения прямого уретероцистоанастомоза требуют замещения недостающей зоны для создания эффективного антирефлюксного механизма.

**ЦЕЛЬ.** Описание клинического случая хирургического лечения ребенка с диагнозом: уретерогидронефроз единственной правой почки, состояние после двукратной эндоскопической коррекции (Vurdex) по поводу ПМР 3 ст.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Ребенок 5 лет проходил лечение по поводу ПМР 3 ст. в единственную правую почку по месту жительства, дважды выполнялась коррекция препаратом Vurdex. После второй коррекции отмечались признаки острого блока почки, установлен мочеточниковый стент. При поступлении выполнены обследования, установлен диагноз уретерогидронефроз единственной правой почки. Принято решение о выполнении уретероцистоанастомоза. В ходе попытки лапароскопической реимплантации произошел ятрогенный отрыв дистального отдела мочеточника, не позволяющий выполнить уретероцистонеоимплантацию. Также изменения стенок мочеточника в виде отека, инфильтрации, высокой кровоточивости, ригидности не позволили выполнить симультанную заместительную пластику. Сформирована дистальная уретерокутанеостома. Через 6 месяцев успешно выполнена лапароскопическая заместительная аппендикоуретеропластика оригинальным способом на стенте внутреннего дренирования. Стент удален через 6 недель после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 3 месяца после операции пузырно-мочеточниковый рефлюкс не обнаружен, признаков прогрессирования уретерогидронефроза нет.

**ВЫВОДЫ.** Заместительная аппендикопластика дистального отдела мочеточника с его антирефлюксной имплантацией является эффективным способом дренирования верхних мочевых путей в случае выраженного дефицита длины пораженного мочеточника.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопия, дети, аппендикс, уретеропластика, уретерогидронефроз.

## 42. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

*М.Н. Лазишвили, О.С. Шмыров, Р.В. Суков, А.В. Кулаев  
ГУЗ УОДКБ, г. Ульяновск, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Варикоцеле – распространенное заболевание, которое при прогрессирующем течении в 15-20% случаев является причиной infertility, что определяет показания к своевременной хирургической коррекции. Тренд современной хирургии – малоинвазивность, комплаентность и высокая послеоперационная эффективность. Лапароскопическая варикоцелэктомия в полной мере удовлетворяет этим требованиям. Тем не менее, по данным отдельных авторов уровень рецидивов достигает 10-15%.

**ЦЕЛЬ.** Оптимизировать операционную технику лапароскопической варикоцелэктомии для повышения эффективности хирургического вмешательства.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В рамках настоящего ретроспективного исследования мы рассмотрели 70 клинических случаев варикоцеле у пациентов в возрасте от 10 до 17 лет, которые потребовали хирургического лечения. При этом возрастные статистические показатели в рассматриваемой выборке: Me-15 лет, Q1-13 лет, Q3-16 лет. Мы применяли технику лапароскопического пережатия гонадной вены с помощью титановых клипс. Для установки клипатора мы использовали 10 мм порт в надлобковой области. Были сформированы две выборки пациентов. В первую выборку было включено 20 пациентов, у которых для установки рабочих троакаров применялась унилатеральная позиция справа – в надлобковой области и нижнем мезогастррии. Также в этой выборке использовалась техника двойного клипирования гонадной вены и ее последующего пересечения между клипсами. Время операции в среднем составило 15 минут. Получен один рецидив (5%). Во второй выборке из 50 пациентов мы использовали контрлатеральную позицию расположения рабочих троакаров, при этом второй рабочий троакар размещался в левом подреберье. Гонадная вена (или ее ветви при рассыпном типе строения) клипировалась лишь одной клипсой без последующего пересечения сосуда. Время операции в среднем составило 11 минут. Зарегистрировано два рецидива (4%). В обеих выборках доступ к гонадной вене был реализован по латеральному краю сосудистого пучка, на 3-4 проксимальнее внутреннего пахового кольца. Выбор проекции разреза париетальной брюшины для последующей мобилизации венозных элементов имел принципиальное значение с позиции CVS. Рассыпной тип строения гонадной вены встретился в 90 % случаев; при этом пациенты более чем в половине случаев имели не менее трех ветвей гонадной вены, что потребовало их раздельного клипирования после мобилизации. Мобилизация и клипирование венозных структур выполнялись последовательно. После завершения сосудистого этапа операции париетальная брюшина не ушивалась.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При сравнительном анализе унилатеральная расстановка троакаров в первой выборке оказалась менее удобной по причине значительного уменьшения угла между рабочими троакарами, особенно у пациентов брахиморфного телосложения. Перестановка второго рабочего троакара в пупочный порт для увеличения угла триангуляции возможна при использовании 5 мм троакара и 5 мм камеры. Использование техники «одной клипсы» во второй выборке не повлияло на частоту рецидива заболевания. В обеих выборках не зарегистрировано на протяжении не менее, чем шестимесячного периода послеоперационного наблюдения гидроцеле и болевого синдрома.

**ВЫВОДЫ.** Контрлатеральная расстановка троакаров определяет большее удобство манипулирования инструментами с позиции триангуляции. Выбор описанной траектории доступа к гонадной вене снижает риски повреждения прилежащих нервных путей и магистральных сосудов, что увеличивает уровень безопасности данного типа вмешательства. Приоритет хирурга в пользу техники «одной клипсы» без пересечения гонадной вены сокращает время операции без потери ее эффективности. В целом подобная оптимизация хирургического пособия увеличивает общий комплаенс техники лапароскопической варикоцелэктомии, увеличивая уровень конечной эффективности операции.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** варикоцеле, лапароскопическая варикоцелэктомия.

## 43. СИНДРОМ ЦИННЕРА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Ю.А. Калинина<sup>1,2</sup>, А.С. Кузнецов<sup>1</sup>, А.П. Горбунов<sup>1,2</sup>, Р.С. Котлубаев<sup>2</sup>, Н.Н. Митькина<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> ГАУЗ «Областная детская клиническая больница», Оренбург, Россия*

*<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Синдром Циннера – редкая врожденная аномалия развития мезонефрального протока, характеризующаяся наличием кист семенных пузырьков, почечной агенезией и обструкцией семявыносящего протока. Возраст на момент постановки диагноза составляет в среднем 30-40 лет. У детей данный синдром диагностируется крайне редко.

**ЦЕЛЬ.** Продемонстрировать первый опыт диагностики ребенка с редким пороком развития.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинический случай. Пациент С., 16 лет поступил в клинику впервые на плановое обследование. Жалоб не предъявлял. Из анамнеза известно, что впервые при проведении скринингового УЗИ в возрасте 16 лет (ранее проживали в другой стране, обследование не проводилось) выявлена агенезия левой почки, в связи с чем направлен на первое урологическое обследование. При проведении УЗИ внутренних органов левая почка не визуализируется. Предстательная железа не изменена, смещена вправо. По левому контуру мочевого пузыря киста с мелкодисперсным содержимым неправильной округлой формы 34x26мм., позади которой подобная жидкостная тубулярная структура. Выполнено МРТ органов малого таза – МР-признаки агенезии правой почки, обструкции семенного пузырька и семявыносящего протока слева – синдром Циннера.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выполнена диагностическая лапароскопия – в области шейки мочевого пузыря ниже тазовой брюшины визуализируется кистозное образование, выполнена пункция образования – получено большое количество зеленоватого содержимого. Кистозное образование вскрыто, максимально выделено из окружающих тканей, удалено. Результат гистологии – хроническое воспаление и склероз в стенке семенного пузырька.

При проведении контрольного УЗИ остаточная полость кисты – 9x4мм.

На основании проведенного обследования выставлен диагноз: Синдром Циннера.

**ВЫВОДЫ.** Обследование и лечение, у впервые выявленного пациента с синдромом Циннера, говорит о том, что всем пациентам с односторонней агенезией почки необходимо проведение регулярного обследования – УЗИ забрюшинного пространства, малого таза, наружных половых органов. При диагностике кист малого таза или других отклонений необходимо проведение МРТ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** синдром Циннера, киста малого таза, киста семенного пузырька.

## 44. ПУЗЫРНО-ЗАВИСИМЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ У ДЕТЕЙ

*С.А. Сарычев, А.И. Осипов, И. Б. Осипов, Д.А. Лебедев, Д.Е. Красильников, Л.А. Алексеева,  
М.В. Захарова, В.В. Игнатьев*  
ГБОУ ВО СПбГПМУ; Санкт-Петербург, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Если у ребенка с уретерогидронефрозом (УГН) не выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и не получены данные, подтверждающие обструкцию в области уретерovesикального сегмента (УВС), традиционные подходы к лечению данного заболевания не только окажутся низкоэффективными, но также могут привести к ухудшению состояния верхних мочевыводящих путей (ВМВП). В этих случаях важно понимать причины и механизмы развития УГН, чтобы выбрать оптимальную тактику коррекции уродинамики ВМВП.

**ЦЕЛЬ.** Изучить факторы, влияющие на развитие необструктивного и нерефлюксирующего УГН у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Мы провели одноцентровое проспективное неконтролируемое исследование серии госпитальных случаев, зарегистрированных в 2012-2023 гг. Рассмотрены данные 70 пациентов с необструктивным и нерефлюксирующим УГН, диагностированным в возрасте от 1 до 17 лет, 43 мальчика и 23 девочки. Односторонний процесс наблюдался у 7 больных (10%), двусторонний у 63 (90%), при этом УГН сочетался с контрлатеральным ПМР у 12 детей (17%). Пузырная зависимость УГН была доказана методом ультразвуковой оценки эффективности продленной катетеризации мочевого пузыря (МП), отсутствием ПМР при цистографии, в сомнительных случаях – с помощью диуретической реносцинтиграфии в условиях катетеризации МП и калибровкой УВС баллонным катетером в процессе цистоскопии и пиелографии. Состояние мочевого пузыря оценивалось с помощью уродинамических исследований.

В лечении применялись методики, направленные на нормализацию эвакуации мочи и снижение внутрипузырного давления (ВПД): обучение правильному мочеиспусканию, альфа-1-адреноблокаторы (22), периодическая катетеризация (37), континентная везикостомия (23), М-холинолитики (43), ботулинотерапия (28) и кишечная цистопластика в особо сложных случаях (13).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ состояния пациентов и уродинамические тесты выявили нарушения мочеиспускания во всех случаях и позволили распределить детей на три основные когорты: 1 – 11 мальчиков раннего возраста (от 1 до 11 лет, средний – 3 г.) с последствиями инфравезикальной обструкции вследствие клапана задней уретры (КЗУ), 2 – 42 пациента с нейрогенным мочевым пузырем (от 1 до 17 лет, средний – 8) и высоким ВПД у 41 из них (от 20 до 170 см вод.ст., среднее – 60); 3 – 17 детей с дисфункциональным мочеиспусканием при гипо- (12) и гипер- (5) рефлексорном МП более старшего возраста от 2 до 16 лет (в среднем – 10). Индивидуально подобранные для каждой когорты методы декомпрессии МП привели к улучшению уродинамики ВМВП у всех больных.

**ВЫВОДЫ.** Пузырно-зависимый УГН наблюдается у пациентов с расстройствами мочеиспускания различного происхождения в тех случаях, когда анатомия УВС не позволяет развиваться ПМР. Основными факторами, предрасполагающими к развитию такого УГН, являются хроническая некорректируемая задержка мочи и внутрипузырная гипертензия. Во всех случаях консервативное лечение, устраняющее эти факторы, приводит к существенному улучшению течения заболевания.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** уретерогидронефроз, мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нарушения мочеиспускания, дети.

## 45. ФОРМУЛЫ РАСЧЕТА ЕМКОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

*Д.А. Лебедев, И.Б. Осипов, А.А. Узинцева, М.И. Комиссаров, И.Ю. Алешин  
СПбГПМУ, кафедра урологии;*

*Отделение рентгеносудистых методов диагностики и лечения; Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** При урологическом обследовании детей (цистография, уродинамическое исследование, катетеризация мочевого пузыря), а также для оценки функции мочевого пузыря врачу необходимо иметь возможность математического расчета емкости мочевого пузыря (ЕМП) здорового ребенка в соответствии с возрастом. Вопросу расчета пузырной емкости у детей различного возраста посвящен ряд научных работ, результатом которых явилось выведение авторами собственных формул расчета: Holmdal:  $38+2,5*n(м)$  для детей до года; Koff  $(n(r)+2)*29,57$ ; Kaefeg для детей до 2 лет  $(2*n(r)+2)*29,57$ ; для детей старше двух лет  $(n(r)/2+6)*29,57$ ; для детей всех возрастов  $4,5*n(r)0,40*29,57$ ; Berger  $32*n(r)+73$ ; Houle  $16*(n(r))+70$ ; Hjälmås  $30+n(r)*30$ ; Treves  $22*n(r)+136$  и  $54*(10*n(r)+1)0,40$ .

**ЦЕЛЬ.** Уточнить ЕМП у детей разных возрастных групп, выяснить уровень ошибок формул, использующихся для расчета емкости показатель «возраст пациента».

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование носило ретроспективный одноцентровый характер. 1490 пациентам в возрасте от 1 месяца до 18 лет выполнена динамическая цистография. Критерии включения: дети от 0 до 18 лет, не имеющие гипоактивного или гиперактивного нейрогенного мочевого пузыря (НМП) и пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Критерии исключения: пациенты с ПМР, дети с НМП и ЕМП, выходящей за рамки интерквартильного размаха 25 – 75 перцентилей. Были исключены пациенты с ПМР (n=670), дети с НМП, и пациенты с ЕМП, выходящей за рамки интерквартильного размаха (n=301). В итоговое исследование включено 519 пациентов. Сформирована диаграмма размаха физиологической ЕМП для пациентов различных возрастов. С помощью линейной регрессии получена собственная формула расчета ЕМП. При помощи описанных в литературе способов расчета ЕМП и собственной формулы был генерирован массив данных, который был сравнен с измеренной ЕМП исследуемой группы. При генерации данных и сравнении использовали возрастные ограничения, согласно рекомендациям авторов формул. Была рассчитана ошибка каждого генерированного значения

по всем формулам с указанными авторами возрастными ограничениями по отношению к измеренной ЕМП ребенка конкретного возраста, которая выражается в процентах, положительных или отрицательных. Оценены ошибки 10 авторских и собственной формулы к измеренной ЕМП пациентов. Для сравнения независимых данных применен U тест Mann-Whitney.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В исследование вошло 203 мальчика в возрасте  $Me=3,45$  [1,39; 7,56] лет и 316 девочек  $Me=4,39$  [1,98; 7,41] без различий в ЕМП [M-W test  $p=0,08$ ]. Возраст мальчиков и девочек достоверно различался (MWU  $p=0,044$ ), при этом девочки двукратно преобладали в группе от 2 до 10 лет. Учитывая отсутствие достоверных различий в ЕМП, группы мальчиков и девочек были объединены. Сформирован статистический график ЕМП для пациентов педиатрического возраста с шагом в 1 год, который позволил отразить физиологическую ЕМП у детей различного возраста. Выведена формула линейной регрессии ЕМП (мл)  $=88+20*n(r)$  с коэффициентом аппроксимации 0,92  $p=0,000$ . При использовании большинства формул расчета ЕМП, представленных в литературе, путем генерации массивов данных получены значения, достоверно отличающиеся между собой и от измеренной ЕМП. Наименьшую погрешность имели 2 формулы из 10. Данные, генерированные с помощью формулы Koff ЕМП(мл)  $=(n(r)+2)*30$ , показали очень высокое сродство к реальным измеренным результатам, с медианой ошибок -3,1%, и гармоничным размахом от -57,1% до +65,7%, отмечено отсутствие достоверных различий с массивом измеренных данных (MWU  $p=0,282$ ). Собственная формула ЕМП (мл)  $=88+20*n(r)$  показала медиану ошибок -1,1% с размахом от -46,6% до +54,6%, не получено различий между рассчитанными и реальными показателями (MWU  $p=0,709$ ).

**ВЫВОДЫ.** Функциональный накопительный резерв мочевого пузыря связан с возрастом ребенка. Нарастание ЕМП идет постепенно до 11 лет и далее значительно ускоряется, замедляясь к окончанию подросткового периода. Не все формулы могут быть корректно применены при оценке ЕМП. Наименьшее отличие от измеренной ЕМП имели формулы Koff  $(n(r)+2)*30$  и собственная формула  $88+20*n(r)$ , имеющие минимальное число ошибок и максимальное сродство к реальным измеренным значениям ЕМП. Эти формулы могут быть рекомендованы к использованию в работе детского уролога. Популярная в Российской Федерации формула Hjälmås ЕМП(мл)  $=30+30*n(r)$  имела тенденцию к значительному завышению показателей рассчитанной ЕМП, что может в ряде случаев приводить к избыточной диагностике гиперактивного НМП у детей с нормоактивностью детрузора.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** емкость мочевого пузыря; дети; формулы расчета; объем мочевого пузыря.

## 46. ДИНАМИКА ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

*Д.А. Лебедев, И.Б. Осипов, А.А. Узинцева, А.Б. Левандовский  
СПбГПМУ, кафедра урологии, Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), ретроградный заброс мочи в мочеточник является уродинамическим нарушением, обеспечивающим рецидивирующие инфекции

мочевых путей и склерозирование почечной паренхимы. Встречаемость ПМР у детей составляет до 0,4-1,8%, и до 30% у детей с хроническим пиелонефритом.

**ЦЕЛЬ.** Изучить характер и динамику гендерно-возрастных и госпитальных показателей у пациентов с ПМР за длительный временной период.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 1980 по 2022 год зарегистрированы госпитализации по поводу ПМР в 7785 случаях в отделение детской урологии СПбГПМУ. Госпитализированных девочек было 4458 (57,26%), мальчиков 3327 (42,74%), подавляющее большинство детей госпитализированы 4 и более раз (до 12 раз в течение педиатрического возраста) для текущего обследования и этапного лечения. За исследуемый период выполнено 4612 хирургических вмешательств.

На основе сформированной базы данных был выполнен статистический анализ и созданы графики, отражающие динамику возрастных характеристик детей, определена встречаемость патологии в зависимости от пола, проведена оценка длительности пребывания в клинике, хирургическая активность, особенности хирургического лечения в различные временные периоды.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Медиана возраста госпитализированных детей в период с 1980 по 2000 год колебалась между значениями от 5,0 (1981, 1990) до 9 лет (1999), наиболее часто 7,5 лет. С 2001 года медиана возраста имеет устойчивый тренд на снижение, с наибольшей встречаемостью частот 4 года. Отношение девочки: мальчики в структуре пациентов за 43-летний период – 1,34:1 при этом наибольшее количество частот у девочек 70-75%, у мальчиков 25-30%.

Общая хирургическая активность имела значительные колебания: от 16,13% в 1992 г. до 86,75% в 2009 г. и 86,24% в 2012 г. Выполнено 4612 хирургических вмешательств среди 7785 случаев госпитализации. Кривая органосоносящих вмешательств достигла максимума в 1992 г, после чего имела устойчивый тренд на снижение с 1997 года. Частота нефроуретерэктомий в период с 1980 по 1996 г. составила 9,50% от всех вмешательств, в период с 1997 по 2022 г. – 2,46%.

Относительные показатели по различным типам хирургического лечения за исследуемый период демонстрировали значительную динамику вследствие смены парадигмы лечения ПМР в середине 90-х годов, что отразилось в замещении открытых антирефлюксных вмешательств высокоэффективным малоинвазивным эндоскопическим лечением.

Отмечено устойчивое снижение частоты выполнения открытых антирефлюксных вмешательств всех типов с 1996 года, несмотря на возрастающее число госпитализированных пациентов. Всего выполнено 366 открытых органосохраняющих операций по поводу ПМР.

Показатели количества эндоскопических вмешательств увеличивались с 1996 года. Количество таких операций за период 1995 – 2022 год составило 3944, количество пролеченных почечных рефлюксирующих единиц – 5870.

Продолжительность пребывания детей в клинике за исследуемый период варьировала от года к году, имея отчетливую тенденцию к снижению. Продолжительность пребывания детей в клинике постепенно уменьшалась. Средний показатель в период с 1980 по 1995 год был 20,79 дня, с 1996 по 2022 год – 11,0 дня, при этом с 2003 по 2022 год 10,04 дня, что связано с увеличением доли малоинвазивных процедур в структуре вмешательств, меньшим числом осложнений послеоперационного периода и ускорением процедур диагностики.

**ВЫВОДЫ.** По всем исследуемым параметрам в группе госпитализированных пациентов отмечена динамика в течение исследуемого периода.

Снижение возраста госпитализированных пациентов с ПМР, наблюдающееся с 1995 года, свидетельствует об улучшении качества диагностики, оптимизации логистики госпитализаций.

Снижается доля девочек в структуре госпитализированных детей с неуклонным ростом доли мальчиков, которая в 2017 году превысила 50%. Наблюдается тенденция к изменению соотношения девочки : мальчики в структуре пациентов, которая за 43-летний период наблюдения составила 1,34:1.

Отмечено снижение частоты нефроуретерэктомий с 9,50% от всех вмешательств в 1980 – 1996 г. до 2,46% с 1997 по 2022 г., что является результатом внедрения малоинвазивных технологий трансуретральной хирургии рефлюкса и максимальной направленности на сохранение почки. Частота выполнения антирефлюксных хирургических вмешательств устойчиво снижается с 1996 года, несмотря на возрастающее число госпитализированных пациентов. Ожидаемое более широкое применение эндовидеохирургических, робот-ассистированных и пневмозикоскопических вмешательств позволяет предполагать возвратный рост числа антирефлюксных хирургических вмешательств.

Эндоскопическое лечение ПМР, как неотъемлемая часть антирефлюксного хирургического комплекса, с 1996 года сохраняет лидирующие позиции по частоте применения у детей с ПМР, позволяя сократить длительность пребывания ребенка в стационаре и уменьшить число осложнений послеоперационного периода.

Динамика изученных показателей демонстрирует изменения в лечении детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, произошедшие за значительный временной период в условиях одного специализированного медицинского центра.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ПМР; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; антирефлюксные операции; эндоскопическое лечение; дети.

## 47. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА 46,ХУ ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД

*Д.А. Жарков, Б.В. Долгов, А.Ю. Пунтикова, Е.М. Орешкина  
Кафедра хирургии детского возраста СГМУ, г. Саратов, Россия  
Кафедра эндокринологии и диабетологии СГМУ, г. Саратов, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Многообразие клинических форм дисгенезии гонад у пациентов с кариотипом 46,ХУ требует детального обследования для создания прогноза лечения.

**ЦЕЛЬ.** Продемонстрировать разнообразие клинических форм, диагностики, выбор пола у пациентов с диагнозом 46, ХУ дисгенезия гонад.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Представлены 2 клинических случая пациентов с диагнозом 46,ХУ нарушение формирования пола (НФП), находившихся на лечении в детском урологическом отделении (ДУО) Университетской клинической больницы №1 СГМУ г. Саратова. После проведения комплексного обследования, включающего определение функциональной способности

гонад, лапароскопию, морфологическое исследование гонад, молекулярно – генетическое обследование всем пациентам установлен диагноз НФП 46,ХУ дисгенезия гонад. Выполнена хирургическая коррекция с учетом выбранной половой принадлежности.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациентка Р. родилась с правильным феминным строением наружных половых органов, зарегистрирована в женском поле. Впервые обследована в возрасте 14 лет по поводу жалоб на отсутствие менструаций. Установлен кариотип 46, ХУ. По результатам обследования в полости малого таза обнаружена матка, абдоминальные гонады, располагающиеся на маточных трубах. Слева выявлена гонадобластома в сочетании с дисгерминомой. В настоящее время проводится лечение в специализированном стационаре.

Пациент Б. С рождения отмечается неправильное строение наружных половых органов: промежностная гипоспадия, гонады при пальпации не определялись. Степень вирилизации по классификации Прадера II. Кариотип 46, ХУ. При рождении присвоен мужской пол. По результатам обследования в полости малого таза визуализирована матка, маточные трубы, абдоминальные гонады: streak с одной стороны и овотестис контрлатерально. Произведена смена гражданского пола на женский. Выполнена билатеральная гонадэктомия, первый этап феминизирующей пластики наружных гениталий.

**ВЫВОДЫ.** Ранняя диагностика дисгенезии гонад у пациентов с кариотипом 46,ХУ позволяет составить прогноз лечения пациентов. В выборе пола у пациентов с дисгенезией гонад при кариотипе 46,ХУ имеет значение функциональная способность и морфология гонад, макроморфология внутренних гениталий.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** нарушение формирования пола, дисгенезия гонад, операция Брака.

## 48. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ И АНДРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Е.А. Воронина, И.А. Аксенова*

*ГБУЗ ДГП 140 ДЗМ, г. Москва, Россия*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»*

*Минздрава России, Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Медицинская помощь в Российской Федерации, на основании ст. 37 Федерального закона от 21.11.2-11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – 323-ФЗ) оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций (далее – КР) и с учетом стандартов медицинской помощи. Вместе с этим, выстроенная система маршрутизации пациентов, охват диспансеризацией, диспансерным наблюдением определяют своевременность, доступность и качество специализированной медицинской помощи в каждом субъекте РФ. Экспертную роль в организации и совершенствовании специализированной медицинской помощи играет деятельность главных

внештатных специалистов Минздрава России (далее – ГВС), федеральных округов и субъектов РФ, а также профессиональных медицинских сообществ.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать и обозначить основные проблемы реализации основополагающего нормативно-правового акта, регулирующего организацию и оказание медицинской помощи детям с урологическими и андрологическими заболеваниями (далее – дети): порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология», утвержденного приказом Минздрава России от 31.10.2012 № 561н (далее – Порядок) и сформировать основные направления, условия и ресурсы его дальнейшего совершенствования.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ практического опыта оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (далее – ПСМП) в части соответствия функций, оснащения, доступности оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара и в стационарных условиях (далее – СМП) требованиям Порядка, а также оказания медицинской помощи детям непрофильными врачами и на непрофильных койках. Проанализирован приказ Минздрава России от 25.10.2012 № 444 «О главных внештатных специалистах в Российской Федерации».

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Порядком не установлены требования к медицинской организации, на базе которой может быть организовано детское уроандрологическое отделение (койки), в связи с чем острым является вопрос места проведения КТ, МРТ, в ряде случаев радиоизотопных исследований, которые предусмотрены КР. Не менее важным является вопрос оснащения отделения, в котором размещены уроандрологические койки для детей, оснащение операционного блока, а также необходимость наличия отделения анестезиологии и реанимации/палаты интенсивной терапии. Вследствие чего возникает ряд значимых проблем при оказании СМП, негативно влияющих на ее качество и доступность. В этой части порядок требует существенной доработки в самое ближайшее время из-за необходимости перехода к оказанию медицинской помощи на основе КР до 1 января 2025 года в соответствии с 323-ФЗ.

Для повышения доступности и качества медицинской помощи детям целесообразно предусмотреть формирование схем маршрутизации детей в субъектах РФ на этапе диагностики, в том числе для радионуклеидных исследований, лечения, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, паллиативного лечения. Очевиден положительный эффект от утверждения схем маршрутизации в рамках оказания медицинской помощи взрослым пациентам с онкологическими заболеваниями – п. 28 приказа Минздрава России от 19.02.2021 № 116н и соответствующие методические рекомендации. Утверждение порядков по маршрутизации решит вопрос оказания медицинской помощи непрофильными врачами специалистами (детскими хирургами, врачами нефрологами, врачами урологами) на непрофильных койках, который в ряде регионов является крайне серьезным и напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи. Важно отметить, что в номенклатуре ГВС Минздрава России от 25.10.2012 № 444 отсутствует должность ГВС детского уролога-андролога, что является организационным упущением и негативно влияет на совершенствование медицинской помощи детям с урологическими и андрологическими заболеваниями, что особенно важно в свете обозначенных Президентом приоритетов развития нашей страны по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья населения.

**ВЫВОДЫ.** Врожденные полипы уретры достаточно редко встречающаяся патология среди новорожденных детей. Скрининговым методом диагностики, позволяющим заподозрить данное

состояние — является УЗИ органов мочевыделительной системы. По результатам МРТ органов малого таза нами не было получено достоверной информации, позволяющей подтвердить данный диагноз, что наиболее вероятно связано с низкой разрешающей способности аппарата МРТ в купе с маленькими массо-ростовыми характеристиками новорожденных детей. А уретроцистоскопия в комбинации с везикоскопическими технологиями позволяет точно поставить данный диагноз и провести радикальное лечение.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** новорожденный, полипы, инфравезикальная обструкция, уретра, везикоскопия, уретроскопия.

## 49. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ КРИПТОРХИЗМА

*А.В. Кадышев, И.В. Горемыкин, Б.В. Долгов, С.Ю. Городков, В.Г. Масевкин,  
А.С. Черемисина, М.О. Черняев*

*ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского,  
Саратов, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Крипторхизм является одним из наиболее распространенных врожденных пороков развития мочеполовой системы у мальчиков. При физикальном осмотре у 20% детей с крипторхизмом обнаружить внешнею яичко не удается. Среди непальпируемых форм крипторхизма 50-60% яичек располагаются в брюшной полости. В ходе оперативного вмешательства примерно у 30% мальчиков с непальпируемыми яичками обнаруживают уменьшенную в размере гонаду, причиной чего могут быть различные патологические процессы, приводящие к атрофическим изменениям в тестикулах.

**ЦЕЛЬ.** Провести сравнительный анализ лечения детей с абдоминальной формой крипторхизма в зависимости от исходных анатомических характеристик гонад и проведенного оперативного вмешательства.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование было включено 2 группы детей с абдоминальной формой крипторхизма, которые находились на лечении в «УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева» г. Саратова в различные временные интервалы.

1 группа: дети, проходившие лечение в клинике с января 2013 по декабрь 2015 гг. Всего было 34 мальчика с абдоминальной формой крипторхизма. Из них: правосторонняя форма (n=15), левосторонняя (n=10), двусторонняя (n=9). Возраст этих детей на момент оперативного лечения составил от 1 года до 14 лет (медиана возраста 3,6 года). При этом 26 детей (76%) были прооперированы в возрасте старше 2 лет.

2 группа: дети с абдоминальной формой крипторхизма, которые находились на лечении с января 2020 по декабрь 2022 гг. Всего было 22 мальчика. Из них: правосторонняя форма крипторхизма (n=4), левосторонняя (n=13), двусторонняя (n=5). Возраст детей на момент проведения оперативного вмешательства составил от 11 месяцев до 15 лет (медиана возраста 2,4 года). Из них 14 детей (64%) были прооперированы в возрасте старше 2 лет.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всем мальчикам было выполнено стандартное клинико-инструментальное обследование на дооперационном этапе, в том числе ультразвуковое исследование гонад, по данным которого вычислялся объем тестикул согласно формуле Ламберта.

В 1 группе детей по результатам ультразвукового исследования внешнешоночную гонаду удалось обнаружить у 20 детей. Метрические размеры крипторхированных тестикул были меньше возрастной нормы у 90% детей, а метрические показатели мошоночной гонады меньше возрастной нормы у 48% детей.

Во 2 группе детей внешнешоночную гонаду удалось обнаружить у 11 мальчиков. Метрические показатели крипторхированных яичек сопоставимы с размерами внешнешоночных гонад у детей 1 группы (размеры крипторхированных тестикул меньше возрастной нормы у 92% детей). Размеры мошоночной гонады были в пределах возрастной нормы у 90% детей.

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение.

В 1 группе: открытые одноэтапные и двухэтапные методики орхиопексии по A.Bevan (n=19), двухэтапная лапароскопическая методика Fowler-Stephens (n=8), завершившиеся низведением гонады в мошонку. 7-ми детям (21%) были проведены оперативные вмешательства, завершившиеся удалением гонады или интраоперационно установленным отсутствием яичка.

Во 2 группе: открытая одноэтапная орхиопексия по A.Bevan (n=3), двухэтапная лапароскопическая методика Fowler-Stephens (n=14). Оперативные вмешательства, завершившиеся удалением гонады или отсутствием яичка, были выполнены 5 детям (22%).

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, при абдоминальной форме крипторхизма частота развития атрофии и резкой гипоплазии внешнешоночной гонады встречается у 22% детей. Медиана возраста мальчиков на момент оперативного лечения в Саратовской области в настоящее время составляет 2,4 года, что превышает рекомендованный возрастной диапазон для проведения хирургической коррекции крипторхизма.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** крипторхизм, непальпируемые яички, абдоминальная форма, орхиопексия, лапароскопическая методика.

## 50. СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ДВУСТОРОННИМ ОБСТРУКТИВНО-РЕФЛЮКСИРУЮЩИМ МЕГАУРЕТЕРОМ НА ФОНЕ ПЛЕКСИФОРМНОЙ НЕЙРОФИБРОМЫ МАЛОГО ТАЗА

*А.В. Бойко, К.Ф. Лодейкина*

*ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины», Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Плексиформная нейрофиброма – это особый тип нейрофибром при нейрофиброматозе I типа (НФ I), представляющий собой удлиненное диффузное образование, локализующееся в местах прохождения нервов. Вовлечение мочевого пузыря при НФ I встречается редко и может приводить к диффузному инфильтративному процессу в стенке пузыря, что клинически проявляется ирритативными позывами к микциям, гематурии и рецидивирующей ин-

фекции мочевых путей. Поскольку расположение пузырного нервного сплетения тесно связано с треугольником Лъето, мочеточниками и уретрой, образование нейрофибром вдоль этих структур может приводить к обструктивным уropатиям.

**ЦЕЛЬ.** Представить опыт лечения редкого осложнения нейрофиброматоза I типа, развившегося в результате массивного роста плексиформной нейрофибромы малого таза.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Девочка 8 лет впервые поступила в урологическое отделение ДГБ №2 в экстренном порядке с обострением пиелонефрита. Из анамнеза: антенатально диагностирован двусторонний уретерогидронефроз (УГН), постнатально сохранялся правосторонний УГН. В 5 месяцев жизни выполнена пластика пиелоуретерального сегмента справа, в 2 года – резекция и реимплантация правого мочеточника. В 3 года выставлен диагноз – нейрофиброматоз I типа, подтвержденный гистологически. На фоне таргетной терапии рост образования прекратился, появились непрерывно рецидивирующие атаки пиелонефрита более 8 раз в год. При рентгенологическом обследовании диагностирован двусторонний обструктивно-рефлюксирующий мегауретер, при динамической нефросцинтиграфии функция правой почки – 22%, левой – 78%. При урофлоуметрии и цистотометрии признаков нейрогенного мочевого пузыря нет. Антибактериальная терапия и эндоскопическая коррекция эффекта не имели. Проведена лапароскопическая двусторонняя уретероцистонеоимплантация с применением Psoas Hitch приема справа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение 2,5 месяцев рецидивов пиелонефрита не было. При УЗИ отмечается сокращение коллекторной системы почек и мочеточников.

**ВЫВОДЫ.** Подобные пациенты требуют индивидуального подхода в лечении и постоянного мониторинга. Прекращение роста опухоли на фоне консервативной терапии не всегда может означать решение всех сопутствующих проблем. Проведение экстравезикальной лапароскопической цистонеоимплантации мочеточников с Psoas Hitch маневром справа оказалось хорошим решением для данного пациента, несмотря на техническую сложность.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** плексиморфная нейрофиброма, уретерогидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уретероцистонеостомия, Псоас-хитч-маневр.

## 51. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВАМИ МЕГАУРЕТЕРА

*С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, А.С. Врублевский  
ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Существует большое количество методов для хирургического лечения мегауретера у детей. Основная цель любой операции заключается в устранении препятствия при обструкции и создание эффективного антирефлюксного механизма. Один из наиболее эффективных и проверенных временем методов – это пересадка мочеточника открытым доступом по методике Cohen, который успешно применяется в детской урологии уже более 50 лет. При этой процедуре создается подслизистый туннель в поперечном направлении на контралатеральную сторону,

что позволяет эффективно восстановить нормальную функцию мочеиспускания и предотвратить обратное течение мочи.

Иногда возникает вопрос о необходимости повторной операции в связи с неудовлетворительными результатами или осложнениями после первичной реимплантации мочеточника. В данной ситуации при выполнении открытых классических операций появляются технические трудности в мобилизации тазового отдела мочеточника, вызванные как рубцовыми изменениями в паравезикальном пространстве, так и недостаточной длиной мочеточника. Мы считаем, что необходимо применение комплексного подхода, включающего лапароскопическую оценку состояния мочеточника, его мобилизацию и последующую открытую реимплантацию. Этот подход был успешно применен нами у пятерых пациентов.

**ЦЕЛЬ.** Исследование эффективности использования комплексного хирургического подхода в лечении детей с рецидивами мегауретера.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В нашем центре в период с 2021 по 2023 гг комплексным хирургическим методом было пролечено 5 детей. У всех детей был диагностирован рецидив мегауретера после ранее выполненной пересадки мочеточника. Показанием к проведению гибридного хирургического лечения (лапароскопическая мобилизация мочеточника, формирование уретероуретероанастомоза, открытая транстригональная реимплантация) был рецидив мегауретера после многократных оперативных вмешательств, а также дефицит длины мочеточника.

Все дети были мужского пола в возрасте от 1 года до 5 лет, средний возраст составил 2 года 4 мес. У всех детей был рецидив обструкции на уровне уретеровезикального сегмента после ранее проведенных открытых и эндохирургических вмешательств. Длительность наблюдения после первичной операции составила от 6 мес. до 2 лет.

Во всех наблюдениях первичный обструктивный мегауретер был заподозрен при выполнении пренатального ультразвукового скрининга. С целью диагностики детям было выполнено рентген-урологическое обследование (микционная цистография, МР-урография/экскреторная урография, статическая/динамическая нефросцинтиграфия). Всем детям требовалась повторная реконструктивно-пластическая операция с целью восстановления уродинамики верхних мочевыводящих путей. Учитывая предыдущие операции и ограниченную длину мочеточника, после проведения обследования было решено использовать гибридный подход. Необходимым исследованием для данных пациентов было проведение цистоскопии с целью оценки расположения искусственного устья мочеточника, наличия изменений слизистой мочевого пузыря, а также с целью исключения клапана задней уретры.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В четырех случаях первым этапом была выполнена лапароскопическая мобилизация мочеточника. В одном случае тактика дополнялась эндовидеохирургическим формированием уретероуретероанастомоза и резекцией стомированного участка мочеточника. Этап открытой операции включал доступ по Пфанненштилю с раскрытием передней и частично задне-боковой стенок мочевого пузыря в области, где был мобилизован дистальный отдел мочеточника. Подслизистый тоннель формировался параллельно и выше межмочеточникового валика с помощью гидропрепаровки (инъекция NaCl 0.9%) для предотвращения повреждения слизистой оболочки мочевого пузыря при сепарации.

Для обеспечения адекватного оттока мочи и предотвращения несостоятельности анастомоза мы использовали мочеточниковые стенты Double-J, которые устанавливали после создания

антирефлюксного механизма. Операция завершилась дренированием мочевого пузыря катетером Фоллея.

Средняя длительность оперативного вмешательства с использованием гибридного доступа составила 3 часа 29 минут ( $\pm 12$  минут). Объем потери крови был минимальным. Всем детям была назначена антибактериальная, инфузионная и обезболивающая терапия. Наличие уретрального катетера у ребенка после операции в среднем не превышало 5 дней. Средняя продолжительность пребывания ребенка в стационаре составила 7 дней. Ультразвуковое исследование почек проводилось на 1-е сутки после операции и на 6-7 сутки после удаления уретрального катетера.

Всем пациентам была проведена цистография через 6-8 месяцев после радикальной реконструктивной операции. Данных за наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса не было.

Во всех наблюдениях было замечено уменьшение размеров верхней группы чашечек в среднем на 25%. Увеличение толщины паренхимы также отмечалось у всех детей в среднем на 2,5-5 мм. Также отмечался положительный эффект в виде значительного уменьшения размеров мочеточника. Следует отметить, что мочеточник демонстрировал наиболее выраженное сокращение диаметра по всему его протяжению, составив в среднем более 50% уменьшения размеров.

**ВЫВОДЫ.** Повторная реимплантация мочеточника у детей с рецидивами мегауретера представляет собой сложную задачу, часто сопровождающуюся значительными техническими сложностями, связанными с поиском и извлечением тазового отдела мочеточника из окружающих тканей. В предложенной нами технике преимущество лапароскопического доступа заключалось в возможности визуальной оценки структурных изменений в мочеточнике: мы имели возможность оценить его внешний вид, характер кровоснабжения, диаметр, перистальтику, степень натяжения после резекционной операции, а также характер и протяженность рубцовых изменений. Применение открытого хирургического доступа обеспечило надежную внепузырную фиксацию мочеточника, создание тоннеля оптимального диаметра и длины для антирефлюксной защиты.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопия, гибридный метод, операция Коэна, мегауретер, повторные операции, осложнения.

## 52. ФАКТОРЫ РИСКА АТРОФИИ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ КРИПТОРХИЗМА

*М.Н. Екимов, Н.А. Цап, С.Ю. Комарова, А.С. Горбунова  
ГАОУЗ СО ДГКБ №9, г. Екатеринбург, Россия  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Атрофия яичек является одной из самых тяжелых осложнений при выполнении орхидопексии у детей, что несомненно повлияет на репродуктивный потенциал бу-

дущего мужчины. Частота встречаемости тестикулярной атрофии (ТА) по данным литературы от 8% до 32%.

**ЦЕЛЬ.** Изучить факторы риска тестикулярной атрофии (ТА) у мальчиков после орхидопексии по поводу абдоминальной формы крипторхизма (АФК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период с 2017-2023 г.г. орхидопексия выполнена 85 мальчикам с АФК. Возрастные группы: 12-24 мес – 6 (7%) детей, 24-48 мес. – 64 (75%) ребенка, старше 48 мес. – 13 (18%) мальчиков,  $M = 39 \pm 18$  мес. Односторонний крипторхизм выявлен у 55 (64%) мальчиков, двусторонний – у 30 (36%) детей, среди них двусторонняя абдоминальная ретенция у 13 (43%) мальчиков, а сочетание абдоминальной и паховой ретенции контрлатерального яичка у 17 (57%) детей. После оперативного лечения катамнез изучен от 3 до 72 месяцев у 53 (68%) мальчиков. При анализе результатов учитывались критерии: локализация яичка до операции, возраст пациента на момент оперативного лечения, исходный объем яичка (оценивался интраоперационно по формуле Ламберта  $V = \text{длина} * \text{ширина} * \text{толщина} * 0,71$ ), наличие аномалии придатка яичка (эпидидимо-тестикулярная диссоциация), метод оперативного лечения, место фиксации яичка. Контингент катамнеза разделен на 2 группы: в I гр. включены мальчики с атрофией низведенного яичка – 13 (24%) случаев; II гр. сформирована по критерию включения «развитие низведенного яичка в пределах возрастной нормы» – 10 (11%) детей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В I группе при анализе факторов риска выявлено: 1/ по локализации – в большинстве случаев 11 (84%) яичко локализовалось на расстоянии до 2,0 см от внутреннего пахового кольца (ВПК) (низкая форма), расстояние от ВПК более 2 см у 2 (16%) детей (высокая форма); 2/ возрастные группы 12-24 мес. – 1 (10%), 24-48 мес. – 12 (90%), старше 48 мес. – 0,  $M = 34 \pm 8$  мес.; 3/ исходный объем порочных гонад  $M = 0,3 \pm 0,01$  см<sup>3</sup>; 4/ аномалия придатка яичка обнаружена у 7 (53%) мальчиков; 5/ методы оперативного лечения: лапароскопическая мобилизация яичка без пересечения тестикулярных сосудов выполнена в 6 (47%) случаях, по методике Петривальского-Шумахера оперированы 7 (53%) детей.; 6/ яичко низведено и фиксировано в мошонке в 4 (30%) случаях, в нижней трети пахового канала у 9 (70%) детей. Во II гр. установлено: 1/ у всех детей установлена низкая АФК; 2/ возрастные группы 12-24 мес. – 1 (10%), 24-48 мес. – 8 (80%), старше 48 мес. – 1 (10%) мальчик,  $M = 33 \pm 10$  мес.; 3/ исходный объем яичка  $M = 0,4 \pm 0,09$  см<sup>3</sup>; 4/ аномалия придатка выявлена только у 3 (30%) мальчиков; 5/ большинству детей 9 (90%) выполнена орхидопексия по Петривальскому, 1(10%) ребенку выполнена лапароскопическая мобилизация яичка без пересечения тестикулярных сосудов; 6/ всем детям II группы яичко удалось низвести в мошонку.

**ВЫВОДЫ.** Риски послеоперационной ТА обусловлены анатомическими препятствиями полноценного низведения яичка (70%), наличием эпидидимо-тестикулярной диссоциации (53%) и незрелостью неопустившейся гонады (изначально низкий объемом  $< 0,4$  см<sup>3</sup>).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** крипторхизм, атрофия, дети.

## 53. ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПОРОКА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ: ВНУТРИУТРОБНАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ (ЗАДНИЙ КЛАПАН УРЕТРЫ) И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА (ГИДРОНЕФРОЗ) В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Ю.Л. Подуровская, К.В. Костюков, В.А. Сакало, Е.И. Дорофеева, А.П. Панин  
ФГБУ «НМИЦ АГП им.В.И.Кулакова» МЗ РФ, г. Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Своевременная пренатальная диагностика врожденных пороков мочевыделительной системы позволяет не только определить прогноз заболевания, но и провести своевременное хирургическое лечение, в том числе и во внутриутробном периоде.

**ЦЕЛЬ.** Представление клинического случая комбинированного лечения сложного порока мочевой системы: внутриутробная коррекция инфравезикальной обструкции (задний клапан уретры) и лапароскопическая пиелопластика (гидронефроз) в неонатальном периоде.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациентка 34 лет впервые обратилась в НМИЦ «АГП им.В.И.Кулакова» для проведения экспертного УЗИ на сроке 12 недель беременности. По данным УЗИ у плода мужского пола выявлены признаки инфравезикальной обструкции: мегацистис, пиелоктазия, маловодие, что соответствует наличию заднего клапана уретры. Пациентка госпитализирована для обследования, и при исключении хромосомных аномалий плода и других медицинских противопоказаний проведено внутриутробное хирургическое вмешательство. На сроке беременности 14 недель произведена фетоскопия, лазерная деструкция заднего клапана уретры у плода. Восстановлена проходимость мочеиспускательного канала. Далее при контрольных УЗИ развитие плода не страдало, количество околоплодных вод восстановилось до нормальных показателей. По данным УЗИ в 32 недели диагностирован гидронефроз слева с расширением собирательной системы левой почки до 30 мм.

На сроке 40 недель родился доношенный мальчик с нормальными росто-весовыми показателями и оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Ребенку проведен комплекс урологического обследования. По данным УЗИ и МРТ мочевой системы – правая почка не изменена, левая почка увеличена до 73x40 мм, паренхима дифференцирована, истончена до 3-4 мм, ЧЛС резко расширена до 30 мм. На микционной цистоуретрографии патологии не выявлено. На 11-е сутки жизни выполнена диагностическая цистоскопия и лапароскопическая пиелопластика слева. При проведении цистоскопии патологии задней уретры не выявлено, просвет уретры свободно проходим для возрастного цистоскопа Ch 8. Далее выполнена эндоскопическая пиелопластика слева – при ревизии выявлен стеноз начального отдела мочеточника на протяжении 10 мм, произведена резекция пиелоуретерального сегмента и наложен анастомоз непрерывным обвивным швом с установкой JJ-стента для внутреннего дренирования. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан домой на 10-е послеоперационные сутки. Далее через 1 месяц стент был удален.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При контрольном обследовании уродинамика левой почки восстановилась, размеры ЧЛС составили 12 мм.

**ВЫВОДЫ.** В условиях возрастающей конкуренции со стороны эндоурологических мини-инвазивных вмешательств на базе нашего научного центра началась работа по созданию новой номограммы эффективности ДУВЛ для более точной маршрутизации пациентов с включением таких дополнительных параметров, как: плотность и состав конкремента, расстояние от камня до поверхности тела, длина и ширина шейки нижней группы чашечек, шеечно-лоханочный угол, характеристика ударно-волновых импульсов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дистанционная ударно-волновая литотрипсия, номограмма, уролитолиз у детей.

## 54. СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК С НЕТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

*Л.А. Алексеева, И.Б. Осипов, Д.Е. Красильников, А.И. Осипов, Д.А. Лебедев  
ФГБОУ ВО СПбГПИМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Непальпируемые яички встречаются у 15-20 % пациентов с крипторхизмом. В настоящее время лапароскопическая диагностика является методом выбора у этих пациентов для окончательной постановки диагноза. Известно, что большинство абдоминальных яичек располагаются около внутреннего кольца пахового канала. В то же время в редких случаях хирурги встречаются с нетипичным расположением яичек, допуская диагностические и тактические ошибки. Наиболее часто сообщают о нахождении яичка на подвздошных сосудах рядом с мочевым пузырем около слепой кишки. Мы представляем клиническое наблюдение, практически не описанное в литературе, когда яичко находилось под париетальной брюшиной в клетчатке малого таза без видимых признаков наличия гонады в брюшной полости.

**ЦЕЛЬ.** Обратит внимание хирургов на существование атипичной локализации неопущенного яичка, которое может привести к диагностическим ошибкам.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациент 5 лет, с диагнозом – нарушение формирования пола с кариотипом 46XY, с двусторонним крипторхизмом и промежностной формой гипоспадии поступил в клинику для проведения лапароскопической диагностики непальпируемых яичек. Больной уже был оперирован дважды в различных клиниках, где проводилась ревизия пахового канала с двух сторон, и также лапароскопическая диагностика. Диагноз при поступлении – агенезия левого яичка, гипоплазия правого яичка. Согласно представленным выпискам, в результате хирургических ревизий левое яичко не было обнаружено. Справа выявлена резко гипоплазированная гонада размерами 5 мм, находящаяся в брюшной полости на расстоянии около 3-4 см от внутреннего кольца пахового канала. Гонада была не только очень маленького размера, но и имела желтый цвет и по структуре не соответствовала обычной картине абдоминального яичка.

Перед госпитализацией в клинику пациенту проведена 3-х дневная проба с ХГТ, получен положительный ответ в виде повышения уровня тестостерона от 0.1 до 3.28 нмоль/л.

Обращало на себя внимание несоответствие данных гормональной и хирургической диагностики. Нами проведена лапароскопическая диагностика стандартным способом. Поставлены 3 троакара диаметром 5 мм. При тщательной ревизии было обнаружено левое яичко, которое имело необычную локализацию, и по этой причине не было визуализировано при проведении предыдущих хирургических манипуляций. Левое яичко находилось забрюшинно глубоко в клетчатке малого таза ниже подвздошных сосудов и внутреннего кольца пахового канала. Только при вскрытии брюшины, ориентируясь на ход семявыносящего протока, стало возможно полностью вывести левое яичко в брюшную полость и оценить его размеры.

Похожая анатомия отмечалась и с правой стороны, т.к. оказалось, что сначала при лапароскопии была визуализирована только небольшая часть передней поверхности правого яичка, а основной объем гонады находился забрюшинно. После рассечения брюшины из забрюшинного пространства было выведено правое яичко удовлетворительных размеров. Проведена мобилизация элементов семенного канатика. Тестикулярные сосуды оказались крайне короткими, удалось опустить яички только до уровня наружного кольца пахового канала с двух сторон.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Полноценная ревизия брюшной полости лапароскопическим способом позволила визуализировать неопущенные яички, несмотря на крайне сложную анатомию и локализацию.

**ВЫВОДЫ.** Данное клиническое наблюдение показывает, что даже при использовании современных и надежных способов диагностики непальпируемых яичек можно не обнаружить яички в случае сложных вариантов их локализации.

Знание возможных атипичных локализаций неопущенных яичек поможет стандартизировать и повысить качество лапароскопической диагностики и избежать ошибок.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопическая диагностика, крипторхизм, непальпируемые яички.

## 55. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РАЗЛИЧНЫМ ВАРИАНТАМ ПЕРЕМЕЩАЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ С НЕРАСЧЛЕНЯЮЩЕЙ СПОНГИОПЛАСТИКОЙ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

*Н.Р. Акрамов<sup>1,2</sup>, Р.Т. Батрутдинов<sup>3</sup>, М.И. Муцольгов<sup>4</sup>, Э.И. Хаертдинов<sup>1,2</sup>, И.Н. Хуснуллин<sup>5</sup>, С.Г. Бондаренко<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; Казань, Россия

<sup>2</sup>ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, ГАУЗ РКБ МЗ РТ; Казань, Россия

<sup>3</sup>ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины», г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>ГБУЗ «ДРКБ РИ», г. Магас, Россия

<sup>5</sup>ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия

<sup>6</sup>ГУЗ Клиническая больница скорой медицинской помощи №7, г. Волгоград, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Гипоспадия – одна из частых урологических патологий у мальчиков, требующая хирургической коррекции. В настоящее время известны более 300 методик коррекций данной

патологии. Однако результаты этих пластических операций не всегда эффективны по причине осложнений в виде свищей уретры, расхождения шва уретры, меатального стеноза и др. Поэтому до сих пор продолжают поиски оптимального способа коррекции.

**ЦЕЛЬ.** Усовершенствование способа перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой при дистальных формах гипоспадии у пациентов с узкой головкой полового члена и протяженной дисплазией спонгиозного тела уретры.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2016 по 2023 год нами было прооперировано 157 мальчиков с дистальными формами гипоспадии по методике перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой (патент). Послеоперационное наблюдение составляло 6-80 месяцев. У 7 (4,46%) пациентов были выявлены осложнения (свищ уретры – 1, ретракция меатуса – 1, меатостеноз – 2 и сочетание меатостеноза с ретракцией меатуса – 2). При анализе случаев были констатированы вероятные предикторы развития осложнений: узкая головка полового члена (менее 15 мм в диаметре) у 2 мальчиков, протяженная дисплазия спонгиозного тела уретры (более 15 мм) у 3 и сочетание обоих признаков – у 2. Была произведена модернизация описанного способа, заключающаяся в окаймлении наружного отверстия нагивного меатуса с сохранением по нижней полуокружности последнего кожи ствола полового члена протяженностью 10 мм, шириной 5 мм. Остальные манипуляции производились в соответствии с патентом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Данным способом были прооперированы 6 пациентов, у которых интраоперационно констатированы узкая головка полового члена (2) или протяженная дисплазия кавернозного тела уретры (2), либо сочетание обоих предикторов (2). В сроки от 2 до 10 месяцев после операции осложнений не выявлено. Пациенты и родители удовлетворены результатом хирургической коррекции, как косметическим, так и функциональным.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, модифицированный способ перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой позволяет сформировать меатус в физиологическом положении без полнослойного уретрального шва с максимальным сохранением перфузии спонгиозного тела уретры. Мы считаем, что дифференцированный подход к различным вариантам перемещающей уретропластики при дистальной гипоспадии в зависимости от диаметра головки полового члена и протяженности дисплазии спонгиозного тела уретры с диастазом между меатусом и его физиологическим положением менее 1 см позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гипоспадия, перемещающая уретропластика, дети.

## 56. ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ ТУБУЛЯРИЗАЦИОННАЯ ОРИФИСУРЕТЕРОПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ

*Н.Р. Акрамов<sup>1</sup>, В.В. Сизонов<sup>2</sup>, П.И. Чумаков<sup>3</sup>, Б.Р. Гидаев<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>КГМА- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, ГАУЗ РКБ МЗ РТ; Казань, Россия*

*<sup>2</sup>ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»; Ростов-на-Дону, Россия*

*<sup>3</sup>ФГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России; г. Ставрополь, Россия*

*<sup>4</sup>ФГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России; Казань, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** В настоящее время в детской урологии-андрологии активно внедряются малоинвазивные технологии хирургической коррекции заболеваний мочеполовой системы. Одним из них является чреспузырный эндоскопический доступ с заполнением мочевого пузыря газом при лечении патологии пузырно-мочеточникового соустья и мочевого пузыря. Впервые данный подход был предложен в 2005 году Yeung С.К. и за короткий промежуток времени нашел большое количество сторонников. Несмотря на большие успехи в лечении патологии уретерovesикального сегмента, рецидив пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) зачастую становится камнем преткновения при выборе способа очередной хирургической коррекции.

**ЦЕЛЬ.** Определить эффективность тубуляризационной орифисуретеропластики при рецидивном ПМР с использованием пневмовезикоскопического доступа.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Нами прооперировано 10 пациентов в возрасте от 2 до 25 лет с рецидивным ПМР с использованием пневмовезикоскопического доступа. У 7 пациентов патология была двухсторонняя, у 3-х пациентов – односторонняя. Все пациенты, включенные в исследование, имели клиническую картину рецидивирующей инфекции мочевых путей. Пациенты ранее перенесли следующие вмешательства: в одном случае по поводу тотальной эписпадии с двухсторонним ПМР (дважды эндопластика устьев мочеточников объемобразующим имплантом с последующей двухсторонней реимплантацией мочеточников по Politano-Leadbetter), во втором случае по поводу двухстороннего мегауретера (двухсторонняя уретероцистостомия по Politano-Leadbetter), в 4 случаях по поводу двухстороннего ПМР (многократная эндопластика (2-4 раза) устьев мочеточников объемобразующим имплантом с последующей расчленяющей двухсторонней уретероцистостомией по Lich-Gregoir) и в трех случаях по поводу одностороннего ПМР (в 2 случаях – трижды выполнены различные варианты односторонней реимплантации мочеточника, в 1 случае – односторонняя уретероцистостомия по Lich-Gregoir после двухкратной эндопластики устья мочеточника объемобразующим имплантом и еще в одном случае четырежды эндопластика устья мочеточника объемобразующим имплантом). У всех пациентов при цистоскопии была констатирована выраженная латеропозиция патологического устья(ев) мочеточника(ов). В качестве способа хирургической коррекции использовалась пневмовезикоскопическая тубуляризационная пластика устья мочеточника слизистым U-образным лоскутом мочевого пузыря, позволявшая перевести устье мочеточника в нормотопию. Во всех случаях в качестве дренажа мочеточников использовался внутренний мочеточниковый стент, а в мочевой пузырь устанавливался силиконовый катетер Foley.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При проведении контрольной цистоуретроскопии в сроки через 4-8 недель после хирургической коррекции при удалении мочеточниковых стентов во всех случаях констатирована состоятельность сформированного дистального отдела мочеточника. У всех пациентов в течение 3-72 месяцев после операции купированы клинические проявления инфекции мочевых путей. У 7 пациентов выполнены контрольные исследования в виде микционной цистографии – рецидивы заболевания не выявлены. По данным сонографии из 10 пациентов (17 мочеточников) через 3 месяца после коррекции в 4 случаях констатировано сохраняющееся в прежних размерах резидуальное расширение мочеточников. Из них в 2-х случаях дилатация мочеточников самостоятельно купировалась в сроки до 6 месяцев после коррекции.

**ВЫВОДЫ.** Тубуляризационная орифисуретеропластика при рецидивном ПМР с использованием пневмовезикоскопического доступа является операцией выбора при выраженной латеропозиции устья мочеточника, позволяющая устранить явления рецидивирующей инфекции мочевых путей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пузырно-мочеточниковый рефлюкс, уретеропластика, дети.

## 57. ОДНОТРОАКАРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ МАЛЬЧИКОВ С ДВУХСТОРОННИМ ПАХОВЫМ КРИПТОРХИЗМОМ

*Н.Р. Акрамов<sup>1</sup>, А.А. Рахматуллаев<sup>1</sup>, А.А. Исроилов<sup>2</sup>, А.И. Бахтиярова<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;*

*ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, ГАУЗ РКБ МЗ РТ; Казань, Россия*

*<sup>2</sup> ТашПМИ; Ташкент, Узбекистан*

**ВВЕДЕНИЕ.** Паховые формы крипторхизма являются одними из наиболее распространенных врожденных пороков развития у мальчиков. В настоящее время эффективность гормонотерапии подвергается сомнению, в связи с чем обсуждаются различные варианты хирургического лечения. Орхиопексия одно из частых хирургических пособий в практике детского хирурга и детского уролога-андролога. Необходимость при двухстороннем паховом крипторхизме выполнять несколько разрезов или разделять операции с каждой стороны на несколько этапов заставляют детских хирургов и детских урологов-андрологов продолжать поиски оптимального способа коррекции двухстороннего крипторхизма.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты транскротального одноэтапного способа хирургической коррекции с лапароскопическим ассистированием по методике одностроакарного лапароскопического доступа при двухстороннем крипторхизме.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2012 г. по 2023 г. нами прооперировано 7 детей с двухсторонним паховым крипторхизмом с использованием одностроакарного лапароскопического доступа. Всем мальчикам выполнялся разработанный способ одноэтапной транскротальной двухсторонней орхиопексии, при необходимости сопровождающийся лапароскопическим ассистированием по методике одностроакарного лапароскопического доступа (патент).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Благодаря усовершенствованию технологии орхиопексии в виде одностроакарного лапароскопического ассистирования в случаях, не позволяющих свободно низвести яичко в мошонку, уменьшилось количество осложнений, связанных с хирургическим доступом, таких как выраженный послеоперационный отек и воспаление области послеоперационной раны (выявлено лишь у одного пациента). Рецидивы заболевания и персистирующие паховые грыжи отсутствовали. Во всех случаях при использовании лапароскопического ассистирования во время двухсторонней транскротальной орхиопексии родители пациентов отметили хороший косметический результат.

**ВЫВОДЫ.** Предложенный новый способ одноэтапной трансскротальной орхиопексии с лапароскопическим ассистированием позволяет произвести фиксацию обоих яичек в физиологическом положении в мошонке при любом положении яичек в паховой области с меньшим количеством осложнений и улучшенным косметическим результатом в сравнении с предложенными ранее способами.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** крипторхизм, орхиопексия, осложнения, дети, лапароскопия.

## 58. РЕТРАКЦИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

*С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, Р. Ю. Валиев, В.С. Кочкин, Я.А. Галкина  
ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»; Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** В повседневной практике детскому урологу-андрологу постоянно приходится сталкиваться с жалобами родителей на исчезновение яичка из мошонки с одной или обеих сторон. Этот факт может наблюдаться периодически, а может носить постоянный характер. Подобная ситуация называется ретракцией яичка и может быть обусловлена различными причинами. Например, чаще всего это соответствует физиологическому состоянию, связанному с повышением тонуса m.cremaster, а точнее усилением кожно-мышечного рефлекса в определенном возрастном диапазоне у мальчиков. Наряду с этим может наблюдаться спастическое состояние этой мышцы у детей с ДЦП, что приводит к стойкой паховой ретракции. Также подобная ситуация присутствует при крипторхизме или эктопии яичка. Знание о дифференциальной диагностике крипторхизма и временной ретракции яичек позволяет детскому урологу определиться с дальнейшей тактикой ведения данного пациента (наблюдение, консервативное или оперативное лечение).

**ЦЕЛЬ.** Разработать критерии диагностики и тактики в лечении детей с ретракцией яичек.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В нашем центре в период с 2019 по 2023 гг находилось под наблюдением 32 пациента с подозрением на ретракцию яичка и паховую форму крипторхизма в возрасте от 1 до 11 лет. Распределение пациентов по возрастному интервалу составило: 1-3 года (12); 4-7 лет (14); 8-11 лет (6). В ходе наблюдения установлено, что физиологическая ретракция была выявлена у 20 детей, спастическая у 3 пациентов и интермиттирующая ретракция яичка у 9-ти. Критериями показаний к хирургическому лечению, а именно проведение орхиопексии, являлись следующие факторы. Во-первых, усиление продолжительности и высоты ретракции яичка с возрастом. Во-вторых, отсутствие удержания яичка в мошонке после его низведения. В-третьих, двусторонняя спастическая ретракция яичек у детей с ДЦП (детский церебральный паралич). В-четвертых, наличие признаков необлитерации вагинального отростка брюшины в сочетании с ретракцией гонады. В-пятых, стойкая паховая ретракция яичка после выполнения пахового грыжесечения или устранения сообщающейся водянки оболочек яичка. Проведение орхиопексии потребовалось 6 пациентам в возрасте старше 9 лет и было выполнено по методике Петривальского. У троих пациентов наблюдалась спастическая этиология ретракции с обеих сторон, у двух пациентов была стойкая односторонняя ретракция, а у одного наблюдалась ретракция в сочетании с нарушением

облитерации вагинального отростка брюшины. Остальным 26 пациентам проведение орхиопексии не потребовалось, так как при динамическом наблюдении отмечено исчезновение признаков смещения гонады из мошонки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В наших наблюдениях в большинстве случаев использовано пролонгированное динамическое наблюдение за пациентами с ретракцией яичек, обусловленное возрастными физиологическими особенностями мальчиков и повышением тонуса мышцы, поднимающей яичко. Это потребовало упорного и тщательного анализа в изменениях локализации яичка, которые оценивались как клинически, так и с использованием УЗИ, контроля положения яичка и динамики его развития. В ходе работы сформированы показания к хирургической коррекции, т.е. орхиопексии у детей, имеющих подобные состояния. В случаях использования орхиопексии достигнут положительный косметический эффект. Общепринятым является утверждение о том, что пик ретракции яичек наблюдается в возрасте 5-6 лет, после чего наблюдается постепенное ослабление кремастерного рефлекса. Таким образом, к 10 летнему возрасту угасание составляет до 50% от изначального значения. Наши наблюдения подтверждают эту позицию, и в большинстве случаев не требуется проведение хирургических вмешательств по фиксации яичка в мошонке.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, показаниями к оперативному лечению ретракции яичек у детей является стойкая ретракция, сохраняющаяся у детей старше 9 лет, двусторонняя ретракция и ее присутствие в пре- и пубертатном возрасте, а также сочетание с признаками необлитерации вагинального отростка брюшины, подтвержденной ультразвуковым исследованием, ретракция после выполнения грыжесечения или операции Росса, независимо от возраста ребенка.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ретракция яичка, крипторхизм, орхиопексия.

## 59. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Лапароскопическая пиелопластика имеет доказанную эффективность при лечении гидронефроза у детей. При рецидивах стриктуры возможно выполнение перкутанной антеградной лазерной эндопиелотомии в сочетании с нефролитотрипсией при наличии конкрементов. Каждая из предложенных методик имеет свои показания, особенности выполнения и неудовлетворительные результаты лечения. С целью улучшения качества оперативного лечения гидронефроза у детей необходим дальнейший анализ методов операций и их результатов.

**ЦЕЛЬ.** Определить частоту и меры профилактики осложнений при использовании эндовидеохирургических методов лечения гидронефроза у детей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2010 по 2024 г.г. оперирован 201 пациент в возрасте от 10 мес. до 17 лет ( $m=3,8$  года). 152 пациентам выполнена лапароскопическая пиелопластика. 49 больным с рецидивной стриктурой ЛМС проведена перкутанная антеградная лазерная эндопиелотомия, 17 из них операция дополнена литотрипсией. Операция Hynes-Anderson лапароскопическим доступом выполнена 134 больным. У 9 детей дополнена резекцией лоханки, 16 пациентам операция выполнена повторно, у 4 детей сочеталась с литоэкстракцией. В 6 случаях выполнялась лоскутная пиелопластика, а в 8 – антевазальный пиелопиелоанастомоз. Технической особенностью лапароскопической пиелопластики являлось наложение двух фиксирующих лигатур-держалок на лоханку, что обеспечивало лучшую эргономику при формировании уретеропиелоанастомоза. У 47 пациентов с исключительно рецидивной стриктурой выполнена перкутанная антеградная эндопиелотомия. Протяженность стриктуры составила от 2 до 12 мм ( $m=7,3$  мм). У 17 пациентов выявлены конкременты ЧЛС, в связи с чем операция дополнена нефролитотрипсией и в 9 случаях удалением лигатур из области пиелоуретерального сегмента. Перед этапом лазерной литотрипсии через зону стеноза устанавливались две струны проводника, которые разводились в противоположные стороны и между ними проводилась эндопиелотомия гольмиевым лазером в режиме «абляция» (Патент на изобретение №2021111130 от 20.04.2021).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В первой группе пациентов, невозможность антеградного проведения стента отмечена у 16 (17,4%) из 92 пациентов, а ретроградного – у 2 (25%) из 8 детей. В одном случае из-за травмы уретеровезикального соустья при попытке антеградного проведения стента возникла стриктура n/3 мочеточника. В дальнейшем для дренирования почки и исключения данных осложнений мы стали использовать стент-пиелостому. Вследствие негерметичности уретеропиелоанастомоза у 4 детей (2,6%) возник мочевой затек, у двух детей это явилось причиной рецидива стриктуры ЛМС. У 4 (2,6%) детей в отдаленные сроки после операции рецидив стриктуры возник на фоне фиброзных изменений пиелоуретерального сегмента. Во второй группе пациентов в одном случае произошел отрыв мочеточника, что потребовало экстренного оперативного вмешательства – лапароскопической пиелопластики. У 10 (20,4%) пациентов из-за протяженной стриктуры возник рецидив гидронефроза, что потребовало повторного оперативного лечения.

**ВЫВОДЫ.** Важными моментами для минимизации неудовлетворительных результатов коррекции гидронефроза является выбор оптимального метода послеоперационного дренирования почки, формирование герметичного анастомоза. Метод перкутанной эндопиелотомии применим для лечения рецидивных стриктур, непротяженных стриктур до 8 мм, а также для удаления лигатур и конкрементов ЧЛС. Использование особых технических приемов облегчает работу хирурга, упрощая выполнения основных этапов операции.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гидронефроз, дети, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, пиелопластика, перкутанная эндопиелотомия, рецидивная стриктура мочеточника.

## 60. ИНКРУСТИРОВАННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Инородные тела нижних мочевых путей у детей достаточно редкая патология в практике детского уролога, детского хирурга. Инородные тела нижних мочевых путей чаще встречаются у подростков и обычно вводятся людьми для удовлетворения сексуального желания или любопытства. Описаны случаи кальцинированных инородных тел мочевого пузыря, которые длительное время себя могут никак не проявлять. Своевременная диагностика и удаление инородных тел представляют собой эффективное, но иногда сложное лечение, позволяющее избежать возможных осложнений. Однако у пациентов детского возраста трудно получить достоверный анамнез заболевания, особенно у тех, кто использует предметы для сексуального удовольствия. Данное наблюдение демонстрирует редкий случай необычного по структуре инородного тела мочевого пузыря, с описанием особенностей его диагностики и эндоскопического удаления.

**ЦЕЛЬ.** Оценить возможности использования малоинвазивных методов удаления инородного тела нижних мочевых путей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациент И. 14 лет, госпитализирован в детское уроandroлогическое отделение с диагнозом: конкремент мочевого пузыря. Из анамнеза: в течение 9 месяцев явления дизурии. В последующем эпизоды выраженной гематурии, боли при мочеиспускании. Какие-либо травмы, заболевания и перенесенные операции на органах мочеполовой системы ребенок и родители отрицали. По результатам обследования (УЗИ и обзорной и экскреторной урографии) в полости мочевого пузыря конкремент размерами 39\*36 мм. Принято решение о выполнении трансуретральной контактной цистолитотрипсии.

При уретроцистоскопии признаков инфравезикальной обструкции не выявлено. Устья мочеточников расположены типично. В полости мочевого пузыря конкремент, максимальным размером около 4 см. На этапе лазерной цистолитотрипсии отмечено, что ядром конкремента была свернутая в виде узла восковая свечка. Учитывая клиническую картину, принято решение о перкутанной установке троакара в мочевой пузырь с последующим удалением инородного тела и крупных фрагментов конкремента через троакар.

По стандартной методике выполнена перкутанная установка троакара №12 в мочевой пузырь. Произведена поэтапная экстракция крупных фрагментов конкремента и инородного тела. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером и цистостомой. Поочередно дренажи удалены на 13-е и 16-е сутки соответственно.

При общении с пациентом в послеоперационном периоде, выяснилось, что данное инородное тело пациент установил себе в уретру с целью сексуального удовлетворения, однако самостоятельно удалить его не смог.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Достигнуто полное удаление инородного тела мочевого пузыря у ребенка 14 лет.

**ВЫВОДЫ.** Инородные тела нижних мочевыводящих путей у детей очень редкая клиническая ситуация. Данные состояния требуют ускоренной диагностики с целью раннего начала лечения и уменьшения рисков возможных осложнений. Использование современных минимально инвазивных эндоскопических методов возможно для удаления инородных тел нижних мочевых путей у детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** инородное тело, мочевого пузыря, трансуретральная цистолитотрипсия, дети, инкрустированное инородное тело.

## 61. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ НА ОСНОВЕ 2-ОКТИЛЦИАНОАКРИЛАТА

*З.А. Сичинава<sup>1</sup>, Ю.А. Кравцов<sup>2</sup>, Ф.Ф. Антоненко<sup>3</sup>, В.С. Жуков<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Дальневосточный федеральный университет; Владивосток, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России; Владивосток, Россия*

*<sup>3</sup>ФГБУ Российский научный центр Рентгенорадиологии; Москва, Россия*

*<sup>4</sup>ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница №2»; Владивосток, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Фимоз – заболевание мужчин всех возрастных групп с раннего детского до пожилого и старческого возраста. Развитие и внедрение новых методов лечения фимоза связаны со стремлением снизить количество осложнений и добиться предсказуемого и менее болезненного послеоперационного периода. Кроме того, актуальность приобретает эстетическая сторона.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения фимоза у детей и снизить травматичность операции, добиться хорошего эстетического эффекта.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В 2016 году нами был разработан метод хирургического лечения фимоза у детей (заявка № 2023106754/20 на изобретение «Хирургический способ лечения фимоза у детей и взрослых с применением тканевого клея»), в котором для соединения краев раны использовался новый метод – «клеевая циркумцизия», при которой соединение тканей осуществляли с помощью медицинского клея и самофиксирующегося бинта. Операции выполнены на клинической базе хирургических отделении ТГМУ и ДВФУ. Выполнены 460 «клеевых циркумцизий» мальчикам в возрасте с рождения до 10 лет. Средний возраст мальчиков составил  $M+m=6,7+1,4$ . Показанием к операции были медицинские причины при наличии рубцового фимоза с осложнениями (хронический рецидивирующий баланопостит, инфравезикальная обструкция) и традиционные религиозные обычаи. Была сформирована контрольная группа, в которой применяли медицинский клей «Сульфакрилат» (производитель АО ФНЦП «Алтай»). В основной группе использовали 2-октилцианоакрилат (DERMABOND, производство компании ETHICON). В процессе оперативного лечения использовали одну разовую дозу (0.3мл) хирургического кожного клея «DERMABOND Mini» компании «Ethicon», изготовленного на основе 2-октилцианоакрилата. Производили круговое обрезание крайней плоти с помощью аппарата «SURGITRON». После сопоставления краев раны наносили медицинский клей «DERMABOND» и ствол полового члена сразу бинтовали полойкой эластического самофиксирующегося бинта Peha-haft®.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При использовании клея «Сульфакрилат» отмечалась повышенная хрупкость клеевой пленки, более слабое адгезивное свойство по сравнению с клеем «DERMABOND», что привело в двух случаях к временному частичному диастазу краев раны. Заживление дефектов происходило без дополнительного ушивания или склеивания. В основной группе с применением «DERMABOND» послеоперационных осложнений в ближайшем и отдаленном периоде нами не отмечено. Не было ни одного случая местной или общей аллергической реакции на применение тканевого клея «DERMABOND». Повязка предохраняет от выраженного отека полового члена, образования гематом и обеспечивает комфортное самочувствие пациентов в послеоперационном периоде. Отсутствие круговых узловых швов создает хороший косметический эффект.

**ВЫВОДЫ.**

- Клей «DERMABOND» имеет более выраженную пластичность и адгезию к тканям крайней плоти по сравнению с медицинским клеем «Сульфакрилат».
- Бесшовная, «клеевая циркумцизия» с применением медицинского клея на основе 2-октилцианоакрилата имеет значительные перспективы при хирургическом лечении фимоза у детей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** фимоз; циркумцизия; медицинский клей.

## 62. УРЕТЕРОКАЛИКОАНАСТАМОЗ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ГИДРОНЕФРОЗОМ С ВЫРАЖЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПОЧКИ

*Н.А. Хватынец<sup>1</sup>, Э.К. Айрян<sup>2</sup>, Г.И. Кузовлева<sup>1</sup>, О.В. Староверов<sup>1</sup>, А.А. Андросов<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ ДГКБ№9 им. Г.Н.Сперанского, Россия, Москва*

*<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова, Сеченовский Университет, Россия, Москва*

**ВВЕДЕНИЕ.** Лапароскопический уретерокаликоанастомоз – это операция выбора при нарушениях оттока мочи из лоханки вследствие протяженного стеноза зоны пиелоуретерального сегмента (ПУС) и верхней трети мочеточника, интратенального типа строения лоханки, выраженного истончения и деформации почечной паренхимы, препятствующей нормальному опорожнению чашечек и лоханки, а также предшествующие оперативные вмешательства на зоне ПУС, приводящие к недостатку пластического материала. Впервые выполнена Найвиртом (Neuwirt) в 1948 г. Основное отличие этой операции от других вариантов реконструктивной уретеропиелопластики – необходимость резекции нижнего полюса почки и дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) не через лоханку, а через нижнюю группу чашечек и сформированный дефект в паренхиме нижнего полюса пораженной почки.

**ЦЕЛЬ.** Представить собственные результаты выполнения лапароскопического уретерокаликоанастомоза у девочки 15 лет с диагнозом гидронефроз справа и выраженным нарушением структуры почки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Девочка 15 лет обратилась за медицинской помощью по поводу расширения лоханки правой почки до 55 мм по данным УЗИ. Клиническая симптоматика у пациентки отсутствовала, ранее у уролога не наблюдалась. По данным КТ: лоханка правой почки расширена до 6 см, чашечки – до 9 см, паренхима правой почки резко истончена до 2 см, кортико-медуллярная дифференцировка отсутствует. Пациентке проведено двухэтапное лечение. На первом этапе выполнена чрескожная пункционная нефростомия, девочка отпущена на амбулаторное наблюдение сроком 1 месяц. Перед началом второго этапа лечения пациентке выполнена статическая нефросцинтиграфия с ДМСА, по результатам которой индекс интегрального захвата радиофармпрепарата составил 49 слева и 39 справа (норма – 46-70).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** На втором этапе лечения пациентке проведена реконструктивная операция – лапароскопический уретерокаликоанастомоз. Длительность операции составила 125 минут, пациентке заменена нефростома, установлен внутренний стент 5Ch, паранефральный дренаж и уретральный катетер; интраоперационных осложнений не отмечено. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. Паранефральный дренаж и уретральный катетер удалены на 3 сутки после операции, нефростома перекрыта на 8 сутки после операции. Девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии на 9 сутки после операции с перекрытой нефростомой и внутренним стентом. Через 3 месяца внутренний стент удалён, по данным УЗИ лоханка справа 25 мм.

**ВЫВОДЫ.** Лапароскопический уретерокаликоанастомоз является эффективным и безопасным способом пиелопластики у пациентов с наиболее сложными формами гидронефроза. Эта операция может считаться предпочтительной в клинических ситуациях, когда проведение «классической» реконструктивной уретеропиелопластики по тем или иным причинам затруднено или невозможно.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лапароскопический уретерокаликоанастомоз, операция Neuwirt, гидронефроз, дисплазия почки.

## 63. НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ PLATE OBJECTIVE SCORING TOOL (POST)

*Т.О. Аббас<sup>1</sup>, А.В. Бойко<sup>2</sup>, С.Н. Зоркин<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Урологическое отделение, кафедра хирургии, Сидра Медикал, Доха, Катар*

*<sup>2</sup>ГБУЗ «ДГБ №2 святой Марии Магдалины», Санкт-Петербург, Россия*

*<sup>3</sup>Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Традиционная классификация гипоспадии, основанная на расположении меатуса, не учитывает другие анатомические факторы, влияющие на исходы лечения, такие как

степень искривления полового члена, характеристики уретральной пластинки, размеры головки и расположение бифуркации спонгиозы. Это создает необходимость в более комплексном инструменте оценки. Для решения этой проблемы был создан инструмент оценки Plate Objective Scoring Tool (POST) с целью определения характеристик уретральной площадки и возможного риска послеоперационных осложнений.

**ЦЕЛЬ.** Оценить корреляцию между показателями шкалы POST и риском послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших хирургическое лечение дистальной гипоспадии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен проспективный анализ мальчиков препубертатного возраста, которым была выполнена первичная операция по устранению гипоспадии в период с января 2022г по февраль 2023г. Использовались оценки POST и Glans-Urethral-Meatus-Shaft (GMS), проведенные в трехкратном повторении независимыми рецензентами.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Оценка POST показала высокую корреляцию с риском развития послеоперационных осложнений, подтверждая важность объективной оценки уретральной площадки перед хирургическим вмешательством. Пороговое значение POST в 1,2 обеспечило высокую специфичность для определения риска послеоперационных осложнений.

**ВЫВОДЫ.** Инструмент POST предлагает важное дополнение к существующим методам диагностики дистальной гипоспадии, позволяет улучшить планирование операции и снизить вероятность послеоперационных осложнений. Результаты исследования могут быть использованы для стратификации пациентов и определения случаев, требующих тщательного наблюдения и возможного корректирования подходов к лечению, учитывая анатомические особенности каждого пациента.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дистальная гипоспадия, дети, шкала POST, уретральная площадка.

## 64. СПОСОБЫ АУГМЕНТАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭКТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Н.Р. Акрамов, А.К. Закиров, Э.И. Хаертдинов, Р.С. Байбиков, А.И. Галлямова*  
*Детская республиканская клиническая больница МЗ Республика Татарстан,*  
*Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия*  
*Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия*

**ВВЕДЕНИЕ.** Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) считается сложным комбинированным пороком развития мочеполовой системы. В попытке привести анатомию в норму было предложено множество способов реконструкции, однако не все из них были удачными. Уже до XX века хирургам удалось достичь хороших результатов лечения ЭМП, что позволило не только сохранить жизнь пациентам, но и адаптироваться их в обществе. Сложности цистопластики при тяжелых формах порока вынуждали врачей примерно в 18% прибегать к отведению мочи в кишечник. В попытке избежать кишечно-мочеточниковых анастомозов предлагались различные способы увеличения мочевого пузыря (МП).

**ЦЕЛЬ.** Оценить отдаленные результаты способа аугментации МП с использованием кожи передней брюшной стенки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Был проведен анализ результатов лечения пациентов с диагнозом экстрофия МП перенесших аугментационную цистопластику кожным лоскутом в ДРКБ, Казань. Обследованы пять пациентов, прошедших хирургическое лечение в раннем возрасте по этой методике: 3 мужского пола, 2 женского пола. Возраст от 13 до 15 лет. Впервые оперированы в возрасте от 2 месяцев до 4 лет.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При обследовании выявлено: низкий объем МП (меньше возрастной нормы в среднем на 46%), отсутствие позыва к микции. По результатам рентгенологического обследования (обзорная урография, РКТ, микционная цистоуретрография) анатомия таза с выраженным диастазом лонного сочленения  $6,4 \pm 1,2$  см, шейка МП широкая, уретра короткая. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у всех пациентов (I-III степени). При цистоскопии слизистая МП бледно розового цвета, содержимое мутное с осадком белых хлопьев. По передней поверхности МП вставка-лоскут белого цвета с четкими границами и ростом волос. Из анамнеза в четырех случаях после первичной пластики была проведена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса с двух сторон (1 – коллаген, 3 – нерассасывающийся синтетический гидрогель), и в трех случаях эндоскопическая коррекция шейки МП.

Учитывая дефицит объема МП, недержание мочи, сохраняющийся ПМР, широкий лонный диастаз была проведена хирургическая коррекция. Было выполнено иссечение кожного участка МП ввиду его ригидности, шелушения, роста волос. По результатам патогистологического исследования этих участков выявлено: фиброзная ткань с мышечными волокнами и выстилкой из многослойного плоского ороговевающего эпителия; фиброзная ткань с эпителиальными гнездами Брунна железистой трансформацией эпителия, небольшой очаг слизистой толстокишечного типа, реактивной инфильтрацией; волокнистая соединительная ткань с небольшой реактивной инфильтрацией, очагами грануляции и островками эпителиальной выстилки (многослойный эпителий). Гистологическое описание свидетельствует, что кожный сегмент, использованный при цистопластике не трансформировался в слизистую, имеет фиброзную структуру с высокой ригидностью, волосяные фолликулы не атрофировались, имеются участки предракowego состояния. В двух случаях потребовалось проведение аугментации МП сегментом подвздошной кишки. Со средним сроком катамнеза 4 года объем МП у этих пациентов составляет 78 и 84% относительно возрастной нормы.

**ВЫВОДЫ.** Аугментация МП кожным лоскутом при тяжелых формах ЭМП с малой слизистой площадкой позволяет закрыть дефект МП в раннем периоде при первичной пластике с лучшими функциональными результатами относительно цистоластики собственно слизистой МП (с  $4 \pm 1,9$  до  $20 \pm 3,6$  мл). Также удается сократить частоту развитие микроцистис, частоту инфекций мочевыводящих путей, гипертрофическую деформацию слизистой МП, избежать отведения мочи в кишечник. Однако в долгосрочной перспективе кожный лоскут за счет своей ригидности не способен к растяжению и росту без дополнительных периодических вмешательств (гидродилатация), что снижает качество жизни пациентов. Риск мальформации и роста волос кожного лоскута в длительной перспективе снижает возможность использования данной технологии при коррекции ЭМП. Необходимо продолжить поиск более функциональных и менее рискованных методов.

## 65. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ПОДРОСТКОВ

*Д.А. Рахимов<sup>1,2</sup>, С.Х. Турдалиев<sup>2</sup>, Ш.С. Бобоев<sup>2</sup>, И.И. Джуроев<sup>2</sup>,  
Ш.Д. Рахими<sup>2</sup>, Д.Р. Махмудов<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология» МЗ и СЗН; Республика Таджикистан*

*<sup>2</sup>Центральная районная больница им. Б. Гафурова; Республика Таджикистан*

**ВВЕДЕНИЕ.** Травмы наружных половых органов у мальчиков приходится 30-50% от общего количества повреждений мочевыводящих путей и репродуктивной системы. Наиболее часто встречаются ушиб, разрыв и колото-резанные раны. УЗИ с доплерографией являются ключевым диагностическим методом для оценки травм органов мошонки и определения целостности органов.

**ЦЕЛЬ.** Изучить роль ультразвукового исследования с доплерографией при травмах органов мошонки у подростков.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Анализу подвергнуты 18 подростков с травмами наружных половых органов. Возраст мальчиков 12-17 лет. Обращение пациентов до 1 часа – 4 (22,2%), до 3 часов – 8 (44,4%) и более 6 часов – 6 (33,3%). По характеру получения травм: спортивная у – 13, бытовая у – 5. Обследование пациентов проводилось по общепринятому стандарту и в обязательном порядке проводили УЗИ с доплерографией органов мошонки. Исследование начиналось в В режиме, затем проводили цветное доплеровское картирование (ЦДК). Сканирование органов мошонки выполняли в продольной, поперечной, косо-поперечной, косо-продольной осях. Оценивали состояние мягких тканей, яичек, придаток и мошоночной части семенного канатика, гемодинамические показатели. Кроме того анализировали положение органов, их объём, структуру, целостность капсулы, характер и количество яичковой жидкости, наличие дополнительных образований. Оценку проводили по отношению к контралатеральному органу. При подозрении на двустороннее повреждение основывались на данные литературы и признанным нормативам. Оценка кровотока определялась методом цветного доплеровского картирования. Определяли степень кровотока в мягких тканях, семенном канатике, яичках и придатках.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 3 случаях отмечен ушиб мягких тканей, в 7 ушиб органов мошонки, в 8 травма с повреждением целостности органов и образованием гематоцеле. ЦДК при ушибах органов в ранние часы обращения была с выраженным кровотоком и ускоренными скоростными показателями. При посттравматических орхитах или эпидидимоорхита в ряде случаев отмечалось снижение гемодинамики, из за выраженного инфильтрата органа и повышенной внутрияичкового давления. При наличии разрывов белочной оболочки с образованием гематоцеле сосудистый рисунок неправильной формы, разнонаправленный, со слабыми скоростными показателями. Лечение зависело от диагностической находки. У па-

циентов с нарушениями целостности органа с образованием гематом проводились хирургические вмешательства. Операционная находка 100% соответствовала данным УЗИ. В 3-х случаях из-за невозможности сохранения органа, проведена оргаоуносящая операция. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Ультразвуковое исследование с доплерографией является показательным методом диагностики травм органов мошонки, обязательное проведение которого позволяет определить и реализовать необходимый объём того или иного метода лечения, более того способствует сохранению травмированного органа.

## 66. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

*И.В. Каримов<sup>1</sup>, Д.А. Рахимов<sup>2</sup>, А.Л. Асадуллоев<sup>3</sup>, И.И. Каримов<sup>4</sup>, Рахими Ш.Д.<sup>5</sup>*

*<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр Урология» МЗ и СЗН; Республика Таджикистан*

*<sup>2</sup>Центральная районная больница им. Б. Гафурова; Республика Таджикистан*

**ВВЕДЕНИЕ.** Несмотря на большое количество работ, посвященных мочекаменной болезни (МКБ) у детей, эта проблема до настоящего времени является одной из самых актуальных. С внедрением эндохирургических методов лечения МКБ у детей в виду их минимальной травматичности получает все более широкое распространение.

**ЦЕЛЬ.** Определить эффективность хирургического малоинвазивного метода лечения МКБ у детей и предотвратить морфофункциональные изменения оперированной почки.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты 12 детей старше 10 лет с камнями нижних отделов мочеточников, которым проведена малоинвазивная хирургия – контактная пневматическая трансуретральная уретеролитотрипсия (КПТУЛ) или экстракция. Мальчиков было 4, девочек 8. Размеры конкрементов от 0,5 до 1 см. Диагностический комплекс по утверждённому стандарту. Операции проводились под внутривенным наркозом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Извлечение камней осуществлялись проведением трансуретральной литоэкстракцией у 31% и КПТУЛ у 69% пациентов. Осложнение в виде уретерогидронефроза зарегистрировано у 96% и ретенционного пиелонефрита у 11% больных, части из них моча отводилась временной катетеризацией почек. Эффективность терапии в обоих случаях составила 98%. У 2 детей в связи с анатомически узким устьем и технической невозможностью введения уретерореноскопа, манипуляция завершена стентированием. Планирование пневмолитотрипсии зависело от размеров камней и их осложнений. 8 пациентам после КПТУЛ сроком до 20 дней устанавливался подвесной стент. Средний койко-день составил – 4,5 дня. Грозных осложнений после инструментальных методов лечения зафиксировано не было.

**Выводы.** Методы лечения камней дистальных отделов мочеточников должны придерживаться стандартной выбранной тактики. При конкрементах около 5 мм с отсутствием грозных осложнений эффективность лечения можно добиться консервативной терапией. В случае длительного нахождения конкремента в мочеточнике, выраженного уретерогидронефроза и возникновению ретенционного пиелонефрита более эффективны инструментальные методы лечения (УЛЭ или КПУЛТ).

# Etta

## ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР «ЭТТА АМП-01»



Создан для дома, точен как лаборатория!

### /// ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗ МОЧИ

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

### /// ОПИСАНИЕ



- Доказано соответствие лабораторному оборудованию
- Результат за 60 секунд
- Доступна вся история анализов
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер или электронную почту
- Компактен, помещается в карман, легко взять в дорогу
- Не нужно использовать специальные приспособления для сбора мочи у младенцев

### /// 11 исследуемых параметров

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



### /// КАК ПРИОБРЕСТИ

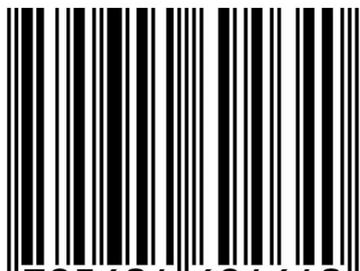
Телефон для заказа: **+7 (926) 017-52-14**  
info@ettagroup.ru

Приложение ETТА доступно для iOS и Android:



Производитель ООО «ЭТТА» **ettagroup.ru**

ISBN 978-5-6046946-4-0



9 785604 694640

Москва, 2024

