



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

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

ХIII ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ

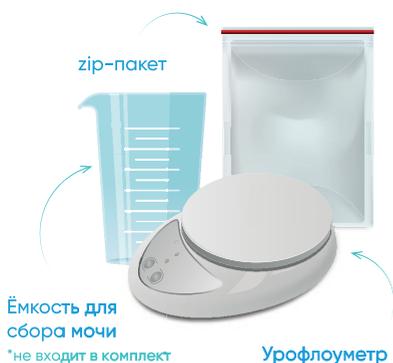
3–4 апреля 2025 г.

ТЕЗИСЫ

Москва, 2025
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.

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

УРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ UroWeb.ru

XIII ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ

3–4 апреля 2025 г.

ТЕЗИСЫ

Москва, 2025
Издательский дом «Уромедиа»

УДК 616.6-053.2(043.2)

ББК 57.336.9

T29

T29 XIII Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии.
Сборник тезисов / г. Москва, ИД «Уромедиа», 92 с., 2025 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, 2025

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, руководитель Цифровой кафедры 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.А. Панченко, А.А. Кондраков, А.И. Шипилов</i> Опыт коррекции проксимальных форм гипоспадии с помощью лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке	6
2. <i>О.Б. Головина, Я.А. Герасименко</i> Изменения показателей домашней урофлоуметрии у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР)	7
3. <i>И.М. Каганцов, К.И. Пелих, В.И. Дубов, В.В. Сизонов, С.Г. Бондаренко, С.Т. Агзамходжаев, З.Б. Абдуллаев, Д.И. Чокля, Д.В. Филиппов, Н.В. Ротко, Е.А. Кашина</i> Результаты пиелопластики при обструкции пиелoureтерального сегмента подковообразной почки у детей	8
4. <i>О.Б. Жуков, Д.А. Сафин</i> Диагностика и лечение венозных мальформаций полового члена у взрослых и детей	10
5. <i>Ю.А. Кравцов, В.С. Жуков, З.А. Сичинава</i> Оптимизация хирургического лечения фимоза его осложнений у детей	10
6. <i>К.Д. Пунсуков</i> Наш опыт лапароскопического уретероуретероанастомоза при удвоенной почке	12
7. <i>Э.К. Айрян, О.В. Староверов, А.А. Закарян</i> Лапароскопическая пиелопластика ретрокавального мочеточника у пациента со сложной уродинамикой мочевых путей	12
8. <i>М.Г. Чепурной, В.В. Сизонов</i> Инородные тела в мочевыводящих путях проблема психиатрии или сексуального воспитания?	13
9. <i>Ю.А. Кравцов, З.А. Сичинава, А.С. Быстрицкая</i> Выбор оптимального хирургического подхода при варикоцельной орхопатии	15
10. <i>И.М. Каганцов, Е.А. Кашина, С.А. Бурая, К.И. Пелих, Д.В. Филиппов, О.А. Каменева, А.Г. Ли, В.В. Сизонов, Р.С. Задыкян</i> Современные тенденции лечения гипоспадии в Российской Федерации	17
11. <i>А.А. Суходольский, И.В. Поддубный, А.В. Федулов, Е.С. Михайлов, А.И. Янорова, Ю.А. Анисеева</i> Антибиотикопрофилактика в хирургическом лечении гипоспадии у детей	19
12. <i>Д.С. Железнов, Н.С. Обухов, Е.В. Пицаев, В.В. Осипов</i> Полиорхизм. Клинический случай	20
13. <i>Е.С. Михайлов, А.А. Суходольский, И.В. Поддубный, А.В. Федулов, М.Ю. Чернуха, А.В. Нечай</i> Возникновение инфекции мочевыводящих путей при лапароскопической пиелопластике у детей в зависимости от метода дренирования чашечно-лоханочной системы	23
14. <i>А.З. Тибилев, М.Ю. Заугаров</i> Наш опыт применения слизистой щеки для коррекции гипоспадии у ранее оперированных детей	24
15. <i>Е.В. Федорова, И.Л. Бабанин, И.В. Поддубный, А.С. Ранишаков, С.К. Мензелинцева</i> Первый опыт использования цифровых технологий в оценке анатомо-функционального состояния почки и тяжести трансформации чашечно-лоханочной системы у детей с гидронефрозом	25
16. <i>И.М. Каганцов, Е.А. Кашина, А.А. Логваль, Д.Е. Саблин, Н.В. Марков, Д.А. Ткаченко, А.В. Бойко, П.Н. Поляков, Д.Н. Щедров, Д.И. Чокля</i> Преимущество одноэтапного метода низведения абдоминального яичка с сохранением яичковых сосудов по сравнению с двухэтапной методикой по Fowler-Stephens	27
17. <i>Л.Б. Меновицкова, З.З. Соттаева, С.Л. Коварский</i> Антибактериальная терапия у детей с obstructивными уропатиями в свете новых клинических рекомендаций	28

18. <i>М.В. Ракевич, А.В. Никуленков</i> Редкий случай инородных тел мочевого пузыря у ребенка 8 лет	29
19. <i>Д.С. Золотухин, И.А. Филатов, О.С. Павлова</i> Лапароскопическая нефропексия – когда делать?	30
20. <i>Д.С. Золотухин, А.В. Грунин, Е.Н. Зайцева</i> Гипоспадия – коррекция осложнений оперативных вмешательств	31
21. <i>Н.А. Хватынец, О.В. Староверов, Г.В. Симонян, А.А. Андросов</i> Клинический случай лечения ребенка 6 лет с мочекаменной болезнью, осложненной билатеральным блоком почек и острой почечной недостаточностью	32
22. <i>К.Д. Пунсуков, Б.М. Дондоков, З.Д. Цыренов, Е.Э. Балганжапова, В.В. Данчинов, Д.В. Васильев, Б.Д. Шагдаров</i> Лечение микроцистита у ребенка с синдромом Eagle-Barret	33
23. <i>Н.Б. Аштай</i> Осложнения циркумцизии у детей	35
24. <i>А.И. Захаров, С.Л. Коварский, А.Н. Текотов, Т.А. Склярова, К.А. Струянский, И.М. Пепеляева, М.С. Кузнецова, Ю.В. Петрухина</i> Лапароскопическая пиелопластика у детей: многолетний опыт отделения урологии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова	36
25. <i>А.И. Захаров, С.Л. Коварский, А.Н. Текотов, К.А. Струянский, И.М. Пепеляева, М.С. Кузнецова</i> Перекрыт яичка у детей	37
26. <i>К.А. Струянский, С.Л. Коварский, А.И. Захаров, А.Н. Текотов, Т.А. Склярова, И.М. Пепеляева, З.В. Бетанов</i> Скрытый половой член у детей	38
27. <i>М.В. Левитская, В.С. Шумихин, Е.Э. Мелкумян</i> Сочетанная обструкция пиелоуретерального сегмента у детей грудного возраста	39
28. <i>Н.В. Ротко, В.И. Дубров</i> Лапароскопическая пиелопластика с пиелолитотомией, наш опыт	40
29. <i>А.Н. Текотов, А.И. Захаров, С.Л. Коварский, Т.А. Склярова, К.А. Струянский, И.М. Пепеляева, М.С. Кузнецова</i> Проксимальная миграция мочеточникового стента у ребенка после лапароскопической пиелопластики справа на внутреннем стенке	42
30. <i>А.В. Бойко, П.Н. Поляков</i> Анализ лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	44
31. <i>И.М. Пепеляева, С.Л. Коварский, А.И. Захаров, К.А. Струянский, А.Н. Текотов, Т.А. Склярова, З.В. Бетанов</i> Хирургическая тактика при удвоении уретры у мальчиков 3 лет	45
32. <i>Ш.Ф. Шарипов, Д.И. Шарипова, А.Р. Насыров, Р.Р. Муллагалив, Т.А. Зарифов</i> Лапароскопическая дивертикулэктомия мочевого пузыря: первый опыт в РБ	46
33. <i>О.С. Шмыров, А.В. Кулаев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, С.М. Шарков, Г.В. Козырев, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов, А.Ю. Лобач, Д.А. Маргиева</i> Повторные реконструктивные операции при патологии уретеро-везикального сегмента	47
34. <i>А.С. Ранишаков, М.Г. Петрова, А.О. Магер, Е.С. Стругова, О.В. Щербакова, Е.В. Федорова, И.В. Поддубный, А.В. Фролова, Л.М. Чернобровкина</i> Первичная диагностика и оценка эффективности лечения детей с расстройствами мочеиспускания	48
35. <i>М.В. Ракевич, О.М. Соловей, А.И. Хоровец</i> Маркеры дисплазии соединительной ткани у детей с урологической патологией	50
36. <i>А.Ю. Лобач, О.С. Шмыров, А.В. Кулаев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, С.М. Шарков, А.С. Ковачич, К.Д. Морозов, Г.В. Козырев</i> Тактика лечения рецидивов гидронефроза у детей	51

37. <i>О.С. Шмыров, С.М. Шарков, Г.В. Козырев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, А.В. Кулаев, И.Ю. Велькая, А.Ю. Лобач, А.С. Ковачич, Д.А. Маргиева, К.Д. Морозов</i> Хирургическое лечение новообразований мочевого пузыря у детей	52
38. <i>А.Н. Подгорный, Д.А. Морозов, Э.К. Айрян, Л.Д. Григорян, Л.А. Полещук</i> Возможности эндоскопических методов коррекции обструктивных уropатий у детей	53
39. <i>И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, А.В. Губин, П.В. Павлов, А.А. Узинцева</i> Восстановление уродинамики нижних мочевых путей после спинального хирургического вмешательства у ребенка с синдромом Moreno-Nishimura-Schmidt	54
40. <i>О.С. Шмыров, С.М. Шарков, А.С. Ковачич, А.В. Кулаев, Р.В. Суров, М.Н. Лазишвили, Г.В. Козырев, Ю.И. Вельская, А.Ю. Лобач, К.Д. Морозов, Д.А. Маргиева</i> Синдром культы мочеточника. Опыт Морозовской больницы	56
41. <i>А.А. Суходольский, Ю.А. Аникеева, И.В. Поддубный, А.В. Федулов</i> Пневмозекоскопическое удаление врожденного полипа задней уретры. Клинический случай	57
42. <i>М.М. Ханов, Р.Ю. Валиев, А.С. Врублевский, С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, А.А. Оганисян</i> Лечение мочекаменной болезни у детей с использованием методов перкутанной нефролитолапаксии и ретроградной интратеренальной хирургии	58
43. <i>Д.Е. Красильников, С.А. Сарычев, А.И. Осипов, М.Р. Лачинов</i> Двухэтапная методика с использованием слизистой щеки при первичном лечении проксимальной гипоспадии у детей	60
44. <i>Н.Р. Акрамов, Б.М. Шайхразиев, И.Н. Хуснуллин, М.И. Муцольгов, Э.И. Хаертдинов</i> PRP технологии при коррекции гипоспадии у детей и взрослых	60
45. <i>Ю.В. Петрухина, Л.Б. Меновицкова, С.Л. Коварский, А.И. Захаров, Т.А. Складорова, А.Л. Румянцев</i> Нарушения функционального состояния мочевого пузыря и способы их коррекции на этапе подготовки детей к трансплантации почки и после ее проведения	62
46. <i>Н.Р. Акрамов, Б.Р. Гимадеев</i> Первый опыт применения у детей пневмомовезикоскопической орифисуретеропластики при пузырно-мочеточниковом рефлюксе	63
47. <i>С.А. Сарычев, М.В. Захарова, М.А. Кузнецова</i> Оценка эффективности антихолинергической терапии у детей с нейрогенным мочевым пузырем	64
48. <i>С.А. Сарычев, А.В. Емельяненко, А.И. Осипов, И.К. Бахров</i> Наш опыт применения перкутанной нефролитотрипсии при конкрементах почек у детей раннего возраста	65
49. <i>П.Н. Поляков, А.В. Бойко</i> Трансуретральное дробление конкрементов дивертикулов почек у детей	66
50. <i>П.Н. Поляков, А.В. Бойко</i> Первый опыт применения гибкого уретероскопа 7,5 sh для дробления камней почек у детей до 3-х лет	67
51. <i>Д.А. Гасанов, С.С. Терехин</i> Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей при полном удвоении почки	68
52. <i>Н.Б. Киреева, Д.А. Мясников, Д.С. Стриженко</i> Лечение проксимальной гипоспадии у мальчиков	69
53. <i>Н.А. Дедюхин, С.Ю. Комарова, Н.А. Цап, П.Л. Основин, С.Г. Сысоев, А.А. Аржанников, А.С. Горбунова, А.С. Жаксальков</i> Динамика анатомо-функциональных последствий травмы почки у детей	70

54. М.А. Хан, Л.Б. Меновщикова, З.З. Соттаева, С.Л. Коварский, Н.А. Лян, А.В. Львова Комплексная реабилитация детей с нарушениями функции органов малого таза на фоне АРМ и Spina Bifida	72
55. Д.А. Мясников, Д.С. Стриженок, Н.Б. Киреева Новый способ лапароскопической коррекции гидронефроза у детей	73
56. Д.А. Гасанов, С.С. Терехин, Е.Г. Мелкумова, Д.В. Ким Дирофиляриоз мошонки у детей	74
57. А.Е. Пигарева, Ю.В. Баранов, О.Ю. Поляк Редкий клинический случай развития мочекаменной болезни на фоне первичного гиперпаратиреоза	74
58. В.Ю. Сальников, И.И. Измайлов Аспекты контурной пластики полового члена у пациентов с фимозом в сочетании со скрытым половым членом	76
59. И.А. Кяримов, С.Н. Зоркин, О.М. Конова, А.Т. Галузинская, Е.В. Сахарова, Д.С. Шахновский Литокинетическая терапия и физиотерапевтические подходы к ведению детей с уролитиазом после дистанционной ударно-волновой литотрипсии	77
60. А.Б. Вардак, Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, Д.К. Алиев, Г.В. Лагутин, Д.А. Галицкая, Н.В. Поляков Контактная литотрипсия при выполнении перкутанной нефролитотрипсии у детей	79
61. П.Н. Поляков, А.В. Бойко, И.Р. Ягафаров Первый опыт применения гибкого уретероскопа 7,5 ch для дробления камней почек у детей до 3-х лет	80
62. П.Н. Поляков, А.В. Бойко, И.Р. Ягафаров Трансуретральное дробление конкрементов дивертикулов почек у детей	81
63. Н.Р. Акрамов, А.К. Закиров, Э.И. Хаертдинов Случай проведения полной первичной пластики экстрофии мочевого пузыря в период новорожденности	82
64. Н.Р. Акрамов, А.К. Закиров, Э.И. Хаертдинов 15-летний опыт одноэтапной феминизирующей генитопластики у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников	83
65. Ю.Э. Рудин, Г.В. Лагутин, Д.В. Марухненко, А.Б. Вардак Прикрытая экстрофия мочевого пузыря у детей, подходы к лечению	84
66. Ю.Э. Рудин, Д.К. Алиев, Д.В. Марухненко Модификации операции кентвелла при оперативном лечении эписпадии	85
67. И.А. Пикало, А.Д. Тимофеев Параметры ультразвуковой доплерографии при варикоцеле у детей	86
68. И.А. Пикало, А.Д. Тимофеев Анализ оперативного лечения левостороннего варикоцеле у детей	88
69. В.В. Николаев, Н.В. Демин Осложнения раннего закрытия экстрофии	89
70. В.В. Николаев, Н.В. Демин Первичная реконструкция эписпадии при экстрофии: модифицированная техника CANTWELL с наружной ротацией кавернозных тел	90
71. Д.Е. Саблин, В.В. Сизонов, И.М. Каганцов, М.М. Зубова, А.А. Логваль, П.Н. Поляков, Д.Н. Щедров Оценка значения объема яичка, как прогностического фактора наличия перекрута яичка у пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки по данным мультицентрового исследования	91

1. ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ С ПОМОЩЬЮ ЛОСКУТА ВНУТРЕННЕГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

*И.А. Панченко, А.А. Кондраков, А.И. Шипилов
ГАУЗ СК «ККСУЦ» Ставрополя, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Хирургическое лечение проксимальных форм гипоспадии представляет собой сложную и проблемную, в плане осложнений, часть детской урологии – андрологии. По данным литературы универсальной методики коррекции проксимальных форм гипоспадии не существует.

ЦЕЛЬ. Оценить опыт использования лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке при модифицированной двухэтапной операции Bracka у первичных пациентов с проксимальными формами гипоспадии в условиях урологического стационара краткосрочного пребывания уроандрологического центра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В условиях ГАУЗ СК «ККСУЦ» с 2018 по 2024 год прооперировано 24 первичных пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Из них с проксимально-стволовой формой гипоспадии было 14 пациентов, с пеноскротальной формой было 9 пациентов, 1 пациент с мошоночной формой гипоспадии. Возраст пациентов составлял от 5 до 14 лет. Всем детям на догоспитальном этапе производилось общееурологическое обследование (0 предоперационный койко-день) и была выполнена модифицированная двухэтапная операция Bracka с использованием на первом этапе внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке (flap) с подшиванием внутренней поверхности трансплантата к кавернозным телам в шахматном порядке, без сквозного прошивания (патент на изобретение №2824799). Второй этап производился через 6 месяцев, по стандартной методике – тубуляризация уретральной площадки, созданной на базе внутреннего листка крайней плоти, на питающей ножке.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность 1 этапа операции составила $83 \pm 9,5$ мин. Среднее пребывание в стационаре 7 койко-дней. Удаление уретрального катетера производилось в среднем на 7 ± 1 сутки. Продолжительность второго этапа составила $90 \pm 10,9$ мин. Удаление уретрального катетера после второго этапа уретропластики производилось в среднем на 9 ± 1 сутки. Послеоперационное наблюдение осуществлялось на амбулаторном этапе через 14 дней. В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца), у ребенка с мошоночной формой гипоспадии отмечался свищ неоуретры в области венечной борозды, и у одного ребенка отмечался меатостеноз, данные осложнения устранены оперативным путем. Поздние (катамнез 4 ± 2 года) осложнения в виде стриктур, камней, дивертикулов неоуретры не отмечались.

ВЫВОДЫ. Таким образом, методика применения лоскута внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке (модифицированная операция Bracka 1 этап) (патент на изобретение №2824799) при первичной уретропластике у пациентов с проксимальными формами гипоспадии, показала удовлетворительные результаты и показана к применению

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; уретропластика.

2. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОМАШНЕЙ УРОФЛОУМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ (ПМР)

О.Б. Головина¹, Я.А. Герасименко²

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия
² МЦ «Центр детского здоровья», Владивосток, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Современная стратегия лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) включает изучение уродинамики на этапе обследования пациента до проведения консервативного или оперативного лечения. Занимаясь длительное время пациентами с ПМР мы заметили, что после выполнения эндоскопических и пластических операций у них сохраняются жалобы на редкие мочеиспускания, дневное и ночное недержание мочи.

ЦЕЛЬ. Целью нашего исследования стал анализ отличий показателей неинвазивной уродинамики детей с рефлюксом и здоровых, после проведения эндоскопической коррекции рефлюкса и при полной ремиссии заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу вошли 33 пациента от 4 до 15 лет с диагнозом пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Двусторонний рефлюкс мы наблюдали у 16, односторонний – у 17 пациентов, причем левосторонний процесс отмечен у 10, правосторонний – у 7 детей. У 9 из них — на микционных цистограммах имел место заброс мочи, у 19 — рентгенологическая ремиссия заболевания, а 15 пациентов были обследованы через 1 месяц после полной эндоскопической коррекции рефлюкса. В виду чего данные подгруппы анализировались отдельно. Некоторые пациенты вошли сразу в несколько подгрупп сравнения (исходно с рефлюксом, далее через месяц после ЭКР и на фоне ремиссии). В подгруппе пациентов с ремиссией — в 1 случае — эффект на фоне консервативного лечения, 1- после пластики уретеровезикальных соустьев с двух сторон и у 17 после 1-2 этапной полной коррекции рефлюкса. Домашний урофлоуметрический мониторинг проводили на приборе урофлоуметр модель «СИГМА», вариант F (регистрационное удостоверение РЗН № 2020/11522 от 5.08.2020). Мониторинг проводится в домашних условиях в течение полных 2 суток, за исключением потери мочи при опорожнении прямой кишки. Контрольную группу составили 63 мальчика и 58 девочек в возрасте от 4 до 14 лет, не имеющие расстройств мочеиспускания и признаков рефлюкса. Они были обследованные ранее на базе краевой детской клинической больницы, где им проводился 1-2 суточный мониторинг в условиях отдельной палаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех трех подгруппах мы отметили отклонения объемного и скоростного профиля от данных контрольной группы. Причем, изменения более выражены у пациентов с полной ремиссией рефлюкса. А в подгруппе в рефлюксом, наоборот, встречаются показатели нормы. Также у большинства детей – признаки дисфункции мышц тазового дна, отсутствие циркадности, ноктурия и снижение цифр минутного диуреза. У детей с ремиссией ПМР достоверно ниже были цифры процента остаточной мочи и только у 3 — она отсутствовала.

ВЫВОДЫ. Таким образом, ремиссия ПМР не означает полное выздоровление ребенка и требует изучения уродинамики с использованием домашней урофлоуметрии. При выявлении от-

клонений, необходимо лечение, направленное на восстановление фазы опорожнения. Это позволит улучшить созревание естественных рефлексов на мочеиспускание и предотвратит осложнения, такие как инфекция мочевыводящих путей, кристаллурия и образование конкрементов в мочевой системе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пузырно-мочеточниковый рефлюкс; домашняя урофлоуметрия; эндоскопическая коррекция рефлюкса; уродинамика; остаточная моча.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕКТОРА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

И.М. Казанцов, К.И. Пелих, В.И. Дубов, В.В. Сизонов, С.Г. Бондаренко, С.Т. Агзамходжаев, З.Б. Абдуллаев, Д.И. Чокля, Д.В. Филиппов, Н.В. Ротко, Е.А. Кашина
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия
СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница № 22», Санкт-Петербург, Россия
2-я Городская детская клиническая больница МЗ Республики Беларусь, Минск
ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия
ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7», Волгоград, Россия
«Национальный Детский Медицинский Центр» Республика Узбекистан, Ташкент
ГУ «Республиканская детская клиническая больница», Сыктывкар, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Подковообразная почка (НСК) – наиболее частая врожденная аномалия слияния мочевых путей, которая встречается у 1 на 400-800 живорожденных и чаще выявляется у лиц мужского пола. Одной из клинически значимых проблем, с которой сталкиваются пациенты с подковообразной почкой, является обструкция пиелоуретерального сегмента (UPJO), возникающая у трети из них. При открытых операциях раньше предлагалось выполнение истмомии с нефропексией и последующей пиелопластикой. Считалось, что истмомия и нефропексия позволяют создать более выгодное в анатомическом отношении положение почки на стороне гидронефротической трансформации и обеспечить проходимость восстановленных мочевых путей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка результатов лечения UPJO подковообразной почки у детей за 25 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 112 почечных единиц с UPJO подковообразной почки – всего 105 пациентов, из которых 65 мальчиков (62%) и 40 девочек (38%). Возраст детей составил Me 81.6 месяцев [3;215]. Гидронефротическая трансформация слева имела у 62.8% пациентов, справа – 30.5% и в 6.7% UPJO подковообразной почки отмечалась с двух сторон. Методы обследования были стандартными: ультразвуковое исследование (УЗИ), микционная цистография, внутривенная урография, компьютерная томография (КТ), динамическая реносцинтиграфия. Размер лоханки на стороне поражения до операции составлял Me 29.2 мм [17;74]. Показания к оперативному лечению: наличие расширения ЧЛС и его увеличение в динамике, инфекции мочевой системы, болевой син-

дром, снижение дифференциальной почечной функции на стороне поражения.

По методу оперативного лечения пациенты были разделены на три группы: лапароскопическая пиелопластика без истмомии – 69 операций, открытая пиелопластика с истмомией – 21 операция и группа открытых пиелопластик без истмомии – 22 операции. По методу дренирования мочевых путей пациенты были разделены на 4 группы: 1 – внутренний стент, 2 – нефростома, 3 – пиелопластический катетер, 4 – бездренажная пиелопластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время открытых оперативных вмешательств составило $M \pm m$ 153 минуты [90;200], лапароскопических – $M \pm m$ 124 минуты [95;225]. Интраоперационно осложнений у 105 детей (112 почечных единиц) не возникло ни в одном случае. Отдаленные результаты оценены у 99 пациентов (94.3%), при проведении контрольного обследования через 3-12 месяцев. После 112 выполненных пиелопластик возникло 20 осложнений (17,8%). Наиболее частым осложнением было возникновение почечной колики после удаления внутреннего стента или закрытия/удаления нефростомы, которое потребовало повторного стентирования в 8 случаях. Повторная пиелопластика потребовалась у 8 почечных единиц из 112 (7.1%), ввиду рецидива UPJO, в сроки от 2 до 37 месяцев (в среднем через 11.8 месяцев). Результативность при выполнении первичной пиелопластики в нашем исследовании составила 92.9%. Средний размер лоханки после операции составлял 13.6 мм (при обследовании через 3-12 месяцев). Возникло 2 осложнение I степени и 18 осложнение III степени по классификации Clavien-Dindo (всего 20 осложнений). После выполнения повторной пиелопластики получены хорошие результаты у всех 8 пациентов при контрольном обследовании через 6-12 месяцев.

При сравнении частоты осложнений у пациентов в группах лапароскопической пиелопластики и открытой пиелопластики с истмомией статистически достоверной разницы в результатах пиелопластики не получено ($P=0,06$, уровень статистической значимости 95%). При сравнении результатов в группах лапароскопической пиелопластики и открытой пиелопластики без истмомии так же не получено статистически значимых различий ($P=0,34$, уровень статистической значимости 95%). При сравнении результатов в группах с разными методами дренирования мочевых путей достоверной разницы в частоте возникновения осложнений не получено (уровень статистической значимости 95%).

Мы достоверно смогли установить наличие стеноза в пиелоуретеральном соединении (ПУС), как причину гидронефроза, в 72 случаях на 112 почечных единиц (64.3%). Наличие aberrантного сосуда, как причина UPJO, выявлено в 26 случаях (23.2%). Высокое отхождение мочеточника констатировано в 14 случаях (12.5%).

ВЫВОДЫ. На сегодняшний день следует отдавать предпочтение малоинвазивному методу лечения у детей, даже при таком сложном пороке развития как гидронефротическая трансформация подковообразной почки, принимая во внимание сопоставимые результаты с открытым методом лечения и безусловные преимущества лапароскопического доступа в виде ранней реабилитации ребенка, минимального болевого синдрома и косметичности данного метода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подковообразная почка; обструкция пиелоуретерального сегмента; гидронефроз; пиелопластика; истмомия; лапароскопия; дети.

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

О.Б. Жуков, Д.А. Сафин

*РУДН, Александровская больница, международный центр Андрологии; Москва, Россия
3-я Российская детская клиническая больница – филиал ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ; Москва, Россия*

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

ЦЕЛЬ. Демонстрация клинических наблюдений пациентов с ВМ полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены данные диагностики и лечения ВМ полового члена четырех детей 2, 7, 10 и 15 лет, средний возраст $8,5 \pm 5,4$ года и четырех взрослых 18, 20, 28 и 42 лет, средний возраст $27 \pm 12,4$ года. У семи больных их них была локальная форма ВМ ограниченная спонгиозным телом уретры, у одного была генерализованная форма ВМ с поражением таза, ягодичной области, правой нижней конечности, полового члена.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Больные после проведения локальной склеротерапии ВМ блеомицином отметили исчезновение ее проявлений или значительное уменьшение размеров ВМ.

ВЫВОДЫ. Венозная мальформация представлена пороком развития венозных сосудов-это низко потоковая мальформация, которая имеет ряд существенных отличий в патогенезе от гемангиомы. тем более от артериовенозной мальформации, которые практикующий врач уролог-андролог или детский андролог-уролог должен учитывать во время диагностики и выбора метода лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: венозная мальформация, склеротерапия, сиролimus, рапамун, блеомицин.

5. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Ю.А. Кравцов¹, В.С. Жуков², З.А. Сичинава^{1,3}

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

² Детская поликлиника № 2, Владивосток, Россия

³ МЦ «ПримаМед», ТГМУ, Владивосток, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Как любое оперативное вмешательство, операция циркумцизии имеет определенные этапы, на каждом из которых возможны определенные технические трудности и интраоперационные повреждения. Первым этапом циркумцизии традиционно считается собственно обрезание, которое выполняется классическим методом (или «гильотинное

обрезание»); следующим оперативным приемом является так называемое «дорсальное расчленение», когда крайнюю плоть разделяют на два симметричных лоскута, а затем их иссекают. Обрезание методом циркулярной резекции (sleeve resection method) является наиболее распространенным типом обрезания, выполняемым урологами у взрослых и у детей старшего возраста. Он заключается в нанесении двух круговых пометок на половом члене и удалении излишков крайней плоти между этими пометками. Затем края этих двух разрезов сшиваются. Обрезание методом циркулярной резекции может быть использовано для косметического обрезания, лечения фимоза, баланопостита. Кроме того, обрезание является универсальной процедурой и может быть составной частью других оперативных вмешательств, например, при микропенисе, гипоспадии, врожденных аномалиях полового члена. В процессе обрезания крайней плоти возможны интраоперационные повреждения головки полового члена, меатуса, что может привести к кровотечению, послеоперационной деформации головки.

ЦЕЛЬ предлагаемого способа – улучшить результаты циркумцизии при фимозе у детей, исключить травматизацию головки полового члена, провести циркумцизию с получением хорошего эстетического эффекта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В условиях хирургических отделений: медицинского центра ДВФУ, МЦ «Центр детского здоровья» и МЦ «ПримаМед» с 2016 по 2021 год выполнены 337 циркумцизий мальчикам в возрасте от 2 недель до 14 лет. Показанием к применению циркумцизии были как традиционные религиозные обычаи, так и медицинские показания при наличии рубцового фимоза с осложнениями (хронический рецидивирующий баланопостит, парафимоз, инфравезикальная обструкция). В процессе оперативного лечения использовали устройство, названное нами препуциометр. (Способ измерения объема удаляемой крайней плоти при фимозе и инструмент для его осуществления, патент РФ № 2417058) включающее измеряющий элемент, который выполнен он в виде U-образной плоской гладкой эластичной пластины с параллельно расположенными, равными по длине двумя браншами, одна из которых снабжена линейкой с внешней стороны, имея миллиметровую шкалу измерения, а другая имеет коническую форму, плавно переходящую в стержень с закругленным концом-щупом. Равные по длине и разные по форме выполнения бранши позволяют, с одной стороны, максимально глубоко проникать концу – щупу устройства до самого дна препуциального мешка и одновременно сделать точный замер, а также защитить линию удаления заданного объема крайней плоти, при классическом методе обрезания, провести удаление крайней плоти закрытым способом, без выведения головки полового члена.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 5 лет. Интраоперационных и послеоперационных осложнений, рецидивов в ближайшем и отдаленном периоде при использовании данной методики нами не отмечено. Способ и устройство сокращают время оперативного вмешательства и позволяют выполнить любые варианты циркумцизии.

ВЫВОДЫ. Таким образом, циркумцизия с применением устройства «препуциометр» имеет значительные перспективы при хирургическом лечении фимоза, предотвращая повреждение головки полового члена.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: циркумцизия; дети и подростки; фимоз; препуциометрия.

6. НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УРЕТЕРОУРЕТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИ УДВОЕННОЙ ПОЧКЕ

К.Д. Пунсуков

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

ВВЕДЕНИЕ. Лечение детей с полным удвоением почек и мочеточников остается одной из самых сложных проблем в области детской урологии. Одним из перспективных малоинвазивных методов оперативного лечения при удвоении почек является лапароскопический уретероуретероанастомоз.

ЦЕЛЬ. Предоставить наш опыт лапароскопического уретероуретероанастомоза в ГАУЗ ДРКБ Республика Бурятия г. Улан-Удэ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективно изучена история болезни пациента, которому был выполнен лапароскопический уретероуретероанастомоз по поводу удвоения левой почки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность операции составила 90 мин. Дренажная трубка удалена на 3-е сутки после контрольного ультразвукового исследования. Пациент выписан на амбулаторное лечение на 5-е сутки после операции. Продолжительность наблюдения составила 12 мес. На протяжении всего времени контроля симптомы заболевания отсутствовали. Повторное ультразвуковое исследование, выполнено через 3,6 и 12 мес. после операции. На контрольных ультразвуковых исследованиях отмечается уменьшение передне-заднего диаметра лоханки до 5 мм. Расширения мочеточника отсутствовала.

ВЫВОДЫ. Лапароскопический уретероуретероанастомоз является воспроизводимым и безопасным методом лечения, позволяющим минимизировать риск потери функции удвоенной почки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: удвоение почки; уретероуретероанастомоз; дети; лапароскопия.

7. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА РЕТРОКАВАЛЬНОГО МОЧЕТОЧНИКА У ПАЦИЕНТА СО СЛОЖНОЙ УРОДИНАМИКОЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Э.К. Айрян^{1,2}, О.В. Староверов², А.А. Закарян¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Ретрокавальный мочеточник (РКМ) – это редкий порок развития, при котором мочеточник располагается за нижней полой веной. Частота встречаемости составляет около 0,13%. Основные клинические проявления связаны с нарушением оттока мочи, чаще вы-

являются у взрослых. У 21% пациентов РКМ сочетается с другими аномалиями почек. В данном исследовании представлен успешный случай лапароскопической пиелопластики при РКМ и aberrантных нижнеполярных сосудах у пациента с нарушением уродинамики и сопутствующими пороками развития.

ЦЕЛЬ. Представление тактики диагностики и хирургического лечения пациента с ретрокавальным мочеточником и множественными аномалиями мочевого системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинический случай 7-летнего пациента с диагнозом: Гидронефроз III степени по Опен с двух сторон. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа, II степени слева. Нейрогенный неадаптированный гипертоничный мочевой пузырь. Недержание мочи. Носитель кутанеостомы слева. Вторичный хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение. Миелодисплазия, тканевая форма. Аплазия копчика. Дисплазия крестца. Синдром фиксированного спинного мозга на уровне S2, нижний проксимальный парапарез. Хронический запор. Вторичный энкопрез. Диагностика включала микционную цистографию, внутривенную урографию, КТ с контрастным усилением, ретроградную цистометрию. Оперативное лечение заключалось в хемоденервации мочевого пузыря ботулиническим токсином, эндоскопической коррекции рефлюкса препаратом «Коллаген» и лапароскопической пиелопластикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интраоперационно была выявлена компрессия пиелоуретерального сегмента aberrантным сосудистым пучком, а также ретрокавальное расположение правого мочеточника. Проведена резекция пиелоуретерального сегмента и перемещение мочеточника перед нижней полой веной, собирательная система дренирована стентом-пиелостомой. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На контрольном обследовании отмечено частичное восстановление функции мочевого пузыря и значительное улучшение уродинамики.

ВЫВОДЫ. Гидронефроз, обусловленный aberrантными сосудами и ретрокавальным расположением мочеточника на фоне нейрогенного мочевого пузыря, представляет сложную клиническую задачу. Для достижения успешного результата необходима тщательная предоперационная диагностика и индивидуализированный подход. Лапароскопическая пиелопластика является эффективным методом хирургического лечения, который позволяет минимизировать риск осложнений и восстановить нормальное функционирование мочевыводящих путей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ретрокавальный мочеточник; aberrантные сосуды почки; гидронефроз.

8. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ ИЛИ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ?

М.Г. Чепурной, В.В. Сизонов

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Введение инородных тел в мочеиспускательный канал представляет собой редкую чрезвычайную ситуацию, в которой могут быть задействованы самые разнообразные

предметы. В таких случаях постановка диагноза и лечение обычно откладываются из-за чувства стыда и смущения у пациента. В данной работе рассматривается ряд случаев, когда ребенок в возрасте от 12 до 15 лет самостоятельно вводит 64 магнитных шарика, церковные свечи, карандаши, скрепки в свой мочевого пузырь. Эти инциденты могут привести к серьезным травмам, таким как повреждение мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.

ЦЕЛЬ. Группа авторов представляет уникальный клинический случай, связанный с оперативным вмешательством, выполненным у ряда пациентов с диагнозом инородные тела в урологическом отделении областной детской клинической больницы Ростова-на-Дону и с анализом психологического и сексуального поведения подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения восемнадцати детей, обратившихся за помощью в связи с наличием инородных тел в мочевых путях в период с 2010 по 2024 год. Все дети с инородными телами были госпитализированы, и им были проведены комплексное клиническое, лабораторное, инструментальное и эндоскопическое обследования органов мочеполовой системы. Все дети с инородными телами были госпитализированы, и им были проведены комплексное клиническое, лабораторное, инструментальное и эндоскопическое обследования органов мочеполовой системы. С целью представления количественных показателей были применены средние значения и стандартное отклонение, а для качественных показателей — процентные соотношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В процессе оценки результатов исследования было установлено, что основными клиническими проявлениями присутствия инородного тела (ИТ) в мочевыводящих путях являлись болевые ощущения, затрудненное и (или) учащенное мочеиспускание, а также боль в нижних отделах живота, лейкоцитурия и эритроцитурия. Следует отметить, что дети в большинстве случаев скрывали информацию о введении инородного тела в мочевыводящие пути, и поводом для их обращения в медицинское учреждение часто служили изменения в анализах мочи.

ВЫВОДЫ. Инородные тела, которые пациенты могут ввести в уретру самостоятельно, отличаются большим разнообразием. Они могут включать иглы, карандаши, шариковые ручки, садовую проволоку, медную проволоку, проволоку от динамиков, английские булавки, телефонные кабели, соломинки, бечевки, зубные щетки, внутриматочные контрацептивы, бытовые батарейки, лампочки, шарики, ватные тампоны, пластиковые чашки, термометры, растения и овощи и даже части животных, такие как пиявки, беличий хвост, змеи и кости. Примечательно, что среди всех зарегистрированных случаев инородных тел в мочевом пузыре у детей в этом возрасте наибольшее количество магнитных шариков было обнаружено у тех, кто самостоятельно ввел их в уретру или мочевого пузырь. Пациенты, у которых обнаруживают инородное тело в уретре, часто откладывают обращение за медицинской помощью из-за смущения, страха и стыда, они не решаются рассказать о своей проблеме, пока ситуация не станет критической. В большинстве случаев, когда был поставлен диагноз «инородное тело в мочевом пузыре», причину его появления не удалось установить. При сборе анамнеза, в дальнейшем при разговоре с пациентом не было обнаружено признаков того, что пациент сам вводил предмет в мочеиспускательный канал. Однако, учитывая, что дети могут делать это из любопытства, сексуального удовольствия или в результате психического забо-

левания, после операции авторами статей рекомендуется консультация психолога. Если проанализировать статьи и обсуждения, то можно заметить, что наиболее распространенным мотивом является сексуальный или эротический интерес у подростков. Это может проявляться в мастурбации или других формах сексуального самовыражения или удовлетворения. Важно отметить, что это не всегда связано с психическими расстройствами или употреблением наркотиков. Авторы выделяют, что отсутствие полового воспитания в их странах Турция, России, Тунис в семье, так и в школе, из-за культурных и религиозных убеждений, может частично объяснять такое поведение подростков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочевыводящие пути; инородное тело; дети.

9. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЬНОЙ ОРХОПАТИИ

Ю.А. Кравцов¹, З.А. Сичинава^{1,2}, А.С. Быстрицкая¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

² МЦ «ПримаМед», ТГМУ, Владивосток, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Согласно Международным клиническим рекомендациям по детской урологии от 2015 года основными показаниями к хирургическому лечению варикоцеле являются:

1. Признаки орхопатии (уменьшение объема яичка по сравнению со здоровым на 20% и более).
2. Наличие болевого синдрома или психологический дискомфорт.
3. Изменения качественных и количественных показателей в спермограмме у подростков, достигших 15 лет (облигатный признак).

Статистически достоверных доказательств того, что лечение варикоцеле в детском возрасте по сравнению с операциями, проведенными у взрослых пациентов, позволяют добиться лучших результатов в плане вероятности отцовства, нет. (Клин рекомендации по варикоцеле у детей, 2015г.). После оперативного вмешательства в подростковом возрасте, в дальнейшем проблемы с фертильностью могут возникнуть примерно в 20%. В доступной литературе достаточно фактов, подтверждающих целесообразность как консервативного, так и агрессивного хирургического подхода.

Известны способы хирургического лечения варикоцеле, осложненного бесплодием, включающие хирургическое вмешательство на обоих венозных коллекторах яичка в сочетании с резекцией вен придатка (на яичниковой и кремаштерной венах) (И.Д.Кирпатовский, 1989, А.А. Артюхин, 2002), когда через пахово-подвздошный разрез иссекаются кремаштерная, яичковая и варикозно измененные вены придатка.

Недостатками способа являются высокая травматизация придатка яичка, частое развитие острых и хронических эпидидимитов, орхоэпидидимитов, фуникулитов, и как следствие этого, еще большее, по сравнению с исходным дооперационным, ухудшение показателей фертильности. Несомненно, на появление орхопатии влияет гемодинамический тип варикоцеле. Известны следующие причины варикоцеле, их распространенность (М.В. Доронин с соавт, 2021): 1. Первичные (40–60%); 2. Вторичные гипертензионные: 50%. Верхнего уровня (синдром «щелкунчика»),

задний синдром «щелкунчика», стеноз почечной вены и др.) -38%. Нижнего уровня (Мея-Тернера синдром) 12%; 3 Вторичные симптоматические 10%.

Существуют субингвинальные селективные операции, которые направлены на окклюзию как внутреннего, так и наружного венозного коллектора. К ним относятся операция J.L. Marmar (1985), M. Goldstein (1992г.) (И.Д. Дуб, с соавт.,2021).

Повышение температуры является одним из наиболее важных факторов, негативно влияющих на спермато- и стероидогенез, а также то, что тепловой стресс тесно связан с оксидативным стрессом, приводящим к апоптозу клеток Лейдига. Также корреляционная связь была выявлена между уровнями ФСГ, тестостерона и разницей температуры (Shiraishi et al., 2010).

В то же время, не описаны оперативные приемы, снижающие температурную нагрузку на яичко.

ЦЕЛЬ. улучшить результаты лечения разных гемодинамических типов варикоцеле, сопровождающихся варикоцельной орхопатией, путем создания нового способа нормализации тестикулярного кровотока, предупреждения прогрессирования орхопатии и создание оптимальных условий устранения «термического фактора».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа выполнена на базе клиник ТГМУ-Городского центра амбулаторной хирургии Владивостока и Краевого клинического центра охраны материнства и детства (г. Владивосток), ДВФУ.

Проанализирована группа в течение 5 лет из 721 пациента с варикоцеле, которых активно наблюдали. Средний возраст пациентов составил 16.56+1.73 лет. Группа была разделена на две подгруппы: подгруппа 2А – 202 пациента с односторонним бессимптомным варикоцеле, с сопутствующей ипсилатеральной тестикулярной гипотрофией. Подгруппа 2Б – 519 больных с односторонним бессимптомным варикоцеле без ипсилатеральной тестикулярной гипотрофии. Было проведено анкетирование пациентов подгруппы 2А, находившихся под активным наблюдением детского уролога- андролога, в отдаленном периоде, от 10 до 12 лет. С помощью анкет мы уточняли наличие активного желания иметь детей, при наличии желания отцовства уточнялось наличие детей и их количество, частота отцовства и, выполнялась ли анкетиремым варикоцелэктомия.

Анализируются анкеты 122 пациентов с варикоцеле. На момент анкетирования 16 (13,1%) пациентов не планируют иметь детей. Из оставшихся 106 пациентов с варикоцеле – 9 мужчин, состоящих в браке (6,6%) не имеют детей, несмотря на активное желание их иметь и наличие незащищенных половых актов в течение более 12 месяцев. Лечебная варикоцелэктомия (с целью лечения мужского бесплодия) выполнена 17 пациентам (16,3%). проанализированы результаты лечения варикоцеле в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде путем физикального, спермиологического, ультразвукового и доплерографического обследования. У оперированных больных использовали интраоперационные исследования: интраоперационное проведение двухпинцетной пробы. интраоперационный забор крови из яичковых вен на исследование половых гормонов и гормонов надпочечников, интраоперационную термометрию яичка и семенного канатика. Операционный материал исследовали иммуногистохимически.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После выполнения варикоцелэктомии 14 пациентов (82,3%) из 17 больных стали отцами в результате спонтанно наступившей беременности. Трое из больных, которым выполнена лечебная варикоцелэктомия, не имели детей. В результате анкетирования выявлено, что в 78,3% наступила спонтанная беременность, в 13,2% – беременность после лечебной вари-

коцелэктомии, 2,8% (3-е пациентов) – беременность не наступила после варикоцелэктомии, в 5,6 случаях – не планировали детей.

Частота отцовства с учетом пациентов, которым выполняли лечебную варикоцелэктомию, составила 91,5%.

Во время оперативного вмешательства по поводу варикоцеле проводили сравнительное измерение поверхностной температуры яичка и семенного канатика у 14 пациентов. Исследование проводили двумя типами термометров (контактно и бесконтактно) интраоперационно, при этом выявлено что без выведения яичка из оболочек разница температуры яичка и семенного канатика составляла $M+m=0,33+0,0090C$, при выведении яичка из оболочек $M+m=0,96+0,0080C$. На основании этого был разработан способ варикоцелэктомии с устранением термического воздействия на яичко (заявка на патент РФ).

Обсуждение результатов. Наиболее часто «дистальный тип» варикоцеле с выраженными ранними клиническими проявлениями варикоцеле и склонностью к рецидивированию варикоза, был причиной развития «варикоцельной орхопатии».

ВЫВОДЫ. Предлагаемый нами новый метод микрохирургического лечения варикоцеле, включающий надмошоночный доступ, «дистальную» варикоцелэктомию с выведением яичка из оболочек позволяет снизить неблагоприятное термическое воздействие на яичко, исключить прогрессирование орхопатии. Нам видится, что наиболее правильной стратегией в отношении подростков с варикоцеле является стратегия тщательного отбора пациентов, нуждающихся в профилактической варикоцелэктомии, что определяет необходимость поиска новых и уточнение существующих критериев отбора.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: варикоцеле; орхопатия; термический фактор; отдаленные результаты; отцовство.

10. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*И.М. Казанцов¹, Е.А. Кашина¹, С.А. Бурая², К.И. Пелих², Д.В. Филиппов², О.А. Каменева²,
А.Г. Ли², В.В. Сизонов³, Р.С. Задыкян⁴*

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»,
Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница № 22», Санкт-Петербург, Россия

³ ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

⁴ ГБУЗ г. Сочи ЦОМИД ДЗ КК, Сочи, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Проблема гипоспадии у детей является одной из самых актуальных тем в реконструктивной детской урологии-андрологии в течение многих десятилетий. Существует ряд явных сторонников различных методик коррекции дистальных и проксимальных форм гипоспадии, а также методов исправления искривления полового члена. До сих пор не существует универсального подхода к хирургическому лечению, а на выбор хирургической тактики влияют многие факторы, такие как форма гипоспадии, личный опыт врача, процесс обучения специалиста. В мировой литературе большое внимание уделяется стандартизации

подходов к хирургическому лечению гипоспадии, унификации методов уретропластики и коррекции искривления полового члена. Мы попытались выяснить какие методы восстановления гипоспадии и искривления полового члена наиболее часто используются в настоящее время практикующими детскими урологами в Российской Федерации.

ЦЕЛЬ. Проанализировать современные тенденции в лечении детей с гипоспадией группой детских урологов в Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы разработали анкету из 35 вопросов, в которой учитывались демографические показатели респондентов, задавались вопросы о персональных предпочтениях в выборе оптимального возраста для оперативного лечения пациентов с гипоспадией, метод выбора для коррекции дистальной, стволовой и проксимальной форм гипоспадии, способ ликвидации искривления полового члена, предпочтения в выборе шовного материала, назначении антибактериальной и гормональной терапии а также аспекты послеоперационного ведения пациентов с гипоспадией. В нашем опросе приняло участие 128 детских урологов и детских хирургов из всех федеральных округов РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Гендерное распределение выглядело следующим образом: 84,4% мужчины и 15,6% женщины. Демографический анализ участников опроса: более 73% участников имеют опыт работы более 10 лет. Из всех респондентов 33 (25,8%) участника сообщили о проведении менее 10 операций в год. О проведении 11-25 операций в год сообщили 33 (25,8%), 39 (30,5%) делают 26-50 операций в год, 18 (14,1%) проводят 51-100 операций в год и только 5 (3,9%) докторов выполняют более 100 операций в год. Оптимальным возрастом для оперативного лечения 52,3% урологов считают 6-18 месяцев. При дистальной гипоспадии подавляющее большинство респондентов – 79,7% (102 из 128) отдают предпочтение тубуляризации рассеченной уретральной пластинки (Tubularized Incised Plate (TIP) по Snodgrass). При проксимальной гипоспадии операцией выбора для 102 из 128 урологов (79,7%) является замещение уретральной площадки проведением двухэтапной операции Bracka. При выполнении ортопластики большинство урологов (61 – 47,7%) выбирают методику Nesbit, 33 респондента (25,8%) отдают предпочтение дорсальной пликациии белочной оболочки по Baskin, 18 человек выполняют вентральную корпоротомию с графтом или без него. Также 16 урологов используют другие методики ортопластики. При уретропластике 79,7% выбирают в качестве шовного материала нить PDS, 9,4% – Викрил (VICRYL), 8,6% – монокрيل, 2,3% опрошенных выбирают другие нити. При дистальной гипоспадии 117 урологов деривацию мочи осуществляют через мочевоу катетер, 6 – уретральный стент, 4 – цистостому, 1 не выполняет отведение мочи. При проксимальной гипоспадии 81 уролог использует мочевоу катетер, 14 – уретральный катетер и цистостому, 13 – только цистостому, 2 уролога используют уретральный стент. В качестве предоперационной подготовки гормональную терапию до операции применяют 37 (28,9%) опрошенных урологов, остальные респонденты не используют местные гормональные мази. Интраоперационно давящую повязку на половой член (бинт Peha-haft) накладывают и снимают на 3 суток 42,2% урологов, снимают не ранее 7 суток – 49,2%, а 8,6% не применяют давящую повязку. Урофлоуметрию до операции выполняют 2,3% респондентов, после операции – 23,4%, до и после операции – 21,9% опрошенных урологов, а 52,3% не выполняют урофлоуметрическое исследование вовсе. Контрольный осмотр пациента после операции 88 урологов проводят через 1 месяц, остальные урологи проводят контрольные осмотр

позднее 1 месяца. При коррекции дистальной формы гипоспадии 62 респондента сообщили об осложнениях менее 5%, 37 имели осложнения в 6-10% случаев, 6 имели осложнения в 11-20 % случаев, 3 сообщили о 21-20 % осложнений и 20 респондентов затруднились ответить на заданный вопрос. При коррекции проксимальной формы гипоспадии 16 респондентов сообщили что имеют менее 5% осложнений, 26 – об осложнениях в 6-10% случаев, 42 опрошенных отмечают осложнения у 11-20% пациентов, 18 – у 21-30% пациентов.

ВЫВОДЫ. Согласно проведенному исследованию детские урологи в Российской Федерации при дистальной форме гипоспадии отдадут предпочтение операции TIP, при проксимальной форме – 2-х этапной операции Враска, с преимущественным использованием в качестве трансплантата кожи крайней плоти. Процент послеоперационных осложнений в нашем исследовании при коррекции дистальных форм гипоспадии соответствует общемировым показателям, тогда как при проксимальных формах значительно отличается в меньшую сторону при сопоставлении с данными представленными в мировой литературе. Необходимо продолжать исследования в этой области для стандартизации и унификации методов коррекции гипоспадии и оценки хирургических осложнений у детей в Российской Федерации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; дети; TIP; уретропластика.

11. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

А.А. Суходольский, И.В. Поддубный, А.В. Федулов, Е.С. Михайлов, А.И. Янорова, Ю.А. Аникеева

¹ ГБУЗ МО «МОЦОМД», Люберцы, Россия

² ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия – один из распространенных пороков развития полового члена. Патология встречается у 1 на 200-300 новорожденных мальчиков. Большое число предложенных оперативных методик говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения. Одним из факторов, приводящих к развитию осложнений хирургического лечения, является инфекция области хирургического вмешательства [ИОХВ]. Однако, при лечении гипоспадии, по данным разных авторов, ИОХВ встречаются очень редко. Антибиотикопрофилактика [АБП] у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, используется для предотвращения ИОХВ и инфекции мочевыводящих путей [ИМВП], но с увеличением показателей устойчивости микрофлоры к антибиотикам эта практика ставится под сомнение.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и целесообразность периоперационной антибиотикопрофилактики в хирургическом лечении дистальных форм гипоспадии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнено проспективное рандомизированное исследование 112 мальчиков с дистальной гипоспадией в возрасте от 1 до 3-х лет. Основная группа (с выполнением АБП+) 56 пациентов. Группа сравнения (без выполнения АБП-) 56 пациентов. Операции

выполнялись по одной из трех методик: MAGPI, TIP, Mathieu.

Пациенты основной группы получали цефотаксим в дозе 100 мг/кг/сут в 2-3 приема, внутривенно в течении 3-х суток.

Всем интраоперационно устанавливался уретральный катетер для формирования на нем неоуретры, производился забор мочи для бактериального посева (все пробы были стерильны). Наложённая на половой член циркулярная компрессионная повязка удалялась на 5-6 сутки. Уретральный катетер – на 7-8 сутки. Перед удалением катетера всем пациентам выполнялся общий анализ мочи и при пиурии производился бактериальный посев мочи.

Катамнестическое наблюдение осуществлялось в течении 6 месяцев. Первичным результатом исследования было наличие ИОХВ, определяемой как появление гиперемии полового члена и/или гнойного отделяемого из послеоперационной раны и ИМВП по данным лабораторных исследований. Вторичным результатом исследования было наличие поздних осложнений лечения гипоспадии (уретральный свищ, меатостеноз, расхождение раны, дивертикул уретры).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранние осложнения наблюдали у 6 пациентов из группы АБП+ (ИМВП у 5-8,9%, ИОХВ у 1-1,8%) и у 17 пациентов из группы АБП- (ИМВП у 12-21,4%, ИОХВ у 5-8,9%).

Поздние осложнения отмечались у 6-10,7% пациентов из основной группы (меатостеноз 1-1,8%, уретральный свищ 3-5,4%, дивертикул уретры 1-1,8%, расхождение краев раны 1-1,8%) и у 6-10,7% пациентов в группе сравнения (меатостеноз 2-3,6%, уретральный свищ 3-5,4%, расхождение краев раны 1-1,8%).

ВЫВОДЫ.

- Использование антибиотикопрофилактики приводит к снижению частоты ИОХВ и ИМВП в хирургическом лечении дистальных форм гипоспадии, но не приводит к улучшению отдаленных результатов.
- Польза профилактического назначения антибиотиков в данном случае сомнительна.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; уретропластика; антибиотикопрофилактика.

12. ПОЛИОРХИЗМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Д.С. Железнов, Н.С. Обухов, Е.В. Пищев, В.В. Осипов

Нижевартовская Округная клиническая детская больница, Нижевартовск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Полиорхизм — редкая врожденная аномалия мужской репродуктивной системы, характеризующаяся наличием более двух тестикул. В данном клиническом случае представлен пациент с триорхизмом, у которого аномалия была выявлена случайно при обследовании по поводу дискомфорта в области мошонки. Этот случай иллюстрирует важность комплексного подхода к диагностике и лечению полиорхизма, а также подчеркивает роль современных методов визуализации и хирургического вмешательства.

ЦЕЛЬ. Полиорхизм — редкая аномалия, встречающаяся с частотой менее 0,1% среди мужского населения. Несмотря на низкую распространенность, это состояние представляет клинический интерес из-за потенциального риска осложнений, таких как перекрут яичка,

опухоли и бесплодие. Современные методы диагностики и лечения позволяют своевременно выявлять и эффективно управлять этим состоянием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Этиология и патогенез.

Полиорхизм является результатом нарушений эмбриогенеза гонад. В последние годы исследования сосредоточены на роли генетических и молекулярных механизмов, регулирующих развитие половых желез. В частности, изучается роль мутаций в генах, таких как SRY, SOX9 и AMH, которые могут приводить к аномальному разделению или дупликации гонадных зачатков (Smith et al., 2022).

Клинические проявления.

Полиорхизм часто протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при обследовании. Однако в некоторых случаях пациенты могут жаловаться на:

- Пальпируемое образование в мошонке.
- Дискомфорт или боль в области мошонки.
- Асимметрию или увеличение объема мошонки (Kumar et al., 2023).

Диагностика.

Современные методы диагностики включают:

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) — основной метод визуализации, позволяющий обнаружить дополнительные тестикулы и оценить их структуру.
2. Магнитно-резонансная томография (МРТ) — используется для уточнения анатомических особенностей и исключения опухолей.
3. Эластография — новый метод, позволяющий оценить эластичность тканей и дифференцировать доброкачественные и злокачественные образования (Jones et al., 2023).

Гормональные исследования.

- Patel et al. (2022) рекомендовали оценку уровня тестостерона, ЛГ и ФСГ для оценки функционального состояния тестикул

Осложнения.

Полиорхизм может быть ассоциирован с рядом осложнений, включая:

- Перекрут тестикулы — из-за аномальной подвижности дополнительных яичек.
- Неоплазии — риск развития герминогенных опухолей, таких как семинома.
- Бесплодие — в редких случаях, особенно при нарушении гормонального баланса (Patel et al., 2022).

Лечение.

Тактика лечения зависит от клинической картины. В случаях бессимптомного течения рекомендуется динамическое наблюдение. При наличии симптомов или высоком риске осложнений проводится хирургическое удаление дополнительных тестикул. Современные минимально инвазивные методы, такие как лапароскопия, позволяют снизить риск послеоперационных осложнений и сократить период восстановления (Lee et al., 2023).

Анамнез.

Пациент, мальчик 13 лет, обратился в стационар в плановом порядке, по направлению детского хирурга поликлиники с диагнозом: Паховая грыжа справа. Со слов матери, жалобы на периодическое выпячивание в паховой области справа появилось с рождения. Грыжевое выпячивание периодически исчезает, эпизодов ущемления не отмечалось. Со слов, в прошлом выполнялось УЗИ органов мошонки, результаты не представлены. Осмотрен хирургом поликлиники, подготовлен и госпитализирован в ДХО НОКДБ для планового оперативного лечения.

Из анамнеза жизни: родился доношенным, без осложнений во время беременности и родов. Не страдает хроническими заболеваниями, аллергиями, инфекциями мочеполовой системы.

Физикальное обследование.

При осмотре и пальпации обнаружено: в правой паховой области в ортостатическом положении тела при нагуживании определяется опухолевидное образование размером 2 на 1,5 см, безболезненное, вправляется в брюшную полость с характерным урчанием, эластической консистенции, безболезненное, кожа над ним не изменена. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Левое яичко не увеличено в размерах, пальпируется в левой половине мошонки, безболезненное. Правое яичко пальпируется в правой половине мошонки, безболезненное, не увеличено в размерах. Дополнительных образований не пальпируется. Наружное паховое кольцо слева размером 2,5 на 1,5 см, левое – 1,5 на 1 см. Грыжевого выпячивания в левой паховой области не определяются. Признаков воспаления, отека или гиперемии кожи мошонки не выявлено. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

Диагностика.

Для уточнения диагноза и исключения сопутствующих патологий были проведены следующие исследования: Ультразвуковое исследование (УЗИ) мошонки.

Лечение.

1. Хирургическое вмешательство.

Через расширенное поверхностное паховое кольцо из элементов семенного канатика выделен грыжевой мешок, вскрыт, содержимого нет, у шейки прошит, перевязан, отсечен. При ревизии правой половины мошонки дистальная часть грыжевого мешка выведена в рану, при этом обнаружено два яичка физиологического цвета, размером 3 на 2 см и 2,5 на 2 см каждое, с изолированными собственными сосудистыми пучками и сформированными придатками (фото). Идентифицирован семенной проток (в диаметре до 2 мм) и структурно прослежен до придатка «основного» яичка. От «добавочного» яичка семенной проток не обнаружен, определяются только сосуды яичка. Произведена орхоэктомия добавочного яичка (материал отправлен на гистологическое исследование). Сохраненное (основное) правое яичко погружено в собственную влагалищную оболочку и низведено в правую половину мошонки после фиксации двумя швами к мясистой оболочке. Выполнена пластика правого пахового канала по Ру-Краснобаеву.

- Учитывая гипоплазию добавочной тестикулы, диссоциацию семенного канатика, риск малигнизации, принято решение о органосохраняющей операции с удалением дополнительной тестикулы.

2. Результат гистологического исследования: В присланном материале яичко с правильно сформированными, не функционирующими канальцами с несколько уплотненным кубическим эпителием, очаговый фиброз и полнокровие стромы.

Диагноз.

На основании клинических данных, результатов интраоперационной картины: Аномалия развития яичек: полиорхизм справа, тип В1. Гипоплазия обоих правых яичек. Паховый крипторхизм, диссоциация добавочного правого яичка.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данный клинический случай иллюстрирует редкую аномалию развития мужской репродуктивной системы. Полиорхизм часто протекает бессимптомно, но в некоторых случаях может проявляться в виде грыжевого выпячивания.

1. Лечение

– Хирургическое удаление дополнительной тестикулы было выполнено с целью предотвращения потенциальных осложнений, таких как перекрут или опухоль.

2. Прогноз

– Прогноз для пациента благоприятный. После удаления дополнительной тестикулы симптомы полностью исчезли, риск осложнений минимален.

ВЫВОДЫ. Полиорхизм — редкая, но важная аномалия, требующая внимания со стороны клиницистов. Современные методы диагностики и лечения позволяют эффективно управлять этим состоянием и предотвращать осложнения. Данный клинический случай подчеркивает важность индивидуального подхода к лечению пациентов с полиорхизмом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: полиорхизм; триорхизм; клинический случай; диагностика; хирургическое лечение.

13. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ

*Е.С. Михайлов¹, А.А. Суходольский¹, И.В. Поддубный², А.В. Федулов³, М.Ю. Чернуха⁴,
А.В. Нечай⁴*

¹ ГБУЗ МО «НИКИ детства МЗ МО», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Российский университет медицины Минздрава России», Москва, Россия

³ ГБУЗ МО «Московский областной центр охраны материнства и детства», Люберцы, Россия

⁴ НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хирургическое лечение гидронефроза у детей до сих пор является актуальной проблемой в детской урологии. Казалось бы, основные принципы лечения данного заболевания уже детально разработаны. Получены обнадеживающие результаты. Но до сих пор одним из краеугольных моментов является решение вопроса правильного отведения мочи из почечной лоханки после выполнения лапароскопической пиелопластики. Не прекращаются споры между сторонниками «открытых» и «закрытых» методов дренирования чашечно-лоханочной системы. И основным доводом противников пиелостомии считается гораздо более высокая вероятность возникновения инфекции мочевыводящих путей в послеоперационном периоде при использовании пиелостомии.

ЦЕЛЬ. Сравнить частоту возникновения и тяжесть инфекции мочевыводящих путей при лапароскопической пиелопластике у детей с выполнением «открытых» и «внутренних» методов дренирования лоханки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнено исследование 26 детей с гидронефрозом в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, которым выполнялась лапароскопическая пиелопластика с использованием «открытых» и «внутренних» методов отведения мочи из лоханки в послеоперационном периоде.

В первую группу вошли 13 детей, которым интраоперационно устанавливалась пиелостомы. Во вторую группу вошли 13 детей, которым дренирование лоханки осуществлялось посредством ретроградной или антеградной установки внутренних JJ-стентов. Периоперационную антибиотико-профилактику (цефотаксим или амоксициллин+клавулоновая кислота) начинали всем оперированным детям за 30-60 минут до операции и продолжали 5-7 суток. Всем пациентам в послеоперационном периоде выполнялись на 5-7е сутки общеклинический анализ мочи и посев мочи. Пациентам первой группы забор мочи производился из пиелостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клиническая манифестация пиелонефрита с повышением температуры тела до фебрильных значений в послеоперационном периоде отмечалась у одного пациента из 2-й группы (6,25%). В общем анализе мочи значимая лейкоцитурия (более 10 в п.зр.) отмечалась у 7 пациентов из 1-й группы (43,5%) и у 6 из 2-й группы (50%). Бактериурия была отмечена у 6 пациентов из 1-й группы (37,5%) и у 5 из 2-й группы (31,25%). В 1-й группе в посевах мочи определялись: *Enterococcus faecium* у 4-х и *Escherichia Coli* у 2-х пациентов. Во 2-й группе у 1-го пациента обнаружены *Klebsiella pneumoniae* + *Staphylococcus aureus*, у 1-го *Acinetobacter baumannii*, у 1-го *Escherichia Coli* и у 2-х детей *Enterococcus faecium*.

ВЫВОДЫ. При выполнении лапароскопической пиелопластики у детей значимого различия возникновения инфекции мочевыводящих путей в послеоперационном периоде в зависимости от метода дренирования лоханки не выявлено.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; пиелостомия; JJ-стент; инфекция мочевыводящих путей.

14. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У РАННЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*А.З. Тиболов, М.Ю. Заугаров
ГБУЗ НО «НОДКБ»; Нижний Новгород, Россия*

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

ЦЕЛЬ. Выбор наиболее оптимального способа коррекции полученных осложнений после хирургического лечения гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2022г по 2024г в хирургическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» было прооперировано четыре ребенка (от 5 до 15 лет), ранее подвергшихся хирургическому лечению проксимальной формы гипоспадии и получивших осложнения. Всем детям ранее выполнена этапная уретропластика. На первом этапе после проведения «раздевания» полового члена – так называемой процедуры degloving и расправления кавернозных тел, дефект на вентральной поверхности замещался рассеченным по средней линии препу-

цием (лоскуты Buars). На втором этапе проводилась уретропластика по S.Duplay с выведением наружного отверстия мочеиспускательного канала на венечной борозде. У всех четверых в послеоперационном периоде (на сроке от 1,5 до 10 лет) отмечено формирование стеноза искусственной уретры. Два пациента имели свищ в месте стыковки нативной и искусственной уретры, двое имели достаточно выраженные затруднения при мочеиспускании, в связи с чем неоднократно подвергались бужированию. Всем детям выполнено иссечение стенозированной уретры и замещение дефекта на вентральной поверхности полового члена от меатуса до верхушки головки подготовленным трансплантатом слизистой щеки по A.Braska. Трансплантат фиксировался давящей повязкой, отведение мочи осуществлялось уретральным катетером. Повязку обрабатывали водным раствором ХГС и снимали на 7 послеоперационные сутки. Амбулаторно трансплантат увлажнялся кремами на основе дексапантенола. Через 6 – 12 месяцев проводилась уретропластика по S.Duplay, а отведение мочи проводилось путем пункционной цистостомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 7 послеоперационные сутки у всех детей отмечено удовлетворительное приживание трансплантата. Через 6 – 12 месяцев рубцовые изменения уретральной площадки были выражены незначительно. Без технических трудностей выполнена уретропластика по S.Duplay. За счет того, что на первом этапе выполнялось рассечение головки по средней линии, на втором этапе удалось сформировать головчатый отдел уретры. При наблюдении пациентов в отдаленном периоде (от 6 месяцев до 3 лет) проблем функционального и косметического характера выявлено не было. При опросе пациенты и их родители были удовлетворены внешним видом полового члена (оценивалось по шкале НОРЕ).

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; стеноз уретры; свищ уретры; уретропластика; слизистая щеки.

15. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОЦЕНКЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧКИ И ТЯЖЕСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ ЧАЩЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Е.В. Федорова¹, И.Л. Бабанин¹, И.В. Поддубный¹, А.С. Ранишаков², С.К. Мензелинцева³

¹ *Российский университет медицины, Москва*

² *Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, «Доктор Профи», Тамбов, Россия*

³ *ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ, Москва, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Определение показаний к оперативному лечению у детей с гидронефрозом является актуальной задачей. Не каждое расширение ЧЛС почек требует оперативной коррекции, так как

определяющим является оценка анатомо-функционального состояния почки и состояние уродинамики верхних и нижних путей. Как правило, для определения показаний к операции урологи ориентируются на стандартные методы диагностики, включающие экскреторную урографию, КТ почек с контрастным усилением и нефросцинтиграфию. Однако по золотым правилам интерпретации изображения визуальная оценка не считается объективной.

ЦЕЛЬ. Провести цифровую обработку состояния уродинамики мочевыделительной системы у разных групп детей с обструкциями верхних мочевыводящих путей, и выявить закономерности, позволяющие определить тактику ведения этих пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На кафедре детской хирургии Российского университета медицины на базе ФНКЦ детей и подростков ФМБА России проведен ретроспективный анализ лечения детей с гидронефрозом путем цифровой обработки результатов ультразвуковых исследований с использованием динамической ультразвуковой планиметрии. Выполнена оценка динамики коэффициентов отношения основных показателей почек к стандарту и степени тяжести их нарушения до и после вмешательства. Все пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошло 10 детей с пиелоктазией, отнесенных к «спорным», а тактика ведения их была неоднозначной. II группу составили 10 детей, оперированных по поводу гидронефроза. Возраст больных находился в пределах от 6 месяцев до 15 лет.

Ультразвуковыми критериями, определяющими анатомо-функциональное состояние почки и чашечно-лоханочной системы были показатели коэффициенты отношения (КО) площади почки, паренхимы, чашечно-лоханочной системы и индекса паренхимы к установленному возрастному стандарту. Индекс паренхимы характеризовал процентное соотношение площади паренхимы к площади почки. Значения $КО > 1$ характеризовали профицит основных показателей к стандарту, а $КО < 1$ - дефицит. Степень тяжести (СТ) нарушения анатомо-функционального состояния почек определяли установленные между коэффициентами интервалы. Интервал $КО = 1,21 - 1,40$ определял 11 степень профицита вне стандарта, $КО = 1,41 - 1,60 - 12$ степень, $КО = 1,61 - 1,80 - 13$ степень, $КО = 1,81 - 2,00 - 14$ степень и 15 степень значения $КО > 2,00$. Первую степень дефицита вне стандарта определял интервал $КО = 0,80 - 0,61$, 2 степень $КО = 0,60 - 0,41$, 3 степень $КО = 0,40 - 0,21$ и 4 степень $КО = 0,20 - 0$. Значения интервала $КО = 0,81 - 1,20$ определяли, что показатели находятся в пределах установленного возрастного стандарта.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе у 8 пациентов ультразвуковая планиметрия показала отсутствие повреждения паренхимы при умеренном расширении ЧЛС, что определило выжидательную тактику. Неоднозначные результаты отмечены у двоих пациентов. Во II группе все дети были оперированы. Оценка изменения этих показателей была проведена до и после операции в отдаленные периоды. У 6 больных отмечена положительная динамика в виде снижения степени тяжести с 15 до 12-13 расширения ЧЛС, у 3 пациентов, несмотря на положительный результат в виде увеличения паренхимы и сокращения ЧЛС степень тяжести оставалась высокой. У одного пациента отмечена отрицательная динамика.

ВЫВОДЫ. Динамическая планиметрия почек с цифровой обработкой данных позволяет с большой точностью оценить состояние почечной паренхимы, ЧЛС и динамику этих показателей на всех этапах наблюдения пациента с использованием неинвазивных методов. Цифровые методы станут дополнительным критерием в определении показаний к активной хирургической тактике.

16. ПРЕИМУЩЕСТВО ОДНОЭТАПНОГО МЕТОДА НИЗВЕДЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ЯИЧКА С СОХРАНЕНИЕМ ЯИЧКОВЫХ СОСУДОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКОЙ ПО FOWLER-STEPHENS

*И.М. Казанцов¹, Е.А. Кашина¹, А.А. Логваль², Д.Е. Саблин³, Н.В. Марков³, Д.А. Ткаченко³,
А.В. Бойко⁴, П.Н. Поляков⁴, Д.Н. Щедров⁵, Д.И. Чокля⁶*

¹ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

² БУЗ ВО ВОДБ №2, Череповец, Россия

³ ГБУЗ АО «Архангельская ОДКБ имени П.Г. Выжлецова», Архангельск, Россия

⁴ СПб ГБУЗ «ДГБ № 2 Святой Марии Магдалины», Санкт-Петербург, Россия

⁵ ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

⁶ ГУ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ Республики Коми, Сыктывкар, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Абдоминальное расположение яичка встречается у 20% среди мальчиков с крипторхизмом, из них в 30% случаев гонада рудиментарная и у 20% яичко атрофировано. Единственным методом точной диагностики непальпируемого яичка является диагностическая лапароскопия. При обнаружении яичка в брюшной полости повсеместно используется лапароскопическая операция Fowler—Stephens, выполняемая как в один, так и в два этапа. Так же существует одноэтапный метод низведения абдоминального яичка с сохранением яичковых сосудов, если гонада расположена менее 2-х см от внутреннего пахового кольца. В систематическом обзоре общая частота атрофии первичной орхипексии, при которой яичковые сосуды сохранены, составляет 1,83%, при одноэтапной операции Fowler—Stephens достигает 28,1%, а при двухэтапной находится на уровне 8,3%.

ЦЕЛЬ. Установить, имеет ли одноэтапный метод низведения абдоминального яичка с сохранением яичковых сосудов преимущество по сравнению с двухэтапной методикой по Fowler-Stephens в виде меньшего числа гипоплазии или атрофии низведенной гонады.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 256 историй болезни мальчиков, оперированных с 2010 по 2024 гг. Из них 136 (53,13%) проведено низведение яичка с лапароскопической ассистенцией и у 120 (46,87%) мальчиков выполнена диагностическая лапароскопия. В зависимости от наличия и расположения гонады в брюшной полости пациенты поделены на три группы. В первую вошли 109 (42,58%) пациентов, которым проведена двухэтапная операция Fowler—Stephens, в 50 случаях патология была слева, в 39 справа и у 20 пациентов крипторхизм был двусторонний. Средний возраст составил 4,04 [0,5; 16] года. Вторая группа состояла из 27 (10,55%) детей, которым проведена одноэтапная операция с сохранением яичковых сосудов, в 10 случаях патология была слева, в 11 справа и в 6 случаях крипторхизм был двусторонний, Средний возраст оставил 4,51 [1; 12] года. В третью группу вошли 120 (46,87%) мальчиков с атрофией гонады, в 84 случае патология была слева, в 34 справа и в 2 случаях крипторхизм был двусторонний. Средний возраст пациентов составил 3,49 [0,11; 17] года. Оценка результатов определялась при определении динамики объема низведенной гонады во

время операции, затем через 6 месяцев и 1 год по данным УЗ-исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе пациентов низведено в мошонку 121 яичко. Медиана операции времени первого этапа составила 19,31 [10; 65] минуты, медиана второго этапа 48,72 [20; 160] минуты. У внутреннего пахового кольца при диагностической лапароскопии выявлено 46 (38,02%) яичек, на расстоянии до 2,5 см от внутреннего пахового кольца – 55 (45,45%) яичек, более 2,5 см от внутреннего пахового кольца располагались 20 (16,53%) гонад. При выполнении первого этапа операции выявлено 81 (66,94%) изначально гипоплазированных яичка, из них 8 (9,88%) гонад уменьшились в объеме и 1 (1,23%) яичко атрофировалось после выполнения второго этапа операции. Выявлено 40 (33,06%) изначально не гипоплазированных гонад из них 7 (17,5%) случаях отмечено уменьшение объема яичка после второго этапа операции и 1 (2,5%) изначально не гипоплазированная гонада атрофировалась после второго этапа операции.

Медиана времени оперативного вмешательства второй группы составила 41,78 [20; 100] минут. Всего низведено 28 гонад, из них 9 (32,14%) яичек были не гипоплазированы и не уменьшили своего размера после низведения в мошонку. При этом 19 (67,86%) яичек были изначально гипоплазированными, из них 2 (10,53%) гонады после низведения уменьшились в объеме через 6 месяцев по данным УЗ-исследования. Ни одного случая атрофии яичка выявлено не было.

В нашем исследовании выявлено 120 пациентов у которых диагностирована атрофия гонады, что составило 46,87 % от всех пациентов с диагнозом непальпируемого яичка. Они вошли в третью группу. У 41 (33,61%) пациента сосуды заканчивались слепо в брюшной полости. У 3 (2,46%) мальчиков удалены зачатки яичка, расположенные в брюшной полости. Остальным 78 (63,93%) пациентам проведена ревизия пахового канала, для подтверждения отсутствия гонады.

ВЫВОДЫ. Низведение яичка не далее 2 см от внутреннего пахового кольца с сохранением собственных сосудов кажется более предпочтительным относительно двухэтапной операции Fowler—Stephens ввиду отсутствия второго этапа вмешательств, меньшего числа случаев потери объема гонады относительно операции Fowler—Stephens, а так же, в нашем случае, отсутствовали случаи атрофии гонады после ее низведения. В нашем исследовании частота атрофии гонады встречалась чаще чем представлена в литературе, причин для этого мы не выявили.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: непальпируемое яичко; лапароскопическое низведение абдоминального яичка; низведение по Fowler-Stephens.

17. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ В СВЕТЕ НОВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

*Л.Б. Меновицкова, З.З. Соттаева, С.Л. Коварский
РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Москва, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Инфекция мочевых путей в детском возрасте является одним из наиболее частых заболеваний и стоит на втором месте после инфекции дыхательных путей. При этом наибольшие трудности возникают при лечении инфекции, развивающейся на фоне различных вариантов обструктивных уропатий. Несмотря на огромные достижения в развитии

высокотехнологических способов коррекции данной патологии, проблема не может быть окончательно решенной. И это обусловлено, в первую очередь, глобальным ростом устойчивости наиболее распространенных возбудителей к актуальным антибактериальным препаратам.

ЦЕЛЬ. Внедрение современных рекомендаций по антибактериальной терапии в урологии в практику детских урологических стационаров и специализированных отделений поликлиник.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На протяжении более 40 лет на базе Детской Филатовской больницы г.Москвы работает Центр лечения и профилактики инфекционных осложнений, в том числе и в урологии. Изучение микробиоты мочевых путей, оси «кишечник – мочевого пузыря», привело к формированию стратегии управляемой антибактериальной терапии и профилактики инфекционных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Как показывают результаты проведенных обследований более 20 тысяч пациентов с обструктивными уропатиями, за прошедший период произошла смена структуры возбудителей инфекционных осложнений в урологии (как на амбулаторном уровне, так и в стационаре), изменилась шкала резистентности наиболее употребляемых антибактериальных препаратов, что потребовало дифференцированного подхода к обоснованному выбору антибиотика с учетом резистентности возбудителя и микробиоты кишечника. Лечение должно проводиться под обязательным микробиологическим контролем. Это позволяет избежать ненужных длительных курсов и формирования новых резистентных штаммов, учитывая наличие «окна селекции мутации».

ВЫВОДЫ. Наша тактика еще раз подчеркивает необходимость обращаться к ежегодно меняющимся Рекомендациям по лечению инфекции мочевых путей. Разработанный в клинике протокол, позволил практически свести на нет гнойные формы пиелонефрита.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфекция мочевых путей; обструктивные уропатии; антибактериальная терапия.

18. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

М.В. Ракевич, А.В. Никуленков

Минская областная детская клиническая больница; Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. Инородные тела нижних мочевых путей у детей младшей возрастной группы достаточно редкая патология в практике детского уролога. В литературе описано мало подобных клинических случаев. Наличие той или иной клинической симптоматики зависит от характера, формы, размера, подвижности, местоположения инородного тела в мочевых путях. Грамотный подход к удалению инородных тел позволяет избежать различных грозных осложнений.

ЦЕЛЬ. Повышение уровня профилактики, ранней диагностики и своевременного малоинвазивного лечения инородных тел в нижних мочевых путях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на ретроспективном анализе результатов обследования и инструментального лечения ребенка 8 лет в условиях УЗ «Минская областная детская клиническая больница».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациент В. 8 лет, госпитализирован в хирургическое детское отделение УЗ «Минская областная детская клиническая больница» с диагнозом: инфекция мочевых путей, рецидивирующее течение. При сборе анамнеза отмечено, что в течение последних 6 месяцев ребенок стал отмечать частые позывы и боль при мочеиспускании, периодически затрудненное мочеиспускание и ночное недержание мочи. Психотип ребенка – замкнутый, продуктивному контакту доступен слабо. При проведении клинико-лабораторных исследований в общем анализе мочи – лейкоцитурия, микрогематурия. На ультразвуковом исследовании установлено, что чашечно-лоханочная система не расширена, паренхима почек без структурных изменений; в мочевом пузыре по задней стенке определяется гиперэхогенная смещаемая структура размером 13x10 мм с акустической тенью. Учитывая данные инструментальных и лабораторных исследований решено выполнить уретроцистоскопию. При уретроскопии установлено, что в полости мочевого пузыря определялся инородное тело, состоящее из 6 магнитных шариков, максимальным размером каждое около 4 мм. Учитывая размер инородного тела и невозможность его удаления через уретру, принято решение о перкутанной установке троакара 10 мм в мочевой пузырь под контролем зрения с последующим удалением инородных тел, что и было выполнено. После операции установлен уретральный катетер 10 СН. На рану в области передней брюшной стенки наложены отдельные швы. На 7 сутки удален уретральный катетер. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание. С антибактериальной целью назначен препарат нитрофуранового ряда и фитотерапия. Ранний и поздний послеоперационный период протекал без осложнений.

ВЫВОДЫ. Присутствие инородных тел в мочевых путях у детей является необычной ситуацией и достаточно сложной проблемой. Причиной попадания инородных тел в нижние мочевые пути у детей зачастую является обычное любопытство. Другими причинами могут быть психические расстройства или получение сексуального удовлетворения. Основными методами диагностики инородных тел нижних мочевых путей является рутинное выполнение УЗИ или рентгенологического исследования с последующим проведением уретроцистоскопии. Единичные публикации указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы с целью повышения уровня профилактики, ранней диагностики и своевременного малоинвазивного лечения инородных тел мочевого пузыря у детей. Возможность доверительного общения с детьми облегчит выяснение причин данного состояния.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инородное тело мочевого пузыря; дети; нижние мочевые пути; уретроцистоскопия.

19. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОПЕКСИЯ – КОГДА ДЕЛАТЬ?

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

ВВЕДЕНИЕ. Нефроптоз – это клиническое состояние, характеризующееся симптомами, связанными с аномальным движением почки. В течение последнего десятилетия доступность

лапароскопической хирургии привела к возрождению интереса к нефроптозу. Большинство хирургических методов направлены на достижение фиксации почек путем наложения швов между брюшной стенкой и почечной капсулой.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность лапароскопической нефропексии при симптоматическом нефроптозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы провели лапароскопическую нефропексию у 12 пациентов, у которых был симптоматический нефроптоз, задокументированный рентгенографическими исследованиями и/или ультразвуковым исследованием почек. У 8 пациентов производилась фиксация почки к поясничной мышце с помощью специальной сетки, 4 пациентам проводилась фиксация без сетчатых имплантов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Лапароскопическая нефропексия была успешной у всех 12 пациентов. Среднее время работы составило 65 минут. Средняя потребность в анальгезии после операции составила сутки. Пребывание в больнице в среднем составляло 2,5 дня, а пациенты возвращались к обычной деятельности в среднем через 2 недели после операции. Послеоперационные визуальные исследования подтвердили разрешение нефроптоза у всех пациентов.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая нефропексия, является возможным вариантом лечения для пациентов с симптоматическим нефроптозом. Процедура может быть выполнена безопасно и эффективно с удовлетворительными анатомическими и клиническими результатами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопическая нефропексия; нефроптоз.

20. ГИПОСПАДИЯ – КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Д.С. Золотухин, А.В. Грунин, Е.Н. Зайцева
ЧОДКБ; Челябинск, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия является одним из наиболее распространенных заболеваний мужской репродуктивной системы. Учитывая различные методы лечения этой аномалии и важные осложнения, такие как свищ, меатальный/неуретральный стеноз, предпринимается попытка использовать метод, который имеет лучший результат и наименьшее количество осложнений для лечения.

ЦЕЛЬ. Оценка осложнений оперативного лечения гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В этом ретроспективном исследовании, проведенном с 2018 года по 2023 год, были включены 60 мальчиков с дистальными и проксимальными формами гипоспадии которые оперированы методикой W. Snodgrass. Все пациенты обследовались на предмет послеоперационных осложнений после операции с интервалом в 1 неделю, 2 недели, ежемесячно до 6 месяцев, а затем ежегодно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После операции наблюдались дивертикулы в 2 случаях, меатальный стеноз у 6 пациентов. Уретрокожный свищ была замечена у 15 пациентов при первоначальном наблюдении, из этих 15 пациентов в 1 случае спонтанное закрытие свища было замечено через 6 месяцев. Кровотечение, гематома у пациентов не наблюдались.

ВЫВОДЫ. В структуре послеоперационных осложнений гипоспадии у детей доминируют кожно-уретральные свищи. Наиболее эффективным методом лечения осложнений после пластики уретры является метод ушивания свища по методике W. Snodgrass.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; осложнения; уретропластика.

21. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА 6 ЛЕТ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ БИЛАТЕРАЛЬНЫМ БЛОКОМ ПОЧЕК И ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.А. Хватынец¹, О.В. Староверов¹, Г.В. Симонян², А.А. Андросов³

¹ ГБУЗ ДГКБ№9 им. Г.Н.Сперанского; Москва, Россия

² Клинический госпиталь MD Group; Москва, Россия

³ Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова, Сеченовский Университет; Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Обструкция верхних мочевых путей в ходе отхождения мочевого конкремента является частым осложнением мочекаменной болезни и, как правило, манифестирует в виде приступа почечной колики. В то же время билатеральный блок верхних мочевых путей мочевыми конкрементами является редким жизнеугрожающим состоянием, приводящим к развитию постренальной анурии и острой почечной недостаточности и требующим экстренного хирургического вмешательства. В последние десятилетия по всему миру наблюдается тенденция к росту числа заболеваемости мочекаменной болезнью у детей, в том числе увеличивается число осложнений этой нозологии с развитием острой почечной недостаточности.

ЦЕЛЬ. Представить собственный опыт лечения ребенка 6 лет с мочекаменной болезнью, осложненной билатеральным блоком почек и острой почечной недостаточностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мальчик 6 лет экстренно госпитализирован в связи с нарушением мочеиспускания и болью в пояснице с обеих сторон. По результатам компьютерной томографии (КТ) почек и мочевыводящих путей: чашечно-лоханочные системы (ЧЛС) обеих почек расширены, в области лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) справа лоцирован конкремент 7х6х9 мм, плотностью до 600 НУ, в чашечках правой почки – множественные конкременты до 6 мм в диаметре, плотностью до 250 НУ; в области ЛМС слева расположен конкремент 15х15х28 мм, плотностью до 630 НУ. Сывороточная концентрация креатинина – 766 мкмоль/л, мочевины – 27,4 ммоль/л. В экстренном порядке выполнена цистоскопия, стентирование почек наружными мочеточниковыми стентами с обеих сторон. На 3-и послеоперационные сутки отмечено уменьшение размеров ЧЛС с обеих сторон, снижение сывороточных концентраций креатинина и мочевины до 61 мкмоль/л и 5,6 ммоль/л соответственно и постепенная нормализация темпа диуреза. По результатам контрольного КТ почек и мочевыводящих путей на 9-е послеоперационные сутки: картина миграции конкремента из зоны ПУС справа в среднюю группу чашечек правой почки, сохранение конкремента в ЛМС слева с гидронефротической трансформацией почки с замедлением выделени-

тельной функции. На 10-е послеоперационные сутки выполнена повторная операция – удаление мочеточниковых стентов, установка внутреннего стента справа, лапароскопическая пиелолитотомия слева. Ранний послеоперационный период протекал гладко: пиелостома слева удалена на 10-е сутки, ребенок выписан на 4-е сутки. По результатам биохимического анализа – цистиновый конкремент.

Вторым этапом ребенку планировалось выполнить лазерную литотрипсию перкутаным доступом справа, однако, после удаления внутреннего стента отмечен удовлетворительный диаметр мочеточника для ретроградной интрауретеральной хирургии (РИРХ). Выполнена уретерореноскопия справа, контактная литотрипсия, литоэкстракция, стентирование правой почки внутренним стентом. Последний был удален на 3-и послеоперационные сутки, на 4-е послеоперационные сутки ребенок выписан из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате правильной последовательности выполненных оперативных вмешательств малоинвазивными методами, в короткие сроки удалось избавить пациента от конкрементов верхних мочевых путей.

ВЫВОДЫ. Билатеральный блок почек, вызванный отхождением мочевых конкрементов, является редким жизнеугрожающим состоянием, требующим экстренного хирургического вмешательства. В то же время, у детей мочекаменная болезнь, как правило, ассоциирована с метаболическими нарушениями, в результате чего она имеет тенденцию к частому рецидивированию и обладает худшим прогнозом в отношении функции почек. По этой причине с целью снижения количества осложнений и улучшения прогноза лечение мочекаменной болезни у детей должно быть своевременным и комплексным, включающим в себя не только восстановление оттока мочи и удаление уже сформированных конкрементов, но и последующую метафилактику и длительное послеоперационное наблюдение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; цистиновые камни; билатеральный блок; острая почечная недостаточность.

22. ЛЕЧЕНИЕ МИКРОЦИСТИСА У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ EAGLE-BARRET

И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, А.А. Узинцева

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;

Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Синдром Eagle-Barret (prune-belly синдром, синдром сливового живота) встречается с частотой 0,25-0,3 на 10000 новорожденных и характеризуется аплазией мышц передней стенки живота, двусторонним крипторхизмом, мегалоцистисом и уретерогидронефрозом. Лечение пациентов направлено на сохранение функции почек и улучшение уродинамики нижних мочевых путей. При анализе научной литературы не найдено сообщений о лечении микроцистиса у детей с синдромом сливового живота.

ЦЕЛЬ. Продемонстрировать результат увеличения емкости мочевого пузыря у ребенка с синдромом Eagle-Barret и микроцистисом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ребенок Д. поступил в клинику детской урологии СПбГПМУ в возрасте 12 мес. с диагнозом: «Синдром Прюне-Белли, атрезия уретры, двусторонний мегауретер, свищ урахуса». Из анамнеза известно, что патология диагностирована пренатально на 23 неделе беременности в виде олигогидроамниона, мегалоцистиса и двустороннего мегалоуретера. От предложенного медицинским консилиумом прерывания беременности мать отказалась. С 26 недели отмечено нарастание количества околоплодных вод и уменьшение размеров мочевого пузыря плода. К 30 неделе гестации при ультразвуковом исследовании мочевого пузыря постоянно опорожнен, количество околоплодных вод нормальное. После рождения установлен диагноз синдрома Eagle-Barret, выявлен свищ урахуса, по которому свободно отходила моча, при пережатии катетера, введенного в свищ, мочевого пузырь наполнялся до 6 мл, мочеиспускание отсутствовало, моча подтекала из свища урахуса. В дальнейшем получал постоянную катетеризацию через свищ, наблюдался хирургом, перенес серию атак пиелонефрита, при ультразвуковом исследовании двусторонний мегалоуретер без улучшения.

При обследовании в клинике СПбГПМУ во время цистографии через урахус отмечено, что емкость мочевого пузыря при тугом заполнении достигает 8 мл, имеется капельное истечение мочи через уретру, мочевого пузырь деформирован, шейка и задняя уретра расширены, рефлюкс не получен. При цистоуретроскопии – диагностирован клапан задней уретры 3 типа, выполнена его лазерная абляция; при ретроградной уретеропиелографии картина двустороннего мегауретера. В мочеточники после баллонной дилатации установлены стенты, в дальнейшем удалены вследствие активного камнеобразования на поверхности и в просвете стентов. После обсуждения тактики для улучшения уродинамики и сохранения функции почек наложена двусторонняя двуствольная уретерокутанеостома. Через 2 недели начата гидродистензия мочевого пузыря через урахус, с давлением до 100 см вод ст., путем присоединения инфузионной системы с постоянным капельным вливанием жидкости через катетер, установленный в урахус. При проведении процедур по месту жительства ребенка отмечено отхождение раствора из отверстия уретеростом, вследствие появившегося после баллонной дилатации рефлюкса, рост емкости составил 25 мл за 6 месяцев. При следующей госпитализации выполнено лапароскопическое лигирование мочеточников в терминальной части и ботулинотерапия детрузора. Продолжены гидродистензии с давлением до 200 см вод. ст., при которых ребенок выполнял самостоятельные мочеиспускания малыми порциями по мере тугого заполнения мочевого пузыря, длительность дистензии — в течение ночного сна ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При обследовании в возрасте 3 г. 11 мес., после 1 года гидродистензий, отмечен рост емкости мочевого пузыря до 120 мл, стенка его при ультразвуковом исследовании в наполненном состоянии достигла 4 мм, в толще детрузора определялись кровеносные сосуды, при цистометрии максимальное давление 56 см вод ст, комплаенс 1,33, снижение адаптационной способности. Выполнена повторная ботулинотерапия детрузора. При КТ с контрастированием мочевого пузырь округлой формы, имеется тенденция к сокращению расширенной шейки мочевого пузыря. Мочеиспускание при наполнении мочевого пузыря – отчетливой непрерывной струей, при ультразвуковом исследовании – эффективное, с минимальным резидуальным объемом. В плане дальнейших лечебных мероприятий – проведение этапных хемоденерваций детрузора и гидродистензий до достижения емкости 200 мл, с последующей антирефлюксной реимплантацией мочеточников и закрытием уретерокутанеостом.

ВЫВОДЫ. Свищ урахуса у ребенка с синдромом Eagle-Barret, инфравезикальной обструкцией на фоне клапана задней уретры и двусторонним уретерогидронефрозом, привел к полной пренатальной редукции емкости мочевого пузыря, без тенденции к ее самостоятельному увеличению в течение первого года жизни. Гидродистензия мочевого пузыря, отключенного от верхних мочевых путей, имела высокий профиль безопасности и эффективности. Условия, способствующие эффективности гидродистензии, включали отсутствие рефлюкса, временное отключение верхних мочевых путей и возможность этапных хемоденерваций детрузора.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: редукция емкости; малый мочевой пузырь; микроцистис; синдром prune-belly; синдром Eagle-Barret; ботулинотерапия; уретерогидронефроз.

23. ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРКУМЦИЗИИ У ДЕТЕЙ

Н.Б. Аутмай

Частная клиника «Ravil»; Астана, Республика Казахстан

ВВЕДЕНИЕ. Циркумцизия широко применяется в хирургической практике с середины XIX века. Несмотря на появление новых исследований, проблема лечения заболеваний крайней плоти остается актуальной. В настоящее время циркумцизия является одной из самых распространенных операций в мире, выполняемой как по медицинским показаниям, так и по религиозным соображениям. В странах Средней Азии, учитывая национальные и религиозные особенности, врачи урологического профиля часто сталкиваются с осложнениями циркумцизии у детей. Такие осложнения могут приводить к физическим и психологическим последствиям, влияя на качество жизни ребенка. Поэтому наша задача — разработать и внедрить эффективные методы профилактики и лечения возможных осложнений, обеспечив безопасное проведение данной операции.

ЦЕЛЬ. Провести анализ наиболее часто встречающихся осложнений после циркумцизии у детей, выявить их причины, а также разработать оптимальные методики выполнения операции, предоперационной подготовки и послеоперационного ухода для минимизации рисков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2019 по 2024 годы мною было успешно выполнено около 15 000 операций циркумцизии в различных регионах Казахстана. Среди них:

- Реконструкция ампутированной головки полового члена,
- Аутодермопластика при синдроме потерянного члена (СПЧ),
- Восстановление уретры при стриктуре,
- Лечение кровотечений и инфекционных осложнений.

Методы исследования включали клинический анализ случаев, ретроспективный разбор осложнений, а также разработку и внедрение усовершенствованных хирургических техник и схем послеоперационного ухода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате проведенного исследования были разработаны оптимальные техники выполнения циркумцизии у детей, позволяющие минимизировать риск осложнений. Кроме того, для снижения психологического стресса у ребенка во время операции была внедрена инновационная методика, при которой ребенок может играть в приставку во время процедуры, что способствует отвлечению внимания и снижению тревожности.

ВЫВОДЫ. Представленные методики и улучшенные техники выполнения циркумцизии демонстрируют эффективность в снижении частоты осложнений. Дальнейшие исследования и обмен опытом среди специалистов позволят усовершенствовать подходы к данной хирургической практике, обеспечивая высокий уровень безопасности и комфорта для пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: циркумцизия; обрезание; осложнения; дети; хирургия; крайняя плоть; фимоз; религиозные обряды; реконструкция полового члена; аутодермопластика; синдром потерянного члена (СПЧ); стриктура уретры; кровотечение; инфекционные осложнения; психологический стресс; профилактика; послеоперационный уход; хирургические техники; безопасность пациентов; качество жизни.

24. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ: МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ УРОЛОГИИ ДГКБ ИМ. Н.Ф. ФИЛАТОВА

А.И. Захаров¹, С.Л. Коварский², А.Н. Текотов², Т.А. Склярова¹, К.А. Струянский¹, И.М. Пепеляева², М.С. Кузнецова², Ю.В. Петрухина

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Гидронефроз у детей является одним из наиболее часто встречающихся пороков развития мочевых путей. Врожденный гидронефроз составляет 50 % всех патологий из структуры «обструктивных уропатий», его встречаемость составляет 1 на 500-800 новорожденных детей. Не смотря на развитие научных знаний и техническую оснащенность на современном этапе, хирургия гидронефроза на сегодняшний день остается одной из проблем детской оперативной урологии. И хотя основные принципы хирургической коррекции этого порока были разработаны в середине XX столетия, с бурным развитием технологий и стремлением снизить травматичность вмешательства при высоком уровне эффективности некоторые подходы трансформируются и претерпевают изменения. С развитием эндовидеохирургических технологий лапароскопические операции на почке и пиелоуретеральном сегменте приобрели в настоящее время большое число сторонников из-за принципов малотравматичности и косметичности, что, несомненно актуально для детской оперативной урологии. Сегодня лапароскопический доступ к пиелоуретеральному сегменту является одним из наиболее распространенных среди малоинвазивных вмешательств по поводу гидронефроза.

ЦЕЛЬ. Изучение результатов лапароскопической пиелопластики у детей с гидронефрозом на базе одного отделения урологии – одноцентровое исследование на протяжении 17 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Данное исследование выполнено в период с 2008 г по 2024 г в отделении урологии ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ». В основе работы лежит анализ результатов 1218 лапароскопических пиелопластик у 1209 детей от 3 месяцев до 17 л 11 месяцев, которым была выполнена лапароскопическая уретеропиелопластика по методике Хайнес-Андерсена-Кучера с частичной резекцией лоханки и пораженной зоны мочеточника в 1183

(97,13%) случаях и в 35 (2,87%) случаях – бездренажная лапароскопическая пиелопластика (методика Хелльстрема). Показаниями к урологическому обследованию служили отрицательная динамика размеров собирательной системы почек, абдоминальный болевой синдром, манифестация пиелонефрита, бессимптомная лейкоцитурия и расширение коллекторной системы почки, выявленное случайно при профосмотре и рутинном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости. Оперативному лечению подвергались дети со 2 и выше степенью гидронефроза по классификации Open 2007 г. Для отведения мочи в основном предпочитаем предоперационную ретроградную установку мочеточникового JJ стента (73%), в случае подростков – чаще прибегаем к интраоперационной антеградной установке внутреннего стента (24%), а при рецидиве заболевания всегда использовали двойное дренирование – пиелостома и мочеточниковый стент с наложением уретеропиелоанастомоза отдельными узловыми швами нитью PDS/II – 5-0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время оперативного вмешательства составила от 40 мин при лапароскопической бездренажной пиелопластики (вазопексии) до 270 мин при рецидиве гидронефроза. По мере накопления опыта продолжительность оперативного вмешательства сокращается, что соответствует данным мировой литературы, и приближается ко времени классической открытой операции люмботомическим доступом. Конверсий при выполнении лапароскопической пиелопластики не было. Рецидив гидронефроза после выполнения нами лапароскопического уретеропиелоанастомоза выявлен у 38 (3,12%) детей. Все переоперированы с положительным результатом. Длительность послеоперационного пребывания детей в стационаре составила от 5 до 17 суток (в среднем 7 суток). Протокол послеоперационного наблюдения больных детей с гидронефрозом включал ультразвуковое сканирование почек, размеров ЧЛС и паренхимы почек, доплерографию внутрипочечного кровотока, который мы выполняли через 1, 3, 6 и 12 месяцев после удаления мочеточникового стента, далее 1 раз в 6 месяцев. Контрольное обследование проходимости пиелоуретерального сегмента проводили через 1 год, выполнялось МСКТ с в/в контрастным усилением или экскреторная урография, а для оценки почечной функции выполняли радиоизотопное исследование – нефросцинтиграфию.

Анализ результатов наблюдения показал, что у 97% детей с гидронефрозом после лапароскопической пиелопластики. отмечено стойкое сокращение размеров чашечно-лоханочных систем уже через 3 месяца после операции.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая пиелопластика доказала свою малотравматичность и эффективность. По мере накопления опыта длительность оперативного вмешательства и частота осложнений уменьшаются, и соответствуют классической пиелопластики люмботомическим доступом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; дети; лапароскопия; пиелопластика; уретеропиелоанастомоз.

25. ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

А.И. Захаров¹, С.Л. Коварский², А.Н. Текотов², К.А. Струянский¹, И.М. Пепеляева², М.С. Кузнецова²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Перекрут яичка – неотложное состояние, требующее немедленного хирургического лечения. Экстренная операция показана во всех случаях перекрута яичка в течение 24 часов

после появления симптомов. Эпидемиология: 1 на 4000 мальчиков. «Золотое окно возможностей» для спасения функции яичек после появления симптомов составляет от 4 до 8 часов.

ЦЕЛЬ. Определить причины несвоевременного выполнения оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2019 г по 2024 в отделении урологии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова пролечено 232 ребенка с перекрутом яичка в возрасте с 3 месяцев до 17 л 11 мес. Всем без исключения детям выполнялось УЗИ органов мошонки с доплерографией интра-тестикулярного кровотока и ревизия органов мошонки в экстренном порядке. На показатели жизнеспособности яичка влияют 3 фактора – время, угол и сила заворота. Чем больше времени прошло с момента заворота и чем больше угол торсии, и сила заворота, тем хуже прогноз, вплоть до некроза яичка или его атрофии в ближайшее время.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С 2019 г по 2024 г из 232 пролеченных детей – интраоперационный некроз яичка выявлен в 35 (15,08%) случаев: 2019 г – 1 (7,14%) из 14 перекрутов за год, 2020 г – 4 (10%) из 40, 2021 г – 5 (18,52%) из 27 перекрутов, 2022 г – 10 (19,61%) из 51, 2023 г – 8 (16,66%) из 48, 2024 г – 6 (14,63%) из 41 перекрута за год. Яичко сохранено у 197 детей (84,91%) из 232. Атрофия яичка развилась в течение года после операции в 2019 г – у 5 (35,71%) из 14 больных, в 2020 г – у 9 (22,5%) из 40, в 2021 г – у 7 (25,92%) из 27, в 2022 г – у 14 (27,45%) из 51 больного, в 2023 г – у 15 (31,25%) из 48, в 2024 г – у 12 (29,27%) из 41. В послеоперационном периоде всем детям проводилось контрольное УЗИ мошонки с доплерографией внутрияичкового кровотока через 1, 3, 6 и 12 месяцев, далее – ежегодно.

ВЫВОДЫ. Для сохранения репродуктивной и гормональной функции гонады необходимо выполнять оперативное вмешательство при перекруте яичка в наиболее кратчайшие сроки.

Таким образом, мы столкнулись со следующими причинами позднего выполнения оперативного вмешательства:

1. Недооценка состояния самим больным (характерна для подростков).
2. Скрытность подростков (стесняются рассказать родителям, долго терпят, пока не изменится походка – по типу кавалериста или ковбоя).
3. Беспечность родителей (ничего страшного пройдет).
4. Неправильная трактовка полученных данных ультразвуковой диагностики (как орхит или орхоэпидидимит).
5. Врачебная ошибка (на этапе поликлиники, бригады скорой медицинской помощи, приемного отделения хирургии или врачей профильного отделения).
6. «Трагическое стечение обстоятельств» (долго добирался до стационара, промежуточное звено в виде поликлиники, очередь в приемном отделении и в кабинете УЗИ, очередь в операционной или бригада занята).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром; отек; мошонка; перекрут; некроз; ревизия; орхопексия.

26. СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН У ДЕТЕЙ

*К.А. Струянский¹, С.Л. Коварский², А.И. Захаров¹, А.Н. Текотов², Т.А. Склярова¹,
И.М. Пепеляева², З.В. Бетанов²*

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Скрытый половой член – состояние, при котором ствол полового члена имеет нормальные размеры, соответствующие возрасту, но скрыт окружающими тканями мошонки и подкожно-жировой клетчаткой лонной области.

ЦЕЛЬ. Изучение и анализ собственных результатов лечения детей со скрытым половым членом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За последние 5 лет в отделение урологии Филатовской больницы наблюдалось 32 ребенка с различными формами данной патологии. Чаще всего оперативное вмешательство выполнялось до 2 лет. Средний возраст составил 1 год и 4 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несмотря на то, что при скрытом половом члене не затронут уретральный канал, операция достаточно сложная. Необходимо произвести мобилизацию ствола полового члена, декутанизацию, ликвидацию эмбриональных спаек и тяжей.

При оценке результатов лечения в большинстве случаев отмечался хороший результат, только в трех случаях были выявлены осложнения.

У одного ребенка отмечалось значительное увеличение диаметра полового члена вследствие отека мягких тканей из-за лимфостаза, который был ликвидирован консервативно в течение месяца (наложением компрессионных повязок).

У двух детей возникли грубые рубцы послеоперационной области вокруг головки, были иссечены с хорошим результатом.

ВЫВОДЫ. Таким образом, мы считаем, что оптимальный возраст для оперативной коррекции составляет 1 год.

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: скрытый; половой член; дети; рубцы; пластика.

27. СОЧЕТАННАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

М.В. Левитская¹, В.С. Шумихин¹, Е.Э. Мелкумян²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента является наиболее частой причиной антенатального и неонатального гидронефроза. Распространенность составляет 1 на 1500 живорожденных, при соотношении индивидов мужского и женского пола 3 к 1. Причины приводящими к формированию препятствия могут быть как внутренние (стеноз, дисплазия, камнеобразование), так и внешние (новообразования, добавочные сосуды). Аберрантные сосуды как причина развития гидронефроза чаще встречаются у детей школьного возраста 8-10 лет, операцией выбора является вазопексия. Сочетание внутренних и наружных препятствий пиелoureтерального сегмента, как причины развития гидронефроза, у детей раннего возраста практически не освещена.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения гидронефроза у детей грудного возраста

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 195 историй болезни за период с 2022 по 2024 год. Сочетание стеноза проксимального отдела мочеточника и aberrантного сосуда выявлено у 27 детей, что составляет 13,8 %. Традиционно мальчиков 17 (63%), девочек 10 (37%). Левосторонних поражений 20 (74%), правосторонних 7 (26%). Методы обследования применяемые для подтверждения стеноза проксимального отдела мочеточника и визуализации добавочного сосуда включали: проведение УЗИ диагностики в В-режиме, доплерография и доплерометрия почечных сосудов, диуретическая сонография, ретроградная цистоуретрография, КТ почек с контрастированием 120 минут, статическая скintiграфия. Диагностических корреляций для выявления aberrантного сосуда между данными ультразвуковой доплерографии и компьютерной томографией с контрастированием не выявлено. Диагностическая ценность КТ составила 50%.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Антенатальная диагностика в третьем триместре у 17 плодов (63%) выявило расширение ПЗДПЛ до $17,38 \pm 1,68$ мм (мин -10 мм, мак-34 мм). Постнатально при проведение УЗИ на 2 сутки жизни ПЗДПЛ у 18 детей составил $17,81 \pm 3,54$ мм, толщина паренхимы $5,19 \pm 0,68$ мм. У 9 детей (33,3%) средний ПЗДПЛ составил $26 \pm 5,75$ мм (мин-17, мак-45 мм), паренхима $3,5 \pm 0,88$ мм, что потребовало проведение предварительного отведения мочи путем наложения пункционной нефростомы. Всем детям выполнена лапароскопическая трансперитонеальная расчленяющая пиелопластика по Хайнс-Андерсен с антевазальным наложением анастомоза. Особенностью является визуальное сужение прилоханочного отдела мочеточника, что подтверждено проведение гистологического исследования: фиброз подслизистой основы, отмечается атрофия продольных и гипертрофия циркулярных мышечных волокон, выраженный перимускулярный фиброз.

ВЫВОДЫ. Не существует универсального диагностического метода выявления добавочного нижнеполюстного сосуда, что требует от хирурга предельной осторожности при мобилизации нижнего полюса почки. Учитывая морфологические изменения прилоханочного отдела мочеточника, выполнение вазопексии у детей грудного возраста не показано, необходимо проведение резекционной пиелопластики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; грудной возраст; aberrантный сосуд; лапароскопическая пиелопластика.

28. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА С ПИЕЛОЛИТОТОМИЕЙ, НАШ ОПЫТ

Н.В. Ротко, В.И. Дубров

Городская детская клиническая больница № 2; Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. Гидронефроз вследствие обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента является одной из наиболее частых аномалий мочевых путей у детей. В настоящее время лапароскопическая пиелопластика стала основным методом хирургического лечения гидронефроза с успешностью 96-98%. Частота сопутствующих почечных камней при гидро-

нефрозе у детей по данным литературы достигает 10%. Наличие конкрементов требует их удаления во время лапароскопической операции. При локализации камня в лоханке его извлечение как правило выполняется лапароскопическим инструментом под визуальным контролем лапароскопа. Значительно сложнее удалить конкремент, расположенный в чашечках, для этого необходимо применять дополнительные гибкие или жесткие эндоскопы с возможностью ирригации. В большинстве исследований частота полного очищения почки от камней не превышает 90%. При этом вопрос о наиболее эффективном методе лечения до сих пор остается открытым.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность применения гибкого и ригидного нефроскопа при лапароскопическом лечении гидронефроза в сочетании с камнями чашечек почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В нашей клинике лапароскопическая пиелопластика с пиелолитотомией выполнена 39 пациентам с гидронефрозом, осложненным формированием конкрементов в чашечках почки. Возраст пациентов составлял от 4 месяцев до 17 лет (медиана – 67 месяцев). Количество камней в чашечках почки варьировало от 1 до 24 (медиана – 1). У 4 пациентов также имелись конкременты в лоханке почки. Для извлечения камней использовались гибкий фибронефроскоп 15 Ch (14 детей) или ригидный нефроскоп 15 Ch (25 пациентов). Все пациенты оперированы под общей анестезией в положении на здоровом боку. Пневмоперитонеум накладывали иглой Вереша, после чего в брюшную полость устанавливали 3 троакара 3 или 5 мм в зависимости от возраста ребенка. После выделения почки и расширенной лоханки выполнялась резекция лоханочно-мочеточникового сегмента. После этого один и троакаров извлекался, в брюшную полость проводился гибкий или ригидный нефроскоп, подключенный к дополнительной эндоскопической стойке и ирригационной системе. В зависимости от локализации камней, нефроскоп мог быть введен через место стояния любого троакара. Выполнялась пиелокаликоскопия с извлечением камней при помощи эндоскопического захвата. Конкременты помещались в эндоскопический мешок, который удалялся из брюшной полости в конце операции. У 4 пациентов крупные камни не проходили через перешеек чашечки, в связи с чем проведена лазерная литотрипсия до более мелких фрагментов. После удаления конкрементов ирригационная жидкость отсасывалась из брюшной полости и накладывался стандартный уретеропиелоанастомоз по методу Хайнса-Андерсена.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все операции были выполнены лапароскопическим доступом. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечено. При использовании фибронефроскопа полное удаление конкрементов отмечено у 10 пациентов (71,4%), при применении ригидного нефроскопа – у 24 (96,0%).

ВЫВОДЫ. В данном исследовании представлен наш опыт проведения лапароскопической пиелопластики с симультанной пиелолитотомией с помощью гибкого и ригидного нефроскопа. Результаты показали, что частота успешного выполнения операции лучше при использовании жесткого инструмента. В отличие от гибкого эндоскопа, ригидный нефроскоп легко контролировать без специальной подготовки. Более широкий инструментальный канал позволяет провести больший захват, поэтому могут быть извлечены даже крупные камни. Таким образом пиелолитотомия с использованием ригидного нефроскопа представляет собой безопасный и эффективный вариант лечения обструкции лоханочно-мочеточ-

никового сегмента, осложненного образованием камней.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; лапароскопия; пиелопластика; камни почек.

29. ПРОКСИМАЛЬНАЯ МИГРАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВОГО СТЕНТА У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ СПРАВА НА ВНУТРЕННЕМ СТЕНТЕ

*А.Н. Текотов², А.И. Захаров¹, С.Л. Коварский², Т.А. Склярова¹, К.А. Струянский¹,
И.М. Пепеляева², М.С. Кузнецова²*

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Одно из довольно редких послеоперационных осложнений после пиелопластики у детей – проксимальная миграция JJ – стентов. Согласно данным различных авторов у взрослых частота данного осложнения составляет от 0,6 – 3,5%. Так как у детей проксимальная миграция стентов встречается реже, точная статистика неизвестна. Считают, что основной причиной являются короткая длина стента, дистальная спираль меньше 180 градусов и размещение проксимальной спирали в верхней чашечке. Это осложнение можно безопасно лечить, с помощью поэтапного подхода с использованием как ретроградных, так и антеградных методик. У взрослых описано много методов для извлечения проксимально смещенных стентов, детская литература крайне скудна. Так как детский мочеточник уже, чем у взрослых, провести ретроградное удаление стента не всегда возможно. Точная длина стента, адекватная дистальная спираль и правильное размещение имеют важное значение для предотвращения миграции стента. Есть разработанный алгоритм, но в зависимости от клинической ситуации и оснащении клиник, подход к каждому пациенту индивидуальный.

ЦЕЛЬ. Показать довольно редкое осложнение оперативного лечения гидронефроза у детей и способ его устранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении урологии ДГКБ им. Н.Ф.Филатова поступила девочка 2 лет. Из анамнеза известно, что антенатально у ребенка диагностирован гидронефроз с двух сторон. По данным микционной цистографии пузырно-мочеточниковый рефлюкс не определяется. УЗИ почек: Левая почка: Контуры четкие, ровные. Размеры: 75x32 мм. Толщина паренхимы 7-8мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранна. Чашечно-лоханочная система: лоханка – 23мм, в/ч – 12мм, н/ч – 9мм. Кровоток умеренно обеднен, прослеживается до капсулы. Правая почка: Контуры ровные, четкие. Размеры: 83x 38 мм. Толщина паренхимы 7-8мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранна. Чашечно-лоханочная система: лоханка – 24мм, расширены все группы чашечек до 9-12мм, сливаются с лоханкой. Визуализируемые фрагменты стенок ЧЛС без структурных изменений. Кровоток обеднен, прослеживается до капсулы. По данным статической сцинтиграфии почек очаговые изменения обеих почек средней степени выраженности на фоне

значительных диффузных изменений в паренхиме правой почки. Секреторная функция левой почки в пределах нормы. Секреторная функция правой почки на верхней границе референтных значений. Общий объем функционирующей паренхимы достаточный. Ребенку был установлен диагноз гидронефроз с двух сторон. Выполнено плановое оперативное вмешательство. Проведена цистоскопия с попыткой ретроградной установки мочеточникового стента № 4 Ch длиной 15 см (провести стент № 4,7 через интрамуральный отдел не удалось). Выполнена лапароскопическая разобщающаяся пиелопластика по Хайнс-Андерсену на внутреннем стенке. Стент Urotech № 4,7 Ch установлен. Контроль расположения завитка стента в мочевом пузыре проводился с помощью УЗИ исследования мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С 0 послеоперационных суток – моча в мочеприемнике не была окрашена, не смотря на разобщающий характер оперативного вмешательства, а диурез был несколько снижен. На утро 1 послеоперационных суток у ребенка появились жалобы на боли в животе, не смотря на постоянное эпидуральное обезболивание, многократную рвоту. По данным УЗИ почек – лоханка правой, оперированной почки, расширена до 35 мм, содержит два завитка стента и взвесь. В правом латеральном канале, паранефрально и малом тазу умеренное количество жидкости со взвесью и нитеподобными структурами. Заподозрена острая хирургическая патология – мочево́й затек, перитонит? В следствие нарушения работы внутреннего мочеточникового стента. Выполнена обзорная рентгенография – мочеточниковый стент в мочево́й пузыре не определялся, отмечалась его миграция проксимальнее по мочеточнику в лоханку. Учитывая данные анамнеза, УЗИ и рентгенологического исследования, выполнено экстренное оперативное вмешательство – релапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, установка пиелостомы: осмотрен анастомоз между лоханкой и мочеточником, целостность его не нарушена, лоханка расширена значительно. Выше зоны анастомоза на 1 см выполнено вскрытие лоханки, стент эвакуирован из лоханки и мочеточника. При помощи цистоскопии в правый мочеточник проведен стент Urotech 4,0 Ch до лоханки под контролем лапароскопии. Дефект лоханки ушит отдельными узловыми швами. Установлена пиелостома через переднюю стенку лоханки. К месту анастомоза подведен страховочный силиконовый дренаж. Послойные швы на раны. В связи, с несоответствием размера мочеточникового стента с диаметром просвета мочеточника, у ребенка диагностировано осложнение – проксимальная миграция мочеточникового стента. Так как диаметр мочеточника не позволял выполнить ретроградное удаление стента, была произведена антеградная методика удаления и установка стента меньшего диаметра. В катамнезе ребенку было выполнено УЗИ по данным которого лоханка правой почки не расширена, кроток не изменен.

ВЫВОДЫ. Проксимальная миграция мочеточникового стента является редким осложнением после пиелопластики. Цистоскопия – это единственный 100% метод для определения дистального завитка в полости мочевого пузыря и его правильного расположения. Есть разработанный алгоритм, но в зависимости от клинической ситуации и оснащении клиник, подход к каждому пациенту индивидуальный. Нехватка эпидурального обезболивания в совокупности с уменьшением выделенной мочи заставляет как можно раньше задуматься о несостоятельности анастомоза или миграции стента. Рентгенография орга-

нов брюшной полости – золотой стандарт диагностики миграции мочеточникового стента. Длина стента, соответствующая дистальная спираль или завиток и точное нахождения стента имеют важное значение для предотвращения миграции. Используются как ретроградные, так и антеградные методики удаления проксимально мигрированного стента.

Данный клинический случай – пример лечения ребенка с проксимальной миграцией мочеточникового стента после лапароскопической пиелопластики. В старшей возрастной группе при адекватном диаметре мочеточника предпочтение отдают ретроградным методикам удаления стента. У детей младшего возраста, малом диаметре мочеточника, чаще используют антеградные методики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; дети; лапароскопия; пиелопластика; мочеточниковый стент; миграция.

30. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

А.В. Бойко, П.Н. Поляков

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

ВВЕДЕНИЕ. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) встречается у 0,4–18% детей и может привести к тяжелым осложнениям, таким как пиелонефрит, нефросклероз и почечная недостаточность. Проблема лечения пациентов с ПМР была и остается одной из самых актуальных в детской урологии. Применяются два основных подхода: консервативный и хирургический, включающий трансуретральную эндоскопическую коррекцию (ТУЭК), а также реимплантацию мочеточника, однако, единой стратегии лечения ПМР не существует.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения детей с ПМР.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты прослежены в срок от 6 месяцев до 2 лет. Эффективность первичной ТЭК УВС составила у 102 пациентов 56,3%. По результатам контрольного обследования повторная эндоскопическая коррекция потребовалась 39 пациентам (52 мочеточника), эффективность которой составила 55,7%. Третья инъекция объемобразующего вещества проводилась 5 пациентам, успех которой составил 40%. При неэффективности ТЭК УВС 24 пациентам проведены антирефлюксные операции. 13 детям выполнена

лапароскопическая антирефлюксная операция Лич-Грегуара, а 11 – пневмозикоскопическая операция Коэна. При катамнестическом наблюдении 2 детям потребовалось дополнительная ТЭК УВС на фоне сохраняющегося рефлюкса.

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

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

31. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УДВОЕНИИ УРЕТРЫ У МАЛЬЧИКОВ 3 ЛЕТ

И.М. Пенелеева², С.Л. Коварский², А.И. Захаров¹, К.А. Струянский¹, А.Н. Текотов², Т.А. Склярова¹, З.В. Бетанов²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Удвоение уретры – редкая врожденная аномалия, в литературе описано около 300 случаев. Наиболее применяемой классификацией является классификация Эффмана, по которой выделяют три типа удвоения.

ЦЕЛЬ. Показать редкие случаи удвоения уретры.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В нашей клинике оперативное лечение проводилось двум мальчикам 3 лет с удвоением уретры типа I и IIА2 по классификации Эффмана.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При удвоении уретры I типа родители предъявляли жалобу на деформацию полового члена. При осмотре было выявлено дополнительное меатальное отверстие в средней трети ствола полового члена по дорсальной поверхности. При обследовании было выявлено, что добавочная уретра заканчивалась слепо. Оперативным путем она была полностью выделена до основания и иссечена. Во втором случае, при удвоении уретры типа IIА2, мать ребенка после приучения к горшку заметила подтекание мочи каплями после мочеиспускания. При осмотре меатальное отверстие располагалось на головке полового члена, было выявлено дополнительное меатальное отверстие в средней трети мошонки диаметром около 2 мм, из которого моча выделялась каплями после микции. При проведении КТ-цистографии добавочная уретра начиналась от простатического отдела. Во время операции добавочная уретры была полностью выделена до места впадения основной, перевязана и отсечена.

ВЫВОДЫ. Таким образом, в части случаев удвоение уретры может проявляться только косметическим дефектом, тогда как в других может быть выявлено подтекание мочи каплями или двойная струя мочи. Перед операцией необходимо тщательное обследование для определения типа удвоения. Для выбора оптимальной тактики лечения необходим индивидуальный подход и определение типа удвоения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: удвоение уретры; добавочная дорсальная уретра; добавочная вентральная уретра; двойная струя мочи.

32. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РБ

Ш.Ф. Шарипов, Д.И. Шарипова, А.Р. Насыров, Р.Р. Муллагалив, Т.А. Зарифов
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17; Уфа, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Дивертикул мочевого пузыря – редкая патология, встречающаяся примерно у 1,7% детей с заболеваниями мочеполовой системы. ДМП чаще всего является диагностической находкой и не требует лечения. При наличии клинических проявлений (инфекция мочевыводящих путей, нарушение мочеиспускания, ПМР, обструкция верхних мочевых путей) показано оперативное лечение – дивертикулэктомия, которая выполняется внутривезикулярно или экстравезикальным доступом. С развитием малоинвазивных технологий, дивертикулэктомия выполняется лапароскопическим доступом, пневмовезикоскопическим, а так же робот-ассистированным методом.

ЦЕЛЬ. Демонстрация первого опыта лапароскопической дивертикулэктомии мочевого пузыря в республике Башкортостан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент Л., 12 лет, впервые обратился к урологу ГДКБ № 17 в 2024 году с жалобами на периодические боли внизу живота, двухэтапное мочеиспускание, периодические изменения в анализах мочи, беспокоящими в течение нескольких лет. Амбулаторно проведено УЗИ мочевого пузыря, где был выявлен ДМП. В марте 2024 года ребенок госпитализирован в ДУАО на обследование. Проведено УЗ-диагностика, МЦУТ для исключения ПМР, КТ почек и мочевого пузыря с контрастированием: дивертикул мочевого пузыря, расположен по задне-боковой стенке слева, размерами 34*32 мм.

Учитывая наличие жалоб, было принято решение о проведении оперативного вмешательства. Первым этапом проведена диагностическая цистоскопия, во время которой визуализирован дивертикул мочевого пузыря с диаметром шейки около 5 мм, катетеризация мочевого пузыря. Лапароскопический этап выполнялся через 4 доступа (установлены 5-мм троакара). Мочевой пузырь наполнен физиологическим раствором до тугого наполнения. Дивертикул выделен до шейки. Далее произведено иссечение дивертикула мочевого пузыря с наложением рассасывающегося шовного материала (ПДС 5/0). Стенка мочевого пузыря ушита двухрядным швом рассасывающимся шовным материалом (ПДС 5/0). Брюшина над мочевым пузырем ушита отдельно. Герметичность шва проверяли наполнением мочевого пузыря. Околопузырное пространство дренировано катетером Нелатона Ch 10. В послеоперационном периоде ребенок получал антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Страховой дренаж удален на 3 сутки, уретральный катетер на 10ые. В послеоперационном периоде жалоб на прерывистое мочеиспускание не отмечал.

Время оперативного вмешательства составило 2 часа 40 мин.

Кровопотеря составляла менее 10 мл.

Результаты гистологического исследования: гипотрофия мышечных волокон.

Контрольное обследование проведено в январе 2025 года. У пациента отсутствуют жалобы на нарушение мочеиспускания; анализы мочи в пределах нормы; по данным УЗИ, КТ – остаточная полость дивертикула размерами 5*6 мм.

ВЫВОДЫ. Лапароскопический доступ является эффективным и безопасным методом лечения ДМП. А благодаря малоинвазивности, обладает преимуществом в сравнении с открытыми методиками.

Выбор метода лечения был обусловлен техническими возможностями (отсутствие троакаров и инструментария малых размеров для проведения везикоскопического доступа).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дивертикул мочевого пузыря; лапароскопия; дивертикулэктомия.

33. ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

О.С. Шмыров¹, А.В. Кулаев^{1,3}, Р.В. Суров¹, М.Н. Лазишвили¹, С.М. Шарков^{1,2}, Г.В. Козырев^{1,3}, А.С. Ковачич¹, К.Д. Морозов¹, А.Ю. Лобач¹, Д.А. Маргеева¹

¹ ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

³ ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на достаточно высокую эффективность традиционных открытых и эндовидеохирургических методов реконструкции уретеро-везикального сегмента у ряда больных наблюдаются случаи необходимости проведения повторной уретероцистонеоимплантации. Во время операции у данной группы пациентов могут возникать следующие сложности: выраженный рубцовый процесс, дефицит длины мочеточника и как следствие отсутствие возможности формирования антирефлюксной защиты адекватной длины. До сегодняшнего дня остается открытым вопрос о выборе методики формирования уретероцистоанастомоза в условиях дефицита длины мочеточника.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты проведения повторной уретероцистонеоимплантации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2024 в отделении урологии МДГКБ было выполнено 38 повторных уретероцистонеоимплантаций. В 1 группу вошли пациенты, которым была выполнена лапароскопическая поперечная экстравезикальная реимплантация (14 пациентов, 16 реимплантированных мочеточников), среди них 4 пациента с использованием методики рsoas-hitch. Возраст детей на момент проведения оперативного вмешательства составил от 10 мес. до 16 лет. Во 2 группу вошли пациенты, которым была выполнена лапароскопическая продольная экстра-интравезикальная уретероцистонеоимплантация (24 пациента, 29 реимплантированных мочеточников) возраст на момент операции составлял от 12 мес. до 12 лет. Структура патологий в 1 группе: пузырно-мочеточниковый рефлюкс 42%, рефлюксирующий мегауретер 42%, обструктивный мегауретер 16%. Структура патологий во 2 группе: пузырно-мочеточниковый рефлюкс 42%, рефлюксирующий мегауретер 50%, обструктивный мегауретер 8%.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Период наблюдения пациентов 1 группы составил от 3 до 9 лет, 2 группы от 6 мес. до 5,5 лет. В 1 группе после повторного оперативного лечения пузырно-мочеточнико-

вый рефлюкс выявлен в 5 из 16 реимплантированных мочеточников-31 %, нефрэктомия выполнена 1 ребенку. Во 2 группе пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен в 4 из 29 реимплантированных мочеточников-13,8 %.

ВЫВОДЫ. Наш опыт хирургического лечения с использованием лапароскопической продольной экстра-интравезикальная уретероцистнеоимплантации демонстрирует возможность создания эффективного антирефлюксного тоннеля в условиях дефицита длины мочеточника после ранее перенесенных оперативных вмешательств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: уретероцистнеоимплантация; лапароскопия; рецидив.

34. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

*А.С. Раниаков¹, М.Г. Петрова¹, А.О. Магер¹, Е.С. Стругова¹, О.В. Щербакова¹,
Е.В. Федорова², И.В. Поддубный², А.В. Фролова³, Л.М. Чернобровкина³*

¹ ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ, Москва, Россия

² РОСУНИМЕД МЗ РФ, Москва, Россия

³ Клиника Фомина Дети, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Дисфункция мочевого пузыря встречается в 17-22% детей позднего дошкольного и раннего школьного возраста. Это является одной из самых частых причин обращения к детскому урологу в амбулаторной практике. Частота обращений с подобными проблемами ежегодно увеличивается на фоне ряда факторов, таких как увеличение психоэмоциональной нагрузки, снижения стрессоустойчивости, ухудшения физической активности и алиментарных факторов.

Подбор и контроль эффективности терапии ненейрогенных расстройств мочевой системы является актуальной проблемой современной детской урологии влияющей на качество жизни детей и их родителей.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность разных методов лечения ненейрогенных расстройств мочеиспускания у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2021 по 2024 год в рамках амбулаторной практики на базу ФНКЦ детей и подростков ФМБА РФ и Клиники Фомина, было проанализировано лечение 94 пациентов с жалобами на расстройства мочеиспускания.

Основными методами первичной диагностики служили: Узи, дневник мочеиспускания, анкета качества дефекации на базе Римских критериев Rome III и оценки тяжести запора CSS, исследование уровня тревожности с использованием адаптированного опросника явной тревожности SMAS, анализ анамнеза по следующим показателям: наличие утери мочи в дневное время после 5 лет, наличие императивных позывов, маневров по удержанию мочи, наличие ночного недержания более 1 раза за ночь, оценка уровня тревожности.

Из оценки исключались дети с первичным моносимптомным ночным энурезом на фоне по-

лиурии, доброкачественной дисфункцией мочевого пузыря по типу поллакиурии с продолжением симптомов менее 3 месяцев. Дети с подозрением на миелодисплазию или спинальной дизрафизм или подтвержденными состояниями, ассоциированными с нейрогенной дисфункцией мочеиспускания. Так же мы не включали в расчет пациентов с подтвержденными психоневрологическими расстройствами, в том числе СДВГ, РАС и другие.

После проведения первичной диагностики пациенты были разделены на 3 группы:

1. Изолированные расстройства мочеиспускания.
 2. Расстройства мочеиспускания, сочетанные с дисфункцией кишечника.
 3. Расстройства мочеиспускания, сочетанные с расстройствами психоэмоциональной сферы.
- Далее в зависимости от того, в какую группу попали пациенты с ними работали в рамках протокола ICCS используем три линии терапии:
1. Стандартная уротерапия (в том числе медикаментозная терапия сочетанных заболеваний).
 2. Медикаментозная терапия, направленная на коррекцию функции нижних мочевыводящих путей.
 3. Медикаментозная терапия, направленная на коррекцию психоэмоциональных расстройств.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После первичной диагностики пациенты распределились следующим образом:

Группа 1 – 32 человек, Группа 2 – 47 человек, Группа 3 – 15 человек. Со всеми детьми в течение 1 месяца проводилась стандартная уротерапия. В группу 2 к стандартной уротерапии была добавлена коррекция запора слабительными препаратами с постоянным ведением дневника дефекации, фотофиксацией стула, повторной оценкой симптомов дисфункции кишечника через 1 месяц, повторной диагностикой по той же схеме. Пациенты из 3 группы были консультированы психиатром с дальнейшим прохождением когнитивно-поведенческой терапии не менее 2 раз в неделю в течение 1 месяца, так же с повторной диагностикой.

После повторной диагностики

1. Группа 1 составила – 26 человек
2. Группа 2 – 38 человек
3. Группа 3 – 13 человек

Этим пациентам проводилась терапия антихолинергическими препаратами. Детям, у которых был достигнут положительный эффект при помощи уротерапии и лечения сопутствующего расстройства, была продолжена терапия первой линии.

Лечение продолжалось в течение 3 месяцев с последующей оценкой эффективности. Эффективным считали снижение общего количества мокрых ночей или мокрого белья днем более чем на 75%, слабо эффективным снижение менее чем на 50%. При слабом эффекте применяли третью линию терапии: назначение трициклических антидепрессантов после консультации психиатра, с последующей оценкой комбинированной терапии в течение еще 3 мес. Дети, у которых после 2 этапов был достигнут положительный эффект, постепенно в течение 1 месяца отменяли терапию второй линии. Общий процент детей с положительным эффектом от лечения составил 86,4% на момент отмены антихолинергических препаратов, количество рецидивов в течение первого года наблюдения составило 14,5%.

ВЫВОДЫ. Расстройство мочеиспускания ненейрогенного типа актуальная проблема, диагностика и лечение которой зачастую требуют командного мультидисциплинарного подхода, для достижения оптимального результата. Использование стандартизированных методик диагностики позволяет эффективно вести пациентов с изолированными расстройствами мочеиспускания, а также расстройствами мочеиспускания, сочетанными с дисфункцией кишечника и психоэмоциональными расстройствами в амбулаторных условиях, без использования сложной, дорогостоящей диагностики. Мультидисциплинарный подход позволяет не только увеличить процент выздоровления пациентов, а также создает у родителей и опекунов ощущения постоянной поддержки со стороны врачей и лечебного персонала, что положительно сказывается на субъективной удовлетворенности качеством оказания помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: НДМП; гиперактивный мочевой пузырь; ГАМП; расстройство мочеиспускания у детей; энурез; запор; дисфункция кишечника; уротерапия.

35. МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

М.В. Ракевич¹, О.М. Соловей², А.И. Хоровец²

¹ Минская областная детская клиническая больница, Боровляны Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. В последнее время все чаще обращает на себя внимание состояние соединительной ткани у детей и заболевания, обусловленные ее поражением. Зачастую данная проблема проявляет себя в патологии со стороны органов мочеполовой системы: крипторхизм, эктопия яичка, варикоцеле, водянка яичка, нефроптоз, гипотония чашечно-лоханочной системы с развитием в гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дисметаболическая нефропатия. Учитывая высокую распространенность в популяции данных заболеваний (до 10%) очень важно вовремя установить парочную связь, обусловленную дисплазией соединительной ткани и патологией мочеполовой системы, чтобы назначить соответствующее патогенетически обусловленное лечение, провести малоинвазивные оперативные вмешательства и соответствующую диспансеризацию.

ЦЕЛЬ. Повысить эффективность оказания медицинской помощи детям с урологической патологией путем диагностики наличия поражения соединительной ткани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Сформулирован перечень лабораторных параметров для обследования пациентов с урологической патологией с целью выявления поражения соединительной ткани у детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С целью диагностики поражения соединительной ткани показано проведение клинико-инструментальных, лабораторных и иммуногистохимических исследований. Важными диагностическими признаками является наличие малых аномалий развития. Наличие трех и более малых анатомических аномалий развития свидетельствует о высокой ве-

роятности как генетически детерминированных нарушений, так и возникающих в дальнейшем осложнений. Клинико-инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости, сердца, паховых каналов, гонад, ЭКГ, осмотр педиатра и кардиолога.

Лабораторные исследования: определение в сыворотке крови уровня маркеров патологии соединительной ткани: гидроксипролин, металлопротеиназа 9, ингибитор металлопротеиназ, фактор роста соединительной ткани (CTGF), фактор пролиферации соединительной ткани (TGF β), определение уровня Ca, Mg, Zn в волосах.

Иммуногистохимические исследования: ламинин, коллаген 4 типа, трансформирующий фактор роста бета1 (TGF β 1), контролирующий пролиферацию фактор соединительной ткани (CTGF), определение фактора роста соединительной ткани.

При наличии отклонения от нормы в проведенных исследованиях выставляется диагноз дисплазии соединительной ткани в той или иной степени градации. Впоследствии пациент с урологической патологией должен находиться под более пристальным наблюдением смежных специалистов, поскольку у него существует высокий риск рецидива либо неблагоприятного прогноза развития заболевания.

ВЫВОДЫ. Представленные данные могут рассматриваться как определенный этап в исследовании проблематики синдрома дисплазии соединительной ткани и его влияния, на развитие заболеваний мочеполовой системы у мальчиков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дисплазия соединительной ткани; заболевания мочевыделительной системы.

36. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

А.Ю. Лобач¹, О.С. Шмыров¹, А.В. Кулаев^{1,3}, Р.В. Суров¹, М.Н. Лазишвили¹, С.М. Шарков^{1,2}, А.С. Ковачич¹, К.Д. Морозов¹, Г.В. Козырев^{1,3}

¹ ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

³ ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Эффективность лечения врожденного гидронефроза в педиатрической практике при выполнении расчленяющей пиелопластики по методике Hynes-Anderson достигает 90-98%. Рецидив обструкции в зоне анастомоза выявляется как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периоде и достигает 10% всех прооперированных пациентов. Тактика и техника оперативного лечения у данной группы пациентов значительно отличается от лечения первичных пациентов.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения детей с рецидивом обструкции в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2018 по 2024 г.г. в отделении детской урологии-андрологии Морозовской детской клинической больницы пролечен 71 пациент с рецидивом гидронеф-

роза. Срок диагностики рецидива гидронефроза после первичного оперативного лечения варьировался и составил от 1 до 28 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Причиной рецидива гидронефроза в большинстве случаев явился рестеноз в зоне анастомоза в 76% случаев, в 29% случаев из них отмечалось сочетание рестеноза с дисплазией мочеточника, что свидетельствует о недостаточной зоне резекции при выполнении первичной операции. Аберрантный сосуд был в 8%, а компрессия почкой в 15%. При диагностике рецидива гидронефроза в срок до 6 месяцев от первичной операции – предпочтении отдавалось периодическому стентированию мочеточника. При необходимости проведения реконструктивной операции – проводилась повторная лапароскопическая пиелопластика с иссечением патологического участка пиелоуретерального сегмента. Особо тяжелыми пациентами явились те, которым выполнить классические методики оперативного лечения невозможно из-за протяженной стриктуры мочеточника, поэтому были проведены замещающие пластики проксимального отдела мочеточника: уретерокаликаноанастомоз, лапароскопическая цекоаппендиколяропластика и лапароскопическая энтероуретеропластика. Всем пациентам было проведено отдаленное обследование с целью оценки эффективности лечения. Разрешения рецидива гидронефроза удалось добиться в 93% случаев, а в 6 случаев в отдаленном периоде после разрешения гидронефроза отмечалась полная потеря функции почки.

ВЫВОДЫ. Рецидив гидронефроза остается тяжелым заболеванием в детской урологической практики, однако, благодаря правильной тактики ведения и своевременного оперативного лечения таких детей удается сохранить функцию почки и восстановить уродинамику верхних мочевыводящих путей в большинстве случаев.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; рецидив; пиелопластика; стриктура мочеточника.

37. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

О.С. Шмыров¹, С.М. Шарков¹, Г.В. Козырев^{1,3}, Р.В. Суров¹, М.Н. Лазишвили¹, А.В. Кулаев¹, И.Ю. Велькая¹, А.Ю. Лобач¹, А.С. Ковачич^{1,2}, Д.А. Маргиева¹, К.Д. Морозов¹

¹ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ, отделение детской урологии-андрологии, г. Москва, Россия

²Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Новообразования мочевого пузыря являются редкой патологией в детской урологической практике (0,1-0,4%). В настоящее время не существует консенсуса по поводу хирургической тактики у детей с новообразованиями мочевого пузыря различной локализации.

ЦЕЛЬ. Проанализировать пятилетний опыт лечения пациентов с новообразованиями мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 25 пациентов (средний возраст 12 лет, 13 мальчиков, 12 девочек), проходивших лечение на базе Морозовской ДГКБ с 2019 по 2024 гг. Пациентам выполнялось комплексное обследование: УЗИ почек и мочевыводящих путей (25),

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием (5), КТ почек и мочевыводящих путей с внутривенным контрастированием (6), клинический анализ мочи. У ряда пациентов оценивалось содержание онкомаркеров (альфа-фетопротеин, бета-субъединица хорионического гонадотропина человека, нейронспецифическая энолаза).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клинические проявления были у 11 детей: макрогематурия (10), дизурия (5). У одного пациента с гормонпродуцирующим новообразованием (параганглиомой) мочевого пузыря регистрировалась гипертония. У 19 пациентов новообразование было удалено при цистоскопии. Лапароскопическая резекция новообразования была выполнена 5 детям. В одном случае был использован пневмовезикоскопический доступ. У одного ребенка инвазия опухоли в мочеточник в области уретеровезикального соустья определила выполнение резекции мочевого пузыря с формированием уретероцистаномоза. Результаты морфологического анализа образований были следующими: уротелиальная папиллома – 16, плоскоклеточная папиллома – 2, ангиоматоз мочевого пузыря – 1, гемангиома – 1, лимфангиома – 1, миофибропластическая опухоль – 1, нефрогенная метаплазия – 1, параганглиома – 1, рабдомиосаркома – 1. Выписка пациентов выполнялась в среднем на 4 сутки после операции. Ранних послеоперационных осложнений не было.

ВЫВОДЫ. Клиническое и морфологическое разнообразие новообразований мочевого пузыря определяет необходимость тщательного обследования и персонализированного подхода в определении хирургической тактики совместно с онкологами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новообразования мочевого пузыря; лапароскопия; детская урология.

38. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

*А.Н. Подгорный, Д.А. Морозов, Э.К. Айрян, Л.Д. Григорян, Л.А. Полещук
НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Вельтищева; Москва, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Улучшение качества жизни детей, предотвращение инвалидизации пациентов, предотвращение почечной недостаточности является актуальной задачей в лечении пациентов с обструктивными уропатиями. Своевременная, в т.ч. антенатальная диагностика, адекватная хирургическая /нефрологическая/, педиатрическая тактика, восстановление уродинамики – важнейшие критерии успеха в хирургическом лечении. Выполнение обширных и травматичных хирургических методик не всегда способствует достижению желаемых целей по восстановлению уродинамики.

ЦЕЛЬ. Оценить возможности и место эндоурологических методов хирургического лечения при обструктивных уропатиях у детей раннего возраста, учитывая компенсаторные возможности пациентов, возможности «дозревания» тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 60 пациентов, которым выполнены малоинвазивные оперативные вмешательства: эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса, бужирование пиело-уретерального сегмента и стентирование лоханки,

баллонная дилатация уретеро-везикального соустья с пролонгированным внутренним стентированием мочеточника. Эффективность лечения составила более 80 %.

Важным аспектом являются не только изначальные ультразвуковые параметры органов мочевыделительной системы, но и их динамика в постнатальном периоде, т.к. развитие рефлюкс-нефропатии не всегда напрямую зависит от степени ультразвуковых или рентген-урологических изменений!

В случае отсутствия пузырно-мочеточникового рефлюкса по данным микционной цистографии при наличии показаний проводилась прямая радионуклидная цистография! Интересным вариантом цистографии является УЗ-цистография с применением соновью (серы гексафторида) для постоперационного контроля пузырно-мочеточникового рефлюкса.

При введении уроимпланта особенно важным моментом считаем технологию введения, направленную на «вывихивание» рефлюксирующего мочеточника в просвет мочевого пузыря!

Бужирование и стентирование пиело-уретерального сегмента при гидронефрозе является эффективным методом лечения, а также может рассматриваться как этап подготовки к пиелопластике.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Преимущества малоинвазивных методов лечения: малая травматичность, уменьшение количества осложнений, быстрое восстановление пациентов, сокращение времени госпитализации и сроков выздоровления, косметические результаты.

Критерии эффективности хирургического лечения: параметры статической нефросцинтиграфии; уменьшение диаметра мочеточника и передне-заднего размера лоханки, оценка площади паренхимы почки и ее дефицита, оценка микроальбуминурии, гипертензии, наличие воспалительного процесса.

ВЫВОДЫ. Таким образом, в раннем возрасте тактика ведения детей с подозрением на «обструктивные уропатии» не должна быть выжидательной! При нарастании размеров лоханки, появлении дефицита паренхимы почки, ухудшении результатов нефросцинтиграфии показана активная малоинвазивная хирургическая тактика.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: обструктивные уропатии; гидронефроз; мегауретер; пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

39. ВОССТАНОВЛЕНИЕ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ СПИНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ MORENO-NISHIMURA-SCHMIDT

*И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, А.В. Губин, П.В. Павлов, А.А. Узинцева
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;
Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Синдром Морено-Нишимуры-Шмидта является экстремально редким генетическим заболеванием, характеризующимся выраженным пре- и постнатальным избыточным ростом, дисморфическими чертами лица, кифосколиозом, артрозами и контрактурами, паховой и пупочной

грыжами, крипторхизмом, гипогликемией, повышенным риском неоплазии. На сегодняшний день в мировой литературе описано 6 случаев данного синдрома. В связи с ускорением роста скелета, такие пациенты часто нуждаются в спинальных хирургических вмешательствах, направленных на восстановление ухудшенной трофики спинного мозга.

ЦЕЛЬ. Демонстрация результата восстановления уродинамики нижних мочевых путей у ребенка с редким генетическим синдромом Морено-Нишимуры-Шмитда после осложнений спинального хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В декабре 2024 года в отделение урологии СПбГПМУ, переводом из цетра спинальной хирургии, поступил пациент 7 лет, ростом 195 см, с постоянным мочевым катетером, с жалобами на невозможность самостоятельных мочеиспусканий после спинального оперативного лечения. В анамнезе антенатально при УЗИ определялся крупный плод, с рождения – значительное опережение костного возраста относительно паспортному. В возрасте 3 года 7 месяцев и в возрасте 4 года оперирован по поводу брюшной дистопии правого яичка. С 4,5 лет отмечено ограничение открывания рта, с 5 лет – ограничение сгибания пальцев кистей, вследствие формирующихся контрактур, с возраста 6 лет отмечено нарастание кифосколиоза, прогрессирование компрессии спинного мозга, ухудшение походки, мышечная слабость, появление болей в нижних конечностях. В возрасте 7 лет развился нижний парапарез. В октябре 2024 выполнена задняя инструментальная фиксация позвоночника Th1-Th7, задний костный пластический спондилорез Th1-Th7, с предварительной установкой катетера Фолея в мочевой пузырь. В послеоперационном периоде отмечена утрата дыхания и глотания, в связи с постоянной аспирацией слюны, наложены трахео- и гастростома. При многократных попытках декатетеризации в течение 1,5 месяцев, во всех случаях возникала задержка мочи, с формированием недержания переполнения и выраженного болевого синдрома, в связи с чем мочевой пузырь был постоянно дренирован. В урологическом отделении СПбГПМУ при УЗИ органов мочевыделительной системы патологии не выявлено. При удалении катетера позыв не возникал, наполнение мочевого пузыря ощущал в виде выраженного болевого эквивалента. Мочеиспускания отсутствовали. С целью восстановления утраченной чувствительности рецепторного аппарата мочевого пузыря, начато временное пережатие мочевого катетера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Первые неотчетливые позывы ощутил с конца первых суток, в течение последующих 3 дней – ощущения стали отчетливыми, со слов пациента, стал ощущать наполненность мочевого пузыря и позыв на мочеиспускание так же, как и до спинального хирургического вмешательства. После сигнала пациента о наполнении, катетер открывали, полностью опорожняли мочевой пузырь и перекрывали вновь. В первые сутки ощущения позыва возникали на больших объемах. К 3-5 суткам ощущения были отчетливы на физиологическом для роста пациента объеме 250 мл. Разрешено начать попытки самостоятельных мочеиспусканий, кратностью каждые 1,5-2 часа, не обращая внимания на мочевой катетер – выполнены пациентом успешно, с периодической болезненностью по ходу уретры. На 5 сутки тренировок микции, выполнена ретроградная цистоманометрия: первый позыв при объеме наполнения 140 мл. Внутрипузырное давление стабильно повышалось, дважды наблюдались эпизоды гиперактивности детрузора, максимально до 35 см вод ст. COMPLAINT мочевого пузыря составил 10,6. После исследования мочевого катетера удален. Пациент помочился самостоятельно, опорожнение полное, при УЗИ – остаточной мочи нет. С 1 суток удаления катетера

Фолея ритм самостоятельных мочеиспусканий нормализован до 7-8 раз в сутки к 3 дню, без остаточной мочи, без эпизодов недержания.

ВЫВОДЫ. Одним из методов восстановления накопительной и эвакуаторной функций мочевого пузыря после длительной катетеризации у пациента с осложнениями после спинального хирургического вмешательства явилось этапное деликатное восстановление чувствительности и моторики мочевого пузыря, что позволило полностью нормализовать уродинамику нижних мочевых путей после 1,5 месяцев постоянного отведения мочи у ребенка с синдромом Морено-Нишимуры-Шмидта к 7 суткам после начала тренировок. Данный метод может быть применен в других случаях после длительного дренирования мочевого пузыря и временной утраты рефлексов мочеиспускания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром Морено-Нишимуры-Шмидта; синдром избыточного роста; утрата рефлексов мочеиспускания; дренирование мочевого пузыря; уродинамика нижних мочевых путей.

40. СИНДРОМ КУЛЬТИ МОЧЕТОЧНИКА. ОПЫТ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

О.С. Шмыров¹, С.М. Шарков¹, А.С. Ковачич^{1,2}, А.В. Кулаев¹, Р.В. Суров¹, М.Н. Лазишвили¹, Г.В. Козырев¹, Ю.И. Вельская¹, А.Ю. Лобач¹, К.Д. Морозов¹, Д.А. Маргиева¹

¹ ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница ДЗМ», отделение детской урологии-андрологии; Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Отказ от резекции дистального отдела мочеточника при выполнении нефрэктомии, геминефрэктомии и формирования ипсилатерального проксимального уретероуретероанастомоза в редких случаях может приводить к формированию синдрома культы мочеточника и проявляться как в раннем послеоперационном периоде в виде эмпиемы культы мочеточника и системной воспалительной реакции, так и в отсроченном периоде в виде рецидивирующей инфекции мочевых путей, болевого синдрома и гематурии.

ЦЕЛЬ. Оценить частоту встречаемости синдрома культы мочеточника и определить необходимость одномоментного удаления дистального отдела мочеточника при выполнении нефрэктомии, геминефрэктомии и формирования ипсилатерального проксимального уретероуретероанастомоза у детей лапароскопическим доступом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные о пациентах, которым выполнялись лапароскопическим доступом нефрэктомия (187), геминефрэктомия (96), формирование ипсилатерального проксимального уретероуретероанастомоза (45) в период с января 2019 года по февраль 2025 года в отделении урологии-андрологии МДГКБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 328 проанализированных пациентов у 5 (1,5%) был зарегистрирован синдром культы мочеточника. Всем 5 было выполнено повторное оперативное вмешательство лапароскопическим доступом. У двух из пяти пациентов дистальная уретерэктомия выполнена в плановом порядке в связи с длительно сохраняющимися эпизодами рецидивирующей инфек-

ции мочевыводящих путей и гематурией. Трем пациентам оперативные вмешательства выполнялись по срочным показаниям в промежутке от 4 до 6 дней после первичной операции. Из них двум пациентам выполнена вторичная дистальная уретерэктомия, одному пациенту выполнено дренирование эмпиемы культи мочеточника, которое в последствии не потребовало радикальной уретерэктомии.

Выводы. Синдром культи мочеточника является редким и сложным в диагностике состоянием. Лапароскопический доступ позволяет значительно снизить вероятность возникновения синдрома культи мочеточника, так как позволяет выполнить дистальную уретерэктомию на максимальном протяжении. У пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом дистальную уретерэктомию следует выполнять в обязательном порядке. Во время выполнения геминефрэктомии одномоментная дистальная уретерэктомию сопряжена с риском деваскуляризации другого сегмента мочеточника и его излишней травматизацией. С целью минимизации данных осложнений возможно выполнение предварительного стентирования мочеточника здорового сегмента.

Ключевые слова: лапароскопия; мочеточник; синдром культи мочеточника; послеоперационные осложнения.

41. ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОЛИПА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.А. Суходольский¹, Ю.А. Аникеева¹, И.В. Поддубный², А.В. Федулов³

¹ГБУЗ МО «МОЦОМД»; Люберцы, Россия

²ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия

³ГБУЗ МО «НИКИ детства МЗ МО», Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Врожденный фиброэпителиальный полип задней уретры у мальчиков является очень редко встречающейся уродинамической патологией. На сегодняшний день описано немногим более ста случаев данного заболевания. Клиническая картина у таких пациентов может значительно варьировать. Самым частым проявлением заболевания является обструктивный тип мочеиспускания у детей с периодически рецидивирующей острой ретенцией мочи. Также в литературе описываются такие проявления как интермиттирующая гематурия, возникновение инфекции мочевыводящих путей. В большинстве случаев врожденный полип задней уретры выявляется во время выполнения уретроцистоскопии. При этом, как правило, выполняется эндоскопическое отсечение полипа с последующей его экстракцией через уретру. Но, приблизительно в трети описываемых случаев, при отсутствии возможности во время выполнения уретроцистоскопии достаточно хорошо визуализировать ножку полипа, приходилось выполнять цистотомию с полипэктомией.

ЦЕЛЬ. Демонстрация возможности удаления врожденного полипа задней уретры с использованием пневмовезикоскопического доступа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В детское уроандрологическое отделение ГБУЗ МО «МО-ЦОМД» был госпитализирован пятимесячный мальчик с клинической картиной острой задержки мочи. Впервые задержку мочи, разрешившуюся спонтанно, мама отмечала у ребенка в двухмесячном возрасте. При выполнении ультрасонографии выявлено утолщение стенки детрузора и объемное образование длиной до 15 мм в шейке мочевого пузыря, исходящее из задней уретры. На цистографии мочевой пузырь башенной формы, ПМР не определяются. При эндоскопическом исследовании выявлен полип, исходящий из простатического отдела уретры, способный полностью перекрывать ее просвет. Ввиду того, что не удалось достаточно хорошо визуализировать ножку полипа, которая располагалась проксимальнее семенного бугорка, была выполнена пневмовезикоскопическая полипэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде кровотечений и длительного болевого синдрома не отмечено. Катамнестический период наблюдения составил три месяца. По описательным характеристикам родители отмечают нормализацию мочеиспускания (полная струя, отсутствие рецидивов острой задержки мочи).

ВЫВОДЫ. Пневмовезикоскопическая полипэктомия является хорошим альтернативным методом лечения врожденного полипа задней уретры, особенно при недостаточно хорошей трансуретральной эндоскопической визуализации его основания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: полип задней уретры; пневмовезикоскопия.

42. ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПАКЦИИ И РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

М.М. Ханов, Р.Ю. Валиев, А.С. Врублевский, С.Г. Врублевский, Е.Н. Врублевская, Ф.О. Туров, А.А. Оганисян

ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Частота заболевания уролитиазом у детей во всем мире неуклонно растет. По данным российских и зарубежных источников причинами данного роста является повышение выявляемости в связи с увеличением доступности скрининговых методов диагностики и нарушения в питании детей. Благодаря совершенствованию оптических технологий, появлению безопасных режимов работы лазерных литотрипторов и по мере накопления хирургами-урологами практического опыта отмечается значительный сдвиг в выборе метода оперативного вмешательства в сторону минимально инвазивного и эндолюминального, при этом частота использования дистанционной литотрипсии значительно снижается.

ЦЕЛЬ. Анализ результатов лечения детей с конкрементами различной локализации мочевыводящих путей с помощью минимально-инвазивных методик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2022 по 2024 год в «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» оперативное вмешательство выполнено 14 детям с уролитиазом. Пол детей: Женский – 7, мужской – 7, средний возраст 9 лет 1 мес. Сторона поражения: Справа – 6, слева – 8 случаев. Расположение конкрементов: Лоханка – 6, Средняя и нижняя группа чашечек – 4, Мочеточник – 2, Уретероцеле слева – 2. Диаметр конкрементов: 9 – 23,3мм. Клинические проявления: Боли в области поясницы и живота – 6, Макрогематурия – 1, Микрогематурия – 3, бессимптомно заболевание протекало в 4 случаях и явилось случайной находкой при УЗИ скрининге или обследовании по поводу сопутствующей патологии почек.

Всем детям выполнено хирургическое лечение одним из перечисленных способов: перкутанная нефролитолапаксия с применением комбинированного и лазерного литотриптора – 8; трансуретральная уретеронефролитотрипсия – 4; трансуретральная экстракция без литотрипсии – 2; Методы послеоперационного дренирования: внутренний стент – 8, нефростомы – 3, бездренажное послеоперационное ведение – 3 случая. Всем детям перед выполнением уретерореноскопической литотрипсии выполнялось пред- и послеоперационное стентирование мочеточника на компрометированной стороне. Среднее время операции составило 110 минут. В послеоперационном периоде всем детям проведен короткий курс антибактериальной терапии. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 7 дней. Средняя длительность после оперативного лечения составила 4 койко-дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Хирургических осложнений в послеоперационном периоде получено не было. Все удаленные конкременты отправлены на исследование состава конкремента, назначена метафилактика в соответствии с результатами исследования, дети переданы под наблюдение специалиста – нефролога. Повторно дети госпитализировались через 4-6 недель для удаления стента внутреннего дренирования, нефростомы. В 1 случае отмечался рецидив конкремента по данным контрольного КТ почек, выполненного через 1 месяц после трансуретральной уретерореноскопической лазерной литотрипсии конкремента диаметром 23 мм.

ВЫВОДЫ. На сегодняшний день основными методами лечения конкрементов у детей в «НПЦ спец.мед.помощи детям» являются перкутанная нефролитолапаксия с помощью лазерного и комбинированного (ультразвукового и пневматического) литотриптора из минидоступа и трансуретральная уретерореноскопическая лазерная литотрипсия. Последний метод является предпочтительным в лечении конкрементов любой локализации за счет сокращения срока госпитализации, меньшей инвазивности и риска осложнений. При размере конкремента более 20мм метод перкутанной нефролитолапаксии является более эффективным за счет сокращения времени оперативного лечения, лучшей ирригации и снижения вероятности рецидива.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дети; уролитиаз; перкутанная нефролитолапаксия; ретроградная интравенальная хирургия; уретерореноскопическая литотрипсия.

43. ДВУХЭТАПНАЯ МЕТОДИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Д.Е. Красильников, С.А. Сарычев, А.И. Осипов, М.Р. Лачинов
ГБОУ ВО СПбГПМУ; Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Проксимальная гипоспадия является наиболее сложной аномалией наружных половых органов у мальчиков, количество послеоперационных осложнений может достигать более 60%. В последние годы отмечается тенденция применения этапного подхода в лечении проксимальной гипоспадии с использованием слизистой щеки для уретропластики. При этом получены хорошие функциональные и косметические результаты.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов оперативного лечения проксимальных форм гипоспадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 14 детей с проксимальной гипоспадией, оперированных в клинике СПбГПМУ с 2019 по 2023 гг. двухэтапным методом с использованием графта слизистой щеки. Медиана возраста пациентов составил 38 месяцев (от 11 до 54 месяцев). Коррекция искривления полового члена проводилась путем выполнения поперечных разрезов белочной оболочки на вентральной поверхности полового члена. Между этапами оперативного лечения пациенты получали вакуумную физиотерапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты операции оценивались с точки зрения частоты послеоперационных осложнений и косметического эффекта. Медиана времени наблюдения – 18 месяцев (от 11 до 48 месяцев). Осложнения после операции развились у 5 человек: свищи у 3, стеноз – 1 и рубцевание трансплантата -1. Косметические результаты операции оценены оперирующим хирургом и родителями.

ВЫВОДЫ. Двухэтапный подход с использованием графта слизистой щеки и вентральной корпоропластики обеспечивает коррекцию искривления полового члена с сохранением максимально возможной длины кавернозных тел и позволяет создать хороший уретральный канал. Закрытие свища уретры при использовании данного метода не представляет трудностей и всегда успешно.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: проксимальная гипоспадия; слизистая щеки; двухэтапный метод; уретропластика; корпоропластика; вакуум физиотерапия.

44. RPR ТЕХНОЛОГИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*Н.Р. Акрамов, Б.М. Шайхразиев, И.Н. Хуснуллин, М.И. Муцольгов, Э.И. Хаертдинов
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; Казань, Россия
ГАУЗ «ДРКБ Минздрава России Республики Татарстан»; Казань, Россия
ООО Дион медикал групп; Казань, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Гипоспадия является наиболее распространенным врожденным пороком развития мочеполовой системы у мальчиков и наиболее распространенным врожденным пороком развития полового члена. На протяжении двух столетий многие хирурги разрабатывали и модифицировали операции по устранению гипоспадии. Однако частота осложнений, таких как свищи уретры, расхождение швов уретры и меатальный стеноз, остается высокой. Именно поэтому многие хирурги до сих пор ищут дополнительные способы совершенствования хирургических методик.

В последние годы уделяется значительное внимание использованию вспомогательных биоматериалов при лечении гипоспадии. Биоматериалы используются для покрытия мочеиспускательного канала, линии наложения швов в тех случаях, когда отсутствуют идеальный укрывающий материал (*dartos fascia* и *tunica vaginalis*). Если рассматривать количество публикаций и статистические данные, то наилучшие результаты демонстрируют аутологичные концентраты тромбоцитов, в частности, аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (АПОТ).

ЦЕЛЬ. Усовершенствование способа перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой при дистальных формах гипоспадии благодаря использованию аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2016 по 2025 год мы прооперировали 170 мальчиков и 9 взрослых пациентов с дистальными формами гипоспадии. Пациенты были разделены на две группы: в I группу включены 158 пациентов (155 мальчиков и 3 взрослых), которым использовалась оригинальная методика перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой (патент №2684319С2/05.04.2019); во II группе 21 пациент (15 мальчиков и 6 взрослых), которым была применена методика перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой с применением АПОТ. При анализе случаев были констатированы вероятные предикторы развития осложнений: отсутствие идеального укрывающего материала и недостаток локальной регенерации для заживления перемещенной уретры. Вследствие чего частота осложнений (формирования свищей и меатальный стеноз) остается на высоком уровне (5%). Для этого был усовершенствован данный метод, для уменьшения осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данным способом были прооперированы 21 пациент, все пациенты были подобраны по критерии для методики, перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой. Интраоперационно всем пациентам вводился АПОТ между слоями, укрывающими уретру. 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. Благодаря внедрению метода лечения гипоспадии с применением аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами, нами не получено ранних послеоперационных осложнений. Но необходимо дальнейшее наблюдение, для определения количества отдаленных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гипоспадия; аутологичная плазма обогащенная тромбоцитами; регенерация тканей, дети.

45. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПОСЛЕ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ

Ю.В. Петрухина^{1,2}, Л.Б. Меновщикова², С.Л. Коварский², А.И. Захаров¹, Т.А. Склярова¹, А.Л. Румянцев¹

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Подготовка к трансплантации почки включает в себя проведение разностороннего обследования пациента с ХБП и его вакцинации. Одной из важных задач уролога является проведение оценки функционального состояния мочевого пузыря, нарушение которого может приводить к снижению функции почечного трансплантата и неблагоприятному исходу.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения детей с ХБП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе ДГКБ им. Филатова Н.Ф. (урологическое отделение, дневной стационар, отделение гемодиализа, нефроурологический центр) наблюдаются и проходят лечение дети с ХБП, которым планируется проведение почечной трансплантации, и пациенты после выполненной трансплантации. При тщательном обследовании у ряда пациентов были выявлены нейрогенные дисфункции мочевого пузыря различной степени выраженности. Нарушения накопительной, эвакуаторной и адаптационной функций мочевого пузыря приводили к таким осложнениям как цистит, пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, пузырно-зависимым формам мегауретера и ухудшению функционального состояния почек и почечных трансплантатов.

Пошаговое лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в зависимости от формы и степени тяжести (фармакотерпия, физиолечение, периодическая катетеризация мочевого пузыря с ночным постоянным катетером, введение ботулинического токсина А в детрузор) позволило купировать инфекционные осложнения, нормализовать уродинамику и улучшить состояние верхних мочевых путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у пациентов с ХБП на этапе подготовки детей к трансплантации почки и после ее проведения позволило улучшить функциональное состояние почек и почечных трансплантатов.

ВЫВОДЫ. Своевременное выявление и коррекция нейрогенной дисфункции мочевого пузыря позволяет улучшить состояние верхних мочевых путей у детей с ХБП на этапе подготовки к трансплантации почки и в послеоперационном периоде.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трансплантация почки; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; ХБП; ботулинический токсин типа А.

46. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПНЕВМОВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ ОРИФИСУРЕТЕРОПЛАСТИКИ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ

Н.Р. Акрамов, Б.Р. Гимадеев

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

ВВЕДЕНИЕ. В детской урологической практике проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) сохраняет высокую актуальность. Данная патология, характеризующаяся обратным забросом мочи из мочевого пузыря в мочеточник, представляет значительную угрозу для здоровья детей ввиду высокого риска развития пиелонефрита и рефлюкс-нефропатии. Распространенность ПМР составляет около 1% в детской популяции, что диктует необходимость совершенствования подходов к лечению. Традиционные методы хирургической коррекции ПМР зачастую связаны с деструкцией уретерovesикального соустья, ключевого антирефлюксного механизма, что вызывает вопросы относительно их физиологической обоснованности. Альтернативой является орифисуретеропластика, направленная на реконструкцию слизистого клапана без повреждения уретерovesикального соустья.

ЦЕЛЬ. Целью настоящего исследования является демонстрация первоначального опыта применения пневмовезикоскопической орифисуретеропластики в лечении ПМР у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2023 по 2025 год была выполнена операция пациентам (возраст 1-18 лет) с ПМР II-V степени. В период с 2020 по 2025 год была выполнена операция 27 пациентам (возраст 1-18 лет) с ПМР II-V степени. Всего было выполнено 45 орифисуретеропластик. Оперативный доступ – пневмовезикоскопический. Оперативный доступ – пневмовезикоскопический. Предоперационное обследование включало микционную цистоуретерографию и УЗИ почек и мочевого пузыря. Реконструкция устья мочеточника осуществлялась путем формирования клапана из слизистой оболочки мочевого пузыря с использованием оригинальной формулы для расчета оптимального размера лоскута. Ушивание слизистой выполнялось непрерывным швом рассасывающимся материалом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила 80 минут. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось.

ВЫВОДЫ. Пневмовезикоскопическая орифисуретеропластика представляет собой физиологичный и анатомически обоснованный метод, потенциально улучшающий результаты лечения ПМР и снижающий риск осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: орифисуретеропластика; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; пневмовезикоскопия.

47. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

*С.А. Сарычев, М.В. Захарова, М.А. Кузнецова
ГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Наиболее часто пациентам с нейрогенными нарушениями мочеиспускания требуется проведение периодической катетеризации (ПК) и назначение антихолинергической терапии (АХТ). Основным фармакологическим средством АХТ в России является оксибутинин, доступный в виде препаратов «Дриптан» и «Новитропан». В случае низкой эффективности или возникновении нежелательных эффектов препаратов оксибутина необходимо корректировать тактику фармакотерапии.

ЦЕЛЬ. Изучить влияние различных М-холинолитиков на резервуарную функцию мочевого пузыря (МП) у детей с нейрогенным мочевым пузырем (НМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 40 пациентов с НМП, в возрасте от 2 до 16 лет (средний – 9 лет), 14 мальчиков и 26 девочек. Изначально 30 детям был назначен дриптан, 10 – новитропан. В дальнейшем 10 из этих детей получали солифенацин (везикар) по причине непереносимости (у 4) и низкой эффективности (у 6) оксибутина. В качестве показателей резервуарной функции были взяты: 1) дефицит емкости МП (Д-мп) определяемый, как отношение максимального объема МП к нормативному объему МП, вычисляемому по формуле (возраст \times 30 + 30) \times 100% 2) показатель максимального ВПД (P-max). У всех пациентов оценено изменение этих показателей не менее чем через 5 дней после начала приема препарата. Клинический результат оценивался по совокупности показателей, влияющих на удержание мочи, основным из которых являлся «сухой» период после ПК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 30 пациентов, принимающих дриптан, средний исходный Д-мп1 составил 55% и среднее P-max1 – 51 \pm 5 см вод. ст. На фоне АХТ средний Д-мп2 в этой группе составил 86%, P-max2 – 34 \pm 4 см вод. ст. Т.о. в среднем Д-мп уменьшился на 31%, а ВПД снизилось на 17 см вод. ст. Положительный клинический результат зафиксирован при этом у 20, сомнительный – у 10 пациентов. Нежелательные эффекты отмечены у 8 детей.

У 10 пациентов, принимающих новитропан, средний исходный Д-мп1 составил 67% и среднее P-max1 – 46 \pm 5 см вод. ст. На фоне АХТ оцениваемые параметры изменились до Д-мп2 96%, P-max2 – 36 \pm 6 см вод. ст. Т.о. в среднем Д-мп уменьшился на 29%, а ВПД снизилось на 10 см вод. ст. Положительный клинический результат зафиксирован при этом у 6, сомнительный – у 4 пациентов. Нежелательные эффекты отмечены у 2 детей.

10 детей получали везикар после отмены дриптана. Средний исходный Д-мп1 составил 53% и среднее P-max1 – 62 \pm 5 см вод. ст. На фоне АХТ оцениваемые параметры изменились до Д-мп2 64%, P-max2 – 49 \pm 11 см вод. ст. Т.о. в среднем Д-мп уменьшился на 11%, а ВПД снизилось на 13 см вод. ст. Положительный клинический результат зафиксирован при этом у 5, сомнительный – у 5 пациентов. Нежелательные эффекты не были отмечены.

ВЫВОДЫ. Клиническая эффективность АХТ зафиксирована у 63% детей с НМП. Изменения уродинамических показателей у детей с НМП на фоне препаратов оксибутина (дриптана и новитропана) сопоставимы. Дриптан показался чуть более эффективным, но и чуть более агрессивным препаратом в отношении частоты нежелательных эффектов. Прием солифенацина у детей, резистентных к оксибутину, оказался эффективным только в половине случаев, однако нежелательных эффектов при этом не отмечалось.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: антихолинергическая терапия; нейрогенный мочевой пузырь; дети; оксибутинин; солифенацин.

48. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ КОНКРЕМЕНТАХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*С.А. Сарычев, А.В. Емельяненко, А.И. Осипов, И.К. Бахров
ГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на современные возможности использования дистанционной ударно-волновой (ДУВЛ) и контактной нефролитотрипсии при конкрементах почек у детей, лечение таких пациентов в раннем возрасте представляет определенные сложности, обусловленные несоответствием размеров оборудования и ребенка. Ростовые показатели детей до 3 лет, узкий просвет мочеточника и мочеиспускательного канала с одной стороны, а низкая рентген-контрастность или высокая плотность, и большие (свыше 1 см) размеры камня с другой стороны, уменьшают эффективность ДУВЛ и затрудняют выполнение ретроградной интраренальной хирургии (РИРХ). Нередко же указанные обстоятельства приводят к технической невозможности проведения данных способов лечения МКБ. Само же понятие «большого камня» почки также требует корректировки у маленьких пациентов, т.к. при длине почки 6-7 см даже 5-6 миллиметровый конкремент занимает достаточно большое пространство в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС). В связи с вышесказанным, у детей раннего возраста основное значение при лечении камней почек приобретает перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ).

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности ПНЛТ у детей раннего возраста с конкрементами почек более 0,5 см.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2020 по 2024 гг. в отделении детской урологии СПбГПМУ производилось удаление конкрементов из почек методом ПНЛТ у 55 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет (средний возраст – 9 лет). Было пролечено 20 детей младше 3 лет и 35 – старше 3 лет. Во всех случаях использовался мининефроскоп «Карл Шторц», 12 Фг. Доступ в почку производился под ультразвуковой и рентгеноскопической навигацией. Для фрагментации конкрементов использовался гольмиевый лазер «Люменис», 50 Ватт. Извлечение мочекаменных фрагментов производилось с помощью гидролитэкстракции, нитиновых корзинок-ловушек и эндоскопических щипцов.

У 10 пациентов конкременты являлись коралловидными, у 14 – множественными, в последнем случае учитывался максимальный размер самого большого камня.

Размер конкрементов у пациентов старшей возрастной группы по данным МСКТ был равен 1 см (± 1 мм) у 11 детей, от 1 до 2 см у 14, и более 2 см у 10 пациентов. У пациентов младшей возрастной группы зафиксировано 8 камней от 6 до 10 мм, 8 – от 1 до 2 см, 4 – свыше 2 см.

Плотность камней по шкале Хаунсфилда колебалась от 500 до 1500 ЕД.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операций колебалось в пределах 40 – 165 минут, составило в среднем (от момента начала цистоскопии до наложения повязки) 105 минут у детей старше 3 лет, и 86 минут у детей младшей группы. Резидуальные конкременты более 3 мм зафиксированы по данным УЗИ и МСКТ в 5 случаях у младших пациентов и в 11 – у старших.

Дополнительные сеансы лечения МКБ потребовались 3 пациентам младшей группы и 8 – старшим. Перфорация полостной системы почки отмечалась в 8 случаях (3 и 5), клинически значимая макрогематурия – в 7 (3 и 4), повреждение брюшины у 1 ребенка младшей группы и обострение пиелонефрита – у 3 детей старшей группы.

ВЫВОДЫ. Мини-ПНЛТ у детей раннего возраста является эффективным и относительно безопасным методом удаления конкрементов почек любого размера, в т.ч. при коралловидных камнях и камнях менее 1 см. Результаты ПНЛТ в раннем возрасте сопоставимы с результатами такого же лечения пациентов старшего возраста, а время оперативного вмешательства – меньше. Применение дополнительных вмешательств по поводу резидуальных конкрементов требовалось лишь в некоторых исключительных случаях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети; камни почек; ранний возраст; нефролитотрипсия.

49. ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЕ ДРОБЛЕНИЕ КОНКРЕМЕНТОВ ДИВЕРТИКУЛОВ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

П.Н. Поляков, А.В. Бойко

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

ВВЕДЕНИЕ. Известным фактом является возможность конкрементов формироваться в дивертикулах почек у детей. Часть из этих конкрементов являются симптоматическими или приводят к изменениям в анализах мочи в виде гематурии и/или лейкоцитурии, что требует хирургического лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с конкрементами дивертикулов почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2020 по 2025 гг в нашей клинике было обследовано 15 детей с конкрементами дивертикулов почек. У 4 из них конкременты приводили к коликам, у 2 была выявлена микрогематурия, у 1 пациента в анализах мочи рецидивировала лейкоцитурия. У 8 детей конкременты носили бессимптомный характер и не приводили к изменениям в анализах мочи, им было предложено наблюдение. Среди пациентов преобладали девочки- 10 из 15. Чаще камнеобразование было выявлено в подростковом возрасте, средний возраст составил 13,6 лет. Всем была выполнена МСКТ с внутривенным контрастированием и отсроченными снимками, диаметр дивертикулов составлял от 17 до 5 мм, средний 7 мм. Размеры конкрементов по МСКТ

от 3 до 8 мм. В одном случае был визуализирован конкремент нижней группы чаш obtурировавший узкую шейку дивертикула чашечки, содержащего множественные камни. Среди пациентов с симптоматическими конкрементами всем была выполнена ревизия полостной системы почек с применением гибкого уретероскопа диаметром 9,5 и 9,3 Ch с применением мочеточникового кожуха 12/10 и 13/11 Ch после престентирования мочевыводящих путей. Одной пациентке выполнено дробление камня с применением мини-нефроскопа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате хирургического лечения у 3-х пациентов не удалось визуализировать вход в дивертикул и операция была завершена после ревизии. У 2-х пациентов от предложенного перкутанного дробления конкрементов родители отказались. У одной пациентки было выполнено перкутанное дробление камня дивертикула размером 12 мм в верхней группы чаш межреберным доступом. У 4 пациентов трансуретральным доступом было выполнено рассечение стенок дивертикула, которые в 2-х случаях были представлены тонкой мембраной и в 2-х случаях имели плотные стенки с узким сообщением. После рассечения дивертикулов было выполнено дробление конкрементов с применением тулиевого или гольмиевого лазера, которые во всех случаях были представлены множественными камнями. Во всех случаях кроме нефроскопии операция была завершена установкой мочеточникового стента. Осложнений в виде кровотечения во время операции не было. В послеоперационном периоде у одной пациентки на фоне особенности строения ЧЛС несмотря на установку стента был тяжелый пиелонефрит. Период наблюдения составляет от 6 мес до 5 лет, рецидивов камнеобразования в дивертикулах не выявлено.

ВЫВОДЫ. Конкременты дивертикулов почек у детей могут носить симптоматический характер и приводить изменениям в анализах мочи. Трансуретральный доступ с применением гибкого уретероскопа может быть успешен, однако не всегда позволяет обнаружить вход в дивертикул для дробления конкрементов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дивертикул почки; дети.

50. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБКОГО УРЕТЕРОСКОПА 7,5 CH ДЛЯ ДРОБЛЕНИЯ КАМНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ

П.Н. Поляков, А.В. Бойко

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

ВВЕДЕНИЕ. Одним из ограничивающих факторов в дроблении камней почек у детей младше 3-х лет является диаметр мочеточника. С появлением новых уретероскопов малого диаметра 7,5 Ch появляется возможность выполнять такие вмешательства с меньшим риском травмы и как следствие стриктуры мочеточника.

ЦЕЛЬ. Поделиться первым опытом применения уретероскопа диаметром 7,5 Ch у пациентов младше 3 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2024 и 2025 гг в нашей клинике 4 пациентам в возрасте от 1,5 лет до 2,5 лет были выполнены уретеронефроскопии по поводу камней почек. Во всех случаях кон-

кременты носили симптоматический характер, у пациентов отмечались инфекции мочевыводящих путей, у 1 пациента конкремент мигрировал в верхнюю треть мочеточника и вызвал почечную колику, у 1 ребенка отмечались интермиттирующие почечные колики и инфекции мочевыводящих путей. Размеры конкрементов составляли от 3-х мм до 9 мм. Всем на дооперационном этапе было выполнено престентирование на срок от 43 до 53 дней. Всем пациентам удалось установить мочеточниковый кожух Ch 10 до уровня пиело-уретерального сегмента. Дробление выполнено с применением тулиевого лазера и при возможности экстракцией фрагментов. В послеоперационном периоде всем пациентам был установлен наружный стент для отведения мочи, который был фиксирован к баллонному катетеру и удалены вместе без наркоза на 3 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность операции составила от 45 до 60 минут. Осложнений не отмечено. Существенных отличий в работе инструмента в сравнении с уретероскопами 9,5 и 9,3 Ch диаметром не отмечено. Хочется отметить отсутствие затруднений при установке мочеточникового кожуха диаметром 10 Ch. В завершении операции при ревизии мочеточника повреждения мочеточника первой степени по классификации O. Tgaxer выявлены у 3-х пациентов в области уретеро-везикального сегмента. Осложнений в виде пиелонефрита отмечено не было. Все пациенты не требовали дальнейшего пребывания в стационаре с 1-х суток после операции. SFR через 1 мес от дробления составил 100 процентов.

ВЫВОДЫ. Применение гибкого уретероскопа диаметром 7,5 Ch является перспективной методикой, которая позволяет с низким риском травмы мочеточника применять гибкую уретероскопию в дроблении конкрементов почек у пациентов до 3-х лет.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дети; уретероскопия; РИРХ.

51. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ ПОЧКИ

*Д.А. Гасанов, С.С. Терехин
ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина; Самара, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. С 1981 года стала активно применяться эндоскопическая коррекция ПМР с помощью синтетических уроимплантов. Предложенный метод лечения отличается малоинвазивностью и относительной технической простотой выполнения. С 2010 года в РФ появились первые работы, посвященные применению нового вещества синтетического происхождения полиалкоголь полиакрилат (Vantris). Актуальной проблемой применения "стойких" объемобразующих веществ стало развитие у части детей в послеоперационном периоде обструктивных осложнений, которые потребовали выполнения реимплантации мочеточника. Полное удвоение почки относительно частая аномалия развития МВС. Чаще, пузырьно – мочеточниковые рефлюкс диагностируется в нижний сегмент. Учитывая техническую сложность при выполнении реимплантации обоих мочеточников "единым блоком" при открытых методиках, эндоскопическая коррекция ПМР является хорошей альтернативой. В выборе метода введения уроимпланта

имеет значение цистоскопическая картина, которая позволяет оценить анатомию устьев и состояние слизистой оболочки мочевого пузыря.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты эндоскопического лечения пузырно – мочеточникового рефлюкса с использованием препарата Вантрис при полном удвоении почки у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2014 – 2024гг в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина прооперировано 42 пациента в возрасте от 8 месяцев до 14 лет с пузырно – мочеточниковым рефлюксом при полном удвоении почки. Девочек 55%, мальчиков 45%. Пациентам с 1 и 5 степенью рефлюкса эндопластика не проводилась. Односторонний ПМР выявлен у 71%, двусторонний ПМР у 29%. ПМР в нижний сегмент удвоенной почки выявлен у 75%, ПМР в обе половины удвоенной почки выявлен у 25%. В исследование были включены пациенты с первично выявленным ПМР, пациенты у которых ПМР развивался вторично (после реимплантации и рассечения уретероцеле) из исследования исключены. Использовались три методики введения уроимпланта – Sting, НИТ, 2НИТ. У 10% пациентов для лучшей визуализации устья нижнего сегмента выполнялась катетеризация устья верхнего сегмента. В 15% выполнялось введение уроимпланта под оба устья мочеточников, в 85% введение уроимпланта проводилось изолированно под устье нижней половины. Всем пациентам однократно вводилось не более 1,0 мл препарата (в среднем 0,3 – 0,6 мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде осложнений в виде аллергической реакции, дизурии зафиксировано не было. У 15% пациентов отмечалась гипертермия до фебрильных цифр, в течение первых послеоперационных суток. По результатам микционной цистографии выздоровление отмечалось у 86% (36 пациентов), рецидив ПМР выявлен у 14% (6 пациентов). Степень ПМР при рецидиве всегда была ниже исходной, что позволило выполнить повторную эндопластику до полного выздоровления у 4 пациентов. Реимплантация мочеточников (единым блоком) потребовалась 2 пациентам, после неуспешных двух эндопластик. Обструктивные осложнения отмечены не были.

ВЫВОДЫ.

1. Эффективность эндоскопического лечения ПМР при полном удвоении почки составила 86%.
2. Пузырно – мочеточниковый рефлюкс по нашим данным чаще регистрируется в нижний сегмент.
3. В ходе исследования не выявлены обструктивные осложнения при эндопластике, что может быть связано с анатомическими особенностями при полном удвоении почки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пузырно-мочеточниковый рефлюкс; полиалкоголь полиакрилат; рефлюкс-стеноз; эндопластика.

52. ЛЕЧЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

Н.Б. Киреева¹, Д.А. Мясников², Д.С. Стриженко²

¹ ННГУ, кафедра хирургических болезней; Нижний Новгород, Россия

² ДГКБ № 1; Нижний Новгород, Россия

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время для снижения частоты послеоперационных осложнений при проксимальных формах гипоспадии (ПГ) предпочтение отдается двухэтапной операции с использованием свободного лоскута крайней плоти или васкуляризованного, а при повторных операциях – слизистой щеки, губы.

ЦЕЛЬ. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов лечения (через 6 мес.-год) больных с ПГ при использовании двухэтапной методики операции: с использованием васкуляризованных и свободных кожных лоскутов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2019 по 2024 гг. в клинике ГБУЗ НО “ДГКБ №1” и ГБУЗ НО «НОДКБ» г.Нижнего Новгорода были оперированы 53 мальчика с ПГ в возрасте от года до 17л. (средний возраст 3г.). Лечение осуществляли в 2 этапа с интервалом не менее 6 мес. На первом этапе устраняли вентральную деформацию полового члена с иссечением рубцовых тканей, фиброзных тяжей. При необходимости использовали тест с «искусственной эрекцией» (Gittes – тест) для контроля остаточного искривления. Далее закрывали вентральную поверхность полового члена кожным лоскутом. Пациенты разделены на две группы. В 1-й группе (группа А) на первом этапе мальчикам выполняли кожную пластику васкуляризованным кожным лоскутом (29 пациентов – 55%). Во 2-й группе (группа В) детям проводили свободную кожную пластику – операцию Bracka препуциальным лоскутом после его обработки (в 24 случаях — 45%). Для отведения мочи устанавливали уретральные катетеры соответствующего диаметра 8 или 10 Ch. На втором этапе детям производили пластику уретры по Duplay, гланулопластику, одновременно осуществляли формирование наружного отверстия уретры на головке. Деривацию мочи во всех случаях выполняли путем пункционной цистостомии 8 или 10 Ch в течение 10 дней. Также использовали интубацию неоуретры полихлорвиниловым катетером соответствующего возрастного диаметра, который устанавливали интраоперационно 6 или 8 Ch.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленном послеоперационном периоде у детей 1-й группы наблюдали осложнения: у 3 мальчиков (6,9%) – стеноз неоуретры, у 2-х пациентов – формирование уретрального свища (6,9%). Во 2-й группе в 2-х случаях (8,3%) сформировались уретральные свищи. Показатели урофлоуметрии были выше у пациентов 2-й группы.

ВЫВОДЫ. Двухэтапная операция свободным кожным лоскутом внутреннего листка крайней плоти помогает создать широкую ровную уретральную площадку, что позволяет на втором этапе оперативного лечения снизить число осложнений в 2 раза, и избежать такого осложнения, как стеноз неоуретры.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: проксимальная гипоспадия; дети; уретропластика.

53. ДИНАМИКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

*Н.А. Дедюхин, С.Ю. Комарова, Н.А. Цап, П.Л. Основин, С.Г. Сысоев, А.А. Аржанников,
А.С. Горбунова, А.С. Жаксалыков*

*ГБУЗ СО ДГКБ № 9; Екатеринбург, Россия
ФГБОУ ВО УГМУ; Екатеринбург, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Травма почки составляет до 5% всех случаев травм. В литературе представлено недостаточно данных по ранним и отдаленным последствиям травмы почки.

Ранние осложнения развиваются в течение первого месяца после травмы, включают кровотечение, перинефральный абсцесс, сепсис, мочевые свищи, артериальную гипертензию, эктравазацию мочи и уриному. К отсроченным осложнениям относятся кровотечение, гидронефроз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия, артериовенозная фистула и псевдоаневризма. Позднее забрюшинное кровотечение является угрозой для жизни.

ЦЕЛЬ. Анализ лечебно-диагностической тактики при травматических повреждениях почки у детей и оценка отдаленных последствий перенесенной травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2019-2024 гг. экстренно пролечены 54 ребенка с изолированными (n=35;) и сочетанными (n=19;) повреждениями почки. Незначительно преобладали дети с I ст. повреждения почки – 16 (29,6%) травмированных, со II ст. было 6 (11,1%) детей, III ст. разрыва выявлена у 13 (24,1 %) пациентов, с IV ст. разрыва почки пролечены 14 (25,9%) детей, и V ст. повреждения в 5 (9,3%) случаях. Консервативная медикаментозная терапия была эффективна у 32 (59%) детей, а оперативное лечение выполнено в 22 (41%) случаев: нефрэктомии – 5 (9,3%), ушивание разрыва почки – 8 (14,8%), ревизия почки и дренирование забрюшинного пространства – 5 (9,3%), ретроградное стентирование почки – 4 (7,4%).

Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой под наблюдение хирурга или уролога поликлиники. В рекомендациях указано на необходимость проведения контрольного обследования в отсроченный период для отслеживания динамики выздоровления. На контрольный осмотр и обследование явились 9 (17%) детей в различные сроки после проведенного лечения: 1 (1,9%) ребенок через 2 месяца, по неотложным показаниям по причине формирования гематомпады мочевого пузыря, 5 (9,3%) пациентов через 1 год в плановом порядке, в сроки более 2х лет 3 человека (5,6%). Уточнение анатомо-функционального состояния поврежденной почки основано на физикальных, лабораторных и инструментальных методах.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем посттравматическом периоде у 1 (1,9%) ребенка развилась гематомпада мочевого пузыря, установлена по результатам проведенной компьютерной томографии, по неотложным показаниям выполнено: цистотомия. Ревизия мочевого пузыря. Удаление сгустков крови мочевого пузыря. Ретроградное стентирование правой почки. Обследование детей, перенесших оперативное лечение по поводу травмы почки (n=5; 22,7%), показало, что у 2 (40%) детей функция почки восстановилась полностью, однако доля травмированных детей (n=3; 60%) имеет снижение функции почки на более чем 50% от общего вклада. Среди пациентов получивших консервативную терапию только 4 (12,5%) ребенка выполнили указание на контрольное обследование. Хороший результат лечения установлен у 3 (33,3%) детей – полное восстановление функции поврежденного органа; у 1 (11,1%) отмечается формирование гематомпады мочевого пузыря. Дети с единственной почкой на контрольное обследование не явились.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Травма почки, осложнения, гематомпада, функция почки, результат.

54. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ФОНЕ АРМ И SPINA BIFIDA

*М.А. Хан, Л.Б. Меновицкова, З.З. Соттаева, С.Л. Коварский, Н.А. Лян, А.В. Львова
РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Москва, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Связь урогенитальных аномалий с аноректальными мальформациями и патологий люмбосакрального отдела позвоночника и наличием tethered cord крайне велика и может достигать 30-50% (А.Ренану). К сожалению, пациенты с АРМ в первую очередь попадают к детским хирургам и детские урологи, а тем более физиотерапевты, не всегда сразу привлекаются к диагностике сочетанной патологии, а в последующем – к реабилитационной программе, что в конечном итоге ухудшает функцию органов малого таза и качество жизни ребенка.

ЦЕЛЬ. Доказать необходимость комплексного дифференцированного подхода к реабилитации пациентов с нарушением функционального состояния органов малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На протяжении почти 30 лет на базе ГБУЗ «ДГКБ им.Н.Ф.Филатова ДЗМ» работает Центр медицинской реабилитации, который тесно сотрудничает со всеми отделениями больницы, в том числе и с урологическими отделениями – как стационарными, так и амбулаторными. Роль используемых физических факторов в процессе восстановительного лечения крайне велика как с позиции неинвазивности, высокой эффективности, так и с позиции профилактики антибиотикорезистентности – темы крайне актуальной в последнее десятилетие. Число физиотерапевтических процедур крайне велико, их арсенал постоянно пополняется использованием новых видов энергии. Однако, не всегда оправданное использование различных физических факторов, нередко приводит к их дискредитации. Поэтому нами был разработан диагностический протокол, основанный на использовании современных диагностических методов как резервуарной, так и эвакуаторной функции мочевого пузыря и прямой кишки, включающей не только КУДИ, но и высокочувствительную аноректальную манометрию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Как показывают результаты проведенных обследований наиболее частыми вариантами нарушения функции тазовых органов является нарушение их эвакуаторной функции, как правило обусловленные детрузорно-сфинктерной и ректо-анальной диссинергией, что требует комплексного подхода к реабилитации, включающего и современные методы тиббиальной нейромодуляции, ЭМС, поляризованного света.

ВЫВОДЫ. Использование объективных диагностических методов позволяет дифференцированно подойти к формированию физиотерапевтических программ реабилитации больных с нарушением функции органов малого таза и улучшить качество жизни ребенка.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аноректальные мальформации; нарушение функции органов малого таза; физиотерапия в урологии и проктологии.

55. НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Д.А. Мясников¹, Д.С. Стриженок¹, Н.Б. Киреева²

¹ДГКБ № 1; Нижний Новгород, Россия

²ННГУ, кафедра хирургических болезней; Нижний Новгород, Россия

ВВЕДЕНИЕ. В последние годы золотым стандартом оперативного лечения гидронефроза у детей является лапароскопическая пиелопластика (ЛП), пришедшая на смену открытой операции Хайнса-Андерсена. В связи с высокой длительностью эндоскопической операции, ее сложностью продолжается поиск новых технических элементов для упрощения методики.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения за счет сокращения времени операции и упрощения ее техники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике ДГКБ №1 г.Нижнего Новгорода в последние 5 лет применяется лапароскопическая пиелопластика в модификации Ricardo Gonzalez с использованием одной нити для наложения непрерывного шва на обе губы анастомоза. Мы усовершенствовали эту методику с использованием одной монофиламентной нити с иглой 13 мм, которую проводили транскутанно через переднюю брюшную стенку и ею начинали шить сверху вниз заднюю губу анастомоза с формированием первого узла по типу «захватного». Таким образом, это позволило нам отказаться от «держалок» и ограничиться одним интракорпоральным узлом. На базе хирургического отделения нашей клиники с 2019 по 2024 гг. проходили лечение 36 детей с первично диагностированным гидронефрозом. По предложенной модификации выполнена 31 ЛП у 30 детей, из них у 23 (77 %) мальчиков и 7 (23 %) девочек. Возраст детей варьировал от 2 мес. до 14 л., в среднем 3,5 года; из них 20 детей грудного возраста. Продолжительность операции составила в среднем 90 мин., что было на 20-30 мин. меньше ЛП по Хайнсу-Андерсену ($p < 0,05$). Конверсии не потребовалось ни в одном случае. Все операции выполнены с использованием стента внутреннего дренирования, который устанавливали интраоперационно антеградно. Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре составила 6 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения раннего послеоперационного периода составили 16% (мочевой затек у 2 детей, обострение пиелонефрита у 3, миграция стента у 1). В отдаленном послеоперационном периоде через год у всех детей была выраженная положительная динамика в виде уменьшения размеров коллекторной системы почки, роста паренхимы по данным УЗИ, своевременной эвакуации контрастного вещества по данным внутривенной урографии.

ВЫВОДЫ. Таким образом, применение лапароскопической пиелопластики в усовершенствованной модификации Ricardo Gonzalez позволило нам сократить время оперативного вмешательства, упростить технику операции, сформировать широкий анастомоз, уменьшить число осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гидронефроз; дети; пиелопластика.

56. ДИРОФИЛЯРИОЗ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Д.А. Гасанов¹, С.С. Терехин¹, Е.Г. Мелкумова¹, Д.В. Ким²

¹ ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»; Самара, Россия

² ГБУЗ РДКБ; Уфа, Россия

ВВЕДЕНИЕ. В детской урологии проблема паразитарных инвазий за последние 10 лет стала более актуальной. Локализация паразитов в наружных половых органах считается крайне редкой и описана недостаточно. Имеются единичные клинические случаи в разных клиниках страны, посвященные редким зоонозам с локализацией и мошонке и половом члене, особенно за пределами основного ареала распространения зооноза.

ЦЕЛЬ. Обеспечить настороженность врачей разного профиля о возможном заражении дирофиляриозом за пределами основного ареала распространения зооноза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2008 – 2024гг в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина находились на стационарном лечении 2 пациента 9 и 10 лет с диагнозом Дирофиляриоз мошонки. Пациенты поступили в клинику с жалобами на пальпируемую опухоль в правой половине мошонки в области верхнего полюса яичка, умеренную болезненность при пальпации. Из анамнеза известно, что пациенты никогда не выезжали за пределы Самарской области. По данным ультразвукового исследования, подкожно над верхним полюсом яичка визуализируется округлое образование, неоднородной консистенции, без выраженной капсулы, с кровотоком при ЦДК, отграниченное от яичка и придатка.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Оба пациента прооперированы в объеме ревизии мошонки. При операции выделено кистозное образование, не спаяное с окружающими тканями. При ревизии образования обнаружен круглый червь, длиной до 18 см. При паразитологическом исследовании препарата гельминт идентифицирован как фрагмент *Dirophilaria repens*. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение инфекциониста. При оценки отдаленных результатов через 3 и 5 лет – оба пациента здоровы.

ВЫВОДЫ. Рост заболеваемости дирофиляриозом за пределами основного ареала распространения зооноза диктует необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на информирование врачей разных специальностей региона о возможности заболевания дирофиляриозом, в том числе с локализацией в наружных половых органах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дирофиляриоз; мошонка; киста.

57. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

А.Е. Пигарева, Ю.В. Баранов, О.Ю. Полляк

ГБУЗ СО ОДКБ; Екатеринбург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Причинами развития нефролитиаза при первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ) является повышенная резорбция кальция из кости, повышение кальция и фосфора в крови на фоне повышения уровня паратгормона, что приводит к гиперкальциемии и гиперфосфатемии. ПГПТ – эндокринное заболевание, характеризующееся избыточной секрецией паратиреоидного гормона, является редким заболеванием в детском возрасте с распространенностью 2-5 случая на 100000 детского населения, в 80-85% случаев обусловлен аденомой паращитовидной железы.

ЦЕЛЬ. Доложить этапы диагностики и лечения пациента с мочекаменной болезнью на фоне ПГПТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациент 10 лет, на фоне болевого синдрома госпитализирован в неотложном порядке в детское урологическое отделение детской городской больницы, диагностирован конкремент пиелoureтерального сегмента справа 8*5*4 мм, плотностью 734 Нц, конкремент нижней группы чашечек правой почки 2*5 мм, плотностью 130 Нц. Выполнено ретроградное стентирование верхних мочевых путей (ВМП) справа. Через 2 месяца выполнена контрольная компьютерная томография (КТ) – сохраняется конкремент верхней трети правого мочеточника 8*5 мм, в нижней группе чашечек правой почки три конкремента 2*3 мм. Выполнена контактная лазерная уретеролитотрипсия справа, стентирование ВМП справа, выписан на амбулаторный этап. Через 14 дней выполнен контроль КТ – конкремент верхней трети правого мочеточника 9*4*7 мм, плотностью 980 Нц, выполнена ретроградная гибкая лазерная литотрипсия справа, стентирование ВМП справа, выписан на амбулаторный этап. Через месяц выполнено удаление стента ВМП справа, по данным контрольного обследования (УЗИ) определяется конкремент верхней трети правого мочеточника до 4 мм. На всех этапах лечения литолитическая терапия не проводилась. По данным биохимических показателей сыворотки крови не оценивался кальций и фосфор. Химический состав конкремента представлен: 40% веделлит и 60% брусит. В последующие шесть месяцев ребенок наблюдается амбулаторно. По данным УЗИ почек определяются конкременты нижней группы чашечек, суточная оксалатурия 136,92 мг/сут. На фоне ОРВИ ребенок переносит острую пневмонию, после полученной легкой травмы – перелом костей голени, после чего общее состояние пациента ухудшается, госпитализируется в неотложном порядке с многократной рвотой и сопорозным состоянием в инфекционный стационар, где впервые выявлена гиперкальциемия, уровень ионизированного кальция составлял 4,5 ммоль/л (N=1,0-1,3). Учитывая выраженные электролитные нарушения ребенок госпитализирован в реанимационное отделение, далее перегоспитализирован в ФГБОУВО «СПГУ» Клинику высоких технологий имени Н.И.Пирогова. По данным КТ шеи определяется образование правой паращитовидной железы 1,2*1,1*1,0 см, по данным КТ брюшной полости – в чашечках нижней группы правой почки конкремент 5*3 мм плотностью 550 Нц, в чашечках средней группы левой почки единичные микролиты до 2 мм. Проведена операция: Удаление образования правой нижней паращитовидной железы, назначена терапия – витамин Д, на фоне проведенного лечения нормализовался уровень кальция в крови, паратгормона. При гистологическом исследовании послеоперационного материала верифицирована аденома с повышенной митотической активностью. При про-

ведении контрольной КТ забрюшинного пространства через 3 месяца – в нижней группе чашечек правой почки определяется микролит до 1 мм, плотностью 42 Нв.

ВЫВОДЫ. Клинический случай демонстрирует важность комплексной оценки лабораторных показателей для поиска причины возникновения рецидивирующего нефролитиаза. Соблюдение патогенетически обоснованного подхода к выбору лечебной тактики при нефролитиазе на фоне эндокринного заболевания позволит исключить неоднократные оперативные вмешательства на мочевых путях, добиться стойкой ремиссии при адекватной терапии основного заболевания. Обязательное исследование уровня кальция в крови исключит развитие гиперкальциемического криза и возможного летального исхода пациента с тяжелой эндокринной патологией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дети; первичный гиперпаратиреоз.

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

*В.Ю. Сальников, И.И. Измайлов
ГУЗ УОДКБ; Ульяновск, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Встречаемость патологического сужения крайней плоти, требующего оперативного лечения, в детской популяции, остается высокой. При этом сочетание фимоза с клинической картиной скрытого полового члена (buried penis) является частой хирургической находкой. Выполнение типичной циркумцизии в таком случае приводит к дефициту тканей и ятрогенному рубцовому укорочению пениса, либо повторной стриктурной рубцовой деформации препуциальной ткани (trapped penis), в случае «экономной» циркумцизии. Предлагаемые хирургические способы решения проблемы разнообразны. Нам представляется целесообразным применение фиксирующей контурной пластики полового члена, позволяющей одновременно устранить как сужение крайней плоти, так и дефицит длины полового члена с хорошим косметическим результатом.

ЦЕЛЬ. Усовершенствовать технику фиксирующей контурной пластики полового члена для унификации этапов операции и достижения наилучших косметических результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2023-2024 годы по поводу рассматриваемой сочетанной патологии полового члена выполнено 48 операций пациентам в возрасте от трех до пятнадцати лет. Обязательными этапами операции являлись: 1) интубация уретры катетером; 2) фиксация головки полового члена нитью держалкой; 3) разметка кожных ориентиров для последующей фиксации; 4) предварительное продольное рассечение суженной части препуция; 5) полный «дегловинг» полового члена до уровня поддерживающей связки без ее пересечения; 6) дорзальная фиксация основания кожного «футляра» к белочной оболочке пениса двумя сквозными швами; 7) экономное иссечение излишков крайней плоти; 8) ненатяжное

восстановление кожного покрова пениса с ликвидацией вентрального дефицита за счет перемещенных дорзальных лоскутов; 9) компрессионная повязка и «шинирование» пениса фиксированным уретральным катетером на шесть дней. Среднее время операции 30 минут. Получаемые результаты хирургического лечения (критерии эффективности): 1) анатомический контур ствола полового члена в пропорции к диаметру головки не менее 2:1 у пациентов раннего возраста и в пропорции 3:1 у пациентов школьного возраста; 2) полностью открытая головка пениса. Срок наблюдения 1 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результат лечения достигнут в полном объеме у 44 пациентов. У четырех пациентов (8 % случаев) имеющих высокий индекс массы тела в пределах третьего месяца после операции отмечен «обрыв» фиксирующих лигатур с частичным погружением пениса в мягкие ткани, но без погружения самой головки пениса. Все родители оценили достигнутый косметический результат как удовлетворительный.

ВЫВОДЫ. Предлагаемый хирургический метод лечения данной сочетанной патологии полового члена позволяет эффективно корректировать анатомическую аномалию, достигая хорошего косметического результата. В предлагаемой модификации метод легко воспроизводим хирургом и при соблюдении технологии не приводит к интраоперационным осложнениям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фимоз, скрытый половой член, контурная пластика полового члена.

59. ЛИТОКИНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

*И.А. Кяримов, С.Н. Зоркин, О.М. Конова, А.Т. Галузинская, Е.В. Сахарова,
Д.С. Шахновский*
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Современный комплексный подход к ведению пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) характеризуется многообразием хирургических техник, однако они не всегда позволяют одномоментно добиться полного устранения конкремента и его фрагментов из мочевой системы. С целью достижения «полного освобождения от камней» («stone free rate») активно ведутся поиски методов ускорения отхождения фрагментов конкрементов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ). Особое внимание уделяется разработке и внедрению литокинетической терапии в педиатрии, где данные о применении медикаментозно-экспульсивной терапии ограничены. Последние исследования показывают, что

миотропные спазмолитики способствуют более быстрому и успешному выведению камней у детей с минимальными побочными эффектами. Также до настоящего времени не проводилось исследований по применению физиотерапевтических методов в лечении мочекаменной болезни у детей. Применение поляризованного света после ДУВЛ обладает спазмолитическим и стимулирующим эффектами, направленными на выведение фрагментов камней.

ЦЕЛЬ. Проведено проспективное исследование с целью оценить эффективность и безопасность применения селективных альфа-1-адреноблокаторов (Тамсулозин, Силодозин) и физиотерапевтических методов воздействия после ДУВЛ у детей с уролитиазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 90 пациента в возрасте от 3 до 17 лет (M=12,2 лет). I группа-контроля (n=29) получала традиционную терапию после сеанса ДЛТ. II группе пациентов (n=29) проведены сеансы поляризованного света с использованием аппарата «Биотрон-ПРО» на область почки, мочеточника и мочевого пузыря также на протяжении 7 послеоперационных суток. III группа пациентов (n=32) получала альфа-1-адреноблокаторы (Тамсулози – n=7, Силодозин n=25) на протяжении 7 послеоперационных суток. В послеоперационном периоде проводилась оценка побочных эффектов от применения препаратов, физиотерапии, время выведения фрагментов конкрементов. Болевой синдром оценивался по валидированным шкалам. Осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Успешность проведенного лечения составила в I группе – 44,8% (n=13), II группе – 44,8% (n=7,3), III группе – 81,2% (n=26). Наблюдения показали, что частота полного освобождения почки от фрагментов конкрементов на 7 сутки в I группе составила 44,8% (n=13), во II группе – 79,3% (n=33), в III группе – 75% (n=24).

В I группе уровень болевого синдрома зафиксирован у 20 детей (39%), требующий обезболивания в послеоперационном периоде; во II группе у 4 детей (13,8%); в III группе у 16 детей (50%) – 2-5 баллов на 1 послеоперационные сутки.

В послеоперационном периоде у 4 пациентов образовалась «каменная дорожка» (3 пациента из I группы и 1 из III группы), что потребовало проведения уретеролитоэкстракции (IIIb класс осложнений) с положительным результатом лечения. Нежелательные явления от применения уроселективных альфа-1-адреноблокаторов наблюдались только в подгруппе Силодозина: 7 случаев заложенности носа, появляющиеся на 2-3 сутки от начала приема препарата.

ВЫВОДЫ. Использование поляризованного света позволяет повысить эффективность лечения за счет комплексного физиотерапевтического воздействия, обеспечивающего анальгетический, противовоспалительный и спазмолитический эффекты. Применение уроселективных альфа-1-адреноблокаторов обеспечивает высокую скорость отхождения фрагментов конкрементов и демонстрирует хороший профиль безопасности. Необходимы дальнейшие исследования и стандартизированные рекомендации для полной интеграции ЛКТ в лечение мочекаменной болезни у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дети; уролитиаз; альфа-1-адреноблокаторы; физиотерапия.

60. КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

А.Б. Вардак, Л.Д. Арустамов, Ю.Э. Рудин, 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» МЗ РФ; Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Контактная нефролитотрипсия современный малоинвазивный вид операции при лечении мочекаменной болезни у детей, которая подразделяется на лазерную, пневматическую и ультразвуковую литотрипсию.

ЦЕЛЬ. Повышение эффективности перкутанной нефролитотрипсии детям с использованием различного вида контактных литотриптеров

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В детском уроandroлогическом отделении ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России с 2008 по 2024 год данное вмешательство выполнена 502 детям в возрасте от 1 до 17-ти лет. В зависимости от размера применяемого инструментария и вида контактной литотрипсии пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли дети, которым оперативное вмешательство выполнялось по методике мини-ПНЛ 15-16Ch (n-322), во вторую группу вошли пациенты, оперированные по методике ультрамини-ПНЛ12Ch (n-20) и в третью вошли дети, перкутанное вмешательство которым, проходило с использованием нефроскопа стандартного размера 24Ch (n-160).

Оперативное лечение 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 конкрементов, в первой исследуемой группе, непосредственно после первичного вмешательства достигнуто у 258 (80,2%) пациентов детского возраста. Во второй группе показатель составил 18 (90%) детей и в третьей группе избавление от конкрементов было достигнуто у 126 (78,7%) пациентов. В группе детей, прооперированных с помощью мини-ПНЛ в 44,5% (143 ребенка) использовался лазерный литотриптер, в 50,9% (164 ребенка) пневматический и в 4,6% (15 детей) ультразвуковой литотриптеры. В группе с применением ультрамини-ПНЛ в 100% использовался лазерный литотриптер. В третьей группе с нефроскопом стандартного размера в 20% (32 ребенка) применялась лазерная литотрипсия, в 23,1% (37 детей) пневматический и в 56,9% (91 ребенок) ультразвуковой литотриптер.

ВЫВОДЫ. Выбор контактного литотриптера ограничивается размером используемого инструментария, плотностью и химическим составом конкремента. При выполнении ультрамини- ПНЛ (диаметр тубуса 12 Сн), из-за малого размера рабочего канала инструмента, возможно использование только лазерного контактного литотриптера. Применение ультразвукового литотрипстера через канал мини-нефроскопа весьма затруднительно, из-за частой обтурации аспирационного канала санатрода литотриптера мелкими фрагментами конкре-

мента на этапе выполнения литолапаксии. Плотные конкременты, 1200 НУ и выше, целесообразно разрушать используя пневматическую и лазерную контактную литотрипсию. Цистиновые и ксантиновые конкременты целесообразно, ввиду «замазкообразной» структуры, разрушать с помощью пневматического литотриптера.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мочекаменная болезнь; дети; перкутанная нефролитотрипсия; контактная литотрипсия.

61. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБКОГО УРЕТЕРОСКОПА 7,5 Сн ДЛЯ ДРОБЛЕНИЯ КАМНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ

П.Н. Поляков, А.В. Бойко, И.Р. Ягафаров

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

ВВЕДЕНИЕ. Одним из ограничивающих факторов в дроблении камней почек у детей младше 3-х лет является диаметр мочеточника. С появлением новых уретероскопов малого диаметра 7,5 Сн появляется возможность выполнять такие вмешательства с меньшим риском травмы и как следствие стриктуры мочеточника.

ЦЕЛЬ. Поделись первым опытом применения уретероскопа диаметром 7,5 Сн у пациентов младше 3 лет.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность операции составила от 45 до 60 минут. Осложнений не отмечено. Существенных отличий в работе инструмента в сравнении с уретероскопами 9,5 и 9,3 Сн диаметром не отмечено. Хочется отметить отсутствие затруднений при установке мочеточникового кожуха диаметром 10 Сн. В завершении операции при ревизии мочеточника повреждения мочеточника первой степени по классификации О. Трахер выявлены у 3-х пациентов в области уретеро-везикального сегмента. Осложнений в виде пиелонефрита отмечено не было. Все пациенты не требовали дальнейшего пребывания в стационаре с 1-х суток после операции.

ВЫВОДЫ. Применение гибкого уретероскопа диаметром 7,5 Сн является перспективной

методикой, которая позволяет с низким риском травмы мочеточника применять гибкую уретероскопию в дроблении конкрементов почек у пациентов до 3-х лет.

62. ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЕ ДРОБЛЕНИЕ КОНКРЕМЕНТОВ ДИВЕРТИКУЛОВ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

П.Н. Поляков, А.В. Бойко, И.Р. Ягафаров

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

ВВЕДЕНИЕ. Известным фактом является возможность конкрементов формироваться в дивертикулах почек у детей. Часть из этих конкрементов являются симптоматическими или приводят к изменениям в анализах мочи в виде гематурии и/или лейкоцитурии, что требует хирургического лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с конкрементами дивертикулов почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2020 по 2025 гг в нашей клинике было обследовано 15 детей с конкрементами дивертикулов почек. У 4 из них конкременты приводили к коликам, у 2 была выявлена микрогематурия, у 1 пациента в анализах мочи рецидивировала лейкоцитурия. У 8 детей конкременты носили бессимптомный характер и не приводили к изменениям в анализах мочи, им было предложено наблюдение. Среди пациентов преобладали девочки - 10 из 15. Чаще камнеобразование было выявлено в подростковом возрасте, средний возраст составил 13,6 лет. Всем была выполнена МСКТ с внутривенным контрастированием и отсроченными снимками, диаметр дивертикулов составлял от 17 до 5 мм, средний 7 мм. Размеры конкрементов по МСКТ от 3 до 8 мм. В одном случае был визуализирован конкремент нижней группы чаш обтурировавший узкую шейку дивертикула чашечки, содержащего множественные камни. Среди пациентов с симптоматическими конкрементами всем была выполнена ревизия полостной системы почек с применением гибкого уретероскопа диаметром 9,5 и 9,3 Сh с применением мочеточникового кожуха 12/10 и 13/11 Сh после престентирования мочевыводящих путей. Одной пациентке выполнено дробление камня с применением мини-нефроскопа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате хирургического лечения у 3-х пациентов не удалось визуализировать вход в дивертикул и операция была завершена после ревизии. У 2-х пациентов от предложенного перкутанного дробления конкрементов родители отказались. У одной пациентки было выполнено перкутанное дробление камня дивертикула размером 12 мм в верхней группы чаш межреберным доступом. У 4 пациентов трансуретральным доступом было выполнено рассечение стенок дивертикула, которые в 2-х случаях были представлены тонкой мембраной и в 2-х случаях имели плотные стенки с узким сообщением. После рассечения дивертикулов было выполнено дробление конкрементов с применением тулиевого или голь-

миевого лазера, которые во всех случаях были представлены множественными камнями. Во всех случаях кроме нефроскопии операция была завершена установкой мочеточникового стента. Осложнений в виде кровотечения во время операции не было. В послеоперационном периоде у одной пациентки на фоне особенности строения ЧЛС несмотря на установку стента был тяжелый пиелонефрит. Период наблюдения составляет от 6 мес до 5 лет, рецидивов камнеобразования в дивертикулах не выявлено.

ВЫВОДЫ. Конкременты дивертикулов почек у детей могут носить симптоматический характер и приводить к изменениям в анализах мочи. Трансуретральный доступ с применением гибкого уретероскопа может быть успешен, однако не всегда позволяет обнаружить вход в дивертикул для дробления конкрементов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопический уретерокаликостомоз, операция Neuwirt, гидронефроз, дисплазия почки.

63. СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАСТИКИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Н.Р. Акрамов^{1,3,4}, А.К. Закиров^{1,2,3,4}, Э.И. Хаертдинов³

¹КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; Казань, Россия

²ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Казань, Россия

³ГАУЗ ДРКБ Минздрава РТ; Казань, Россия

⁴ООО Дион медикал групп «Миллениум клиник»; Казань, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Полная первичная пластика экстрофии мочевого пузыря (Complete primary repair of exstrophy) была разработана как метод, позволяющий сократить количество операций у данной группы пациентов. Данная методика применяется с 1989 года в качестве альтернативы поэтапной реконструктивной пластики. По данным публикаций объединение этапов позволяет не только сократить количество операций, но и улучшить результаты континенции мочи в связи с меньшим повреждением тканей во время каждого этапа. Сложность лечения обусловлена различной степенью тяжести порока: лонного диастаза, размерами площадки мочевого пузыря, изменения слизистой мочевого пузыря, дисплазией тканей малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения ребенка мужского пола с экстрофией мочевого пузыря. Патология выявлена после рождения. Антенатально изменения характерные для экстрофии мочевого пузыря по результатам УЗИ не отмечались. Наследственность не отягощена. Вредные привычки у обоих родителей – табакокурение. Течение беременности – 1 триместр угроза прерывания, 2 триместр – ОРВИ с повышением температуры тела до 39 С, 3 триместр – анемия 1 степени. При рождении масса ребенка 3150 грамм. Диастаз лобковых костей составил 38 мм, ширина площадки мочевого пузыря 50 мм. Хирургическое вмешательство проведено на 3 день жизни: «Двухсторонняя кортикальная задняя остеотомия подвздошных костей. Цистосфинктероретропластика по Young-Dees. Сведение лобковых костей. Операция Kelly. Пластика передней брюшной стенки со сведением прямых мышц живота».

Хирургическое вмешательство завершено пластикой мягких тканей. Послеоперационная рана апплицирована цианакрилатным клеем. Нижние конечности фиксированы эластичным бинтом в виде «хвоста русалки» с небольшим сгибанием в тазобедренных и коленных суставах. Учитывая малый размер мочевого пузыря, наличие гипертрофических выростов слизистой реимплантация мочеточников не выполнена. Мочеточники были дренированы мочеточниковыми катетерами для снижения риска инфицирования верхних мочевых путей. Наружное отверстие уретры было сформировано у основания полового члена на вентральной поверхности.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный период протекал без осложнений. Мочеточниковые катетеры и трансуретральный катетер удалены через 4 недели. Заживление ран мягких тканей передней брюшной стенки и промежности прошло без осложнений. Иммобилизация нижних конечностей повязками проводилась 1 месяц. После удаления трансуретрального катетера мочеиспускание струей, порциями 10-18 мл. По данным контрольной рентгенографии лобковые кости сведены, асимметрии костей таза не выявлено. Диастаз лобковых костей 5 мм. Благодаря восстановлению тазового кольца удалось добиться хороших результатов при пластике полового члена. Длина полового члена составила 28 мм. В дальнейшем планируется КТ костей таза, этапная коррекция гипоспадии по методике Bracka.

ВЫВОДЫ. Лечение детей с экстрофией мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования. Использование одноэтапных методик закрытия дефекта мочевого пузыря с пластикой шейки мочевого пузыря позволяет уменьшить травматизацию мягких тканей промежности и шейки мочевого пузыря, сократить количество операций и улучшить континенцию мочи. Применение остеотомии костей таза в различных вариантах позволяет добиться лучших результатов лечения. Изучение результатов диагностики и коррекции пациентов этой группы позволит улучшить алгоритмы лечения детей с тяжелым пороком развития мочевыделительной системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстрофия мочевого пузыря; остеотомия; пластика шейки мочевого пузыря.

64. 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ОДНОЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ГЕНИТОПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Н.Р. Акрамов^{1,3,4}, А.К. Закиров^{1,2,3,4}

¹ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; Казань, Россия

² ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Казань, Россия

³ ГАУЗ ДРКБ Минздрава РТ; Казань, Россия

⁴ ООО Дион медикал групп «Миллениум клиник»; Казань, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Последнее десятилетие ознаменовалось определенным затишьем в плане развития хирургической техники при коррекции вирилизации гениталий у девочек с врожден-

ной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН). Преимущественно используются несколько методик с одноэтапным подходом. По-прежнему существуют противники ранних коррекций, предлагающие мораторий на операции до возраста осознанного согласия.

Целью нашего исследования было провести анализ результатов 15-ти летнего опыта одноэтапной феминизирующей генитопластики у девочек разного возраста с ВДКН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были проанализированы случаи лечения 127 девочек, прошедших лечение в период с 2008 по 2024 гг. с диагнозом «Нарушение формирования пола (НФП) 46 XX, ВДКН» различной степени вирилизации. По шкале Прадера II стадия была отмечена у 3 (2,36%) пациентов, III – 100 (78,74%), IV – у 22 (17,32%) и V – 2 (1,58%). Феминизирующая операция была выполнена в возрасте до 1 года у 17 (13,39%), в возрасте от 2 до 3 лет – у 72 (56,69%), в возрасте от 3 до 7 лет – у 27 (21,26%) пациентов, в возрасте от 8 до 12 лет – у 9 (7,08%) пациентов, а в возрасте от 13 до 17 лет – у 2 (1,58%) пациентов. В анализ были включены пациенты прошедшие одноэтапную феминизирующую генитопластику. Основная техника операции заключалась в уменьшении травматичности и сохранении чувствительности клитора (сохранение дорсального сосудисто-нервного пучка и вентрального спонгиозного тела мочеиспускательного канала без отделения его от головки клитора). Предотвращение стенозирования влагалища строилось на принципе формирования интроитуса с помощью синусоидального анастомоза тканей влагалища, синуса и кожи промежности, и создание косметически удовлетворительного внешнего вида женских половых органов. Средний срок наблюдения составили от 6 месяцев до 15 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения наблюдались в 14 (11,02%) случаях в виде: кишечно-влагалищного свища (1), уретрально-влагалищного свища (3), стенозирование (сужение) входа во влагалище (5), расхождение шва малой половой губы (5). В большинстве случаев проводилась консервативная терапия. В 9 (7,08%) случаях потребовалось повторное хирургическое вмешательство для устранения причины.

ВЫВОДЫ. Учитывая результаты проведенного анализа, мы считаем, что ранняя одномоментная феминизирующая генитопластика приводит к благоприятному исходу, положительно влияя на физическое здоровье, психологическое благополучие и социальное развитие пострадавших детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: феминизирующая генитопластика; ВДКН.

65. ПРИКРЫТАЯ ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

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

ВВЕДЕНИЕ. Классическая экстрофия мочевого пузыря — редкая аномалия, встречающаяся в соотношении 1:30 000 – 1:50 000 новорожденных. Помимо псевдоэкстрофии (верхней пу-

зырной щели/верхнего расщепления пузыря) описана прикрытая экстрофия мочевого пузыря, которая является редким вариантом комплекса экстрофии – эписпадии, встречается в 10 раз реже (1:300 000). Пациенты с прикрытой экстрофией можно считать классической экстрофией со всеми сопутствующими для данной аномалии дефектами опорно-двигательного аппарата, но без значительного дефекта мочевыводящих путей, с мочевым пузырем, который закрыт и покрыт только тонкой, часто полупрозрачной кожной оболочкой без мышц или фасциальным слоем. Данные редкие больные могут быть недооценены с точки зрения величины дефекта при первичном выявлении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 1996 по 2024г. оперировано 329 детей с экстрофией мочевого пузыря. Из них 221 мальчик и 97 девочек. При этом прикрытая экстрофия мочевого пузыря диагностирована у 3 пациентов (0,9%), две девочки и один мальчик. Особенностью прикрытой экстрофии мочевого пузыря, являлась поздняя диагностика заболевания, в связи с чем пациентам проводилось лечение в более старшем возрасте (5-10 лет). На дооперационном этапе проводилось стандартное урологическое обследование. Агенезия левой почки у выявлена у мальчика блет. Объем мочевого пузыря составлял 100-150 мл. Частичное недержание мочи имелось у всех детей.

Оперативное лечение детей с прикрытой экстрофией выполнялось с соблюдением основных принципов лечения детей с классической экстрофией мочевого пузыря и включало в себя: мобилизация мочевого пузыря от лонных костей, формирование шейки мочевого пузыря, реимплантация мочеточников, двусторонняя подвздошная остеотомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех пациентов с прикрытой экстрофией мочевого пузыря удалось добиться хорошего удержания мочи, дети сухие от 1 до 2 часов, с учетом исходной емкости мочевого пузыря.

ВЫВОДЫ. Варианты экстрофии мочевого пузыря встречаются чрезвычайно редко. В случае прикрытой экстрофии мочевого пузыря наблюдаются классические дефекты опорно-двигательного аппарата (диастаз костей лона и расхождение прямых мышц живота), часто с низко посаженным пупком. Как показали наши наблюдения вариант прикрытой экстрофии мочевого пузыря может быть диагностирован в позднем возрасте, что приводит к более позднему началу лечения порока развития, и как следствие, риску осложнений, связанных с необходимостью выполнения остеотомии.

Важным, в лечении детей с прикрытой экстрофией мочевого пузыря, является соблюдение принципов коррекции классической экстрофии. Правильное и своевременное лечение этих пороков развития мочеполовой системы может существенно повлиять на качество жизни и улучшить ее.

66. МОДИФИКАЦИИ ОПЕРАЦИИ КЕНТВЕЛЛА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИСПАДИИ

*Ю.Э. Рудин, Д.К. Алиев, Д.В. Марухненко
НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ; Москва, Россия*

ВВЕДЕНИЕ. Эписпадия – редкий врожденный порок развития полового члена, входящий в единый комплекс пороков с экстрофией мочевого пузыря. Заболевание характеризуется гипоплазией (укорочением) кавернозных тел, не заращением дорсальной стенки уретры на различном протяжении, разной степенью недержания мочи.

ЦЕЛЬ. Улучшение функциональных и косметических результатов лечения пациентов с эписпадией путем устранения присущей данному пороку дорсальной деформации кавернозных тел и удлинения полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2015 по 2024 годы в детском отделении НИИ урологии оперировано 87 мальчиков: 46 (52.8%) с экстрофией и 41 (47.1%) с эписпадией в возрасте от 1 года до 19 лет. Первичных больных было 69 (79,3%), ранее оперированных в других клиниках – 18 (20.6%). Все пациенты с экстрофией мочевого пузыря перенесли закрытие пузыря, с пластикой шейки и сведением лонных костей. Вторым этапом выполнялась уретропластика по Santwell в модификации с максимальной мобилизацией ножек кавернозных тел от седалищных костей с сохранением сосудисто-нервных пучков, отдельной мобилизацией кавернозных тел практически на всем протяжении с сохранением целостности мобилизованной уретральной площадки. Для увеличения длины дорсальной поверхности кавернозных тел иссекалась соединительная тканная хорда и на белочной оболочке наносили множественные поперечные поверхностные послабляющие насечки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения в виде свищей уретры и расхождения краев раны в области головки наблюдали у 17 пациентов (18.3%). Остаточная вторичная дорсальная деформация отмечалась в 22 случаях (25.2%). Повторные операции были успешны. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 9 лет. Мы сравнили длину полового члена у больных, которым проводилась классическая операция Santwell, с нашими результатами. Размер полового члена у больных перенесших модифицированную уретропластику оказался длиннее в среднем на 18–27%.

ВЫВОДЫ. Увеличение длины полового члена при эписпадии зависит от максимального выделения ножек кавернозных тел от лонных костей с сохранением сосудисто-нервных пучков. Для надежного устранения дорсальной деформации одной внутренней или наружной ротации кавернозных тел бывает недостаточно, необходимо также удлинение дорсальной поверхности кавернозных тел путем иссечения хорды и нанесения множественных послабляющих насечек на белочную оболочку.

67. ПАРАМЕТРЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

И.А. Пикало, А.Д. Тимофеев

Иркутский государственный медицинский университет; Иркутск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Одной из основных причин нарушения репродуктивной функции у мужчин является левостороннее варикоцеле. У подростков причиной варикоцеле, как правило,

является нарушение венозного оттока из яичек в результате экстравазального сдавления вен. При этом формирование и развитие репродуктивных органов может быть не нарушено. Нередко при хирургическом лечении левостороннего варикоцеле возникают осложнения, влияющие на сперматогенез. В связи с этим актуальной остается проблема определения показаний к оперативной коррекции варикозного расширения вен мошонки у детей.

ЦЕЛЬ. Определить параметры ультразвуковой доплерографии, являющиеся показанием для хирургического лечения варикоцеле у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное исследование 64 пациентов с диагнозом левостороннее варикоцеле. Период наблюдения с сентября 2024 года по февраль 2025 года. Пациенты для анализа были разделены на две группы: 1 группа – с оперативным лечением, включала 42 (65,6%) ребенка и 2 группа – пациенты, находящиеся под амбулаторным наблюдением, включала 22 (34,4%) подростка. Работа выполнена на базе ГИМДКБ г. Иркутска.

Показаниями для хирургического лечения являлись боли в мошонке и(или) гипоплазия левого яичка, а также один и более критериев тестикулярной гемодинамики: индекс резистентности в яичковой артерии (снижен или повышен); при проведении пробы Вальсальвы наличие рефлюкса в гроздевидно-расширенных венах; при нагрузочных пробах антеградное усиление потока более 1 сек.; изменение скорости потока при нагрузке более 30 см/сек. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Statistica 12.0. Исследование одобрено этическим комитетом ИГМУ от 16.09.2024 №3.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст детей составил 15,5 (14,5; 17) лет. Индекс массы тела 19,4 (18,2; 21,5) кг/м², дефицит массы тела выявлен у 20 (31,2%) подростков. Причиной варикоцеле в 68,7% случаев явилась аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены.

При сравнении параметров в двух группах выявлены значимые статистические различия по индексу резистентности в левой яичковой артерии, при хирургическом лечении изменения индекса резистентности выявлены в 50% случаев, при наблюдении в 9,1% ($p=0,007$). Выявлены различия по потокам и диаметрам в левой почечной вены, которые определяют критерии анатомического пинцета в области аорто-мезентериального соустья ($p=0,002$). Пациенты в сравниваемых группах отличались по диаметру вен гроздевидного сплетения в покое 3,3 (3,1; 4,0) мм и 2,8 (2,5; 3,2) мм соответственно ($p=0,00014$) и при нагрузках 4,2 (3,9; 5,1) мм и 3,4 (3,2; 3,9) мм соответственно ($p=0,00003$). В 1 группе при нагрузочных пробах рефлюкс в венах гроздевидного сплетения выявлен у 22 (52,4%) пациентов, во 2 группе у 2 (9,1%) детей ($p=0,011$), в остальных случаях отмечалось антеградное усиление потока. Время рефлюкса или антеградного ускорения потока также отличалось в сравниваемых группах, при оперативном лечении оно составило 3,0 (2,2; 3,6) сек., при наблюдении 1,3 (0,5; 2,9) сек. ($p=0,00022$).

ВЫВОДЫ. В настоящее время у детей при варикозном расширении вен мошонки не определены точные показания для оперативного лечения. В большинстве случаев детей направляю на хирургическое лечение только при выявлении варикоцеле, что не всегда обоснованно. Жалобы на боли в мошонке могут быть связаны с другими воспалительными заболеваниями мо-

шонки. Уменьшение объема левого яичка более 20% при сравнении с правым в 90% случаев не вызывает азоосперию.

Наше исследование позволило выявить параметры при ультразвуковой доплерографии, определяющие показания для оперативного лечения детей с левосторонним варикоцеле: нарушение сосудистого сопротивления в левой яичковой артерии (снижение индекса резистентности менее 0,5 или его повышение более 0,6); диаметр вен гроздевидного сплетения в покое 3,1-4,0 мм и при нагрузочных пробах 3,9-5,1 мм; рефлюкс в измененных венах при пробе Вальсальвы; время рефлюкса или антеградного ускорения при нагрузке более 2,2 сек.

68. АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

А.Д. Тимофеев, И.А. Пикало

Иркутский государственный медицинский университет; Иркутск, Россия

ВВЕДЕНИЕ. При хирургическом лечении варикоцеле у детей актуальным остается вопрос рецидивов и осложнений, требующих повторной оперативной коррекции. До настоящего времени нет полной информации о возможных причинах рецидива при хирургическом лечении варикоцеле у детей.

ЦЕЛЬ. Провести анализ хирургического лечения варикозного расширения вен мошонки у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска проведено когортное исследование 153 детей с диагнозом левостороннее варикоцеле за период с сентября 2022 года по сентябрь 2024 года. Перед хирургическим лечением, для выявления формы варикоцеле, всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование мошонки, сосудов малого таза, области аорто-мезентериального соустья. Каптамнестическое наблюдение составило от 6 мес. до 2,5 лет. Для статистического анализа использовали программу Statistica 12.0 (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст детей составил 15 (14; 16) лет. Индекс массы тела 18,8 (17; 20,8) кг/м², дефицит массы тела выявлен у 65 (42,5%) подростков. Объем правого яичка составил 15,6 (11,6; 19) мл, левого 13,7 (10,1; 17,1) мл ($p=0,11$). В 37,2% случаев отмечалась гипоплазия левого яичка. У 58 (37,9%) детей были жалобы на боли в левой половине мошонки. При проведении пробы Вальсальвы у 85 (55,5%) подростков выявлен рефлюкс крови в венах гроздевидного сплетения. Причиной варикоцеле в 69,3% (106) случаев явилась аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены, в связи с чем этим пациентам проведена перевязка левой яичковой вены, у 21 (13,7%) пациента выполнена операция Паломо-Ерохина, у 85 (55,5%) лапароскопическое лигирование (у 23 пациентов применена самозатягивающаяся петля). Операция надмошоночным доступом с перевязкой патологических вен выполнена в 30,7% (47) случаев.

Рецидив варикоцеле выявлен у 9 (5,9%) детей. После операции Паломо-Ерохина в 4,8% (1

из 21), после лапароскопического лигирования методом перевязки вен в 9,7% (6 из 62), после лапароскопического лигирования с использованием самозатягивающейся петли в 4,3% (1 из 23), после операции надмошоночным доступом в 2,1% (1 из 47). При детальном анализе причины рецидива выявлено, что в 2 (1,3%) случаев его причиной стало развитие дополнительной коллатерали левой яичковой вены после лапароскопических процедур. В 1 (0,65%) случае после операции надмошоночным доступом причиной рецидива явился синдром Мея-Тернера, в связи с чем пациент направлен на лечение к сосудистым хирургам. У 6 (3,9%) пациентов причину рецидива выявить не удалось, вероятно она связана с недостаточно надежной наложенной лигатурой.

При стратификации пациентов на группы с выздоровлением и с рецидивом не выявлено статистически значимых параметров, определяющих прогнозирование возобновления заболевания.

ВЫВОДЫ. Данная работа показала, что при патогенетическом подходе к диагностике причины варикоцеле частота рецидивов после хирургического лечения составляет 5,9%. Перспективным остается дальнейшее наблюдение за пациентами после оперативной коррекции варикоцеле и обследование их на репродуктивную функцию. Безусловно приоритетным является проведение многофакторного математического моделирования для выявления совокупных критериев, влияющих на безуспешное лечение, что требует продолжения клинического исследования.

69. ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ЗАКРЫТИЯ ЭКСТРОФИИ

В.В. Николаев, Н.В. Демин

ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ; Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) — редкая врожденная аномалия, требующая сложной реконструктивной хирургии. Традиционно применяется неонатальное закрытие экстрофии в первые 72 часа жизни, однако оно сопряжено с высокой частотой осложнений. Основными проблемами являются расхождение швов, пролапс мочевого пузыря, формирование свищей и компрессия мочевого пузыря сдавленными лонными костями. Цель исследования — анализ осложнений неонатального закрытия экстрофии и оценка эффективности альтернативного отсроченного подхода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 36 пациентов, перенесших первичное закрытие экстрофии в неонатальном периоде и поступивших на лечение с осложнениями. Анализировались сроки возникновения осложнений, их частота, а также влияние хирургической тактики (сближение лонных костей, использование остеотомии) на исход операции. У части пациентов выполнено повторное закрытие экстрофии без аппроксимации лонных костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Основными осложнениями неонатального закрытия были: полное расхождение швов и рецидив экстрофии (33,3%), частичный пролапс мочевого пузыря (16,7%), пузырно-кожные и уретро-кожные свищи (16,7%), расхождение швов полового члена (5,6%) и компрессия мочевого пузыря (13,9%). У 8 пациентов выявлено отставание в нервно-психическом развитии. Остеотомия не снижала риск расхождения швов. Повторное закрытие экстрофии без сближения лонных костей оказалось успешным у всех пациентов.

ВЫВОДЫ. Неонатальное закрытие экстрофии сопряжено с высоким риском осложнений, что требует пересмотра стратегии лечения. Отсроченное закрытие без остеотомии демонстрирует лучшие результаты, снижая риск расхождения швов и пролапса мочевого пузыря. Рекомендуется проведение операций в специализированных центрах с тщательным отбором пациентов и применением щадящих методик реконструкции.

70. ПЕРВИЧНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭПИСПАДИИ ПРИ ЭКСТРОФИИ: МОДИФИЦИРОВАННАЯ ТЕХНИКА SANTWELL С НАРУЖНОЙ РОТАЦИЕЙ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ

В.В. Николаев, Н.В. Демин

ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ; Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Представить модификацию техники реконструкции эписпадии по Santwell, направленную на удлинение и выпрямление ствола полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное наблюдение за всеми мальчиками с классической экстрофией, у которых применялась предложенная техника. Критериями включения были пациенты с экстрофией периодом послеоперационного наблюдения более 12 месяцев, имевшие уретральную пластинку длиной более 15 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В период с ноября 2021 г. по июнь 2023 г. реконструкция полового члена была выполнена 36 пациентам с экстрофией. Из этой когорты 18 мальчиков в возрасте от 12 до 47 месяцев соответствовали критериям включения и перенесли модифицированную реконструкцию. Операция и послеоперационный период не сопровождались серьезными осложнениями. В среднесрочном периоде оценивали внешний вид полового члена, форму при эрекции и мочеиспускание как в амбулаторных условиях, так и посредством фото и видеофиксации.

ВЫВОДЫ. Представленная методика, примененная в однородной группе пациентов с классической экстрофией мочевого пузыря, позволила добиться удлинения полового члена, улучшения внешнего вида, сохранения эрекции и устранения дорсального искривления.

71. ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ ОБЪЕМА ЯИЧКА, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ФАКТОРА НАЛИЧИЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Д.Е. Саблин¹, В.В. Сизонов^{2,3}, И.М. Казанцов⁴, М.М. Зубова, А.А. Логваль⁵,
П.Н. Поляков⁶, Д.Н. Щедров⁷*

¹ ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова»,
Архангельск, Россия

² ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

³ ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия
М ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

⁵ БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница № 2», Вологда, Россия

⁶ СПб ГБУЗ «Детская городская больница 2 Св. Марии Магдалины», Санкт-Петербург,
Россия

⁷ ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Перекрут яичек (ПЯ) является наиболее опасным экстренным состоянием, обусловленным поражением органов репродуктивной системы у мальчиков. Деторсия в течение 4-8 часов имеет решающее значение для предотвращения необратимых изменений тестикулярной ткани из-за нарушения кровотока в яичке. Несмотря на активные исследования в области оптимизации диагностической и лечебной тактики частота орхиэктомии остается высокой - 32-41%. Для сокращения продолжительности диагностического этапа продолжается поиск по выявлению значимых клинических признаков ПЯ.

ЦЕЛЬ. Оценить значение объема яичка, как прогностического фактора наличия перекрута яичка у пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки (ОЗОМ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено измерение объема условно здоровых контралатеральных яичек при УЗИ у 171 пациента, обратившихся на хирургический прием с ОЗОМ. Все пациенты с ПЯ были прооперированы, больные с поражением гидатиды придатка в части случаев лечились консервативно, в части - были прооперированы. Объемы яичка, полученные с помощью ультразвука, рассчитывались по стандартному уравнению эллипсоида $W \times H \times L \times 0,52$, где ширина яичек (W), длина (L) и высота (H), константа 0,52. Оптимальную точку отсечения определяли по наибольшему значению AUC, с указанием значений чувствительности и специфичности с 95% ДИ. Статистическая обработка с использованием Stata18.0

РЕЗУЛЬТАТЫ. Минимальный объем яичка в данной группе больных составил $0,32 \text{ см}^3$, мак-

симальный $23,4 \text{ см}^3$. ПЯ выявлен у 28 пациентов (16,3%). Оптимальная точка разделения по объему яичка для выявления перекрута яичка составила $6,4 \text{ см}^3$ (AUC 0,86). При данной точке отсечения чувствительность признака объема яичка для определения ПЯ составила 89,3% (95% ДИ 84,6%–93,9%), специфичность – 83,2% (95% ДИ 77,6%–88,8%). Чем больше объем яичка, тем выше специфичность признака для ПЯ и тем меньше чувствительность. Детей с объемом яичка меньше $6,4 \text{ см}^3$ 122, из них у 3 выявлен ПЯ, детей с объемом яичка больше $6,4 \text{ см}^3$ 49, из них у 25 ПЯ. Обращает на себя внимание крайне высокое отрицательное прогностическое значение (ОПЗ) объема яичка более $6,4 \text{ см}^3$ 97,5% (ДИ 95,2%– 99,8%), то есть, при объеме яичка менее $6,4 \text{ см}^3$ вероятность ПЯ не более 2,5 %.

Выводы. Объем яичка для определения вероятности ПЯ является важным прогностическим признаком. При объеме яичка менее $6,4 \text{ см}^3$ вероятность ПЯ стремится к нулю. При объеме яичка более $6,4 \text{ см}^3$ вероятность ПЯ становится достоверно высокой, что может учитываться в совокупности с иными клиническими проявлениями и данными дополнительных методов исследования при формировании показаний к ревизионной скрототомии.

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, 2025

