



**1<sup>st</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE  
OF THE UZBEKISTAN SOCIETY  
FOR PEDIATRIC UROLOGY**

**USPU**

**11-12 JANUARY 2024**

**Tashkent  
UZBEKISTAN**

**PROGRAMME & ABSTRACTS**

**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPE



PRIME  
PHARMACEUTICALS



Bionorica®



Nestlé



ALIMKHANOV  
PHARM GROUP



## **Content**

Greeting message.....	2
Committees.....	3
Main program.....	6
Abstracts.....	24



## Greeting Message



Dear Colleagues, Delegates and Friends,

It is my honor and pleasure to welcome you all to the 1<sup>st</sup> International conference of the Uzbekistan Society for Pediatric Urology (USPU) in Tashkent, 11-12 January 2024. Please feel free to explore the entire program of the latest evidence-based advances in pediatric urology practice, delivered by globally outstanding experts.

The USPU is a non-profit organization founded by a small group of pediatric urologists, was established in Tashkent on June 12, 2023 with the goal of developing pediatric urology in Uzbekistan. Today USPU is the largest regional representative of pediatric urologists in the Central Asian region.

The First International Conference of the USPU promises to exceed our expectations. More than 50 international delegates from the 10 countries and around the 100 local participants will attend our meeting. Representatives of ESPU and KSPU will join us in this meeting and it will include plenary session, faculty lectures, live-surgeries, discussions and many more.

I would like to express my deepest gratitude to the committee members and staff for their hard work preparing for these academic activities. On behalf of the board, our thanks go to all others who sent their researches and lectures and dedicated their time and efforts to be here, all together, to share, discuss, listen and learn from each other.

Lastly, I sincerely hope that the First International Conference of the USPU will be a success and wish you all a pleasant stay and fruitful conference.

**Saidanvar Agzamkhodjaev**

Chairman

Uzbekistan Society for Pediatric Urology



## **Committees**

### **USPU Board**

**Chairman**

Saidanvar Agzamkhodjaev

**Auditor**

Akmal Rakhmatullayev

**General secretary**

Zafar Abdullayev

**Scientific secretary**

Kobiljon Ergashev

### **USPU Organizational Board**

Kamron Khidoyatov

Tal'at Aliyev

Asqar Soliyev

Bekzod Abdiyev

Sarvar Eshonkulov

Shamsullo Sanginov

Davron Khaltursunov



## Invited guests

### **Prof. Dr. Serdar Tekgül**

ESPU prezidenti, Turkiya  
President of the ESPU, Turkey  
Президент ESPU, Турция

### **Prof. Dr. M.D. Leclair**

ESPU kotibi, Fransiya  
Secretary of the ESPU, France  
Секретарь ESPU, Франция

### **Prof. Dr. Rados Djinovic**

ESGURS (EAU) raisi, Serbiya  
Chairman of the ESGURS of EAU, Serbia  
Председатель ESGURS (EAU), Сербия

### **Prof. Dr. Ilya Kagantsov**

Bo'lim boshlig'i, Almazov Markazi, Rossiya  
Head, Almazov Research Center, Russia  
Заведующий, НМИЦ им.В.А.Алмазова, Россия

### **Prof. Dr. Jae Min Chung**

KSPU prezidenti, Koreya Respublikasi  
President of the KSPU, South Korea  
Президент KSPU, Республика Корея

### **Prof. Dr. Vitaliy Dubrov**

Belarus bosh bolalar urologi  
Chief pediatric urologist of Belarus  
Главный детский уролог Республики Беларусь

### **Prof. Dr. Yuriy Rudin**

Bo'lim boshlig'i, Urologiya instituti, Rossiya  
Head, Institute of Urology, Russia  
Заведующий, НИИ Урологии, Россия



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
BOLALAR MILLIY TIBBIYOT MARKAZI  
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI  
O'ZBEKISTON BOLALAR UROLOGLARI JAMIYATI

**O'ZBEKISTON BOLALAR UROLOGLARI JAMIYATI  
BIRINCHI XALQARO KONFERENSIYASI**

**DASTUR VA TEZISLAR TO'PLAMI**

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN  
NATIONAL CHILDREN'S MEDICAL CENTER  
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE  
UZBEKISTAN SOCIETY FOR PEDIATRIC UROLOGISTS

**1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE OF  
THE UZBEKISTAN SOCIETY FOR PEDIATRIC UROLOGY**

**PROGRAMME & ABSTRACTS**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

**ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА**

**ПРОГРАММА И СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

## KONFERENSIYA PROGRAMMASI

11 yanvar, Chimgan zali

08:00	<b>Ishtirokchilarni ro'yhatdan o'tkazish</b>
09:00	Kirish so'zi
09:05	A.Sh.Inoyatov (Sog'liqni saqlash vaziri)
09:15	B.T.Daminov (ToshPTI rektori)
09:20	B.Ya.Umarov (BMTM direktori)
09:25	S.Tekgul (ESPU prezidenti)
09:35	J.M.Chung (KSPU prezidenti)

<b>Sessiya 1</b>	<b>Ma'ruza. Obstruktiv uropatiya</b>
09:45	Chaqaloqlar piyeloplastikasi: minimal-invaziv yondashuv Y.J.Im (KSPU, Koreya Respublikasi)
10:00	Buyrak ikkilanishlarining minimal-invaziv davosi S.Park (KSPU, Koreya Respublikasi)
10:15	Bolalar urologiyasida robot jarrohligi S.H.Song (KSPU, Koreya Respublikasi)
10:30	Pnevmovezikoskopik ureteroneosistomiya: Kohen yoki Politano? J.M.Chung (KSPU, Koreya Respublikasi)
10:45	Bolalarda qovuq-siydik nayi reflyuksini endoskopik davolash usullari S.Zorkin (Moskva, Rossiya)
11:00	Muhokama
11:15	Tanaffus

<b>Sessiya 2</b>	<b>Ma'ruza. Siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasi (neyrogen qovuq)</b>
11:30	Neyrogen qovuq: yangiliklar S.Tekgul (ESPU, Turkiya)
11:45	Qovuq augmentatsiyasi va Mitrofanoff amaliyoti V.Dubrov (Belarus)
12:00	Laparoskopik qovuq augmentatsiyasi (yozilgan video leksiya) S.Bondarenko (Rossiya)
12:15	Muhokama
12:30	Tushlik

<b>Sessiya 3</b>	<b>Ma'ruza. Pastki siydik yo'llari va genitaliya</b>
13:30	Gipospadiya: yangiliklar Yu.Rudin (Moskva, Rossiya)
13:45	Ekstrofiya-epispadiya kompleksi: qayerdamiz? M.D.Lekler (ESPU, Fransiya)
14:00	Qovuq ekstrofiyasi davosi - yangiliklar (onlayn) R.Djinovic (ESGURS-EAU, Serbiya)



14:15	Ekstrofiya-epispadiya kompleksi: Toshkent tajribasi S.Agzamxodjaev (USPU, O'zbekiston)
14:30	O'g'il bolalar epispadiyasi: Toshkent tajribasi Z.Abdullaev (USPU, O'zbekiston)
14:45	Orqa uretral klapanlar I.Kagantsov (Sankt-Peterburg, Rossiya)
15:00	Jinsiy rivojlanish buzilishlari N.Akramov (Qozon, Rossiya)
15:15	Kriptorxizmni davolash tendensiyalari S.O.Kim (KSPU, Koreya Respublikasi)
15:30	Muhokama
15:45	Tanaffus

<b>Sessiya 4</b>	<b>Ma'ruza. Siydik-tosh kasalligi</b>
16:00	Bolalarda siydik-tosh kasalligi J.Y.Choy (KSPU, Koreya Respublikasi)
16:15	Bolalarda retrograd intra-renal jarrohligi A.Tursunkulov (Toshkent, O'zbekiston)
16:30	Muhokama
16:45	Umumiy foto va sertifikatlar taqdimoti
18:00	Tantanali kechki marosim

## 12 yanvar, Chimgan zali

08:00	<b>Ishtirokchilarni ro'yhatdan o'tkazish</b>
<b>Sessiya 1</b>	<b>Live-xirurgiya</b>
09:00	Gipospadiya korreksiyasi. Serdar Tekgul
<b>Sessiya 2</b>	<b>Live-xirurgiya</b>
11:00	Retroperitoneoskopik geminefrektomiya. Mark-Devid Lekler
13:00	Tanaffus

<b>Sessiya 1</b>	<b>Obstruktiv uropatiya</b> <b>Moderatorlar: H.Akilov, S.Zorkin, I.Kagantsov</b>
14:00	<b>BOLALARDA LAPAROSKOPIK PIYELOPLASTIKANING O'ZIGA HOSLIKLARI</b> Vrublevskiy S.G. <sup>1,2</sup> , Vrublevskiy E.N. <sup>1,2</sup> , Vrublevskiy A.S. <sup>1</sup> , Turov F.O. <sup>1</sup> <sup>1</sup> "Moskva sog'liqni saqlash boshqarmasi V.F. Voino-Yasenetskiy nomidagi bolalar ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish ilmiy-amaliy markazi". Moskva, Rossiya. <sup>2</sup> N.I. Pirogov nonidagi Rossiya milliy tadqiqot tibbiyot universiteti, bolalar xirurgiya kafedresi. Moskva, Rossiya.
14:05	<b>BOLALARDA GIDRONEFROZNI DAVOLASH NATIJALARI</b> Esembayev B.I., Usenaliyev I.Sh., Xasanaxunov T.A. Onalik va bolalikni asrash milliy markazi. Bishkek, Qirg'iziston.



14:10	<p><b>BOLALARDA GIDRONEFROZ KASALLIGIDA PIYELO-URETERAL SEGMENT PLASTIKASIDAN SO'NG SIYDIK YO'LLARINI DRENAJLASH USULI</b></p> <p>Shamsiyev J.A., Daniyarov E.S., Suvonkulov U.T. Samarqand davlat tibbiyot universiteti ixtisoslashtirilgan bolalar xirurgiyasi klinikasi. Samarqand, O'zbekiston.</p>
14:15	<p><b>BOLALARDA URETEROSISTONEOSTOMIYA (URETEROSELE BILAN) USULI</b></p> <p>Ayazbekov E.A.<sup>1</sup>, Abekenov B.D.<sup>2</sup>, Abdibekov M.I.<sup>1</sup>, Bishmanov R.K.<sup>1</sup> <sup>1</sup>“Qozog'iston-Rossiya tibbiyot universiteti” bolalar xirurgiyasi kafedrası. Olmota, Qozog'iston; <sup>2</sup>“Pediatriya va bolalar xirurgiyasi ilmiy markazi”. Olmota, Qozog'iston.</p>
14:20	<p><b>BOLALARDA BIRLAMCHI OBSTRUKTIV MEGAURETER KASALLIGIDA YUQORI BOSIMLI BALLON DILYATATSIYA USULINING PROGNOSTIK MODELİ VALIDATSIYASI</b></p> <p>Zorkin S.N., Galuzinskaya A.T., Petrov E.I. Bolalar salomatligi milliy tibbiyot tadqiqot markazi. Moskva, Rossiya.</p>
14:25	<p><b>MEGAURETERLI KASALLARDA SIYDIK NAYINING SIYDIK O'TKAZUVCHANLIGI INDEKSINI ANIQLASH</b></p> <p>Ahmedov I.Yu., Ahmedov Yu.M., Suyunov N.T. Samarqand davlat tibbiyot universiteti, №2 bolalar xirurgiyasi kafedrası. Samarqand, O'zbekiston.</p>
14:30	<p><b>BOLALARDA PNEVMOVEZIKOSKOPIK USUL IMKONIYATLARI</b></p> <p>Vrublevskiy A.S.<sup>1</sup>, Vrublevskiy S.G.<sup>1,2</sup>, Vrublevskaya E.N.<sup>1,2</sup>, Turov F.O.<sup>1</sup>, Oganisyan A.A.<sup>1</sup>, Valiyev R.Yu. <sup>1</sup>V.F.Voino-Yasenetskiy nomidagi Bolalarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish ilmiy-amaliy markazi. Moskva, Rossiya; <sup>2</sup>N.I.Pirogov nomidagi Rossiya milliy tadqiqot tibbiyot universiteti, Moskva, Rossiya.</p>
14:35	<p><b>URETEROVEZIKAL SEGMENT RIVOJLANISH NUQSONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI IKKI-BOSQICHLI DAVOLASH: LAPAROSKOPIK URETEROKUTANEOSTOMIYA, KEYIN SIYDIK NAYI REIMPLANTATSIYASI</b></p> <p>Shmirov O.S.<sup>1</sup>, Sharkov S.M.<sup>1,2</sup>, Kulayev A.V.<sup>1</sup>, Surov R.V.<sup>1</sup>, Lazishvili M.N.<sup>1</sup>, Morozov K.D.<sup>1</sup>, Kovachich A.S.<sup>1</sup>, Lobach A.Yu.<sup>1</sup>, Margiyeva D.A.<sup>1,3</sup> <sup>1</sup>Morozov bolalar klinik shifoxonasi. Moskva, Rossiya; <sup>2</sup>I.M.Sechenov nomidagi Birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti. Moskva, Rossiya; <sup>3</sup>A.I.Yevdokimov nomidagi Moskva davlat tibbiyot-stomatologiya universiteti. Moskva, Rossiya.</p>
14:40	<p><b>SIYDIK NAYI PNEVMOVEZIKOSKOPIK VA LAPAROSKOPIK REIMPLANTATSIYASI: QIYOSIY TAHLIL</b></p> <p>Agzamhodjayev S.T., Rahmatullayev A.A., Abdullayev Z.B., Ergashev K.T., Hidoyatov K.Z., Soliyev A.T., Eshonqulov S.G. Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.</p>
14:45	<p><b>MEGAURETERLI BOLALARDA REKONSTRUKTIV OPERATSIYALAR EFFEKTIVLIGI VA ASORATLAR XARAKTERI TAHLILI</b></p> <p>Ahmedov Yu.M., Ahmedov I.Yu., Qayumova A.T. Samarqand davlat tibbiyot universiteti, bolalar xirurgiyasi kafedrası. Samarqand, O'zbekiston.</p>



14:50	MEGAURETERLI BOLALARDA SIYDIK NAYI PNEVMOVEZIKOSKOPIK REIMPLANTATSIYASIDA OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLAR PROFILAKTIKASI Rudin Yu.E., Galitskaya D.A., Maruxnenko D.V., Apolixin O.I., Kaprin A.D. N.A.Lopatkin nomidagi urologiya Milliy tadqiqot instituti intervension radiologiyasi. Moskva, Rossiya.
14:55	BOLALARDA BUYRAK TRANSPLANTATSIYASI NATIJALARI Aynakulov A.D., Kuttimuratov G.M., Rakhimjanova S.S., Isakov S.E., Imanberdiyev J.J., Abdimajitov B.X., Tasjurekov A.O., Mirmanov A.A., Tobil A.S., Tilegen M.M. Ostona, Qozog'iston
15:00	Muhokama

<b>Sessiya 2</b>	<b>Gipospadiya va genital xirurgiya</b> <b>Moderatorlar: J.Beknazarov, Yu.Rudin, V.Dubrov</b>
15:10	GIPOSPADIYA PROKSIMAL SHAKLLARIDA BIR-BOSQICHLI OPERATSIYALARNING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI Batrutdinov R.T. Skandinaviya klinikasi, urologiya bo'limi. Sankt-Peterburg, Rossiya.
15:15	BOLALARDA GIPOSPADIYA DISTAL SHAKLINI DAVOLASH NATIJALARIGA URETRAL MAYDONCHA ENINING TA'SIRI Boyko A.V. Avliyo Mariya Magdalina 2-sonli bolalar shahar shifoxonasi. Sankt-Peterburg, Rossiya.
15:20	BOLALARDA BIRLAMCHI GISOSPADIYANING PROKSIMAL SHAKLIDA BUKKAL URETROPLASTIKA Demin N.V., Ladigina E.A. Shoshilinch bolalar xirurgiyasi va travmatologiyasi ilmiy-tadqiqot instituti. Moskva, Rossiya.
15:25	BOLALARDA GIPOSPADIYA KASALLIGIDA REKONSTRUKTIV PLASTIK OPERATSIYALAR Ibragimov K.N. <sup>1</sup> , Ahmedov Yu.M. <sup>2</sup> <sup>1</sup> Samarqand viloyat bolalar ko'ptarmoqli tibbiyot markazi. <sup>2</sup> Samarqand davlat tibbiyot universiteti. Samarqand, O'zbekiston.
15:30	BOLALARDA GIPOSPADIYANING PENIAL SHAKLIDA QO'LLANILADIGAN BIR BOSQICHLI YANGI OPERATSIYA USULI Nurmatov Yo.X., Alimov M.M., Shoniyatov E.P. Farg'ona viloyati bolalar ko'ptarmoqli tibbiyot markazi.
15:35	BOLALARDA YASHIRIN OLATNI DAVOLASH Xaqqulov E.B., Tojiyev T.X., Daminov O.U., Isroilov A.A., Yuldshov T.A. "Yunusobod medical center" klinikasi. Toshkent, O'zbekiston. "Med art" klinikasi. Farg'ona, O'zbekiston. Respublika Shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi. Toshkent, O'zbekiston.
15:40	URETRA IKKILANISHINING KAM UCHROVCHI TURI. Vrublevskiy S. <sup>1,2</sup> , Vrublevskaya E. <sup>1,2</sup> , Vrublevskiy A. <sup>1</sup> , Turov F. <sup>1</sup> , Chikunova A. <sup>2</sup> <sup>1</sup> St.Luka's Clinical Research Center for Children. Moskva, Rossiya. <sup>2</sup> Department of pediatric surgery, Pirogov Russian National Research Medical University. Moskva, Rossiya.



15:45	<b>BUYRAK USTI BEZLARI TUG'MA DISFUNKSIYASINI (UROGENITAL SINUS BILAN) XIRURGIK DAVOLASH</b> Agzamho'jayev S.T. <sup>1,2</sup> , Abdullayev Z.B. <sup>1,2</sup> , Rahmatullayev A.A. <sup>2</sup> , Eshonqulov S.G. <sup>1,2</sup> , Ergashev Q.T. <sup>1</sup> , Soliyev A.T. <sup>1</sup> , Xidoyatov K.Z. <sup>1</sup> , Xoltursunov D.Sh. <sup>2</sup> <sup>1</sup> Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. <sup>2</sup> Toshkent pediatriya tibbiyot instituti. Toshkent, O'zbekiston.
15:50	<b>QOVUQ EKSTROFIYASIDA TOZ OSTEOTOMIYASINI QO'LLASH: BIZNING TAJRIBA</b> Aliyev T.G. <sup>1,2</sup> , Agzamho'jayev S.T. <sup>1,2</sup> , Abdullaev Z.B. <sup>1,2</sup> <sup>1</sup> Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. <sup>2</sup> Toshkent pediatriya tibbiyot instituti. Toshkent, O'zbekiston.
15:55	Muhokama

<b>Sessiya 3</b>	<b>Kriptorxizm va qin o'simtasining bitishmasligi</b> <b>Moderatorlar: B.Ergashev, N.Akramov, A.Rahmatullaev</b>
16:05	<b>PAYPASLANMAYDIGAN TUXUM SINDROMLI BOLALARDA XIRURGIK DAVOLASH TAJRIBASI</b> Kadishev A.V., Goremikin I.V., Dolgov B.V., Cheremisina A.S., Chernyayev M.O. V.A.Razumovskiy nomidagi Saratov davlat tibbiyot universiteti. Saratov, Rossiya.
16:10	<b>VILOYAT TIBBIYOT MARKAZLARI SHAROITIDA BOLALAR UROLOGIYASI SOHASIDA ENDOVIDEOXIRURGIYA</b> Qurbonov D.D., Azizov M.K., Ibragimov K.N., Jo'raqulov J.D. Viloyat bolalar ko'ptarmoqli tibbiyot markazi. Samarqand, O'zbekiston.
16:15	<b>O'G'IL BOLALARDA GIGANT CHOV CHURRALARINI LAPAROSKOPIK DAVOLASH</b> Nosirov M.M., Boboqulov I.X., Umarov Q.M., Eshqobilov Sh.D., Safarov A.Z., Abduazizov M.A., Xudaybergenova A.B. Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.
16:20	<b>SPLENOGONADAL QO'SHILISH. KLINIK HOLAT.</b> Jakupov R.N. Oskemen, Qozog'iston
16:25	Muhokama

<b>Sessiya 4</b>	<b>Siydik-tosh kasalligi</b> <b>Moderatorlar: N.Ergashev, Yu.Ahmedov, A.Tursunkulov</b>
16:30	<b>KORALSIMON VA KO'PERSONLI TOSHLAR PERKUTAN NEFROLITOLAPAKSIYASI (PNLP): BIR KIRISH YO'LI VA "STONE FREE". KIRISH YO'LI SONINI QANDAY QISQARTIRISH MUMKIN?</b> Arustamov L.D., Vardak A.B., Rudin Yu.E., Galitskaya D.A., Maruxnenko D.V., Aliyev D.K., Lagutin G.V., Apolixin O.I., Kaprin A.D. N.A.Lopatkin nomidagi urologiya Milliy tadqiqot instituti intervension radiologiyasi. Moskva, Rossiya.
16:35	<b>EMIZIKLI VA BOG'CHA YOSHIDAGI BOLALARDA PERKUTAN NEFROLITOTRIPSIYA QO'LLASHDA BIZNING TAJRIBA</b> Temirov N.X., Najmidinov X.N., Xasani A. "Dunyo salomat" tibbiyot markazi. Endoxirurgiya. Dushanbe, Tojikiston.



16:40	<b>BOLALARDA SIYDIK-TOSH KASALLIGIDA MINIPERKUTAN (MINI-PERC) NEFROLITOTRIPSIYA: METODLAR VA DETALLAR</b> Ahmedov Yu.M. <sup>1</sup> , Abdullajonov M.M. <sup>1,2</sup> , Yunusov D.S. <sup>2</sup> , Tursunkulov A.N. <sup>2</sup> , Asatullayev A.B., Gaybullayev O.A. <sup>1</sup> Samarqand davlat tibbiyot universiteti. Samarqand, O'zbekiston. <sup>2</sup> “Akfa MedLine” klinikasi. Toshkent, O'zbekiston.
16:45	<b>BOLALARDA SIYDIK-TOSH KASALLIGINI DAVOLASHDA EGILUVCHAN URETERORENOSKOPNI QO'LLASH</b> Surov R.V., Shmirov O.S., Lazishvili M.N., Kulayev A.V., Sharkov S.M., Velskaya Yu.I., Kovachich A.S., Morozov K.D., Lobach A.Yu., Margiyeva D.A. Morozov bolalar Shahar klinik shifoxonasi. Moskva, Rossiya.
16:50	<b>BOLALARDA MASOFAVIY ZARBA-TO'LQINLI LITOTRIPSIYADA PREDNIZOLONNING NEFROPROTEKTIV EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH</b> Zorkin S.N., Nikulin O.D., Semikina E.L. Bolalar salomatligi milliy tibbiy tadqiqot markazi. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi
16:55	<b>BOLALARDA QISQA MUDDATLI STATSIONAR SHAROITIDA TRANSURETRAL KONTAKT URETEROLITOTRIPSIYANING KLINIK-EKONOMIK EFFEKTIVLIGINING QIYOSIY TAHLILI</b> Boboyev A.Sh., Abdurizayev A.A., Umirov A.A., Achilov A.R. “Dr.BOBOEV HEALTH CENTER” hususiy tibbiyot markazi. Kitob, O'zbekiston.
17:00	<b>ROVATINEKS SIYDIK-TOSH KASALLIGI DAVOSI VA METAFILAKTIKASI UCHUN DORI VOSITASI</b> Agzamhodjayev S.T. <sup>1,2</sup> , Ergashev K.T. <sup>1</sup> <sup>1</sup> Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. <sup>2</sup> Toshkent pediatriya tibbiyot instituti. Toshkent, O'zbekiston.
17:05	Muhokama

## CONFERENCE PROGRAM

11 January, Chimgan hall

<b>08:00</b>	<b>Registration</b>
09:00	Introduction
09:05	A.Sh.Inoyatov (Minister of Health of Uzbekistan)
09:15	B.T.Daminov (Rector of TPMI )
09:20	B.Ya.Umarov (Director of NCMC)
09:25	S.Tekgul (ESPU President)
09:35	J.M.Chung (KSPU President)

<b>Session 1</b>	<b>Faculty Lectures. Obstructive uropathy</b>
09:45	Infant pyeloplasty: minimal invasive approach Y.J.Im (KSPU, South Korea)
10:00	Minimal invasive treatment of duplex system S.Park (KSPU, Sought Korea)
10:15	Robotic surgery in pediatric urology S.H.Song (KSPU, Sought Korea)
10:30	Pneumovesical ureteroneocystostomy: Cohen or Politano? J.M.Chung (KSPU, South Korea)
10:45	Variants of endoscopic treatment of VUR in children S.Zorkin (Moscow, Russia)
11:00	Discussion
11:15	Break

<b>Session 2</b>	<b>Faculty Lectures. Neurogenic bladder</b>
11:30	Neurogenic bladder: an update S.Tekgul (ESPU, Turkey)
11:45	Bladder augmentation and Mitrofanoff procedure V.Dubrov (Minsk, Belarus)
12:00	Laparoscopic bladder augmentation (pre-recorded video lecture) S.Bondarenko (Volgograd, Russia)
12:15	Discussion
12:30	Lunch



<b>Session 3 Faculty Lectures. Lower tract &amp; genitalia</b>	
13:30	Hypospadias: an update Yu.Rudin (Moscow, Russia)
13:45	Exstrophy-epispadias complex: where are we? M.D.Leclair (ESPU, France)
14:00	Bladder exstrophy treatment - update R.Djinovic (ESGURS-EAU, Serbia)
14:15	Exstrophy-epispadias complex: Tashkent experience S.Agzamkhodjaev (USPU, Uzbekistan)
14:30	Male epispadias: Tashkent experience Z.Abdullaev (USPU, Uzbekistan)
14:45	Posterior urethral valves I.Kagantsov (Russia)
15:00	Disorders of sexual development N.Akramov (Kazan, Russia)
15:15	Trends in treatment of UDT S.Kim (KSPU, South Korea)
15:30	Discussion
15:45	Break

<b>Session 4 Faculty Lectures. Urinary stone disease</b>	
16:00	Current treatment of pediatric urolithiasis J.Y.Choi (KSPU, South Korea)
16:15	Retrograde intra-renal surgery in children A.Tursunkulov (Tashkent, Uzbekistan)
16:30	Discussion
16:45	Photo & certificate
18:00	Gala dinner

### **12<sup>th</sup> January, Chimgan hall**

<b>08:00</b>	<b>Registration</b>
<b>Session 1</b>	<b>Live surgery</b>
09:00	Hypospadias repair. Serdar Tekgul
<b>Session 2</b>	<b>Live surgery</b>
11:00	Retroperitoneoscopic heminephrectomy. Marc-David Leclair
13:00	Lunch



<b>Session 1</b>	<b>Obstructive uropathy Moderated by H.Akilov, S.Zorkin, I.Kagantsov</b>
14:00	<b>FEATURES OF LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN CHILDREN</b> Vrublevskiy S.G., Vrublevskiy E.N., Vrublevskiy A.S., Turov F.O. Moscow, Russia.
14:05	<b>RESULTS OF THE TREATMENT OF HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN</b> Esembayev B.I., Usenaliyev I.Sh., Xasanaxunov T.A. Bishkek, Kyrgyzstan.
14:10	<b>METHODS OF URINARY DIVERSION AFTER PYELOPLASTY IN CHILDREN</b> Shamsiyev J.A., Daniyarov E.S., Suvonkulov U.T. Samarqand, Uzbekistan.
14:15	<b>METHOD OF URETEROCYSTONEOSTOMY IN CHILDREN WITH URETEROCELE</b> Ayazbekov E.A., Abekenov B.D., Abdibekov M.I., Bishmanov R.K. Almaty, Kazakhstan.
14:20	<b>VALIDATION OF A PROGNOSTIC MODEL OF HIGH PRESSURE BALLOON DILATATION FOR PRIMARY OBSTRUCTIVE MEGAURETER IN CHILDREN</b> Zorkin S.N., Galuzinskaya A.T., Petrov E.I. Moscow, Russia.
14:25	<b>DETERMINATION OF THE URETERAL URINE TRANSIT INDEX IN PATIENTS WITH MEGAURETER</b> Ahmedov I.Yu., Ahmedov Yu.M., Suyunov N.T. Samarqand, Uzbekistan.
14:30	<b>POSSIBILITIES OF PNEUMOVESICOSCOPIC APPROACH IN CHILDREN</b> Vrublevskiy S.G., Vrublevskiy E.N., Vrublevskiy A.S., Turov F.O. Moscow, Russia.
14:35	<b>TWO-STAGE TREATMENT OF PATIENTS WITH URETEROVESICAL JUNCTION OBSTRUCTION: LAPAROSCOPIC URETEROCUTANEOSTOMY WITH SUBSEQUENT REIMPLANTATION OF THE URETER</b> Shmirov O.S., Sharkov S.M., Kulayev A.V., Surov R.V., Lazishvili M.N., Morozov K.D., Kovachich A.S., Lobach A.Yu., Margiyeva D.A. Moscow, Russia.
14:40	<b>PNEUMOVESICOSCOPIC VS LAPAROSCOPIC REIMPLANTATION OF THE URETER: COMPARATIVE ANALYSIS</b> Agzamhodjayev S.T., Rahmatullayev A.A., Abdullayev Z.B., Ergashev K.T., Hidoyatov K.Z., Soliyev A.T., Eshonqulov S.G. Tashkent, Uzbekistan
14:45	<b>ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS AND COMPLICATIONS DURING RECONSTRUCTIVE OPERATIONS FOR MEGAURETER IN CHILDREN</b> Ahmedov Yu.M., Ahmedov I.Yu., Qayumova A.T. Samarqand, Uzbekistan.
14:50	<b>PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS DURING PNEUMOVESICOSCOPIC URETERAL REIMPLANTATION IN CHILDREN WITH MEGAURETER</b>



	Rudin Yu.E., Galitskaya D.A., Maruxnenko D.V., Apolixin O.I., Kaprin A.D. Moscow, Russia.
14:55	<b>RESULTS OF KIDNEY TRANSPLANTATION IN CHILDREN</b> Aynakulov A.D., Kuttimuratov G.M., Rakhimjanova S.S., Isakov S.E., Imanberdiyev J.J., Abdimajitov B.X., Tasjurekov A.O., Mirmanov A.A., Tobil A.S., Tilegen M.M. Astana, Kazakhstan
15:00	Discussion

<b>Session 2</b>	<b>Hypospadias and genital surgery</b> <b>Moderated by J.Beknazarov, Yu.Rudin, V.Dubrov</b>
15:10	<b>LONG-TERM RESULTS OF ONE-STAGE PROXIMAL HYPOSPADIAS REPAIR</b> Batrutdinov R.T. Saint-Peterburg, Russia.
15:15	<b>INFLUENCE OF THE URETHRAL PLATE WIDTH ON THE RESULTS OF TREATMENT FOR DISTAL HYPOSPADIAS IN CHILDREN</b> Boyko A.V. Saint-Peterburg, Russia.
15:20	<b>BUCCAL URETHROPLASTY FOR PRIMARY PROXIMAL HYPOSPADIAS IN CHILDREN</b> Demin N.V., Ladigina E.A. Moscow, Russia.
15:25	<b>RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR HYPOSPADIAS IN CHILDREN</b> Ibragimov K.N., Ahmedov Yu.M. Samarqand, Uzbekistan.
15:30	<b>NEW ONE-STAGE TECHNIQUE FOR PENIAL HYPOSPADIAS REPAIR IN CHILDREN</b> Nurmatov Yo.X., Alimov M.M., Shoniyatov E.P. Fergana, Uzbekistan.
15:35	<b>TREATMENT OF CONCEALED PENIS IN CHILDREN</b> Xaqqulov E.B., Tojiyev T.X., Daminov O.U., Isroilov A.A., Yuldshov T.A. Tashkent, Fergana, Uzbekistan.
15:40	<b>A RARE CASE OF DUPLICATION OF URETHRA. A CASE REPORT</b> Vrublevskiy S., Vrublevskaya E., Vrublevskiy A., Turov F., Chikunova A. Moscow, Russia.
15:45	<b>SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA WITH UROGENITAL SINUS</b> Agzamkhodjaev S.T., Abdullayev Z.B., Rahmatullayev A.A., Eshonqulov S.G., Ergashev Q.T., Soliyev A.T., Xidoyatov K.Z., Xoltursunov D.Sh. Tashkent, Uzbekistan.
15:50	<b>OUR EXPERIENCE OF PELVIC OSTEOTOMY IN CHILDREN WITH BLADDER EXTROPHY</b> Aliyev T.G., Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B. Tashkent, Uzbekistan.
15:55	Discussion



<b>Session 3</b>	<b>Cryptorchidism and processus vaginalis Moderated by B.Ergashev, N.Akramov, A.Rakhmatullaev</b>
16:05	OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH IMPALPABLE TESTES Kadishev A.V., Goremikin I.V., Dolgov B.V., Cheremisina A.S., Chernyayev M.O. Saratov, Russia.
16:10	ENDOVideosURGERY IN PEDIATRIC UROLOGY IN REGIONAL MEDICAL CENTERS Qurbonov D.D., Azizov M.K., Ibragimov K.N., Jo'raqulov J.D. Samarqand, Uzbekistan.
16:15	LAPAROSCOPIC TREATMENT OF GIANT INGUINAL HERNIA IN BOYS Nosirov M.M., Boboqulov I.X., Umarov Q.M., Eshqobilov Sh.D., Safarov A.Z., Abduazizov M.A., Xudaybergenova A.B. Tashkent, Uzbekistan.
16:20	SPLENOGONODAL FUSION. CASE REPORT. Jakupov R.N. Oskemen, Kazakhstan
16:25	Discussion

<b>Session 4</b>	<b>Stone disease Moderated by N.Ergashev, Yu.Akhmedov, A.Tursunkulov</b>
16:30	PERCUTANEOUS NEPHROLITHOLAPAXY (PNLP) OF STAGHORN AND MULTIPLE STONES: ONE ACCESS AND "STONE FREE". HOW TO REDUCE THE NUMBER OF ACCESSES? Arustamov L.D., Vardak A.B., Rudin Yu.E., Galitskaya D.A., Maruxnenko D.V., Aliyev D.K., Lagutin G.V., Apolixin O.I., Kaprin A.D. Moscow, Russia.
16:35	OUR EXPERIENCE OF USING PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPTY IN INFANTS AND TODDLERS Temirov N.X., Najmidinov X.N., Xasani A. Dushanbe, Tajikistan.
16:40	STONE DISEASE IN CHILDREN: MINI-PERCUTANEOUS (MINI-PERC) NEPHROLITHOTRIPTY. METHODS AND DETAILS Ahmedov Yu.M., Abdullajonov M.M., Yunusov D.S., Tursunkulov A.N., Asatullayev A.B., Gaybullayev O.A. Samarqand, Tashkent, Uzbekistan.
16:45	USE OF A FLEXIBLE URETERORENOSCOPE FOR THE TREATMENT OF STONE DISEASE IN CHILDREN Surov R.V., Shmirov O.S., Lazishvili M.N., Kulayev A.V., Sharkov S.M., Velskaya Yu.I., Kovachich A.S., Morozov K.D., Lobach A.Yu., Margiyeva D.A. Moscow, Russia.
16:50	ASSESSMENT OF THE NEPHROPROTECTIVE EFFECTIVENESS OF PREDNISOLONE DURING SHOCK WAVE LITHOTRIPTY IN CHILDREN Zorkin S.N., Nikulin O.D., Semikina E.L. Moscow, Russia.



16:55	<b>COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND ECONOMIC EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL CONTACT URETEROLITHOTRIPSY IN CHILDREN IN A SHORT-TERM STAY HOSPITAL CONDITIONS</b> Boboyev A.Sh., Abdurizayev A.A., Umirov A.A., Achilov A.R. Kitab, Uzbekistan.
17:00	<b>ROWATINEX IS A HERBAL MEDICINE FOR THE TREATMENT AND METAPHYLAXIS OF UROLITHIASIS</b> Agzamhodjayev S.T., Ergashev K.T. Tashkent, Uzbekistan.
17:05	<b>Discussion</b>



## ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

11 января, зал Чимган

<b>08:00</b>	<b>Регистрация участников</b>
09:00	Приветственное слово
09:05	А.Ш.Иноятов (Министр здравоохранения РУз)
09:15	Б.Т.Даминов (Ректор ТашПМИ )
09:20	Б.Я.Умаров (Директор НДМИЦ)
09:25	С.Текгюль (Президент ESPU)
09:35	Дж.М.Чанг (Президент KSPU)

<b>Секция 1</b>	<b>Лекции. Обструктивная уропатия</b>
09:45	Пиелопластика у младенцев: минимально-инвазивный подход Ё.Дж.Им (KSPU, Республика Корея)
10:00	Минимально-инвазивное лечение удвоения почек С.Пак (KSPU, Республика Корея)
10:15	Роботизированная хирургия в детской урологии С.Х.Сонг (KSPU, Республика Корея)
10:30	Пневмозикоскопическая уретеронеоцистостомия: Коэн или Политано? Дж.М.Чанг (KSPU, Республика Корея)
10:45	Варианты эндоскопических коррекций ПМП у детей С.Зоркин (Москва, Россия)
11:00	Дискуссия
11:15	Перерыв

<b>Секция 2</b>	<b>Лекции. Нейрогенный мочевой пузырь</b>
11:30	Нейрогенный мочевой пузырь: современный подход С.Текгюль (ESPU, Турция)
11:45	Аугментация мочевого пузыря и операция Митрофанова В.Дубров (Минск, Беларусь)
12:00	Лапароскопическая аугментация мочевого пузыря (видео-лекция) С.Бондаренко (Волгоград, Россия)
12:15	Дискуссия
12:30	Обед

<b>Секция 3</b>	<b>Лекции. Нижние мочевые пути и гениталия</b>
13:30	Гипоспадия: современный подход Ю.Рудин (Москва, Россия)
13:45	Экстрофия-эписпадия комплекс: на каком мы этапе? М.Д.Леклер (ESPU, Франция)
14:00	Лечение экстрофии мочевого пузыря - современный подход Р.Джинович (ESGURS-EAU, Сербия)



14:15	Экстрофия-эписпадия комплекс: опыт Ташкента С.Агзамходжаев (USPU, Узбекистан)
14:30	Эписпадия у мальчиков: опыт Ташкента З.Абдуллаев (USPU, Узбекистан)
14:45	Клапаны задней уретры И.Каганцов (Санкт-Петербург, Россия)
15:00	Нарушения полового развития Н.Акрамов (Казань, Россия)
15:15	Тенденции в лечении крипторхизма С.Ким (KSPU, Республика Корея)
15:30	Дискуссия
15:45	Перерыв

<b>Секция 4</b>	<b>Лекции. Мочекаменная болезнь</b>
16:00	Мочекаменная болезнь у детей Дж.Ё. Чой (KSPU, Республика Корея)
16:15	Ретроградная интра-ренальная хирургия у детей А.Турсункулов (Ташкент, Узбекистан)
16:30	Дискуссия
16:45	Фото и вручение сертификатов
18:00	Гала ужин

## 12 января, зал Чимган

08:00	Регистрация
<b>Секция 1</b>	<b>Live - хирургия</b>
09:00	Коррекция гипоспадии. Сердар Текгюль
<b>Секция 2</b>	<b>Live – хирургия</b>
11:00	Ретроперитонеоскопическая геминефрэктомия. Марк-Дэвид Леклер
13:00	<b>Перерыв. Обед</b>

<b>Секция 1</b>	<b>Обструктивная уропатия. Модераторы: Акилов Х.А., Зоркин С.Н., Каганцов И.М.</b>
14:00	<b>ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ</b> Врублевский С.Г. <sup>1,2</sup> , Врублевская Е.Н. <sup>1,2</sup> , Врублевский А.С. <sup>1</sup> , Туров Ф.О. <sup>1</sup> <sup>1</sup> ГБУЗ "НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы" <sup>2</sup> ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА, кафедра детской хирургии. Москва, Россия.
14:05	<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ</b> Эсембаев Б.И., Усеналиев И.Ш., Хасанахунов Т.А. Национальный Центр охраны материнства и детства. Бишкек, Кыргызстан



14:10	<b>СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ</b> Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Сувонкулов У.Т. Специализированная детская хирургическая клиника Самаркандского государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.
14:15	<b>МЕТОД УРЕТЕРОЦИСТОНЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С УРЕТЕРОЦЕЛЕ</b> Аязбеков Е.А. <sup>1</sup> , Абекенов Б.Д. <sup>2</sup> , Абдибеков М.И. <sup>1</sup> , Бишманов Р.К. <sup>1</sup> <sup>1</sup> Кафедра детской хирургии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет». Алматы, Казахстан; <sup>2</sup> АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии». Алматы, Казахстан.
14:20	<b>ВАЛИДАЦИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МЕТОДА БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ</b> Зоркин С.Н., Галузинская А.Т., Петров Е.И. ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». Москва, Россия.
14:25	<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА МОЧЕТОЧНИКОГО ТРАНЗИТА МОЧИ У БОЛЬНЫХ С МЕГАУРЕТРОМ</b> Ахмедов И.Ю., Ахмедов Ю.М., Суюнов Н.Т. Самаркандский Государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии. Самарканд, Узбекистан.
14:30	<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ДЕТЕЙ</b> Врублевский А.С. <sup>1</sup> , Врублевский С.Г. <sup>1,2</sup> , Врублевская Е.Н. <sup>1,2</sup> , Туров Ф.О. <sup>1</sup> , Оганисян А.А. <sup>1</sup> , Валиев Р.Ю. <sup>1</sup> ГБУЗ "НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы", Москва, Россия; <sup>2</sup> ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА, кафедра детской хирургии, Москва, Россия.
14:35	<b>ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКА</b> Шмыров О.С. <sup>1</sup> , Шарков С.М. <sup>1,2</sup> , Кулаев А.В. <sup>1</sup> , Суров Р.В. <sup>1</sup> , Лазишвили М.Н. <sup>1</sup> , Морозов К.Д. <sup>1</sup> , Ковачич А.С. <sup>1</sup> , Лобач А.Ю. <sup>1</sup> , Маргиева Д.А. <sup>1,3</sup> <sup>1</sup> ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница. Москва, Россия; <sup>2</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Москва, Россия; <sup>3</sup> ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.
14:40	<b>ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ</b> Агзамходжаев С.Т., Рахматуллаев А.А., Абдуллаев З.Б., Эргашев К.Т., Хидоятов К.З., Солиев А.Т., Эшонкулов С.Г., Холтурсунов Д.К. Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан.
14:45	<b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ХАРАКТЕРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ</b> Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т.



	Самаркандский Государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии. Самарканд, Узбекистан.
14:50	<b>ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ С МЕГАУРЕТЕРОМ</b> Рудин Ю.Э., Галицкая Д.А., Марухненко Д.В., Аполихин О.И., Каприн А.Д. НИИ урологии интервенционной радиологии им Н.А. Лопаткина филиал – ФГБУ «НМИЦ радиологии», Москва, Россия.
14:55	<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ</b> Айнакулов А.Д., Куттымуратов Г.М., Д.Б., Рахимжанова С.С., Исаков С.Е., Е., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О., Мирманов А.А., Тобыл А.С., Тилеген М.М. КФ «УМС» ННЦМД РК
15:00	Обсуждение

<b>Секция 2</b>	<b>Гипоспадия и генитальная хирургия.</b> <b>Модераторы: Бекназаров Ж.Б., Рудин Ю.Э., Дубров В.И.</b>
15:10	<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 1-ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ</b> Батрутдинов Р.Т. Клиника Скандинавия, отделение урологии. Санкт-Петербург, Россия.
15:15	<b>ВЛИЯНИЕ ШИРИНЫ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ</b> Бойко А.В. ГБУЗ "Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины". Санкт-Петербург, Россия.
15:20	<b>БУККАЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ГИПОСПАДИЯХ У ДЕТЕЙ</b> Н.В.Демин, Е.А.Ладыгина НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Москва, Россия.
15:25	<b>РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ</b> Ибрагимов К.Н. <sup>1</sup> , Ахмедов Ю.М. <sup>2</sup> <sup>1</sup> Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр. <sup>2</sup> Самаркандский Государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан.
15:30	<b>НОВЫЙ ОДНОЭТАПНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТВОЛОВОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ</b> Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П. Областной детский многопрофильный медицинский центр. Фергана, Узбекистан.
15:35	<b>ЛЕЧЕНИЕ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ</b> <sup>1</sup> Хаккулов Э.Б., <sup>2</sup> Тожиев Т.Х., <sup>3</sup> Даминов О.У., <sup>1</sup> Исраилов А.А., <sup>3</sup> Юлджов Т.А. <sup>1</sup> Клиника "Yunusobod medical center". Ташкент, Узбекистан. <sup>2</sup> Клиника «Мед Арт». Фергана, Узбекистан. <sup>3</sup> Республиканский научно-практический центр экстренной медицины, Ташкент, Узбекистан.
15:40	<b>РЕДКАЯ ФОРМА УДВОЕНИЯ УРЕТРЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</b> Врублевский С.Г. <sup>1,2</sup> , Врублевская Е.Н. <sup>1,2</sup> , Врублевский А.С. <sup>1</sup> , Туров Ф.О. <sup>1</sup> , Чикунова А. <sup>2</sup>



	<p><sup>1</sup>ГБУЗ "НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого", Москва, Россия;</p> <p><sup>2</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА, кафедра детской хирургии. Москва, Россия.</p>
15:45	<p><b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ</b></p> <p>Агзамходжаев С.Т.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев З.Б.<sup>1,2</sup>, Рахматуллаев А.А.<sup>2</sup>, Эшонкулов С.Г.<sup>1,2</sup>, Эргашев К.Т.<sup>1</sup>, Солиев А.Т.<sup>1</sup>, Хидоятов К.З.<sup>1</sup>, Холтурсунов Д.Ш.<sup>2</sup></p> <p><sup>1</sup>Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан.</p> <p><sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан.</p>
15:50	<p><b>НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРА</b></p> <p>Алиев Т.Г.<sup>1,2</sup>, Агзамходжаев С.Т.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев З.Б.<sup>1,2</sup></p> <p><sup>1</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан.</p> <p><sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.</p>
15:55	Обсуждение

<b>Секция 3</b>	<p><b>Крипторхизм и незаращение влагалищного отростка</b></p> <p><b>Модераторы: Эргашев Б.Б., Акрамов Н.Р., Рахматуллаев А.А.</b></p>
16:05	<p><b>ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК</b></p> <p>Кадышев А.В., Горемыкин И.В., Долгов Б.В., Черемисина А.С., Черняев М.О.</p> <p>«ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского». Саратов, Россия.</p>
16:10	<p><b>ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ</b></p> <p>Курбонов Д.Д., Азизов М.К., Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.</p> <p>Областной детский многопрофильный медицинский центр. Самарканд, Узбекистан</p>
16:15	<p><b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МАЛЬЧИКОВ</b></p> <p>Носиров М.М., Бобокулов И.Х., Умаров К.М., Эшкobilов Ш.Д., Сафаров А.З., Абдуазизов М.А., Худайбергенова А.Б.</p> <p>Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан.</p>
16:20	<p><b>СПЛЕНОГОНОДАЛЬНОЕ СЛИЯНИЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.</b></p> <p>Жакупов Р.Н. КГП на ПХВ «Центр Матери и ребенка» Оскемен, Казахстан</p>
16:25	Обсуждение

<b>Секция 4</b>	<p><b>Мочекаменная болезнь</b></p> <p><b>Модераторы: Эргашев Н.Ш., Ахмедов Ю.М., Турсункулов А.Н.</b></p>
16:30	<p><b>ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИЯ (ПНЛП) КОРАЛЛОВИДНЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЕЙ: ОДИН ДОСТУП И «STONE FREE». КАК СОКРАТИТЬ ЧИСЛО ДОСТУПОВ?</b></p> <p>Арустамов Л.Д., Вардак А.Б., Рудин Ю.Э., Галицкая Д.А., Марухненко Д.В., Алиев Д.К., Лагутин Г.В., Аполихин О.И., Каприн А.Д.</p>



	НИИ урологии интервенционной радиологии им Н.А. Лопаткина филиал – ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ г Москва, Россия.
16:35	<b>НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНИЧКОВОГО И ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ</b> Темиров Н.Х., Нажмидинов Х.Н., Хасани А. Медицинский центр «Дунёи саломат». Эндохирургия. Душанбе, Таджикистан.
16:40	<b>МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: МИНИПЕРКУТАННАЯ (MINI-PERC) НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ. МЕТОДЫ И ДЕТАЛИ</b> Ахмедов Ю.М. <sup>1</sup> , Абдуллажанов М.М. <sup>1,2</sup> , Юнусов Д.С. <sup>2</sup> , Турсункулов А.Н. <sup>2</sup> , Асатуллаев А.Б., Гайбуллаев О.А. <sup>1</sup> Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд; <sup>2</sup> Клиника “Akfa MedLine”, Ташкент, Узбекистан.
16:45	<b>ПРИМЕНЕНИЕ ГИБКОГО УРЕТЕРОРЕНОСКОПА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ</b> Суров Р.В., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Кулаев А.В., Шарков С.М., Вельская Ю.И., Ковачич А.С., Морозов К.Д., Лобач А.Ю., Маргиева Д.А. ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница», Москва, Россия
16:50	<b>ОЦЕНКА НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ.</b> Зоркин С.Н., Никулин О.Д., Семикина Е.Л. ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». Москва, Россия.
16:55	<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ</b> Бобоев А.Ш., Абдуризаев А.А., Умиров А.А., Ачилов А.Р. Частный медицинский центр «Dr. BOBOEV HEALTH CENTER». Китаб, Узбекистан.
17:00	<b>РОВАТИНЕКС–ЛЕКАРСТВЕННЫЙ РАСТИТЕЛЬНОЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ</b> Агзамходжаев С.Т. <sup>1,2</sup> , Эргашев К.Т. <sup>1</sup> , <sup>1</sup> Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан. <sup>2</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан.
17:05	Обсуждение



## ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

*Абдусаматов Б.З., Умаров К.М.*

*Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и  
эндовизуальной хирургии детского возраста  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Врождённый гидронефроз – часто встречающийся порок развития, который характеризуется расширением коллекторной системы почки и истончением её паренхимы. Анализ результатов лапароскопической пиелопластики в условиях Республиканского научно-практического центра малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста за период 2019-2023 гг.

**Материал и методы.** Лапароскопическая пиелопластика у 39 детей.

Из них 23 (59,0%) мальчика и 16 (41,0%) девочек.

По возрасту: до трёх лет – 13 (33,3%) пациентов, от трёх до семи лет – 14 (35,9%) пациентов, от семи до десяти лет – 8 (20,5%) пациентов и старше десяти лет – 4 (10,3%) пациента. Для диагностики были использованы стандартные исследования (УЗИ и урография).

Локализация: правосторонний гидронефроз был выявлен у 24 (61,5%) детей, левосторонний - у 12 (30,8%), двусторонний гидронефроз - у 3 (7,7%). У 30,8% больных основной жалобой было наличие болезненности в поясничной области, в 38,5% случаев больные предъявляли жалобы на беспричинное повышение температуры тела, у остальных заболевание было выявлено случайно при проведении УЗИ по поводу других заболеваний.

По стадиям болезни: 25 (64,1%) детей – III стадия, 6 (15,4%) детей – IV стадия, 8 (20,5%) детей – II стадия.

**Результаты.** Всем пациентам была проведена лапароскопическая пиелопластика. Причинами гидронефроза были: стеноз пиело-уретерального сегмента у 27 детей, высокое отхождение мочеточника у 5 детей, aberrantный сосуд у 4 детей, ретрокавальный мочеточник у 1 ребёнка, эмбриональная складчатость у 2 детей.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Отдалённые результаты прослежены у всех больных (контрольное обследование проводилось не ранее полугода после проведения оперативного лечения) – пассаж мочи восстановлен, результат лечения был удовлетворительным в каждом случае.

**Вывод.** Лапароскопическая пиелопластика является наиболее эффективным и значительно менее травматичным и эстетичным методом лечения врождённого гидронефроза у детей.



## PNEUMOVESICOSCOPIC VS LAPAROSCOPIC REIMPLANTATION OF THE URETER: COMPARATIVE ANALYSIS

*Agzamhodjayev S.T., Rahmatullayev A.A., Abdullayev Z.B.,  
Ergashev K.T., Hidoyatov K.Z., Soliyev A.T., Eshonqulov S.G.  
National Children's Medical Center  
Tashkent, Uzbekistan*

**Background.** Numerous studies have documented the use of minimally invasive technologies to treat pediatric vesicoureteral reflux (VUR). In this paper, our goal was to compare the therapeutic results of pneumovesicoscopic (PVUR first group) and laparoscopic extravesical ureteral reimplantation (LEVUR second group) operations.

**Material and methods.** 34 children's admission records were examined retrospectively from January 2021 to January 2023. The age of the patients in PVUR was 13-205 mo; in LEVUR 10-102 mo. Girls/boys were 12/6 and 8/8 in the first and second groups, respectively. Patients were split into the laparoscopic extravesical group (16 patients; 16 ureters) and the pneumovesicoscopic group (18 patients; 33 ureters). Indications for operative management were vesicoureteral reflux/obstruction with/without diverticulum, and duplex system with/without ureterocele. Operation methods applied in PVUR were Politano-Leadbetter (for unilateral cases) and Cohen transtrigonal (for bilateral cases); in LEVUR for all cases, extravesical Lich-Gregoir was performed. A comparison was made between the two groups' demographics, perioperative features, postoperative complications, length of operation, time to discharge, success rate, and complication rate.

**Results.** The two groups had no statistical differences in demographic characteristics and preoperative data. The PVUR group was superior to the LEVUR group in terms of average operation time (for unilateral cases 187 and 287 mins, respectively) and hospital stay (7.1 and 9.4 days, respectively). There was no statistical difference between the two groups regarding postoperative complications (2 [11%] for PVUR and 1 [12.5%] for LEVUR) and success rate (30/33 [90.9%] in first group and 14/16 [87.5%] in the second group).

**Conclusion.** When treating VUR, the two surgical techniques can have comparable therapeutic effects. The PVUR treatment requires a longer learning curve but offers greater benefits in terms of operation duration, hospital stay, bilateral cases, and cosmetic incision.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ

*Агзамходжаев С.Т.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев З.Б.<sup>1,2</sup>, Рахматуллаев А.А.<sup>2</sup>,  
Эшонкулов С.Г.<sup>1,2</sup>, Эргашев К.Т.<sup>1</sup>, Солиев А.Т.<sup>1</sup>, Хидоятлов К.З.<sup>1</sup>, Холтурсунов  
Д.Ш.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Узбекистан

**Введение.** Целью нашего исследования является изучение влияния времени проведения операции на эффективность послеоперационных результатов.



**Материал и методы.** В исследовании были проанализированы клинические данные 8 пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН), пролеченных в период с 2021 по 2023 годы в отделении урологии Национального детского медицинского центра. Из этих 8 пациентов, 3 (37%) прошли хирургическую коррекцию до достижения возраста 3 лет, в то время как 5 (63%) пациента прошли операцию после достижения 3 лет. У трех пациентов была выявлена высокая форма урогенитального синуса, а у пяти пациентов - низкое слияние синуса. У пациентов со слиянием синуса менее 2,5 см проводилась разобширение синуса по методике тотальной мобилизации урогенитального синуса (TUM), в то время как у пациентов с длинным общим каналом более 2,5 см была выполнена разобширение с использованием передне-сагиттального трансректального доступа (ASTRA). Феминизирующая генитопластика была проведена соответственно всем пациентам.

**Результаты.** Среднее время продолжительности оперативного вмешательства составило  $210 \pm 95$  минут, и не имело различия между детей и в возрастных группах, и в зависимости от проведенного оперативного вмешательства. У двоих пациентов, оперированных в возрасте старше 3 лет наблюдалось послеоперационное осложнение, в виде инфицирование и расхождение швов у одного ребенка и послеоперационное стенозирование влагалище у одного пациента. В группе пациентов младше 3 лет не было зарегистрировано послеоперационные осложнения.

**Заключение.** Раннее хирургическое вмешательство для вирилизированных форм врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН) и персистирующим урогенитальным синусом (УГС) обеспечивает более благоприятные послеоперационные функциональные и косметические результаты. Однако, нужно проводить исследования, включающие большее число пациентов, для получения статистически значимых результатов.

## ОСОБЕННОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

*Агзамходжаев С.Т., Абдиев Б.Р.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Введение.** Клапаны задней уретры (КУЗ) являются наиболее распространенной причиной обструкции нижних мочевых путей. Более тяжелые формы выявляются на ранних сроках беременности (в основном тип I), тогда как другие формы обычно выявляются позже, в детстве, при исследовании симптомов нижних мочевыводящих путей.

**Материал и методы.** Исследование было проведено в Республиканском скрининг центре матери и ребенка в период от 2020 по 2022 гг. В основу исследования положены результаты изучения фетальной уродинамики 156 плодов (мальчиков) беременных женщин, находящихся на амбулаторных осмотрах или лечении в отделении патологии беременности в гестационные сроки 19-40 недель. Течение беременностей проходило на фоне отягощенного соматического анамнеза у 57 пациенток (в 36,5%), гинекологического и акушерского анамнезов - у 49 (в 31,4%) и сопровождалось наличием многоводия - в 14 случаях (9,0%), маловодия - в 9 случаях (5,8%), токсокоза - в 14 (8,9%), гестоза - в 19 (12,1%), анемии - в 19 (12,1%), нарушения маточно-



плацентарного кровотока - в 46 (29,4%), инфицирования генитальными инфекциями - в 47 наблюдениях (30,1%).

**Результаты.** Из группы наблюдений беременных среди 156 детей, у которых пренатально были диагностированы аномалии мочевыводящих путей, при послеродовом диагностическом обследовании у 7 (4,4%) мальчиков выявлен клапан задней уретры. Сочетание мегацистиса, маловодия и двусторонних нарушений функции почек наблюдалось у 3 мальчиков, и только в этих случаях клапаны уретры были правильно идентифицированы как основная патология, также у 5 мальчиков из этих плодов имела двусторонний гидронефроз с мегауретером и без него. Мегацистис в любом сочетании с другими проявлениями выявлен только у 4 больных. Маловодие как признак нарушения функции почек наблюдалось у четырех беременностей. Четверо детей в постнатальном периоде имели ХБП. Восемь младенцев нуждались в той или иной форме респираторной поддержке. В эту группу вошли 4 новорожденных с маловодием во время беременности. При проведении метода антенатальной ультразвуковой динамической пиело-цистометрии предусматривал синхронную фиксацию размеров расширенных лоханок (и мочеточников) в процессе мониторинга объема мочевого пузыря в пределах микционного цикла плода. Данный метод использован для дифференциальной диагностики причин и уровня уродинамической обструкции, вызвавшей дилатацию верхних и нижних мочевых путей. Помимо функциональных методов исследования мочевыводящей системы плода, оценку анатомических структур почек проводили при продольном и поперечном сканировании с учетом расположения, размеров, экзогенности паренхимы, степени дилатации полостных систем.

**Выводы.** Таким образом, клапаны задней уретры представляют собой редкую, но тяжелую врожденную аномалию, которые могут нарушить развитие мочевыводящих путей и ограничить жизнь больного мальчика. Однако лишь в редких случаях они проявляются полной патологической картиной на пренатальном УЗИ. В большинстве случаев двустороннее нарушение развития почек плода предполагает тяжелую субвезикальную обструкцию, и в случаях двусторонней почечной недостаточности при пренатальном УЗИ клапаны задней уретры должны быть исключены постнатально, также маловодие является предиктором неблагоприятного исхода функции почек.

## **ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОЛАПАКСИЯ (ПНЛП) КОРАЛЛОВИДНЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЕЙ: ОДИН ДОСТУП И «STONE FREE». КАК СОКРАТИТЬ ЧИСЛО ДОСТУПОВ?**

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

**Введение.** При выполнении перкутанной нефролитотрипсии фрагменты конкремента могут смещаться в контралатеральные чашечки, что без дополнительного доступа снижает эффективность лечения «stone free».



**Материал и методы.** Эффективность ПНЛП (420 больных) составила 87%. Для обеспечения полного удаления камней в случае миграции фрагментов конкремента при использовании 1 доступ мы внедрили методику 3 шагов: 1-пункция чашечки с фрагментом и смещение последнего в зону видимости струной; 2-смещение фрагмента в зону видимости струей физ.р-ра или воздуха при его быстром введении в ЧЛС через пункционную иглу; 3-открытие шейки необходимой чашечки с помощью подтягивания струны эндоскопическими щипцами со стороны доступа. В случаях неэффективности шагов – осуществляли 2 доступ. Данная методика применена у 57 детей: коралловидные камни 73%, множественные камни 27%.

**Результаты.** 1 шаг эффективен в 23%, комбинации шагов, дающие максимальную эффективность: 2+3, 1+3 – суммарно 43%. Подход 3 шагов позволил в 61% выполнить ПНЛП «stone free» за 1 доступ, в 23% за 2 доступа. Использование подобных походок при ПНЛП у детей младшего возраста требует последовательного накопления опыта перкутанных вмешательств сначала у взрослых больных и, только затем, у детей старшей, средней и младшей возрастной группы (соответственно). Попытки освоения перкутанных вмешательств у детей младшего возраста с коралловидными конкрементами часто сопровождаются осложнениями. Предложенные хирургические пошаговые действия, особенно эффективны в руках высококвалифицированных детских эндуурологов.

**Заключение.** Применение подхода 3 шагов с одним доступом при ПНЛП у детей позволяет значительно улучшить показатель полного удаления камней «stone free».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Айнакулов А.Д., Куттымуратов Г.М., Рахимжанова С.С., Исаков С.Е.,  
Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О.,  
Мирманов А.А., Тобыл А.С., Тілеген М.М.  
КФ «УМС» ННЦМД РК  
Астана, Казахстан*

**Введение.** Терминальная хроническая почечная недостаточность (ТХПН) у детей является завершающей стадией хронической болезни почек (ХБП). При естественном течении, которой исход летальный. Общеизвестно, что лучшим вариантом заместительной почечной терапии (ЗПТ) является почечная трансплантация у детей с ТХПН, которым проведена трансплантация почки уровень летальности существенно ниже. В ННЦМД реализация комплексной программы трансплантации почек у детей с ТХПН начата 2012г.

Цель. Проанализировать клинический опыт трансплантации почки у с ХПН у 101 ребенка, проведенных с начала реализации комплексной программы, трансплантации почки у детей в национальном научном центре материнства и детства в ННЦМД



**Материал и методы.** Трансплантация почки всего выполнена у 101 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет в период с 2012 по декабрь 2023 годами, среди них 45 (44,5%) девочек, 56 (55,5%) мальчиков

Средний возраст детей составил 10,2 лет. Основными заболеваниями почек, вызвавшими ТПН, были врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей 60 (42,2%), гломерулярные заболевания 51 (35,9%) и кистозные заболевания почек 31 (21,8%).

107 (75,3%) пациентам произведена пересадка почки от живого родственного донора забор производился лапароскопическим путем, а 35 (24,7%) трансплантировали почки от умершего донора. 104 (73,2%) детей ЗПТ начинали с ПД у 38 (26,8%) с ГД, а 20 (14,08%) провели трансплантацию без предварительного диализа. Детям с массой тела 10 - 15 кг трансплантация донорской почки осуществлена через срединный лапаротомный доступ, донорская почка укладывалась в правую подвздошную ямку брюшной полости. Сосудистый анастомоз был сформирован между почечной артерией и аортой, венами и нижней полой веной соответственно. При массе тела ребенка свыше 15 кг внебрюшинным клюшкообразным доступом формировали ложе в подвздошной ямке для донорской почки. Сосудистый анастомоз формировали «конец в бок» с общими подвздошными сосудами.

**Результаты.** У детей с ТХПН, которым проведена трансплантация почки летальность существенно ниже, качество жизни значительно выше чем у детей получающих гемодиализ (ГД) или перитонеальный диализ (ПД). Реализация комплексной программы трансплантации почек у детей с ХПН начата в 2012. 1-летняя выживаемость реципиентов / трансплантатов 95,7% / 92,7%, 3-летняя выживаемость реципиентов / трансплантатов 93,0% / 90%, 5-летняя выживаемость реципиентов/трансплантатов 88,6% / 84,5%. Потеря трансплантата – 11 (10,8%), причины: отторжение -6, отказ приема препаратов – 3, тромбоз сосудов – 1, хроническая нефропатия -1. Летальность – 6 (5,9%). Причины: кардиоваскулярные болезни – 3, инфекции – 1, отек легких – 1, непроходимость кишечника – 1.

**Выводы.**

- трансплантация почки у детей является наиболее эффективным методом лечения с ТХПН
- Оценивая опыт 101 трансплантации почек считаем, что усилия, которые были предприняты для реализации этой программы, были успешными.
- Вместе с тем, существует ряд вопросов, требующих дальнейшего разрешения – это увеличение удельного веса трансплантаций трупной донорской почки и законодательно четкого обоснования системы посмертного донорства для детей с ТХПН нуждающихся в трансплантации почек.



## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЭКСТРОФИИ-ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Айнакулов А.Д., Майлыбаев Б.М., Иманбердиев Ж.Ж.,  
Жарасов Д.А., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О.,  
Мирманов А.А., Тобыл А.С., Тілеген М.М.  
КФ «УМС» ННЦМД РК  
Астана, Казахстан*

**Введение.** Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) - врожденный порок развития, который представляет собой незаращение передней стенки мочевого пузыря, уретры, тазового кольца (расхождение лобкового симфиза) и как следствие этого дефект передней брюшной стенки, наружных половых органов. ЭМП выявляется у одного на 40.000 - 50.000 новорожденных, причем чаще встречается у мальчиков. В мировой клинической практике Комплекс Экстрофия-Эписпадия(ЭЭК), рассматривается как единый уrogenитальный порок развития.

**Материал и методы.** За период с января 2019 по декабрь 2022 года в отделении урологии прооперированно 27 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 месяцев, из них мальчики -24(89%), девочки- 3(11%). С патологией КЭЭ, первично оперированные – 26(96,2%), ранее оперированные в других клиниках с неудовлетворительным результатом – 1 (3,8%). Во время операции использовался Лоскут Пиппи-Салле/поперечный островковый лоскут, что позволяло избежать натяжений кожных швов, помогает создать пенопубический угол, также корректирует пеноскротальную транспозицию. В обязательном порядке проводилась двусторонняя передняя подвздошная остеотомия, что обеспечивает свободное закрытие брюшной стенки и облегчает размещение мочевого пузыря глубоко в тазу. В послеоперационном периоде, уход в интенсивной терапии проводился в течении 48 часа. После операции мочеточниковые катетеры удалялись на 15 день, из уретры катетер удалялся на 21 день, послеоперационный 25 день удаление эпицистостомической трубки после предварительной тренировки, удаление металлических фиксаторов на 35-40 день после операции.

**Результаты.** Отдаленные результаты хирургической коррекции прослежены в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Положительный результат отмечался в 26 (72,2%) случаев. Недержание мочи наблюдалось у 17 (63%) детей. Сухой промежуток в течении 1 часа – 7(26%), сухой промежуток в течении 2 часа –3 (11%). Надлобковые свищи (у 3-х детей) диаметром – 3-5мм, которые закрывались самостоятельно.

**Заключение** В период новорожденности и детям до 3 месяцев для профилактики мочевого раздражения кожи и развития полипоза слизистой экстрофированного мочевого пузыря необходимо использовать полиэтиленовые пленки. Пациентам с комплексом экстрофия – эписпадия первичную операцию по хирургической коррекции порока, рекомендуем проводить не ранее, чем в 3 месячном возрасте, когда для создания условий надежной фиксации лонного сочленения показана двусторонняя подвздошная остеотомия. Пластику шейки мочевого пузыря необходимо проводить по методу Янга-



Дисса в модификации Пиппе Салле. Фаллоуретропластику предпочтительнее проводить по модифицированному методу Mitchell.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т., Асадуллаев Д.Р.  
Центр развития профессиональной квалификации при МЗ РУз  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Жизнь ребенка, получившего травму живота, часто зависит от своевременного и квалифицированного оказания медицинской помощи на месте происшествия и быстрой транспортировки в лечебное учреждение.

**Материал и методы.** С 2013 по 2023 годы проведен анализ 90 больных, госпитализированных с диагнозом, травма почек. Преимущественно это были мальчики (76,1%). В первые 1-4 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших. Все поступившие в стационар проходят через шоктовую палату (красную зону) приемно-диагностического отделения (ПДО), где осматриваются специалистами - хирургом, нейрохирургом, травматологом и врачом реаниматологам. Задачи бригады в ПДО при травме живота: 1) Оценить тяжесть состояния больного; 2) Прогнозировать поврежденный орган (органы); 3) Соблюдать стандарт; 4) Определить эффективные, целенаправленные методы исследования и хирургическую тактику в минимальное время. Правильно проведенное обследование позволяет выделить 3 группы травмированных детей, по гемодинамическим показателям: артериальное давление и показатели крови - стабильные, условно-стабильные и нестабильные. При наличии нестабильной гемодинамики и свободной жидкости в брюшной полости с повреждением почек на УЗИ - 14 больных переданы в операционную без дополнительного обследования в течение 15-20 мин и произведена экстренная лапаротомия.

**Результаты.** При условно-стабильной гемодинамике и наличии при УЗИ свободной жидкости в брюшной полости и макрогематурии - 23 ребенка произведено диагностическая лапароскопия в течение 30 -60 мин. Стабильное состояние дает возможность произвести МСКТ контрастирование почек и даже при наличии разрывов почек полости без признаков повреждения капсулы органа - вести дальнейшее динамическое наблюдение и консервативное лечение.

**Заключение.** Правильная организация работы ПДО повышает эффективность лечения детей с травмами почек и избежать напрасных хирургических вмешательств.



## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРА

*Алиев Т.Г.<sup>1,2</sup>, Агзамходжаев С.Т.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев З.Б.<sup>1,2</sup>*

*<sup>1</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан*

*<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – редкая врожденная патология, представляющая собой аномалию развития не только мочевыводящих путей, но и конечного отдела пищеварительного тракта, а также костно-мышечного аппарата, и включает в себя дефект передних отделов тазового кольца с различной степенью расхождения лонных костей. Степень тяжести ЭМП может существенно варьироваться, однако все случаи заболевания сопровождаются расхождением лонных костей и нуждаются в хирургическом лечении.

**Материал и методы.** В исследовании были проанализированы данные 18 пациентов с ЭМП, которые получали лечение в отделении детской урологии Национального детского медицинского центра в период с 2022 по 2023 годы. Возраст пациентов варьировал от 3 месяцев до 8 лет. Из них 11 мальчиков (69%) и 7 девочек (31%), гендерное соотношение составило 2:1. Из этих 18 пациентов 15 прошли хирургическую коррекцию с применением остеотомии таза по Солтеру. Одному пациенту выполнена задняя остеотомия и двоим пациентам была выполнена хирургическая коррекция ЭМП без остеотомии таза. Диастаз между лобковыми костями было от 3 см до 9 см. Из 18 пациентов 13 пациента были первичными, а 4 пациента были ранее оперированы в других клиниках.

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент операции составил 22 месяцев (3-96 месяцев). Среднее время наблюдения составило 10 месяцев (3-16 месяца). У всех пациентов наблюдалось уменьшение диастаза лобкового симфиза (в среднем 2 см) по сравнению с дооперационным периодом (средняя 5,5 см) без каких-либо признаков не сращения.

**Выводы.** Техника двусторонней передней над вертлужной остеотомии по Солтеру продемонстрировала успешное сближение диастаза лобкового симфиза с улучшением как клинически, так и рентгенологически. Легкость сближения, получаемая благодаря этой остеотомии, уменьшает натяжение по средней линии при ушивании передней брюшной стенки и заметно снижает частоту расхождения и пролапса мочевого пузыря. В нашем исследовании ни у одного пациента не было расхождения послеоперационной раны.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БАКТЕРИУРИИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Ахмеджанов И.А., Ахмеджанова Н.И., Изамиддинова М.К.  
Самаркандский Государственный Медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан*



**Введение.** Оценить влияние региональной лимфотропной антибиотикотерапии (РЛАТ) и фитоуроантисептика канефрона на показатели бактериурии при хроническом вторичном необструктивном пиелонефрите (ХВНП) у детей.

**Материал и методы.** Бактериологическое исследование мочи у детей с ХП (хронический пиелонефрит) проводили у 120 детей. Этиологически значимая бактериурия была выявлена у 45 (37,5%) больных. Из них среди 60 (50%) больных с ХПП (хронический первичный пиелонефрит) патологическая бактериурия обнаружена у 17 (28,3%) больных, а у 60 (50%) детей с ХВНП (хронический вторичный необструктивный пиелонефрит) у 28 (46,7%) детей. При идентификации возбудителя и выборе антибиотикотерапии эмпирически с использованием аффинного теста проводили исследование на бактериальную обсеменённость мочевыводящих путей. В данном тесте достоверным признаком является наличие не менее 100 000 микробных тел на 1 мл мочи.

Больные были распределены на 2 группы: 1 группу составили 37 больных получавших традиционные методы лечения, 2 группу составили 42 больных, из них с ХПП – 20, с ХВНП – 22 детей, которым на фоне традиционной терапии проводилось сочетанное применение канефрона и РЛАТ. С целью коррекции мембранолиза у детей с ХВНП в комплекс лечебных мероприятий включён канефрон-Н (2 группа). Выбор канефрона сделан учитывая его многочисленные положительные фармакологические эффекты: противовоспалительный, диуретический, антиоксидантный, нефропротекторный, спазмолитический, увеличивает выделение мочевой кислоты и способствует поддержанию рН мочи в диапазоне 6,2-6,8, что является важным в лечении и профилактике кальциево-оксалатного нефролитиаза.

Кроме того, влияет на внутрикристаллическую трансформацию оксалатов. Применение канефрона-Н с антибактериальными препаратами повышает эффективность терапии. Одним из важных достоинств препарата Канефрон Н является его высокая безопасность.

**Результаты.** Пейзаж микрофлоры мочи детей с ХП состоял из 6 видов микроорганизмов. Из них ведущее место принадлежало E.Coli, которая в монокультуре составляла 57,8 % выделенной микрофлоры. У детей с ХПП она выделялась у 11 (64,7%) и у больных с ХВНП она выделялась у 15 (53,6%) детей.

Сравнительный анализ бактериурии показал, что на фоне сочетанного применения РЛАТ и канефрона снижение удельного веса E.coli происходило на 9-10 сутки после лечения и составило 97,6%, тогда как в 1 группе на 15-16 сутки со дня лечения 25%.

**Заключение.** Таким образом, использование канефрона в сочетании с РЛАТ эффективно влияет на процессы нейтрализации бактерий и бактериурии, как при ХПП, так и при ХВНП (хроническом вторичном необструктивном пиелонефрите), что оценивалось по скорости нормализации микрофлоры и по полноте чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам по сравнению с традиционной терапией.



## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ХАРАКТЕРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

*Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Каюмова А.Т.  
Самаркандский Государственный медицинский университет,  
кафедра детской хирургии  
Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** По данным ВОЗ, мегауретер составляет до 40% от всех обструктивных уропатий. Нарушения уродинамических показателей способствуют развитию хронического обструктивного пиелонефрита, что может привести к хронической почечной недостаточности в 23-27% случаях. К настоящему времени предложено более 200 методов операций.

Цель исследования. Изучить эффективность и характер осложнений после реконструктивно-пластических операций у детей.

**Материал и методы.** Пациенты, включенные в исследование, находились отделении детской хирургии ОДММЦ и НИИ ДХ (Москва). Больные были разделены на 4 группы по характеру по выполненным операций. Для анализа были изучены результаты 3 видов неоимплантаций. Первая группа включает в себя 18 больных, получивших оперативное лечение по методу Коэна, Вторая группа - 28 которым было проведена операция Политано-Леадбеттера. Третья группа - 35 пациентов получивших операцию экстравезикального уретероцистоанастомоза. Четвертой группе - 21 были проведены эндоскопические методики. В группу сравнения были включены условно здоровые дети.

**Результаты.** В I группе - положительные результаты были на уровне 66,6 %, послеоперационное кровотечение; развитие рубца, препятствующего нормальной сократительной способности пузыря; невозможность расправления перегибов расширенного мочеточника – повлияли на высокий процент неудовлетворительных результатов.

Во II группе положительные результаты составили 85,7%. На неудовлетворительные случаи повлияли развитие рубца в месте вскрытия пузыря; развитие ангуляции предпузырного отдела мочеточника.

III группа, положительные случаи получены в 88,6%, что явилось самым эффективным методом. Специфических осложнений данного метода отмечено не было.

**Заключение.** При сравнении наиболее высокие результаты (88,6%) показала реимплантация по методу экстравезикального уретероцистоанастомоза, где отмечалось наименьшее количество послеоперационных осложнений.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА МОЧЕТОЧНИКОГО ТРАНЗИТА МОЧИ У БОЛЬНЫХ С МЕГАУРЕТРОМ

*Ахмедов И.Ю., Ахмедов Ю.М., Суюнов Н.Т.  
Кафедра детской хирургии №2 СамГМУ  
Самарканд, Узбекистан*



**Введение.** Мегауретер – обструктивная уропатия, наиболее часто приводящая к почечным осложнениям. Важным компонентом обследования пациентов является статическая нефросцинтиграфия.

**Материал и методы.** Пациенты, включенные в исследование, находились на стационарном лечении в отделении детской хирургии Самаркандского ОДММЦ и НИИ ДХ ФБГУ НМИЦ ЗД МЗ РФ. Больные были разделены на 2 группы: I – 39 с рефлюксирующей, II – 63 больных с обструктивным и 21 больных с группой сравнения.

При анализе данных сцинтиграфии рассчитывается захват радиофармпрепарата каждой почкой и активность РФП в месте инъекции. Затем вычисляется индекс интегрального захвата (ИИЗ), который отражает захват РФП каждой почкой в процентах от введенной в кровоток активности. Изучение МТМ проводилось над проекцией обоих мочеточников. При получении данных строилась кривая отношения активности и времени с мест регистрации, после этого определялась разница скорости двух кривых.

**Результаты.** У больных группы сравнения ИИЗ составил 126 а МТМ- 0,745, При обструктивном с II степенью ИИЗ составил 124 а МТМ  $-14,8 \pm 1,73$ , у пациентов с III степенью 114 и  $-26,8 \pm 1,69$ , данные показатели явились самыми плохими что говорит о высокой степени пассажа мочи в мочевых путях. При рефлюксирующей форме у пациентов с II и III степенью ИИЗ составлял 120 и 109, при МТМ  $-12,45 \pm 0,19$  и  $-16,45 \pm 1,21$ , что интерпретировалось как менее выраженное нарушение уродинамики, при худшем функциональном состоянии почек у пациентов.

**Заключение.** Использование показателя ИИЗ и мочеточникового транзита для определения тяжести расстройства уродинамики и более точной оценки функции мочеточников у детей.

## **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: МИНИПЕРКУТАННАЯ (MINI-PERC) НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ. МЕТОДЫ И ДЕТАЛИ**

*Ахмедов Ю.М.<sup>1</sup>, Абдуллажанов М.М.<sup>1,2</sup>, Юнусов Д.С.<sup>2</sup>,  
Турсункулов А.Н.<sup>2</sup>, Асатуллаев А.Б., Гайбуллаев О.А.*

*<sup>1</sup>Самаркандский Государственный медицинский университет*

*<sup>2</sup>Клиника “Akfa MedLine”*

**Введение.** Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, перкутанная нефролитотомия (миниПНЛТ) рекомендуется в качестве основного варианта лечения крупных камней почек ( $> 20$  мм), а также камней  $>10$  мм в нижнем полюсе почки. Миниатюризация инструментов, особенно нефроскопов меньшего размера, и возможность использования лазеров снижают заболеваемость и улучшают результатов лечения. Цели исследования. Настоящее исследование было направлено на оценку безопасности и эффективности мини-ПНЛТ у детей дошкольного возраста.

**Материал и методы.** С августа 2019 г. по август 2022 г. в нашем медицинском центре АкфаМедЛайн 52 детям раннего возраста выполнена бездренажная (tubeless) мини-ПНЛТ. Все процедуры выполнены нефроскопом Karl Storz MIP system 12F с



металлическим тубусом 16F. Дробления камня производили гольмиевым лазером. Все случаи завершены стентированием мочеточника без оставления нефростомы.

**Результаты.** В исследование было включено 52 ребенка (42 мальчика, 10 девочек) средний возраст составил 54,5 (17-75) месяцев. Средний размер камней составил 19,0 (15-24) мм. Камни почек локализовались в почечной лоханке (n=34), нижнем полюсе (n=11), среднем полюсе/верхнем полюсе (n=7). Все почечные доступы выполнялись в положении лежа на животе (prone), под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Уровень очищенности от камня составил 98%. Среднее время операции составило 68,5 (45-92) мин. Время пребывания в стационаре во всех случаях составило 2-3 дня.

**Выводы.** Мини-перкутанная нефролитотрипсия является безопасной и эффективной методикой у детей.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 1-ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

*Батрутдинов Р.Т.*

*Клиника Скандинавия, отделение урологии  
Санкт-Петербург, Россия*

**Введение.** Результаты лечения проксимальных форм гипоспадии остаются далеки от идеальных. Особую проблему представляют собой тяжелые формы гипоспадии. Оценить отдаленные результаты 1-этапных операций при проксимальных формах гипоспадии. Нами проанализированы отдаленные результаты уретропластик Koynagi и Duckett/Onlay-Tube при одномоментной коррекции тяжелых форм гипоспадии у детей.

**Материал и методы.** Мы провели ретроспективный анализ одномоментных операций при проксимальной гипоспадии у 47 мальчиков с 2007 по 2015 гг. Проксимальная гипоспадия определялась расположением меатуса уретры на уровне или проксимальнее пенископического угла после дегловизации полового члена. Возраст детей на момент операции составил от 7 мес до 26 мес (средний 11 мес). Период наблюдения составил от 3 лет до 12 лет (средний 8 лет). Все случаи гипоспадии были первичными. Уретропластика Koynagi выполнена у 29 пациентов с проксимальной формой гипоспадии (24 случая - мошоночная форма и 5 случаев - промежуточная). Уретропластика Duckett/Onlay-Tube у 18 пациентов. **Результаты.** Общий процент осложнений в обеих группах составил 59.5%. Все осложнения были успешно прооперированы. Некоторым пациентам потребовалось этапное лечение.

**Заключение.** Несмотря на относительно хорошие ранние результаты 1-этапных операций при проксимальных гипоспадиях, среднесрочные и отдаленные результаты имеют высокий процент осложнений. В связи с этим, этим пациентам требуется постоянное наблюдение в пубертатный и постпубертатный периоды жизни.

## МЕТОД УРЕТЕРОЦИСТОНЕОСТОМИИ С УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Аязбеков Е.А.<sup>1</sup>, Абекенов Б.Д.<sup>2</sup>, Абдибеков М.И.<sup>1</sup>, Бишманов Р.К.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Казахстан;

<sup>2</sup>АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Казахстан.

**Введение.** На сегодняшний день одной из актуальных проблем детской урологии являются вопросы адекватного хирургического лечения сложных врожденных мегауретеров, как при полном удвоении пораженной почки с уретероцеле.

**Материал и методы.** За 2019-2023 гг. в отделении урологии АО «НЦПДХ» внедренным методом уретероцистнеостомии прооперировано 5 детей с удвоенным мегауретером с уретероцеле, в возрасте от 1 года до 5 лет, 2 мальчика и 3 девочки.

**Техника операции.** После мобилизации мочеточников удвоенной почки в дистальном направлении, производится резекция дистального отдела мочеточника верхней половины на уровне 3-3.5 см, в нижней половине на уровне 3-4 см. Определяем наиболее подходящее место для уретеро-уретеро Y-образного конец-в-бок анастомоза, производим продольный разрез стенки мочеточника и производим широкое анастомозирование узловыми швами. Далее проводим мочеточник через подслизистый туннель в поперечном направлении, производится установка стента в нижнюю половину и интубация катетером 6Шр через анастомоз в верхнюю половину. Уретростомы удалялись поочередно на 14-15 сутки после операции.

**Результаты.** Контрольное обследование исследование проводилось через 4 месяца после операции, во всех 5 случаях у всех прооперированных детей определялась положительная послеоперационная динамика, улучшение экскреторной и эвакуаторной функций обеих половин удвоенных почек. По результатам микционной цистографии определялось равномерное и ровное наполнение контраста и отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

**Заключение.** На основе полученного нами опыта можно утверждать, что модифицированная методика хирургического лечения удвоенного мегауретера у детей обладает положительными характеристиками, и является равноценной безопасной и результативной альтернативой для уретероцистнеостомии единым блоком.

## KRIPTORXIZMNI DAVOLASH VA TASHXISLASHDA ENDOVIDEOLAPAROSKOPIYANI AHAMIYATI

Berdiyev E.A., Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Umarov Q.M.

Respublika bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazi.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

**Kirish.** Kriptorxizm o'g'il bolalarda urogenital tizimning eng keng tarqalgan anomaliyalaridan biri hisoblanadi. Ilmiy tadqiqotlarning xulosalariga ko'ra, yangi tug'ilgan bolalar orasida kasallanish 1,6 dan 9,0% ni tashkil etadi. Ikki va bir tomonlama kriptorxizm bor bolalarning davolanishiga va jarrohlik amaliyotlarini o'z vaqtida o'tkazilishiga qaramay, bu bemorlarning 40% i bepushtlikdan aziyat chekmoqda. Ishning maqsadi: moyakni abdominal va invaginal



turlari bo'lgan bolalarda kriptomxizmni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashdan iborat

**Material va uslublar.** Respublika bolalar minimal invaziv va endovizual jarrohligi ilmiy-amaliy markazi tomonidan 2016-2022 yillarga mo'ljallangan klinik materiallar tahlil qilindi va ular soni 107 nafar bolalarni tashkil etadi. Bemorlarning yoshi 2 yoshdan 15 yoshgacha. Ulardan 48 nafarida moyaklarni abdominal turi, 59 nafarida esa bemorda esa invaginal turlari borligi aniqlandi.

**Natija.** Barcha bolalar bir vaqtning o'zida endovideolaparoskopik orxiopeksiya jarrohlik amaliyoti bajarilgan. Operatsiya quyidagi bosqichlardan iborat edi: tutilish darajasini aniqlash uchun diagnostik laparoskopiya, moyak va uning tomirlarini vizual baholash, parietal qorin pardaning ichki invaginal halqa atrofida chegaralangan mobilizatsiyasi, tomirlar to'plami va ductus deferens ni mobilizatsiya qilish, Gunter shnurini kesish, yorg'oq tubiga tunel hosil qilish, moyak yorg'oq tubiga fiksatsiya qilishdan iboratdir.

**Xulosa.** Tezkor va uzoq muddatli natijalarning qiyosiy tahlili, jumladan, klinik, ultratovush va Doppler ultratovush tekshiruvini moyak o'lchamlarni nazorat qilish, kriptomxizmni abdominal shakli va invaginal turlarini davolash endovideolaparoskopik texnologiyalardan foydalanish tanlov usuli ekanligini ko'rsatdi.

## VARIKOTSELENI DAVOLASH VA DIAGNOSTIKASIDA ZAMONAVIY YONDOSHUVLAR

*Berdiyev E.A., Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Umarov Q.M.*

*Respublika bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazi.*

*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

*Toshkent, O'zbekiston*

**Kirish.** So'nggi yillarda varikotseleni diagnostika va davolashi bilan bog'liq turli xil muammolarni ilmiy jihatidan o'rganilib kelinmoqda. Kattalardagi varikotseleni tashxislash va davolash usullari juda yaxshi o'rganilgan bo'lib, lekin bolalar va o'smirlardagi varikotselega bag'ishlangan ilmiy izlanishlar juda sayoz darajadadir.

**Material va usullar.** Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazida 2016 - 2022 yillar maobayinida davolangan 12 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 78 nafar o'g'il bolalar tashkil etdi. Barcha bemorlarda chap tomonlama varikotsеле 2-3 darajasi tashxisi bilan davolanish uchun yotqizilgan. Tashxis anamnez, manual ko'rik va tekshirish va yorg'oqni ultratovush tekshiruvini va doppler sonografiyasi bilan amalga oshirildi. Ulardan 30 nafar bemorlarga Ivanissevich usulida operatsiya qilingan, 48 nafar bemorlarga moyak arteriyasi va venasini laparoskopik bog'lash amalga oshirilgan. Operatsiyalar rejalashtirilgan tarzda amalga oshirildi.

**Natija va muhokamalar.** Endovideolaparoskopik jarrohlikdan so'ng bemorlarni reabilitatsiya qilish muddati 3-4 kunning tashkil etdi. Operatsiya qilingan bemorlar orasida faqat Ivanissevich usulida operatsiyasi o'tkazilgan 7 nafar o'smirlarda varikotselening qaytalanishi kuzatildi. Endovideolaparoskopik jarrohlik o'tkazilgan bemorlarda varikotseleni qaytalanishi kuzatilmadi. Ivanissevich usuli yordamida operatsiya vaqti o'rtacha 7-10 minut tashkil etsa, endovideolaparoskopik jarrohlik amaliyoti - 10-15 minut tashkil etdi. Endovideolaparoskopik jarrohlik amaliyoti paytida 3 nafar bemorda invaginal churra borligi aniqlangan va bir vaqtning o'zida endovideolaparoskopik gernioplastika amaliyoti bajarilgan.



**Xulosa.** O‘tkazilgan tadqiqotlarga asoslanib, bolalar jarrohligi amaliyotida varikotseleni eng samarali va muvaffaqiyatli jarrohlik davolash usuli bu endovideolaparoskopik jarrohlik usuli ekanligi aniqlandi.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

*Бобоев А.Ш., Абдуризаев А.А., Умиров А.А., Ачилов А.Р.  
Частный медицинский центр «Dr. BOBOEV HEALTH CENTER»  
Кутаб, Узбекистан*

**Введение.** Цель исследования - сравнительный анализ клинико-экономической эффективности проведения трансуретральных контактных уретеролитотрипсий (ТУ КУЛТ) у детей с камнями мочеточника в условиях стационара краткосрочного пребывания и при обычной госпитализации.

**Материал и методы.** В период с 2018 по 2022 года в частном медицинском центре «Dr. Boboev Health Center» было произведено 140 ТУ КУЛТ у детей с камнями мочеточника. Из них 98 (70%) были пролечены в условиях стационара краткосрочного пребывания, а 42 (30%) – с обычным периодом госпитализации. Методом анализа «минимизации стоимости» была рассчитана разница прямых медицинских затрат при выполнении ТУ КУЛТ у детей в условиях стационара краткосрочного пребывания и при обычной госпитализации. Демографические показатели и клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, не имела достоверного различия.

**Результаты.** Средние значения суммы прямых затрат ТУ КУЛТ в условиях стационара краткосрочного пребывания составили 2256418,0 сум, а при стандартной госпитализации - 2711895,0 сум. В результате установлено, что разница затрат сравниваемых режимов лечения при проведении ТУ КУЛТ составила 445477 сум, и это было статистически достоверным ( $p = 0,0000$ ). Анализ показал, что при проведении ТУ КУЛТ средняя стоимость лечения в условиях стационара краткосрочного пребывания на 16,8% меньше по сравнению со стоимостью лечения при обычной госпитализации.

**Обсуждение.** Анализ минимизации стоимости, к которому мы прибегли в своей работе, лимитируется случаями, когда сравниваемые методы лечения имеют одинаковую клиническую эффективность.

**Заключение.** Проведенный нами клинико-экономический анализ показал, что ТУ КУЛТ у детей с камнями мочеточника в условиях стационара краткосрочного пребывания является более рентабельным и экономически выгодным.



## ВЛИЯНИЕ ШИРИНЫ УРЕТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Бойко А.В.

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

**Введение.** Изучение влияния ширины UP на результаты лечения дистальной гипоспадии у детей.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ историй болезни 138 мальчиков, которым проводилась коррекция гипоспадии по методике ТИР. Средний возраст пациентов на момент операции составил 4,6 года (от 6 месяцев до 16 лет). Первично выполнялось измерение диаметра головки и ширины уретральной пластинки в узкой ее части, после чего проводилась операция ТИР. В зависимости от ширины уретральной площадки пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа (ширина UP <8мм)– 107 мальчиков (77,6%), 2 группа (ширина UP >8мм) – 31 ребенок (22,4%).

**Результаты.** В 1 группе средняя ширина UP перед рассечением составила 5,4мм, после рассечения – 13мм, UPR 0,41 Во 2 группе средняя ширина UP перед рассечением составила 9,4мм, после рассечения – 17,5мм, UPR 0,53. Среднее время операции составило 110±10 минут. Уретральный катетер удалялся на 7 сутки. Время послеоперационного наблюдения от 1 до 12 месяцев. В послеоперационном периоде было 9 осложнений (7 в 1 группе и 2 во 2 группе). Оценка по шкале HOSE составила: 1 группа – 15,77, 2 группа – 15,65. Статистический анализ послеоперационных осложнений проводился с помощью критерия критерия Хи-квадрат с поправкой Йетса на непрерывность, однофакторного бинарного логистического регрессионного анализа вероятности осложнений и ROC-анализа. Исследование проведено с помощью программ: Statistica 10 Rus и MedCalc 20 Rus.

**Заключение.** Все методы математического и статистического анализа доказали отсутствие корреляции между шириной уретральной площадки и послеоперационными осложнениями. Мы пришли к выводу, что успех хирургического лечения в основном зависит от хирургической техники.

## A RARE CASE OF DUPLICATION URETHRA. A CASE REPORT

Vrublevskiy S.<sup>1,2</sup>, Vrublevskaya E.<sup>1,2</sup>, Vrublevskiy A.<sup>1</sup>, Turov F.<sup>1</sup>, Chikunova A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>St.Luka's Clinical Research Center for Children, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Department of pediatric surgery, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Introduction.** It is assumed that abnormal midline fusion of the lateral ridges of the urorectal folds giving rise to an accessory urogenital sinus, which subsequently induces the development of a completely duplicated urethra or CUPF.

**Material and methods.** The study included 26 children with CUPF described in the English literature over the last 50 years and the results of their own clinical observations. 3 years old boy was observed from birth for a fistula in the perineal area. Retrograde urethrogram in combination with voiding cystography revealed a fistulous tract between the posterior urethra



and the perineal skin. Cystoscopy was performed with the introduction of methylene blue through the opening of the fistula on the perineum and the receipt of a coloring solution in the prostatic part of the urethra. A bordering incision around the fistula was made in the upper part of the perineum around the fistula. False urethra first had the direction of the rectum, and then skirted the left half bulbospongiosus muscles and in the end went to the prostatic urethra.

**Results.** The presented observation corresponds to type II A2, Y-shaped doubling of the urethra, described by Effmann (1979). Histological examination showed that the fistula was lined by stratified squamous keratinizing epithelium. During 1 year of observation after surgery, there was no recurrence of fistula. According to the ultrasound of the perineum, pathological structures were not identified. The urination is not impaired.

**Conclusions.** The difference is that with CUPF there is a normally functioning dorsal urethra and hypoplasized additional ventral urethra.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ДЕТЕЙ

*Врублевский А.С.<sup>1</sup>, Врублевский С.Г.<sup>1,2</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1,2</sup>,  
Туров Ф.О.<sup>1</sup>, Оганисян А.А.<sup>1</sup>, Валиев Р.Ю.*

*<sup>1</sup>ГБУЗ "НПЦ специализированной медицинской помощи детям  
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента  
здравоохранения города Москвы", Москва, Россия*

*<sup>2</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА,  
кафедра детской хирургии, Москва, Россия*

**Введение.** Пневмовезикоскопия один из современных доступов, позволяющих выполнять хирургические вмешательства на мочевом пузыре и уретеро-везикальном соустье без цистотомии. Нами проанализированы результаты операций, выполненных с применением данного доступа и выработаны алгоритмы отбора пациентов для подобных вмешательств.

**Материал и методы.** За период с 2014 по 2023 г. авторами проведены пневмовезикоскопические операции у 87 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. В 64 случаях выполнена уретеронеоцистоимплантация при патологии уретеровезикального соустья. В 2 случаях была выполнена пластика устья мочеточника по методике Чумакова. У 9 детей произведено эндовезикоскопическое удаление дивертикула мочевого пузыря. В 5 случаях был диагностирован Hutch дивертикул, что потребовало одномоментной реимплантации мочеточника. В 4 случаях выполнено удаление доброкачественных образований мочевого пузыря, в том числе гигантского полипа. В 3 случаях проведено удаление рефлюксирующей культи мочеточника, оставшейся после геминефрэктомии. Минимальный объем мочевого пузыря составил 40 мл. Длительность оперативных вмешательств была от 60 до 240 мин. При необходимости дренирования верхних мочевых путей использовался Double-J-стент. Длительность катамнестического наблюдения составила от 3 месяцев до 10 лет.

**Результаты.** В одном случае потребовалась конверсия, из-за выраженной регидности мочеточника и его втяжения в паравезикальное пространство. Контрольное обследование выполнено у 95% пациентов. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс в неоплантированный мочеточник выявлен в 2-х случаях, что составило 3%.



**Заключение.** Пневмозистоскопия дает прекрасную возможность осуществлять классические внутрипузырные операции малотравматично и с высокой эффективностью. Возраст и объем мочевого пузыря являются ограничивающими факторами только на этапах освоения методики.

## ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

*Врублевский С.Г.<sup>1,2</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1,2</sup>, Врублевский А.С.<sup>1</sup>, Туров Ф.О.<sup>1</sup>  
1ГБУЗ "НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы"  
2ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА, кафедра детской хирургии  
г.Москва*

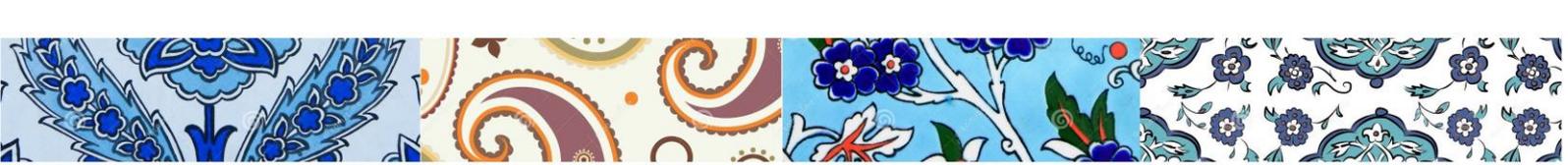
**Введение.** Одним из распространенных вариантов обструктивной уропатии является гидронефроз с частотой встречаемости 1 на 500 новорожденных. Успешные результаты после выполнения пиелопластики у детей составляют 94–95%. Мы проанализировали причины неудовлетворительных исходов операций и меры профилактики осложнений после неудачных операции с применением эндовидеохирургических доступов.

**Материал и методы.** За период с 2013 по 2023 г. авторами были выполнены реконструктивные лапароскопические и ретроперитонеальные пиелопластики у 350 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Пиелопластика при гидронефрозе удвоенной почки была выполнена у 5 пациентов, при тазовой дистопии почки — у 3 детей, подковообразной почки — у 11, при ретрокавальном мочеточнике — у 1 ребенка. Повторные вмешательства при рецидиве гидронефроза потребовалось 14 пациентам. Пиелопластика осуществлялась по методике Хайнс-Андерсона, кроме единственного случая, где использована методика Фолея. Для дренирования полостной системы применялся Doubel-J стент, устанавливаемый антеградно. При невозможности установки стента в 34 наблюдениях использовалась пиелостомия.

**Результаты.** Нарушение проходимости анастомоза отмечено в 15 наблюдениях после удаления катетер — стента и пиелостомического дренажа — у 4 пациентов. Восстановление проходимости после повторного стентирования достигнуто у 5 пациентов. Анализ нарушения проходимости пиелоуретерального анастомоза установил, что причинами являлись: нерадикальность резекции измененного лоханочно-мочеточникового соединения — у 6 детей, нарушение техники вмешательства — у 6, иные факторы — у 3 детей.

**Обсуждение.** Ретроспективная оценка нарушений техники показала неделикатное обращение с анастомозируемыми тканями, избыточное использование электрокоагуляции, натяжение в зоне анастомоза, негерметичность швов, неадекватное дренирование ЧЛС.

**Заключение.** Анализ неудовлетворительных результатов хирургической коррекции гидронефроза показал, что выбор метода устранения обструкции должен определяться причиной его возникновения. Использование лапароскопического доступа при рецидиве считаем возможным и приоритетным. При выполнении повторной операции обязательным является стентирование анастомоза.



## БОЛАЛАРДА ТУҒМА ГИДРОНЕФРОЗНИНГ ХИРУРГИК КОРРЕКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАХОЛАШ

*Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Маматалиев Д.Р., Нематжонов Ф.  
Андижон давлат тиббиёт институти  
Андижон, Ўзбекистон*

**Кириш.** Гидронефроз – туғма патология, болаларда жомча-сийдик найи сегменти тусиғи билан пайдо бўлади. Учраш даражаси 1:500, 1:800 нисбатта учрайди. ( Коварский С.Л., Захаров А.И. Вазопексия при гидронефрозе у детей. Детская хирургия 2016; (4); 175-7.). Болаларда туғма гидронефрозни кўпинча туғма сабаблар чақиради, жомча сийдик найи сегменти стенози, клапани, букилиши, сийдик найини жом юкоридан чиқиши, битишма ва аберант қўшимча қон томирлар билан босиши. ( Ахмеджанов И.А., Собиров Б.У., «Болалар урологияси» ўқув адабиёти 2003й. 83-бет).

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотда Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази Урология бўлимида 2020-2021 йилларда хар хил этиологияли туғма гидронефроз билан ётиб даволанган 34 нафар бемор болалар оператив муолажа ўтказилган. Булардан 0 ёшдан 3 ёшгача 4 (11,8%) нафар бемор болалар булар ичидан 3 нафари тери орқали перкутан нефростома ва 1 нафар бемор пиелоретраланастомоз операциясини ўтказилган. 4 ёшдан 6 ёшгача 16(47%) булардан 3 нафари нафар бемор тери орқали перкутан нефростома, 1 беморда икки томонлама очиқ усулда бир вақтда нефростома қўйиш амалиёти ва 12 нафар беморда Хайнс-Андерсон бўйича пиелоретраланастомоз амалиёти , 7 ёшдан 10 ёшгача 10 (29,4%) нафар беморларнинг 9 нафари Хайнс-Андерсон бўйича пиелоретраланастомоз, 1 нафарида битишмаларни ажратиш лизис ва 2 нафарида лапароскопик пиелоретраланастомоз 11 ёшдан 16 ёшгача 3(8,8%) нафар бемор болаларда 2 нафари аберант қон томир олиш амалиёти 1 нафарида лапароскопик пиелоретраланастомоз оператив муолажалари ўтказилган. Хамма бемор болалар қўшимча бирлашган туғма аномалиялар учун умумклиник ва инструментал текуширувлардан ўтказилган.

**Натижалар.** Хамма бемор болалар, операциядан кейинги Ультратовуш текширувидан баъзилар экскретор урография текширувидан ўтказилган ва натижалар яхши деб бахоланди, факат 2 нафар аберант қон томир олинган беморимизда операциядан кейинги гидронефроз сақланган.

**Хулоса.** Шундай қилиб, хар хил этиологияли туғма гидронефроз касаллигида беморлар гидронефрозини операция вақтида аберант қон томир олинган бўлса хам кенгайган жомча резекция қилмасликдан қочиш керак.

## БУККАЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ГИПОСПАДИЯХ У ДЕТЕЙ

*Демин Н.В., Ладыгина Е.А.  
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии  
Москва, Россия*



**Введение.** Оперативное лечение проксимальных форм гипоспадии остается достаточно сложным и интересным процессом для уролога. Наилучшие результаты показывает двухэтапная уретропластика. Современные подходы к лечению гипоспадии диктуют необходимость применения различных трансплантатов. Мы в своей работе представляем наш опыт лечения первичных проксимальных форм гипоспадии с использованием буккального трансплантата.

**Материал и методы.** За последние 3 года в нашей клинике было выполнено 150 двухэтапных уретральных пластик по поводу проксимальных форм гипоспадии у первичных пациентов. На первом этапе, после пересечения дисплазированного губчатого тела выполняли подготовку ложа на вентральной поверхности к фиксации буккального графта взятого из внутренней поверхности слизистой щеки по стандартной методике. Приживление трансплантата происходило за 7 дней. Не менее, чем через 6 месяцев выполняли второй этап пластики уретры по Дюплей. Так же во время второго этапа проводилась кожная пластика, устранялась транспозиция мошонки, низводились и фиксировались яички при необходимости. Устанавливали уретральный катетер или мочевого пузыря дренировался с помощью цистостомы. Через 9-12 дней катетер удалялся.

**Результаты.** Процент осложнений составил 30%. В основном это были уретрокожные свищи, остаточное искривление, расхождение краев сформированной уретры. У 10 пациентов отмечалось рубцевание трансплантата, что потребовало повторного проведения первого этапа с использованием трансплантата с другой щеки. У 1 пациента отмечалось 2-х кратное рубцевание трансплантата, что потребовало проведение пластики уретры и использование лоскута крайней плоти.

**Заключение.** Несмотря на достаточно большой процент осложнения буккальная уретропластика имеет ряд преимуществ: внешний вид полового органа, крайне низкая вероятность поражения уретры склеротическим лихеном, одинаковый диаметр уретры на всем протяжении. Буккальная уретропластика может быть прекрасной альтернативой двухэтапного лечения проксимальных форм гипоспадии.

## СПЛЕНОГОНОДАЛЬНОЕ СЛИЯНИЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

*Жакупов Р.Н.*

*КГП на ПХВ «Центр Матери и ребенка»*

*Оскемен, Казахстан*

**Введение.** Спленогонодальное слияние (СГС) это редкая врожденная доброкачественная аномалия яичка и селезенки, которое сопровождается их слиянием. Возможным развитием этого порока считается близкое расположение гонад и селезенки во время эмбриогенеза, что может привести к аномальному их слиянию. Диагностика этой патологии весьма затруднена. Чаще всего СГС диагностируется при отеке мошонки, образовании в области мошонки, паховой грыжи или крипторхизма. На данный момент зарегистрировано меньше чем 200 клинических случаев этой патологии в мире. Мы представляем клинический случай спленогонодального слияние с двухсторонним крипторхизмом.

**Материал и методы.** Анализ истории болезни пациента.



В нашу медицинскую организацию в плановом порядке поступил пациент, 2-х лет, с диагнозом двухсторонний крипторхизм слева паховая форма и справа абдоминальная форма. Из анамнеза беременность и послеродовой период протекал без особенностей. Ребенок родился в срок. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственный анамнез не отягощен.

Интраоперационно при рассечении пахового кольца обнаружено СГС, конверсия – Лапароскопия. Селезенка в типичном месте, удвоена, от нижнего полюса отходит рудимент в виде тяжа, в последующем разделяется на два тяжа и сращено с яичком. Рудиментные тяжи иссечены, далее произведена Орхопексия слева по Петривальскому-Шумахеру. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на 7 сутки.

**Выводы.** СГС является редкой врожденной аномалией. Предоперационная диагностика СГС обычно затруднена, особенно при крипторхизме яичек. Большинство хирургов выбирают радикальное лечение, чтобы снизить риск отсутствия злокачественных новообразований. Осведомленность уролога об этом редком заболевании может позволить в будущих случаях провести операцию по сохранению яичек.

## **ВАЛИДАЦИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ МЕТОДА БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ**

*Зоркин С.Н., Галузинская А.Т., Петров Е.И.  
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»  
Москва, Россия*

**Введение.** Одним из малоинвазивных методов лечения первичного обструктивного мегауретера (ПОМ) является баллонная дилатация высокого давления (БДВД). Несмотря на то, что данный метод зарекомендовал себя как эффективный, в настоящий момент он нуждается в прогнозировании и определении чётких показаний.

**Материал и методы.** Для разработки модели были использованы данные 200 пациентов с ПОМ, всем детям оценивались показатели стеноза: протяженность стеноза, диаметр зоны стеноза и площадь стеноза в %. На основании трех изучаемых параметров была разработана прогностическая модель. Используя эти предикторы, мы разработали модель биномиальной логистической регрессии для интраоперационного прогнозирования успеха баллонной дилатации. В уравнении длина стеноза, диаметр стеноза и площадь стеноза были отмечены как  $X_1$ ,  $X_2$  и  $X_3$  соответственно. При получении значения  $P$ , большего или равного 0,9083, можно прогнозировать положительный результат. Наша прогностическая модель была построена с использованием метода логистической регрессии, а эффективность модели оценивалась с помощью анализа кривой ROC. Площадь под кривой ROC составила 0,977 с доверительным интервалом 95%. Хи-квадрат модели составил 67,14, что с учетом трех степеней свободы было статистически значимым. С учетом прогноза математической модели пролечено 100 пациентов с помощью БДВД. Остальным пациентам ( $n=7$ ) выполнена миниинвазивная реимплантация мочеточника. После внедрения программы прогностической модели в практику суммарная эффективность БДВД



достоверно увеличилась с 92,5% до 96%. Для подтверждения статистической достоверности улучшения результатов лечения ПМР после внедрения программы использовался критерий Хи-квадрат Пирсона с поправкой Йейтса. Как показали результаты применения критерия, эффективность БДВД в группе клинической валидации статистически достоверно выше, чем в группе больных до применения предикторов и прогностической модели ( $\chi^2 = 31.101$ ;  $p < 0,001$ ).

**Результаты.** Мы создали хорошо откалиброванную прогностическую модель на репрезентативном наборе пациентов, прошедших лечение. Общая эффективность лечения ПОМ с помощью БДВД у обследованных детей составила 96%. В случае отрицательных результатов детям выполнена успешная реимплантация мочеточников.

**Заключение.** Характеристика зоны стеноза во время проведения БДВД пузырно-мочеточникового сегмента при ПОМ у детей является необходимым диагностическим методом, который обеспечивает достоверное прогнозирование исходов баллонной дилатации. При получении прогноза отрицательного результата рекомендуется выполнение других вариантов оперативного лечения ПОМ у детей.

## **ОЦЕНКА НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ.**

*Зоркин С.Н., Никулин О.Д., Семикина Е.Л.*

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей.*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Введение.** Оценить эффективность применения преднизолон с нефропротективной целью при проведении дистанционной ударно-волновой литотрипсии у детей

**Материал и методы.** С января 2022 по октябрь 2023 года 108 первичным пациентам с МКБ был проведен сеанс дистанционной литотрипсии. В 1 группу вошли 54 ребенка, лечившихся по традиционному протоколу. 2 группу сформировали 54 ребенка, получавших помимо традиционной терапии преднизолоном в дозировке 0,5 мг/кг однократно в течение 2 суток и за 2 часа до операции. Всем детям перед выполнением дистанционной литотрипсии (1 точка), через 45 минут (2 точка) и 24 часа (3 точка) выполнялся забор биологического материала с определением концентрации путем иммуноферментного анализа следующих биомаркеров острого повреждения почек в моче (липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов (NGAL)), молекула повреждения почек-1 (KIM-1), тканевой ингибитор металлопротеиназы-2 (TIMP-2)) и сыворотке крови (интерлейкин-18 (IL-18)).

**Результаты.** Исход всех проведенных сеансов дистанционной литотрипсии удовлетворительный. Все биомаркеры показали статистически значимый рост концентрации после операции. Самые высокие концентрации рассмотренных маркеров мочи были зафиксированы на 2 точке исследования. Содержание интерлейкина-18, исследуемого в крови, максимальный рост отмечался на 3 точке. У пациентов, получавших преднизолон, увеличение концентраций маркеров, как мочи, так и крови было меньшим. Уровень липокалина через 45 минут у пациентов 1 группы составил 48,3 (24,5;117,0) нг/мл, у больных 2 группы 28,4 (16,0;71,8) нг/мл, ( $p=0,044$ ). Концентрация



молекулы повреждения почек-1 составила 0,57 (0,45;0,70) нг/мл у детей первой и 0,48 (0,25;0,91) нг/мл у больных 2 группы ( $p=0,334$ ). Так же уровень TIMP-2 через 45 мин после литотрипсии в 1 группе больных 12,3 (9,23;20,2) статистически значимо выше, чем во 2 группе – 6,75 (5,2;12,1) нг/мл, ( $p<0,001$ ). Уровень интерлейкина-18 в 3 точке исследования в 1 группе пациентов составил 164,7 (113,7;217,1) пг/мл, во 2 - 130,3 (89,7;186,1) пг/мл, ( $p=0,042$ ).

**Заклучение.** Полученные результаты позволяют сделать вывод о эффективности применения преднизолона для нефропротективной терапии при проведении дистанционной литотрипсии у детей.

## **БОЛАЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ОПТИМАЛ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ**

*Ибрагимов Т.М., Ибрагимов А.Р., Рахмонов С.А.  
Тошкент тиббиёт академияси Термез филиали  
Сурхондарё вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази  
Термез, Ўзбекистон*

**Кириш.** ЖССТ маълумотларига кўра болалар хирургик патологиялари ичида иккинчи ўринда сийдик айирув системаси касалликлари туради. Охирги ўн йилликда касалликнинг учраш частотаси 2,5-3 баробарга ортган ва хар 1000 та болада 20,6 дан 106,0 гачани ташкил килади. Касалликнинг ортиб бориши хозирги кундаги долзарб муомолардан биридир. Болаларда сийдик тош касаллигининг эрта диагностикаси ва оптимал даволаш тактикасини танлаш.

**Материал ва услублар.** Вилоят боалар кўп тармоқлитиббиёт маркази урология бўлимида 2022-2023 йилларда сийдик тош касаллиги билан даволанган 413 нафар беморларнинг касаллик тарихлари тахлил қилинади. Улардан 256 таси ўғил болалар (62%) ва 157 (38%)нафари қиз болаларни ташкил этади. Беморлар ёши 0 ёшдан 18 ёшгачани ташкаил этади. Ёшга қараб тақсимланганда 0 ёшдан 1 ёшгача -30, 1 ёшдан 5 ёшгача 165, 5 ёшдан 14 ёшгача 185, 14 ёшдан 18 ёшгача -31 беморларни ташкил килади. Сийдик тош касаллиги диагностикада умумий клиник лаборатор текширишлардан ташқари, ультратовуш (УТТ), контрасти компьютер томография (КТ,МСКТ), магнит-резонанс томография (МРТ), экскретор урография текширувлари қўлланилади.

**Натижалар.** Назоратимиздаги беморларда тошларни қуйидаги кўрсаткичлар: буйракда 296(71.6%), Сийдик найидаги 54(13%), сийдик қопида 50(12.1%) ва уретрада 10(2.42%) жойлашганлиги аниқланади. Сийдик тошлари ўлчамлари ультра товуш текшируви натижаларида 0.3-),4 см дан 2,0-2,5 смгача ташкил қилади. Тахлил қилинган беморларнинг барчасида касалликнинг клиник белгилари: Ўғриқ, дизурия,гематоурия,пиурия ва сийдик билан бирга туз кристалларининг ажралиш белгилари билан мурожаот қилган. Беморларнинг даволаш натижалари тахлил қилинганда 413 бемордан 288(69.7%) таси консерватив ва 125 (30.3%) таси оператив даволанган. Консерватив даволанганларнинг 78(27.0%) тасида сийдик тоши



операциясиз туширилган. Оператив йўл билан даволанган беморларнинг 48(38.4%) тасида пиелолитостотомия, 30(24.0%) тасида уретролитостотомия, 47 (37.6%) тасида эпицистолитотомия операциялари ўтказилган. Операциядан кейинги давр 11(8.8%) беморда турли хил: Операция жарохатининг яллиғланиши 3 та ва рецидив тошларнинг пайдо бўлиши 8 та беморда кузатилган.

**Хулоса.** Болаларда сийдик тош касаллиги кўп учрайди ва айниқса охириги йилларда салмоғи ортмоқда. Замонавий текширув усулларининг қўлланилиши касалликнинг эрта муддатларда аниқлаш имконини беради. Сийдик тош касаллиги асосан буйракларда (71.6%) учрайдию Кичик ўлчамдаги тошларни оператив аралашувсиз тушириш операциядан кейинга асоратларни камайтириш имконини беради.

## РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Ибрагимов К.Н.<sup>1</sup>, Ахмедов Ю.М.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр*

*<sup>2</sup> Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** По данным современной литературы лечение гипоспадии является одной сложных проблем. Так как осложнения в послеоперационном периоде составляет при дистальных формах до 40 %, при сложных проксимальных формах до 65 %.

**Материал и методы:** В исследование включено 380 детей пролеченных в ОДММЦ г. Самарканда. Из них с головчатой формой 138, стволовой - 179, мошоночной форма 63 больных.

**Результаты.** При головчатой форме применены различные методы операции такие как МАГПИ , Snodgrass, П-образная уретропластика. Метод МАГПИ был применен-76 больным, Хаберлик-9 больным, П-образное уретропластика-53 больным. Среди них у 26 больных в после операционном периоде наблюдался полное расхождение швов что составило 18,8%. При стволовой форме при методе Даккета в после операционном периоде уретральные свищи наблюдались 20,3%, по методу Дюплея 17,0%.

При мошоночной форме использовался метод Bautz flap состоящий из двух этапов. осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 6 больных, сужение уретры на месте анастомоза наблюдались – 4 и у одного больного наблюдалось рубцовая деформация полового члена, что потребовало повторной хирургической коррекции.

**Заключение.** Наиболее часто встречающиеся осложнения при хирургической коррекции гипоспадии у детей – уретральные свищи, частичное расхождение швов, и рубцовая деформация полового члена. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения наблюдается редко.



## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Исроилов А.А.  
Юнусабад медикал центр  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Целью исследования является изучить результаты хирургического лечения различных форм гипоспадии у детей.

**Материал и методы.** В исследование включены 80 больных в возрасте от 1 года до 18 лет, с дистальными и проксимальными формами гипоспадии в клиниках ГДХКБ№2 и Юнусабад медикал центр, в течение последние 3 года. У 50 пациентов с дистальными формами гипоспадии без искривлений или с искривлений до 30 градусов было проведено операция ТПР. При проксимальных формах и гипоспадия без гипоспадия с искривлений больше 30 градусов у 30 детей было проведено этапная (аугментационная) операция Брака. Второй этап операции (через 4-6 месяцев) выполнена уретрапластика по Дюплею. У 7 больных было проведено операция СТАС.

**Результаты.** У больных с дистальной формы гипоспадии после операции ТПР, отмечалось осложнение в виде кожно-уретральная фистула в 15% (у 7 больных) случаев, меатостеноз 18% (у 9 больных) случаев. При аргументационных операциях, несостоятельности трансплантированного лоскута в виде рубцевание у 2 больных (6,7%), кожно-уретральная фистула у 5 больных (16,6%). Ретракция неоуретры у 3 больных (10%).

**Заключение.** Основными осложнениями при операции ТПР является кожно-уретральные свищи и меатостеноз. При проксимальных формах гипоспадии отдаётся предпочтение выполнить аугментационные операции Брака, СТАС.

## IS LAPAROSCOPIC URETEROURETEROSTOMY POSSIBLE IN CASE OF SIGNIFICANT DIFFERENCE BETWEEN URETERIC DIAMETERS?

*Kagantsov I.M., Kondrateva E.A.  
Almazov National Medical Research Centre  
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*

Introduction. Renal duplication is a common urological anomaly in childhood, the incidence of which reaches 2%. Laparoscopic ureteroureterostomy can be the operation of choice in case of obstructive uropathies of the duplicated kidney and also shows itself to be a safe and effective technique. A number of authors indicate that ureteroureterostomy can be used when there is a significant difference in the diameters of the ureters, and in the comparison groups (with a slight and pronounced difference in diameters) no differences were identified during the postoperative period and long-term results. To analyze the results of laparoscopic ureteroureterostomy in patients with obstructive uropathy of a duplicated kidney with a difference in ureter diameters of more than 2 times.



**Material and methods.** In the period from 2021 to 2023, among 13 patients who underwent laparoscopic ureteroureterostomy at the Almazov National Medical Research Centre, in 8 cases (61.5%) the diameter of the “donor” ureter was revealed to be more than 2 times greater than the diameter of the “recipient” ureter. The age of the patients at the time of surgery was 4.4 months (2-8 months). The ratio of girls to boys is 6:2. The length of operation was 80 to 190 minutes. In all cases, ureteroureterostomy was performed using a ureteral stent or pyeloplastic catheter.

**Results:** Intraoperatively, no technical difficulties associated with a significant difference in the diameters of the ureters were identified; the key point that helps to overcome this difference is a sufficient ureterotomy incision of the “recipient” ureter. The process of drainage of the ureteroureteroanastomosis was also not complicated by the difference in diameters. Long-term results were monitored in all patients on average 6-12 months after surgery. At the same time, according to intravenous urography or CT urography, patency of the ureteroureteroanastomosis, as well as contraction of the collecting system and ureter of the affected segment of the duplicated kidney were revealed.

**Conclusions:** Laparoscopic ureteroureterostomy can be safely and effectively performed in patients with obstructive uropathies of the duplicated kidney, regardless of the difference in ureteral diameters.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК

*Кадышев А.В., Горемыкин И.В., Долгов Б.В., Черемисина А.С., Черняев М.О.  
«ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский  
университет им. В.И. Разумовского»  
Саратов, Россия*

**Введение.** При физикальном осмотре мальчиков с крипторхизмом в 20% случаев обнаружить внемешочное яичко не удастся. Среди непальпируемых форм крипторхизма 50-60% яичек располагаются в брюшной полости.

**Материал и методы.** В 2020-2022 гг. на базе УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева г. Саратова находилось 22 мальчика с «синдромом непальпируемых яичек» (СНЯ). Из них у 5 детей в мошонке отсутствовали обе гонады. Возраст детей с СНЯ на момент проведения оперативного лечения составил от 11 месяцев до 15 лет (медиана 2,4 года). На дооперационном этапе всем мальчикам было выполнено ультразвуковое исследование гонад. При этом, средний объем не опущенного яичка составил 0,27 мл, а средний объем мошоночной гонады – 0,87 мл.

**Результаты.** Всем пациентам было проведено хирургическое лечение. Одноэтапная орхиопексия по A.Bevan была выполнена 3 детям (13%); лапароскопическая операция Fowler-Stephens выполнена – 14 (64%); диагностическая лапароскопия, по данным которой выявлена аплазия или агенезия гонады выполнена 3 детям (13%); диагностическая лапароскопия с последующей орхиэктомией выполнена 1 мальчику (5%); ревизия пахового канала с последующей орхиэктомией была выполнена 1 ребенку (5%).



**Заключение.** Медиана возраста мальчиков на момент оперативного лечения в Саратовской области в настоящее время составляет 2,4 года, что до сих пор превышает рекомендованный возрастной диапазон для проведения хирургической коррекции крипторхизма. При этом, все еще высок процент неудовлетворительных результатов лечения детей с синдромом непальпируемых яичек.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ПО КОЭН У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

*Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Баязитов Р.Р.  
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России  
Москва, Россия*

**Введение.** Пневмозистоскопический доступ для реимплантации мочеточников по Коэн зарекомендовал себя высокоэффективным и безопасным методом, не уступающим результатам открытой реимплантации. Однако большинство исследователей ограничивают показания к операции возрастом старше 2 лет или объемом мочевого пузыря более 150 мл. Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пневмозистоскопической реимплантации мочеточников у детей грудного возраста.

**Материал и методы.** Пролечено 31 пациент в возрасте от 2 мес. до 1 года. Распределение по возрасту: от 2 до 6 мес. - 13, от 6 мес. до 1 года – 18. Все дети оперированы по методике Коэн. Показаниями к реимплантации являлись: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – 7, мегауретер – 24. Двусторонняя реимплантация выполнена в 5 случаях. Удаление парауретерального дивертикула в сочетании с реимплантацией мочеточника выполнено у 12 детей: у 5 - в группе от 3 до 6 мес., у 7 - в возрасте от 7 мес. до 1 года. 5 пациентам выполнена реимплантация мочеточника в связи с внепузырной эктопией устья мочеточника.

**Результаты.** Длительность операции составила 75-200 мин при одностороннем поражении, при двустороннем - 160-260 мин. Минимальный объем мочевого пузыря в описанной группе больных составил 40 см<sup>3</sup>. Наличие дивертикула не отразилось на продолжительности и травматичности операции. Пневмоперитонеум осложнил течение операции в 29% случаев, у 6 детей до 6 мес, и у 3 - до 1 года, что потребовало установки иглы Вереша и не сказалось на продолжительности операции и тяжести послеоперационного периода. Конверсий не было. Дренажирование мочеточника в течение 5-8 суток было выполнено у 11 пациентов, 20 операций завершены без дренажирования собирательной системы. 1 пациенту, оперированному бездренажно в раннем послеоперационном периоде выполнена установка низкого стента в связи с обструкцией. Уретральный катетер удалялся на 6-10 сутки у детей с мочеточниковым интубатором и на 2-5 сутки у детей без дренажирования собирательной системы. Умеренная гематурия отмечалась до 2 суток. Потребность в обезболивании



сохранялась в течение 1 суток послеоперационного периода. Отсутствие обструктивных осложнений и сокращение собирательной системы через 6 мес отмечено у всех больных. При катамнестическом наблюдении цистография выполнена 14 пациентам. У двух детей, не имевших инфекции мочевых путей в послеоперационном периоде, выявлен ПМР II степени, не потребовавший дополнительных оперативных вмешательств. ПМР IV степени выявлен у одного пациента, выполнена эндоскопическая коррекция рефлюкса с положительным результатом.

**Заключение.** Таким образом, возраст и объем мочевого пузыря не являются ограничивающим фактором для выполнения пневмозикоскопических вмешательств. Также возможно выполнение трансвезикоскопических вмешательств при парауретеральных дивертикулах и внепузырной эктопии устья мочеточника. Данный метод сочетает малую травматичность, косметический эффект с высокой результативностью и безопасностью.

## **АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧКИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Климов В.Н., Дерюгина Л.А., Пунтикова А.Ю.  
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России*

**Введение.** Определение исходной тяжести повреждения почечной паренхимы (ПП) у детей раннего возраста с гидронефрозом 4 степени на основании разработанного индекса функциональной емкости почечной паренхимы (ИФЕПП). Антенатальная и ранняя постнатальная диагностика врожденного гидронефроза (ВГ) у младенцев представляет собой актуальную проблему современной урологии. Поиск объективных критериев тяжести патологических изменений ПП при ВГ у детей раннего возраста является ключевым аспектом для выбора тактики оперативного лечения, обосновании тактики ведения пациента, прогноза течения заболевания.

**Материал и методы.** Анализ результатов ультразвукового и рентгенорадиологического обследования проведен у 36 детей в возрасте от 0 до 12 мес., с гидронефрозом 4 степени. Всем детям проведено хирургическое лечение: пиелопластика по Хайнс-Андерсону. Выполнен количественный анализ объема ПП поврежденной почки с определением степени ее дефицита в соответствии с нормативными возрастными показателями (НВП). Для определения отдельной функции почек использованы данные динамической нефросцинтиграфии (ДНСГ) с  $^{99m}\text{Tc}$ -Пентатех с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ). С учетом полученных данных СКФ и объема ПП разработан ИФЕПП, позволяющий оценить исходное анатомо-функциональное состояние гидронефротической почки (ГП).

**Результаты.** У детей раннего возраста при одностороннем ГН 4 степени было выделено 3 варианта анатомо-функциональных изменений ПП ГП:

- 1) При первом варианте ( $n=21$ , 58,3%)  $1\text{см}^3$  ПП имел нормативные значения ИФЕПП, что позволило предположить благоприятный регенераторный потенциал ГП;



- 2) При втором варианте (n=3, 8,3%) 1 см<sup>3</sup> ПП имел повышенные значения ИФЕПП, что трактовалось как адаптационная реакция гиперфилтрации почки в ответ на обструктивное повреждение;
- 3) При третьем варианте (n=12, 33,3%) 1см<sup>3</sup> ПП имел выраженное снижение ИФЕПП, что прогнозировало низкую вероятность восстановления ПП после операции.

**Заключение.** Разработанный ИФЕПП позволил констатировать неоднородные исходные анатомо-функциональное состояние при ВГ 4 степени у детей раннего возраста, которые проявились вариантом нормальных анатомо-функциональных взаимоотношений, гиперфилтрационным и гипофилтрационным вариантом.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ**

*Курбонов Д.Д., Азизов М.К., Ибрагимов К.Н., Джуракулов Ж.Д.  
Областной детский многопрофильный медицинский центр  
Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** Эндовидеохирургические операции все больше внедряются в практику детских урологов. Возможность радикального лечения при малоинвазивном доступе, хорошие результаты сопоставимые с открытыми операциями и отличный косметический результат диктуют дальнейшее развитие метода.

**Материал и методы.** За период с 2017-2022 гг. под нашим наблюдением было 452 больных в возрасте от 11 мес. до 18 лет, которым были проведены лапароскопические операции. При этом были выполнены следующие операции: перевязка вен яичка при варикоцеле – 426, марсупиализация кисты почки - 8, ревизия яичка при абдоминальном крипторхизме - 18 и удаление гипоплазированного яичка 4, мобилизация и низведение яичка 14.

**Результаты.** У всех больных (426 больных) наблюдалось левостороннее варикоцеле. Всем больным проведена лапароскопическая перевязка яичковых вен слева. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут. Через 3-4 часа после операции больные могли самостоятельно вставать и в 92 % случаев (392 пациентов) не понадобилось обезболивание. Больные были выписаны на следующие сутки после операции. Через 2-3 недели больные были полностью были физически активны.

Рецидив заболевания и послеоперационная водянка не наблюдалась ни у одного больного, так как все больные были оперированы с прицельным выделением лимфатических протоков.

При солитарных кистах почки (8 больных) лапароскопическим доступом отделяли стенку кисты от окружающих тканей и отсасывали жидкость. Затем проводили резекцию стенки и ее удаление, ложе кисты прижигалось.

При абдоминальной форме крипторхизма изначально всем пациентам проводился диагностический этап операции, который включал в себя ревизию брюшной полости и внутренних паховых колец с обеих сторон, поиск гонад в брюшной полости. Определение дальнейшей тактики зависело от следующих факторов: 1) при слепо заканчивающихся семявыносящем протоке и тестикулярных сосудах процедура



заканчивалась диагностикой; 2) при гипо и аплазии гонад осуществлялось лапароскопическая орхиэктомия; 3) при наличии сосудов и семявыносящего протока, уходящего в паховый канал, открытая орхидопексия; 4) при достаточной длине семенных сосудов и семявыносящего протока выполнялась одноэтапная орхидопексия.

**Заключение.** Таким образом, операции с использованием эндовидеохирургии находят широкое применение в детской урологии. Малая инвазивность, хорошие косметические результаты лечения сопоставимы с открытыми операциями. Правильное выполнение операции практически полностью исключает возможность рецидива заболевания, а также развитие послеоперационных осложнений.

## ДООПЕРАЦИОННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА СЕАНСА ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Лобанова А.Д., Зоркин С.Н.*

*«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»  
Москва, Россия*

**Введение.** Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов, дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) является методом выбора при лечении уролитиаза у детей. На сегодняшний момент существуют два показания к проведению ДУВЛ: размер конкремента менее двух сантиметров в диаметре и его локализация в верхних мочевыводящих путях. Данные показания не учитывают ряд пациенто- и конкрементозависимых факторов, что приводит к снижению эффективности метода, необоснованным анестезиологическим и хирургическим пособиям.

**Материал и методы.** Для определения наиболее важных прогностических факторов успешности сеанса ДУВЛ нами были проанализированы результаты отечественных и зарубежных научных работ, посвященных поискам факторов предикции, опубликованные в следующих источниках: PubMed, eLibrary, CyberLeninka. Критерием успешности сеанса дистанционной литотрипсии является полное отхождение конкремента и его осколков по данным обзорной рентгенографии, выполненной спустя 3 месяца после проведения операции.

**Результаты.** Факторами предикции с доказанной независимыми коллективами авторов статистической значимостью, являются: возраст пациента, расстояние от камня до кожи (РКК), строение нижней группы чашечек почки, локализация, состав и размер конкремента. Отрицательное влияние на эффективность дистанционной литотрипсии оказывает старший возраст пациентов, большее расстояние от камня до поверхности кожи, расположение конкремента в нижней группе чашечек, его размер более 2 см, а плотность больше 900 НУ. Благоприятный эффект на исход ДУВЛ оказывает лоханочная локализация конкремента, более тупой угол между нижней группой чашечек и лоханкой, диаметр шейки нижней группы чашечек более 4 мм.



**Заключение.** При выборе вида оперативного вмешательства у детей с мочекаменной болезнью для достижения полного отхождения конкрементов эффективность метода ДУВЛ необходимо определять с помощью совокупности факторов, оказывающих влияние на исход лечения. В случаях, когда неэффективность ДУВЛ, несмотря на соответствие показаниям, является очевидной, надлежит выбирать альтернативные методы хирургического лечения, такие как ретроградная интратанальная хирургия и мини-перкутанная нефролитотрипсия.

## ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

*Мавлянов Ф.Ш., Тухтаев Ф.М., Широков Т.Ф., Мавлянов Ш.Х.  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** Провести сравнительный анализ раннего послеоперационного периода у детей с врожденным рефлюксирующим уретерогидронефрозом.

**Материал и методы.** У 21 ребенка с врожденным рефлюксирующим уретерогидронефрозом был проведен сравнительный анализ раннего послеоперационного периода. В зависимости от вида коррекции ПМР дети были разделены на три группы. Первую группу составили 7 детей, которым антирефлюксная защита была выполнена по Коэну в модификации клиники. Во вторую группу вошли 7 больных, которым был создан экстравезикальный уретероцистонеоанастомоз без широкого вскрытия мочевого пузыря. В третью группу были включены 7 пациентов, которым была применена эндоурологическая коррекция ПМР. Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде определяли по системе для оценки интенсивности боли Wong-Baker 2008г.

**Результаты.** При исследовании болевого синдрома по шкале Wong-Baker средняя сумма баллов у детей 1 группы через 24 часа после операции составила 4,3, на 2 сутки – 3,67 и на 3 сутки средний балл равнялся 2,67. Во 2 группе среднее значение баллов по шкале равнялось 4,4 на следующий день операции, 3,45 через 48 часов после операции и 2,72 на 3 сутки после хирургического лечения. У пациентов 3 группы, которым было проведено эндоурологическое лечение, болевой синдром был наименее выраженным и среднее значение баллов по шкале равнялось 2,8, 2,2 и 1,2 соответственно временным промежуткам обследования в ближайшем послеоперационном периоде. В связи с наличием выраженного болевого синдрома у детей 1 и 2 группы проводили обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 раза в сутки путем внутримышечного или внутривенного введения. Детям 3 группы, так как болевой синдром был незначительным, обезболивание проводилось 1-2 раза в сутки ректальными суппозиториями.



Показатели температуры тела в ближайшем послеоперационном периоде у детей с рефлюксирующим уретерогидронефрозом в зависимости от метода лечения имели также различные значения. Так, у детей, которым были выполнены открытые (традиционные) методы антирефлюксной защиты по методу Коэна в модификации клиники и экстравезикальный уретероцистонеоанастомоз через 24 часа и на 2 сутки после операции отмечалось повышение температуры до фебрильных значений. Только на 3 сутки после операции температура тела больных снизилась до субфебрильных цифр. у детей 3 группы, которым была проведена имплантация объёмобразующего материала в ближайшем послеоперационном периоде повышение температуры тела практически не отмечалось.

**Заключение.** Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных вмешательств при лечении обструктивных уропатий значительно позволяет улучшить результаты лечения и избавить данную категорию больных от травматичных операций, а также связанных с ним осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде.

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ 46XX DSD (САН)**

*Майлыбаев Б.М., Айнакулов А.Д., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х.,  
Жарасов Д.А., Тасжуреков А.О., Тобыл А.С., Тілеген М.М.*

*КФ «УМС» НИЦМД РК  
Астана, Казахстан*

**Введение.** Нарушения формирования пола (НФП) 46,XY — гетерогенная группа состояний, при которых наблюдается несоответствие строения наружных и/или внутренних половых органов хромосомному мужскому полу 46,XY. Одной из причин возникновения НФП 46,XY является нарушение закладки гонад или их дифференцировки (дисгенезия гонад — ДГ). У детей с ВГН и 46. XX кариотипом при выраженной вирилизации (III ст. по Prader и выше) всегда имеется уrogenитальный синус (УГС) — слияние влагалища с уретрой и открытие общего их канала на промежности. В зависимости от уровня впадения влагалища в уретру различают низкий и высокий УГС, а также промежуточные его варианты. Причиной 95% всех случаев нарушения формирования пола (DSD) является врожденная дисфункция коры надпочечников (САН). Частота ВДКН 1:15,000 в общей популяции. 46XX DSD (САН) может быть потенциально смертельным в неонатальный период из-за феномена потери соли. В связи с чем требуется незамедлительная диагностика и медицинская помощь. 46XX DSD требует слаженной работы «мультидисциплинарной команды» специалистов- детских урологов, эндокринологов, генетиков и психологов. Это является основой современного подхода к лечению данной группы больных.



**Материал и методы.** Пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: оценку строения наружных половых органов, ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза, паховых каналов, исследование гормонального статуса. В период с 2016 по 2023 год всего прооперировано 45 детей. Из них с высоким УГС составило-7 (15,5%) детей, с низким- 38 (84,5%). Средний возраст детей 3,5 года. Непосредственно всем детям перед операцией проводилась диагностическая уретроцистовагиноскопия, при которой оценивалась длина общего канала УГС и глубина влагалища. Затем устанавливались 2 катетера Foley №8 Fr., один во влагалища, второй в мочевой пузырь. При длине УГС до 3,0 см, операции проводились в литотомическом положении промежностным доступом. Высокий УГС устранялись с использованием переднего сагиттального трансаноректального доступа (ASTRA).

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде у 3 больных отмечалась гематома в области вновь сформированных половых губ. Контрольный осмотр всем детям проведен через 3-6 месяцев, далее по показаниям. При отсутствии хирургических осложнений, дети наблюдались у детских эндокринологов. У одного больного с высоким УГС наблюдалось умеренное стенозирование влагалища, которому потребовалось проведение бужирования. В остальных случаях ретракция и стеноз влагалища не выявлено. Во время осмотра четко визуализируются ортотопически расположенные меатус и интроитус.

**Заключение.** Хирургическая коррекция в раннем возрасте обеспечивает хороший доступ к УГС и способствует к получению удовлетворительных функциональных и косметических результатов.

## **ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ПРИ ОБСТРУКЦИИ КАМНЯМИ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА У ДЕТЕЙ**

*Насиров А.А.<sup>1</sup>, Хошимов Т.Р.<sup>2</sup>, Асамов С.Р.<sup>2</sup>, Пулатов Ф.Т.<sup>2</sup>, Носиров Р.С.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Узбекистан*

*<sup>2</sup>Клиника Ташкентского педиатрического медицинского института  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Паратгормон токсический действуя на эпителий извитых почечных канальцев нарушает равновесие между коллоидами и кристаллоидами. Камни при первичный гиперпаратиреозе (ПГПТ) отличается быстрым ростом, количеством и структурой, обтурирует мочевые ходы вызывая обструктивного пиелонефрита, сильную интоксикацию с прогрессирующим нарушением функции почек, что затрудняет тактику хирургического вмешательства.

**Материал и методы.** У 52(2,47%) детей диагностировали почечную форму (ПФ) ПГПТ на основании изучения уровня паратгормона, кальцитонина, витамина Д, нагрузочных проб с кальцием и хлористым натрием и сцинтиграфии с технотрилом. Из 52 детей у 31 (59,6%) ребенка отмечались рецидивные камни, коралловидные камни были у



23(44,2%) детей. Двухстороннее поражение почек конкрементом наблюдался у 36 (69,2%) детей.

**Результаты исследования.** У 23 (44,2 %) детей из 52 выявили обтурирующие камни, у которых отмечался клиничко-лабораторные признаки острого пиелонефрита. Из них у 9 (39,1%) детей выбором первичной хирургической помощи была отведение мочи методом чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС). Показанием для высокой деривации мочи у 6 детей была пальпируемая, увеличенная в размере почка с резким снижением функции («немая почка»). У 3 детей обострение хронического пиелонефрита, сопровождалось (бактериемия) с высокой температурой (39-40°C), рвотой, снижением аппетита, сухостью кожных покровов, слабостью, апатией, отставанием в физическом развитии и анемией II, III степени. Почка была увеличена в размере, болезненная. Отмечалась асимметрия живота с отставанием в акте дыхания пораженной стороны. У данного контингента детей на эходоплерограмме наблюдалось резкое снижение выброса мочи через УВС (ниже 0,10 м/сек), на ренограмме и динамической нефросцинтиграфии снижение функции пораженной почки составило в среднем 48,5%.

**Заключение.** Таким образом, ЧПНС как метод первичного хирургического лечения позволил восстановить уродинамику, избежать таких грозных осложнений как сепсис, бактериотоксический шок, гнойный пиелонефрит, обострение хронической почечной недостаточности и др. ЧПНС являлась щадящим хирургическим вмешательством для больных с обтурации камнями вызванной ПГПТ, у них симптомы гипо и гиперкальциемии не наблюдались. Последующие операции паратиреоидэктомия и удаление почечных камней прошли без осложнений.

## ПАРАТИРЕОИДНЫЙ ГОРМОН И ПОЧЕЧНЫЕ КАМНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОДИЗМОМ

*Носиров А.А., Рахматуллаев И.С. Абдиев Б.Р., Носиров Р.С.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** В норме концентрация паратиреоидного гормона (ПТГ) в сыворотке крови зависит от концентрации ионизированного кальция, если концентрация кальция в сыворотке крови повышается, то содержания ПТГ снижается и, наоборот. Автономно функционирующие аденоматозные или гиперплазированные ПЩЖ вырабатывают избыточное количество ПТГ, несмотря на высокий уровень кальция сыворотки крови. Цель. Изучить влияния паратиреоидного гормона (ПТГ) на клиническое течение почечной формы (ПФ) ПГПТ у детей.

**Материал и методы.** При обследовании 2100 детей больных МКБ в возрасте от 1 до 15 лет у 52(2,5%) детей выявили ПФ ПГПТ. Из них 31(59,6%) ребенок ранее перенесли операции на почках и мочевыводящих путях. У 50(96,15%) детей болезнь осложнилась калькулезным пиелонефритом, у 24(46,1%) - почечной недостаточностью.

**Результаты исследования.** Содержание ПТГ у детей страдающих МКБ без ПГПТ (контрольная группа) в возрасте 12-15 лет было выше в 1,2 раза ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с показателем детей в возрасте 3-7 лет. Уровень ПТГ у детей ПФ ПГПТ по возрасту нарастала и между первой и второй возрастными группами разница была на 12,7 пг/мл



и между первой и третьей возрастными группами 16,8 пг/мл ( $p < 0,02$ ) и отмечалось значительное повышение его уровня (в 1,5 раза) по сравнению с показателем детей контрольной группы ( $p < 0,01$ ), особенно это было значительным (1,9 раза) у детей с нарушением функции почек ( $p < 0,01$ ). Содержание ионизированного кальция у детей больных ПФ ПГПТ было выше (1,29, 1,45 и 1,5 раза) по сравнению с показателями детей контрольной группы и составило  $1,29 \pm 0,03$ ,  $1,37 \pm 0,03$  и  $1,37 \pm 0,04$  ммоль/литр. Снижение функции почек у детей больных ПФ ПГПТ не влияло на уровень ионизированного кальция в сыворотке крови, что на наш взгляд, связано со стимулирующим действием фосфора и ингибирующим действием витамина Д на секрецию ПТГ. ПТГ повышает концентрацию кальция в сыворотке тремя способами: стимулирует активности остеокластов в костной ткани; увеличивает конверсию 25-гидроксивитамина Д в 1,25-дигидроксивитамин Д и посредством этого увеличивает кишечную абсорбцию кальция; и повышает почечную реабсорбцию кальция. ПТГ снижало чувствительность канальцев к антидиуретическому гормону, что приводило к развитию, полиурии и кальциурии которое, мы наблюдали у 46 детей. Кальциурия очевидно, стимулирует кристаллизацию оксалатных и фосфатных солей способствуя образованию камней в почках и нефрокальцинозу. Нами выявлена прямая корреляционная связь между уровнем ПТГ, размером и количеством почечных камней.

**Вывод.** Повышенный уровень ПТГ в сыворотке крови у больных мочекаменной болезнью гиперпаратиреоидного генеза имеет прямую связь с клиническим течением заболевания, размерами камней и функциональным состоянием почек.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК (BURNIA)

*Насыров М.М., Бобокулов И.Х., Умаров К.М., Эшкobilов Ш.Д.,  
Сафаров А.З., Абдуазизов М.А., Худайбергенова А.Б.  
Национальный Детский Медицинский Центр  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Данное исследование является сообщением о нашем опыте использования монополярной коагуляции вагинального отростка доступом из внутреннего кольца у девочек с паховой грыжей.

**Материал и методы:** ретроспективное обследование 32 девочек (с сентября 2020 г. по октябрь 2023 г.) с паховой грыжей, поступившей с момента открытия нашего центра. Возраст и вес пациента, интраоперационные записи и результаты записывались и анализировались. Техника включает в себя 30° 3-мм камеру, расположенную ниже пупка со скрытым разрезом, и 3-мм диссектор Мэриленда из того же разреза, но отдельной фасции. Грыжевой мешок выявлен, втянут в брюшную полость и прижат в режиме монокоагуляции с облитерацией мешка.

**Результаты и обсуждение:** Средний возраст девочек составил 2 года (от 3 месяцев до 4 лет). Вес колебался от 4 кг до 28 кг. Во всех случаях не было конверсии на открытую процедуру. В 1 случае выявлены киста яичника со стороны грыжи и мезентериальная киста. В 5 случаях предполагаемая односторонняя грыжа оказалась двухсторонней с



открытым паховым кольцом с контралатеральной стороны и была устранена во время одной и той же процедуры. Среднее время операции при односторонней грыже составило 7 минут (5-12 минут) и 10 минут (8-14 минут) при двусторонней. Все пациенты выписаны через 2 часа после операции. Все пациенты находились под наблюдением. Рецидивов не отмечено.

**Заключение:** лапароскопическая пластика паховой грыжи (Burnia) у девочек является безопасным и эффективным методом у девочек. Это обеспечивает быстрое время операции, возможность восстановления контралатеральной стороны и очень хорошие косметические результаты.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКАЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МАЛЬЧИКОВ

*Насыров М.М., Бобокулов И.Х., Умаров К.М., Эшкobilов Ш.Д.,  
Сафаров А.З., Абдуазизов М.А., Худайбергенова А.Б.  
Национальный Детский Медицинский Центр  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Данное исследование – сообщить о нашем опыте использования диссекции брюшины, пластики грыжевых ворот и кисетного закрытия внутреннего кольца (брюшины) у мальчиков с гигантской паховой грыжей.

**Материал и методы.** Ретроспективное обследование 21 мальчиков с паховой грыжей, поступивших с момента открытия нашего центра. Возраст и вес пациента, интраоперационные записи и результаты записывались и анализировались. Методика предполагает размещение 30° 5-мм камеры под пупком со скрытым разрезом и 2 3-мм дополнительных рабочих порта по бокам. Грыжевой мешок был отделен путем диссекции ножницами Метценбаума 3 мм, проводилась пластика грыжевых ворот путем фиксации мышц к паховой связке с помощью Ethibond 3/0 (скользящий шов) и кисетного закрытия дефекта брюшины.

**Результаты.** Средний возраст мальчиков составил 6 месяцев (от 1 до 8 месяцев). Вес колебался от 4 кг до 10 кг. Во всех случаях не было конверсии. В 1 случае слепая кишка была спаяна к внутреннему паховому кольцу. В 5 случаях предполагаемая односторонняя грыжа оказалась двухсторонней и устранена во время одной процедуры с использованием рассечения брюшины и кисетного шва без пластики внутреннего кольца. Среднее время операции при односторонней грыже составило 30 минут (25-45 минут) и 45 минут (30-50 минут) при двусторонней. Все пациенты выписаны через 2 часа после операции. Все пациенты находились под наблюдением. Рецидивов не отмечено.

**Заключение.** Несмотря на общепринятое мнение, что лапароскопический метод не рекомендуется при гигантской паховой грыже, наш опыт показал, что лапароскопическая пластика с использованием рассечения брюшины, мышечной фиксации и кисетного закрытия внутреннего кольца у мальчиков является безопасным и эффективным методом. Это обеспечивает быстрое время операции, отсутствие



манипуляций с семенным канатиком, возможность восстановления контралатеральной стороны и очень хорошие косметические результаты.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭПИСПАДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРОФИЕЙ

*Николаев В.В., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Ронкильо М.В.  
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии  
Москва, Россия*

**Введение.** Пластика полового члена у пациентов с экстрофией остается трудной задачей. Модификации неполной разборки члена лежат в основе реконструкции в большинстве центров, однако известные техники не лишены недостатков. В данном отчете мы представляем серию случаев применения усовершенствованной техники неполной разборки и сборки полового члена у пациентов с экстрофией.

**Материал и методы.** С ноября 2021 года по февраль 2023 года предложенная техника применена у 12 мальчиков с экстрофией в возрасте от 12 до 35 месяцев. Ранее этим пациентам в нашем учреждении были выполнены закрытие экстрофии. Предоперационная подготовка заключалась в аппликациях тестостерона 2-3 раза в день в течение 3 недель.

**Результаты.** В процессе оперативных вмешательств и после операции существенных происшествий не было. Подготовка тестостероном способствовала хорошему кровоснабжению и некоторому удлинению члена. В двух случаях после удаления катетера отмечена однократная фебрильная мочевиная инфекция. Мы не встретили уретро-кожных фистул в данной группе. Регулярные спонтанные эрекции и отсутствие дорсального искривления были зафиксированы и задокументированы у всех пациентов в течение 1 года – 18 месяцев после выписки.

**Заключение.** Усовершенствованная техника реконструкции полового члена у пациентов с экстрофией позволила удлинить ствол члена, улучшить внешний вид органа, сохранить эрекции и устранить дорсальную курватуру.

## БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН БИР БОСҚИЧЛИ ЯНГИ ОПЕРАЦИЯ УСУЛИ

*Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П.  
Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази  
Фарғона, Ўзбекистон*

**Кириш.** Гипоспадия жинсий олатнинг туғма норасолиги бўлиб ўфил болалар ўртасида тез-тез учрайди. Охирги 30 йил давомида бу хасталик билан туғилган болалар сони 1:450-500 дан 1:125-150 гача кўпайган. Ушбу норасоликнинг болаларда учрашининг кўпайиши ва операциядан кейинги асоратларнинг 50%га етиши сабабли, норасоликнинг жарроҳлик усули билан баргараф этиш бутун жахон олимлари диққат эътиборида бўлиб, бу хол ҳозирги пайтда ҳам давом этмоқда.



**Материал ва услублар.** Наманган, Фарғона ва Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шифохонасида қайта таҳлил натижалари 2010-2020 йилларда гипоспадиянинг ўрта ва дистал тана шакллари операция бўлган 609 та болаларда ўтказилди. Уларга Матью ва клиникада ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика усулида операциялар ўтказилган. Гипоспадиянинг олат эгрилигисиз пениал шакли билан операция бўлган 404 та бемордан 151 (37,38%) таси Матью усулида уретрапластика қилинган, 253 (62,62%) таси клиникамизда ишлаб чиқилган янги бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305, 2016 йил) усулида операцияси қилинган. Операциядан олдин ҳамма беморларга умумий қон ва пешоб таҳлили, қон биохимик таҳлили, ультратовуш текшируви ўтказилди.

**Натижа.** Биз ишлаб чиққан бир босқичли гланспениал неоуретрапластика операцияси қилинган 253 та бемордан 14 (5,53%) тасида операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) операциядан кейинги тери-уретра оқмаси асорати кузатилди. Матью усулида уретрапластика қилинган 151 бемордан 151 бемордан 76 (50,33%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 18 (11,92%); кечки даврда эса 11(7,28%) беморда меатостеноз, 47 (31,13%) беморда тери-уретра оқмаси кузатилди.

**Хулоса.** Бир босқичли гланспениал неоуретрапластика усулида ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар анъанавий Матью усулига нисбатан 44,8% га камайди. Гланспениал неоуретрапластика усулида неоуретра учун олинган тери парчасида қон томирлари жарохатланмаслиги регенерация жараёнини кучайтирди, тери кесимлари четлари тортилмасдан тикилгани учун оқма ҳосил бўлиш хавфи камайди. Гипоспадиянинг олат эгрилигисиз тана турида биз таклиф этган гланспениал неоуретрапластика усулида асоратларнинг камлиги ушбу усулнинг операция танлови бўлиб хизмат қилишига олиб келди.

## **ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИНГ ПЕНИАЛ ШАКЛИДА НЕОУРЕТРАПЛАСТИКА УСУЛЛАРИ НАТИЖАСИНИ ТАҚҚОСЛАШ**

*Нурматов Ё.Х., Алимов М.М., Шониятов Э.П.*

*Фарғона вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази  
Фарғона, Ўзбекистон*

**Кириш.** Болаларда гипоспадиянинг дистал шаклини даволашда охириги 10 йилликда белгиланган мувоффақиятларга эришилди. Хасталикнинг бошча шаклини даволашда асоратлар 4-6% гача камайтирилди. Тож эгат ва тож эгат ости шаклларида 6-10% асоратлар кузатилади. Тана шаклларида бўлса, қониқарсиз натижалар (15-25% холатда) сақланиб турибди.

Биз кузатишлар мобайнида гипоспадиянинг дистал ва ўрта тана шаклларида Снодграс, гланспениал ва Mathieu усуллари бўйича неоуретрапластика натижаларини



тахлил қилдик. Болаларда гипоспадиянинг тана шаклида пластик операцияси натижаларини баҳолаш.

**Материал ва услублар.** Наманган, Фарғона ва Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шифохонасида қайта таҳлил натижалари 2010-2020 йилларда гипоспадиянинг ўрта ва дистал тана шакллари операция бўлган 609 та болаларда ўтказилди. Биринчи гуруҳга (n=205) Снодграс усулида операция бўлган болалар. Иккинчи гуруҳга (n=253) клиникамизда ишлаб чиқилган бир босқичли гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP05305, 2016й) усулида операция бўлган беморлар таҳлил қилинди. 3- гуруҳга (n=151) беморлар киритилиб, уларга Mathieu (meatal based flap - олат танасидан қайтарилган лоскут) усулида уретрапластика ўтказилди.

**Натижа ва муҳокама.** Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмади. Бир босқичли неоуретрапластика операцияларини узоқ натижаларини 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда кузатилди. 1- гуруҳда тери-уретра оқмаси 54(26,34%), неоуретра стенози 24(13,17%) кузатилди. Асоратлар 90% ҳолатда олат бошчаси кичик бўлган беморларда учради. 2- гуруҳга тери- уретра оқмаси 14 (5,53%) қайд қилинди. 3- гуруҳда 151 бемордан 76 (50,33%) тасида эса қуйидаги асоратлар кузатилди: операциядан кейинги эрта даврда (1 ой давомида) неомеатус ретракцияси – 18 (11,92%); кечки даврда эса 11 (7,28%) беморда меатостеноз, 47 (31,13%) беморда тери-уретра оқмаси кузатилди.

**Хулоса.** Снодграс- уретрапластика усули косметик жихатдан қулай, аммо олат боши кичик бўлган беморларда кесилган уретра майдончаси чандиқланиши сабабли тери-уретра оқмаси ва функционал обструкция пайдо бўлишига олиб келади. Гланспениал неоуретрапластика усули олат бошчаси кичик бўлган беморларда ҳам мўл тери лоскутида қон айланиш бузилмасдан, чандиқланиш кузатилмайди. Гипоспадиянинг дистал тана шаклида ижобий натижаларга эришилганлиги учун янги бир босқичли неоуретрапластика усули сифатида операция танлови бўлиб хизмат қилади. Мэтью усули уретра майдончаси кенг ва олат бошчаси ўлчами мўл бўлган беморларда қўлланилса, операциядан сўнг бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига эришилади. Уретра майдончасини кенгайтириш учун олат бошчасини кесиш унда чандиқланиш жараёнини кучайтириб операциядан кейинги асоратларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

## ХАТНА ПАЙТИДА ОЛАТ БОШИНИНГ АМПУТАЦИЯСИ (ТЎЛИҚ КЕСИЛИШИ) ҲАҚИДА

*Нурмухаммедов Қ.Н., Абдурасулов А.Х.,  
Қодиров А.Б., Нурмаматов Д.С., Комилов Ш.З.  
Қашқадарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази*

Хатна тажрибасиз уста томонидан бажарилгандан сўнг бола учун энг оғир шикаст олат бошини ҳам кесиб олинишидир. Қуйидаги икки ҳолат ушбу шикастга оид.



I. Ҳолат 27.07.2011- йилда 2005 йилда туғилган, касаллик тарих № 11101 Р ни бизга хатнадан сўнг қон кетиши боис оғир ҳолатда олиб келишган. У ҳақда бир соат олдин боланинг бувиси кертмак билан бирга кесилган олат бошини рўмолчасига ураб олиб келгани боис фожиадан хабардор бўлганимиздан олат бошини кертмакдан ажратиб илиқ физиологик эритмада сақлаб тургандик. Боланинг томир уруши 1 минутда 124 та, кучсиз таранглик ва тўлаликда, А/Б 80\50 мм.с.у. ички аъзоларида патология аъломатлари йўқ. Нв-90 г\л.

Олат ва ёрғоқ сўхта (куйдирилган эски пахта кули) билан тўлиқ ёпилган бўлсада ярадан оққан қон иккала сонларгача булғаб турарди.

Вена ичи (кетамин) наркози остида амалиёт пайти яра тозалангач олатнинг иккала артериясидан қон отила бошлаганди. Биз уларни коагуляция қилмасдан олат асосини қўлқопдан қирқиб олинган тасма билан боғлаб қонни тўхтадик. Сўнг олат бошини табиий жойига қўйиб уретрани ташқи тешиги орқали қовуққа най юбордик. Дастлаб кесилган уретра четларини қисман каверноз танани олган тиғиз чоклар билан уладик. Сўнг кесилган терини четлари ҳам қисман каверноз танини олган тиғиз чоклар билан улдик. Найни маҳкамладик. Тасмани бўшатгандик чоклар орасидан қисман бўлсада қон чиқа бошлади. Ярага қисадиган боғлам қўйдик, тасмани яна боғладик 2 соатдан сўнг уни бўшатдик қон кетиш нисбатан камайган, аммо 5 минутдан сўнг яна тасмани қўлладик, 2 соатдан уни яна бўшатдик бу гал 10 минутдан сўнг яна тасмани ишга қўшдик шу тарзда 1 сутка мобайнида тасма қўйиладиган вақтни камайтириб, тасмасиз онларни чўзиб турдик. Беморга бу жараёнда Аминокапрон кислота, дицинон, хлорид кальций эритмаларидан ҳам юборилган. 2 суткада қон тўлиқ тўхтатилди. 7 кундан сўнг уретрал най олинди. Яра бирламчи битди. Теридаги иплар 10-кун олинди. 12 – кун беморга жавоб берилди. 2 ойдан сўнг кўрилганда олат боши тўлиқ битган, эрекция фақат танасида кузатилади. 10 йилдан сўнг эрекция олат бошида ҳам кузатилади, олат танасига нисбатан олат бошининг калибри кичикроқ.

Хулоса: 1. Ампутация бўлган олат бошини микрожарроҳлик усулисиз тиклаш пайти артериялар коагуляция қилинмасдан олат танасига дамба – дам бўшатиб яна боғланадиган тасмадан фойдаланиш лозим.

2. Ташқи чокларни тиғиз қўйиш керак.

II. Ҳолат. Бемор Ҳ. 04.07.2019 йилда туғилган. Касаллик тарихи № 32709/1827.

19.09.2023- йил уста хатна қилганда олат боши ҳам кесиб олинган 24.11.2023- йилда пешоби тўхтагани боис РШТЁИМ Қашқадарё филиал ходимларига мурожаат этишган. Улар уретра ташқи тешиги орқали қовуққа най қўйиш жараёнида каверноз танага ҳам шикаст этади, қовуққа най, каверноз танага чоклар қўйилади. Уйига жавоб берилади. 26.XI куни пешоби тўхтагани ҳамда яра қонаётгани боис бизга мурожаат этишади. Аҳволи ўртгача оғир, томир уруши 1 минутда 120 та, ўртгача таранглик ва тўлаликда, А/Б 80\60 мм.с.у. Ички аъзоларида патология аъломатлари йўқ. Уретрал най ювилгач, пешоб кела бошлаган, яра қонли ва оғриғи кучли. Оғриқ қолдирувчи, қон тўхтатувчи ҳамда қон ўринбосарларидан олди. Ярага гемостатик губка қўйиб турилди. 5 кундан сўнг қон кетиши тўлиқ тўхтади. 7 кунда гематома пўстлоқ ҳолатда қорайиб тушди. Яра асосини каверноз тана ташкил этади, унга қўйилган чоклар сўрилувчи материалдан



бўлгани учун даҳлсиз қолишди. Най олинди. Бемор мустақил пешоб қила бошлади. 8-кун беморга жавоб берилди.

Хулоса: 1. Олат боши ампутациясидан сўнг рўй берадиган уретра ташқи тешиги стенози (танглиги) ни кенгайтириш нозик тадбир, у эҳтиётсиз бажарилганда каверноз танининг шикасти янгилашиб қон кетиш асоратига сабаб бўлади.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «БРАНОЛИНДА-Н» С ПЕРУАНСКИМ БАЛЬЗАМОМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

*Отамурадов Ф.А., Нурмаматов Д.С., Кодиров А.Б.*

*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии*

*Кашкадарьинский областной детский многопрофильный медицинский центр*

**Введение.** Проблема лечения больных с гипоспадией в современном научном сообществе, является предметом множества дискуссий, причём, иногда достаточно бурных. Предметом спора является не только выбор оптимального метода вмешательства при данном виде врождённой аномалии мочеполовой системы, но и выбор оптимального возраста, этапность операции, целесообразность предоперационной гормональной терапии, влияние различных факторов на развитие рецидивов и осложнений и другие, не менее важные, вопросы. Кроме основных вопросов хирургии гипоспадии, перечисленных выше, существует целый ряд, на первый взгляд, второстепенных вопросов, таких как выбор шовного материала, сроки пребывания катетера в полости уретры, определение компонентов антибактериальной терапии и других. Однако, как показывает опыт многих поколений хирургов, в хирургической практике, как при лечении гипоспадии, так и любой другой патологии, не может быть малозначительных аспектов. Оценить в сравнительном аспекте эффективность раневых покрытий «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом и мазь «Левомеколь» у больных с гипоспадией в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Проведен анализ использования мазевой повязки «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом и повязки с мазью «Левомеколь» у 50 детей с гипоспадией. Первая группа – 26 пациентов получали лечение раневыми покрытиями «Бранолинд-Н». 24 пациентам второй группы применяли повязки с мазью «Левомеколь». Исследования проводились в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации: в каждую историю болезни вкладывалось информированное согласие родителей на проводимое местное лечение ребенка. Бралось также устное согласие родителей на использование фотоизображений операционных ран, выполненных в процессе лечения.

**Результаты и обсуждение.** Первой группе смену раневых покрытий осуществляли во время перевязок, которые проводили 2 раза в неделю. А второй группе раневое



покрытие осуществляли во время перевязок, которые проводили 3 раза в неделю. Среди монопокрытий следует выделить «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом, эффективный при лечении послеоперационных ран при гипоспадии у детей. Мазевая повязка «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом представляет собой мазевую повязку из крупноячеистой воздухо- и секретопроницаемой хлопчатобумажной ткани, пропитанной безводной мазевой массой. Содержит в своем составе перуанский бальзам, обладающий антимикробными свойствами. Гидрофобная мазевая основа уменьшает прилипание повязки к ране и травматизацию раневой поверхности. Повязка обладает важными свойствами: она пластична, легко моделируется, что имеет большое значение в педиатрической практике, где из-за повышенной двигательной активности ребенка трудно фиксировать перевязочные средства к коже. Пациенты отмечали хорошую переносимость покрытия, отсутствие неприятных и болезненных ощущений в области послеоперационных ран. Аллергические реакции на фоне применения «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом в виде зуда, жжения или гиперемии в области послеоперационной раны, а также возможного контактного дерматита зоны интереса у исследуемой группы больных отсутствовали. Мазевая повязка «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом благоприятно влияет на заживление послеоперационной раны с хорошим функциональным и косметическим результатом, а также предохраняет их от вторичной контаминации.

**Заключение.** Полученный опыт использования раневых покрытий «Бранолинд-Н» с перуанским бальзамом позволяет рассматривать его как перспективное лекарственное средство для местного лечения послеоперационных ран при гипоспадии у детей, ускоряя в 2 раза регенерацию тканей, чем мазь «Левомеколь».

## **БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИ ДИСТАЛ ШАКЛЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ**

*Отamuraдов Ф.А.<sup>1</sup> Нурмаматов Д.С.<sup>2</sup>, Нурмухаммедов Қ.Н.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали*

*<sup>2</sup>Қашқадарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази*

**Кириш.** Гипоспадия ўғил болаларда крипторхизмдан кейин ташқи жинсий аъзоларнинг иккинчи энг кенг тарқалган туғма аномалияси дир [Canon S. et al., 2012; Bouty A. et al., 2015; Springer A. et al., 2016] ва энг охирги адабиёт маълумотларига кўра янги туғилган ўғил болаларда 1:125-1:300 нисбатда учрайди [Акрамов Н.Р. и др., 2010; Paulozzi L.J. et al., 1997; Stein R., 2012; Snodgrass W.T. et al., 2015; Springer A. et al., 2016]. Сўнгги ўн йилликларда гипоспадия билан касалланишнинг барқарор ўсиш тенденцияси кузатилмоқда [Севергина Л.О. ва б., 2016; Шарков С.М. ва б., 2018; Nelson C.P. et al., 2014; Chong J.H. et al., 2006; Sun G. et al., 2015].

Гипоспадияни жарроҳлик даволашнинг замонавий усуллари "неоуретра"ни яратиш, олат эгрилигини бартараф этиш, шунингдек жинсий олат терисини қайта тиклашга кенг имкониятларни беради. Бироқ, жарроҳлик усулни танлаш аксарият ҳолларда бемордаги жинсий олатни тузилишини субъектив баҳолашга, шунингдек, жарроҳнинг



тажрибасига боғлиқ. Гипоспадияни жарроҳлик даволаш усуллари асосари асоратлардан холи эмас, шу сабабли операция усуллари яхши функционал ва косметик натижага эришиш учун мунтазам равишда қайта кўриб чиқилади ва зарур ўзгартиришлар киритилиб борилади.

Тадқиқот мақсади – болаларда гипоспадияни самарали жарроҳлик усули билан даволаш натижаларини яхшилаш.

**Материал ва услублари.** 2016 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда гипоспадия билан касалланган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 168 нафар бемор текширув ва даволаниш учун назоратимизда бўлди. Амалга оширилган жарроҳлик аралашувининг усулига кўра беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I – босқичма-босқич жарроҳлик аралашуви ва II – бир босқичли жарроҳлик даволаш ўтказилган беморлар гуруҳи. Гипоспадияни босқичма-босқич бартараф этиш 77 (45,8%) нафар беморда, бир босқичли жарроҳлик усули 91 (54,2%) нафар беморда амалга оширилган.

Гипоспадиянинг шаклига қараб гуруҳлар қуйидаги ҳолатларни ташкил этди: бошча шакли – I-гуруҳ – 0, II-гуруҳ – 28 бемор; тожсимон эгатча шакли – I-гуруҳ – 23, II-гуруҳ – 11 бемор; юқори тана шакли – I-гуруҳ – 54, II-гуруҳ – 48 бемор; "гипоспадиясиз гипоспадия" анатомик шакли – I-гуруҳ – 0, II-гуруҳ – 4 бемор.

Беморлар қуйидаги текширувлардан ўтказилди: умумий сийдик таҳлили, умумий қон таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, чаноқ аъзолари сонографияси, (кўрсатмага биноан – компьютер томографияси, микцион цистография, урофлоуметрия). I-гуруҳдаги беморларга Duplay жарроҳлик даволаш усули қўлланилди (жами 77 нафар бемор), II-гуруҳдаги беморларга бир босқичли TИP (Tubularized incised plate) жарроҳлик усули қўлланилди (жами 91 бемор).

**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** Гипоспадияни босқичма-босқич бартараф этилиши билан (I-гуруҳ) даволашнинг биринчи босқичининг (ғоваксиман танани тўғирлаш) асосий асоратларидан кўчирилган уретра тешиги меатостенози – 3 (3,9%), жинсий олатнинг чандиқли деформацияси – 1 (1,3%) нафар беморда кузатилди. Гипоспадияни жарроҳлик йўли билан даволашнинг иккинчи босқичи уретропластика бўлиб, унинг энг кўп учрайдиган ва типик асоратлари 23 (29,9%) беморда неоуретра оқмаларининг юзага келиши уларнинг 5 таси 3 марта, 2 тасида 4 марта оқмани ёпиш амалиёти ўтказилгандан сўнг оқма бекилган ва уретра шакланган, 2 (2,6%) беморда неоуретра стеноз, жарроҳлик яраси қирғоқларининг очилиши 3 (3,9%) беморда, жинсий олатнинг чандиқли деформацияси 1 (1,3%) беморда қайд этилган. I-гуруҳдаги беморларнинг 37,7 % да турли хил асоратлар қайд этилди.

TИP усули (II-гуруҳ) бўйича гипоспадияларни бир босқичли жарроҳлик даволаш амалга оширилган беморларнинг 11 (12,1%) нафарида жарроҳликдан кейинги эрта даврда уретра оқмаси кузатилди. 3 (3,3%) ҳолатда, сийдик йўли катетери олиб ташланганидан сўнг, турли вақтларда неомеатус ва неуретранинг торайиши қайд этилган. II-гуруҳда беморларнинг жами 15,3 % да турли хил асоратлар қайд этилди.

**Хулосалар.** Асоратларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, гипоспадияни босқичма-босқич жарроҳлик даволашдан сўнг 37,7% ҳолларда турли хил асоратлар қайд этилган бўлса, TИP усулида бир босқичли жарроҳлик усулини қўллаш эса 84,7% беморларда яхши анатомио-функционал натижалар билан биргаликда косметик муаммолар бўлмаган натижаларга эришиш имконини берди.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ВЫСОКИХ СТЕПЕНЯХ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

*Рахматуллаев А.А.<sup>1</sup>, Эргашев М.Т.<sup>1</sup>, Абдиев Б.Р.<sup>2</sup>, Рахматуллаев К.А.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Узбекистан;*

*<sup>2</sup>Клиника Ташкентского педиатрического медицинского института  
Ташкент, Узбекистан;*

*<sup>3</sup>Студент 5го курса Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Россия.*

**Введение.** Несмотря на большое количество исследований, выполненных при высоких степенях пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей, остаются спорными вопросы, касающиеся показаний и противопоказаний к методам коррекции, оптимальных сроков их проведения. Неудовлетворенность результатами консервативной терапии, травматичность открытых антирефлюксных операций и серьезные осложнения, возникающие после них, вынуждают совершенствовать эндоскопические методы. Провести анализ отдаленных результатов коррекции при высоких степенях пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей в зависимости от нарушения антирефлюксного механизма и метода оперативного вмешательства.

**Материал и методы.** Отдаленные результаты хирургического лечения при высоких степенях ПМР изучены у 69 детей в возрасте от 1 года до 12 лет. Для оценки результатов лечения использованы разработанные нами критерии эндоскопической оценки тяжести нарушений антирефлюксного механизма (НАРМ) уретерovesикального сегмента (УВС) по следующим критериям: хороший (отсутствие ПМР и механической обструкции УВС – 0-4 баллов), удовлетворительный (отсутствие ПМР при легкой степени нарушения эвакуаторной функции мочеточника или уменьшении степени ПМР до 1-2 степени без признаков обструкции – 5-8 баллов); неудовлетворительный (ПМР высокой степени и/или нарушение эвакуаторной функции мочеточника – 9-12 баллов).

**Результаты.** В ходе исследований выявлена прямая зависимость результата хирургического лечения от степени нарушения антирефлюксного механизма и метода оперативного вмешательства. Так, при IV степени ПМР (II степени НАРМ) оперативная коррекция по Politano-Leadbetter (n=24) хороший результат достигнут в 57,9% случаев, в 31,6% - удовлетворительный и неудовлетворительный - в 10,5% случаев. При V степени ПМР (III степени НАРМ) по этому же методу хорошие результаты получены в 52,9% случаев, удовлетворительные – в 17,6% и неудовлетворительные - в 29,4% случаев.

После операции по методу Cohen при IV степени ПМР (II степени НАРМ) (n=11) хороший результат отмечен у 72,7%, 18,2% - удовлетворительный и неудовлетворительный у 9,1% больных. При V степени ПМР (III степени НАРМ) хорошие результаты получены в 62,8% случаев, удовлетворительные – в 19,8% и неудовлетворительные - в 17,4% случаев.

Эндоскопическая коррекция, выполненная у 34 больных со IV степенью ПМР (II степень НАРМ) по методике STING, дала положительный и неудовлетворительный результаты в 91,7% и 8,3% соответственно, тогда как при V степенью ПМР (III степени НАРМ) количество положительных результатов было значительно низким (69,1%) по сравнению с неудовлетворительным (30,9%). Повторные вмешательства (НПТ-I и НПТ-



II) у детей с неудовлетворительными результатами позволили добиться хороших результатов в 88% наблюдениях.

**Заключение.** Таким образом, анализ отдаленных результатов коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей показал прямую зависимость результатов от степени нарушения антирефлюксного механизма, которую следует учитывать при выборе метода оперативного вмешательства. При тяжелых степенях НАРМ перспективными представляются повторные трансуретральные эндоскопические вмешательства.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

*Рахматуллаев А.А.<sup>1</sup>, Рахматуллаев И.С.<sup>1</sup>, Эргашев К.Т.<sup>2</sup>, Рузиев М.Ю.<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт*

*Ташкент, Узбекистан;*

*<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан;*

*<sup>3</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан.*

**Введение.** Анализ результатов реконструктивно-пластических операции при первичном обструктивном мегауретер (ПОМ) у детей показал, что неудовлетворительные результаты достигает до 18%. У детей раннего возраста (1-3 года) ПОМ не требует хирургического лечения, а расширения мочеточника бесследно исчезает со временем, причиной которого объясняются незрелостью уретеровезикального сегмента (УВС). Однако, сроки исчезновения ПОМ довольно вариабельны и могут длиться от 1 до 3-х лет. Совершенно очевидно, что нарушения пассажа мочи столь длительное время не проходят бесследно для почек.

**Материал и методы.** В отделения детской хирургии клиники ТашПМИ, РСНПМЦ Педиатрии и отделение урологии НДМЦ 68 ребенку со стенозом УВС на протяжении  $5\pm 3$ мм в возрасте от 1 до 4 лет выполнена эндоскопическая коррекция ПОМ. Эндоскопическая коррекция проводилась путем баллонной дилатации суженного участка УВС с нижним стентированием мочеточника. После смотровой цистоскопии в устье мочеточника проводили гибкий проводник на глубину 6-8см., устанавливали катетер баллон, который надували до 4-6 АТМ/бар. УВС дилитировали до 6-8СН под визуальным и С арм контролем. Далее по проводнику проводили стент с диаметром 4-5СН, устанавливаемый в нижний болюс мочеточника, сроком от 20 до 30 дней.

**Результаты.** Гидронефроз обусловленный обструкцией УВС оценивали согласно классификации, предложенной обществом по фетальной урологии (SFU) (1993). Так, II степени был определен у 11 детей, III степени - у 33, IV степени - у 24 больных. Эффективность вмешательства в ранние сроки после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома и доплерометрии пузырно-мочеточникового выброса мочи. В ранние сроки показатели доплерометрии достоверно улучшились, частота выброса за 1 мин.  $3,2\pm 0,3$ ,  $T_c$   $1,74\pm 0,07$  сек,  $V_{max}$   $0,35\pm 0,03$ м/с. Мочевой синдром отмечен у 4 больных, который купировался к моменту выписки. В отдалённые сроки у 59 детей с II, III и IV степенью отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и сокращение мочеточника и коллекторной системы почек. У 9 детей оперированных с IV степенью, отмечена лишь тенденция к сокращению мочеточника.



**Заклучение.** Эндоскопическое трансуретральное баллонная дилатация при ПОМ с нижним стентированием у детей эффективна при II и III степени гидронефроза. Показаниям к повторной трансуретральной коррекции является сохранение степени гидронефроза и инфекции верхних мочевых путей.

## **БОЛАЛАРДА ГИДРОНЕФРОТИК ТРАНСФОРМАЦИЯНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР КЕЧИШИНИ ДИНАМИК ТАХЛИЛЛАРИ**

*Рахмонов С.А., Отамуродов Ф.А., Вахидов А.Ш.  
Тошкент тиббиёт академияси Термез филиали  
Термез, Ўзбекистон*

**Кириш:** Болаларда гидронефротик трансформация сабабларидан бири бу пиелoureтерал сегмент соҳасидаги обструкция оқибатида келиб чиқади.

**Материал ва услублар.** Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2010 -2023 йиллар мобайнида 119 та беморда. Ёши 3 ойликдан 14 ешгача болаларда туғма гидронефроз ташхиз куйилган ва шу буйича оператив муолажа ўтказилган. Киз болалар 35 та (29,4 %), ўғил болалар 84 та (70,6%) ташкил қилган. Барча беморларга стационар шароитида сийдикнинг умумий лаборатор таҳлиллари, буйрак ва сийдик йўллари УТТ текшируви экскретор урогафия, цистограмма кўрсатма асосида МСКТ ўтказилган.

**Натижалар.** Гидронефроз ўнг томонлама - 46 (38,6 %), чап томонлама - 73 (61,4 %), гидронефроз даражасига нисбатан 2-3 даражаси 93 (78,2 %). гидронефроз 4 даражаси 26 та (21,8 %) беморда аниқланган. Оператив даво муолажаларини ўтказишда асосий эътибор гидронефротик трансформациянинг даражаси инобатга олинган.

Ўтказилган оператив даво усули бўйича: реконструктив пиелопластика: воронкасимон анастомоз – 44 (36,9 %), тилсимон анастомоз - 13 (10,9 %), Ян - Кучер бўйича -32 (26,9 %), сийдик найи учма-уч анастомози - 3 (2,5%), беморда утказилган. Буйрак фаолиятининг йўқлигини инобатга олиб нефроуретероэктомия - 27 (22,7 %) беморда утказилган.

Операциядан кейинги даврида барча беморлар 6 ой домий назорат қилинди, хар ойда УТТ ва умумий сийдик таҳлиллари ўтказилган, қайта экскреторурогафия 6 ойдан сўнг ўтказилди.

**Хулоса.** Гидронефротик трансформациянинг туфайли оператив муолажа ўтказилган беморларни катамнестик кузатув асосида хулоса шундан иборат: яхши натижа 93 (78,2%), қониқарли 20 (16,8 %), 6 та (5%) қоникарсиз холатлар кузатилди.



## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ: ОПЫТ 1000 ОПЕРАЦИЙ

*Ротько Н.В., Дубров В.И.*

*2-я городская детская клиническая больница  
Белорусский государственный медицинский университет  
Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Гидронефроз является одним из наиболее частых врожденных аномалий верхних мочевых путей. Хирургическое лечение показано при прогрессировании дилатации почки, ухудшении ее функции и при осложненном течении заболевания. Существуют различные методы хирургического лечения: открытые, эндоскопические и лапароскопические операции. Длительное время «золотым» стандартом считалась открытая пиелопластика по Хайнсу-Андерсену, ее эффективность составляет более 95%. Лапароскопическая пиелопластика является относительно новым эффективным методом коррекции гидронефроза. Эта операция была внедрена нами в клиническую практику в 2008 году.

**Материал и методы.** За период с 2008 по 2021 годы в нашем отделении первичная лапароскопическая пиелопластика по Хайнсу-Андерсену выполнена 1000 детям с гидронефрозом. Операции выполнялись 5 хирургами. Возраст пациентов к моменту операции составлял от 2 месяцев до 18 лет (медиана – 2,6 года). Отведение мочи осуществлялось установкой внутреннего стента сроком на 1 месяц (362 ребенка) или нефростомическим дренажом в течение 10-20 дней (638 детей). Имплантация стента выполнялась ретроградно перед лапароскопическим этапом операции. Нефростома устанавливалась во время лапароскопии после отсечения мочеточника от лоханки. В качестве шовного материала для пиелопластики применялись нити из полигликолиевой кислоты 5/0-6/0. При выявлении нижнеполярных сосудов, пересекающих лоханочно-мочеточниковый сегмент, мочеточник перемещался в антагальную позицию перед наложением уретеропиелоанастомоза. Продолжительность операции составила от 45 до 350 минут (медиана – 95 минут). В 2 случаях потребовалась конверсия, пациентам выполнена открытая пиелопластика.

**Результаты и обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде у 12 пациентов отмечено неадекватное дренирование почки мочеточниковым стентом, что потребовало выполнения им пункционной нефростомии.

Длительность наблюдения после операции составила не менее 1 года. У 10 детей почечная колика или обструктивный пиелонефрит развился непосредственно после удаления стента. Двум из них выполнено повторное стентирование мочеточника, остальным – пункционная нефростомия. В 6 случаях в связи с обструкцией анастомоза не удалось удалить нефростому, и последующая установка стента не привела к проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента. При обследовании в отдаленном периоде неудовлетворительный результат выявлен у 13 пациентов. Всем этим детям потребовалось выполнение повторного вмешательства. Таким образом, конверсия и открытая пиелопластика выполнена у 2 детей (0,2%), повторная операция потребовалась в 29 случаях (2,9%). У остальных 96,9% пациентов после лапароскопической пиелопластики получен удовлетворительный результат хирургического лечения. Необходимо отметить, что в основном конверсии и неудовлетворительный результат лечения наблюдались у первых 100 пациентов, то есть



при освоении методики. Не отмечено различий в результативности операции в зависимости от возраста пациента и метода дренирования мочевых путей.

**Заключение.** Лапароскопическая пиелопластика является эффективным и безопасным методом лечения гидронефроза у детей.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ С МЕГАУРЕТЕРОМ**

*Рудин Ю.Э., Галицкая Д.А., Марухненко Д.В., Аполихин О.И., Каприн А.Д.  
НИИ урологии интервенционной радиологии им Н.А. Лопаткина филиал – ФГБУ  
«НМИЦ радиологии» МЗ РФ  
Москва, Россия*

**Введение.** Успешное выполнение реимплантации мочеточника (РМ) пневмовезикоскопическим доступом (ПВСД) у детей связано с лечением пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Цель: определить меры профилактики осложнений при РМ ПВСД у детей с мегауретером (3степени).

**Материал и методы.** С 2015-2023гг. 67 детям-РМ ПВСД по Коэну. Возраст: медиана-28мес, ранее не оперированные-62%, повторные-38% (5%-НИИ). Осложняющими РМ были операции до: коррекция ПМР(19), РМ(8) (одна-/двухсторонняя), бужирование уретероцистоанастомоза(6). Мы применяли 2 оригинальных метода для улучшения антирефлюксного механизма: 1)внутрипузырное плицирование мочеточника по Старр(>25мм); 2)фиксация мочеточника в 2-максимально удаленных точках (формирования максимальной длины подслизистого туннеля у детей младшей возрастной группы). РМ сочеталась с: иссечением уретероцеле(4) дивертикула мочевого пузыря(3), НДМП (3), полным удвоении ВМП(2)

**Результаты.** Ср.время операции–156мин, ср.объем мочевого пузыря–125мл. 1 метод-(23), 2 метод-(59). Осложнения разделили на 2 группы: 1-не влияющие на достижение необходимого результата (смещение/выпадение дренажа-3, мочевой затек-1); 2-влияющие на результат (перемежающийся ПМР-1, ПМР требующий коррекции-3, нефрэктомия-1, рецидив обструкции-1). Успешность РМ – 94%.

**Обсуждение.** Анализ причин осложнений и методов их профилактики позволил создать блоки: 1)общие нарушения дренирования (смещение/потеря стента – двойная фиксация интубатора пластырной стяжкой и узловым швом; при потери –пункционное стентирования; мочевой затек-контроль положения уретрального катетера и давящая повязка с пластырными стяжками на кожу); 2) осложняющие факторы, влияющие на РМ (рубцовые межфасциальные сращения в области депозита объемобразующего вещества, НДМП, РМ без антирефлюксного механизма, короткий мочеточник(предыдущие РМ)-РМ в модификации Боари); 3)хирургические погрешности метода РМ (ПМР – несоблюдение антирефлюксного механизма– предложено 2 метода; лигатурные камни-использование рассасывающего шовного



материала); тактические ошибки (нефрэктомия-РМ при функции почки 15-20% с рецидивирующими инфекциями).

**Заключение.** Использование приведенных инструментов позволит предотвратить осложнения при РМ ПВД у детей с мегауретером.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ - ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ**

*Сакенов Б.Т.*

*Научный центр педиатрии и детской хирургии  
Алматы, Казахстан*

**Введение.** Скрытый половой член - врожденная аномалия, при которой нормально развитые кавернозные тела фаллоса скрыты окружающими тканями мошонки и кожи лобка. При этом пенис внешне уменьшен в размере, кавернозные тела определяются глубоко под кожей лобка только при пальпации [1].

**Материал и методы.** В литературе указано много факторов возникновения данной патологии, такие как нарушение развития кожного футляра, покрывающего кавернозные тела в эмбриогенезе; аномальная фиксация кожи, покрывающей ствол полового члена, к белочной оболочке; чрезмерная закладка подкожно-жировой клетчатки области лона; наличие рубца вследствие ранее перенесенного оперативного вмешательства на половом члене; патология лимфатического аппарата мошонки; гипермобильность наружной фасции полового члена [2,3,4].

Скрытый половой член впервые был описан А. Keyes в 1919 г., но определение его как нозологической единицы появилось только в 1954 г., когда М.Ф. Campbell впервые использовал этот термин [5,6]. Только в 1977 году В.С. Crawford дал определение скрытого полового члена, которым пользуются до сих пор: «скрытый половой член - это редкая врожденная аномалия, при которой ствол полового члена имеет нормальные размеры соответствующие возрасту, но скрыт окружающими тканями мошонки и подкожно-жировой клетчатки лонной области».

В.Ф. Hinman (1972), В.С. Crawford (1977) были предложены многоэтапные операции, которые выполнялись путем мобилизации кавернозных тел с различными вариантами пластики ствола полового члена местными тканями с вовлечением кожи крайней плоти, мошонки [7,8]. Тем не менее авторы сообщают о большом проценте рецидивов и не всегда хорошем косметическом результате.

Лозовой В.М. казахстанский исследователь, уролог запатентовал новый способ операции выведения полового члена ребенка одноэтапным, малотравматичным способом с минимальными послеоперационными осложнениями – в 5,6 раза реже, чем при операциях с окаймляющим доступом [7,8].

**Результаты.** С 2020-2023гг. в Научном центре педиатрии и детской хирургии (НЦПиДХ) в отделении урологии находились 13 детей с диагнозом: Врожденная аномалия половой системы. Скрытый половой член. Из них 10 (77%) детей поступили первично, 3 (23%) пациента после циркумцизио. Далее приводим собственные наблюдения лечения этой аномалии после проведенного циркумцизио.

**Заключение.** Хирургическое лечение детей со скрытым половым членом необходимо проводить в специализированных детских урологических отделениях. В зависимости от



причины возникновения данной патологии, первично или вторично, для достижения хорошего косметического эффекта, хирургическую коррекцию полового члена следует подбирать индивидуально.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИКИ MINI-PCNL У ДЕТЕЙ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ**

*Сангинов Ш.А., Ачилов А.Р.  
«Euro-med» частная клиника  
Денау, Узбекистан*

**Введение.** Мочекаменная болезнь является серьезной проблемой в Узбекистане. Частота встречаемости в мочекаменной болезни в отдельных регионах нашей республики может достигать 7%. Mini-PCNL была признана во всем мире, как безопасная процедура с большим успехом с меньшим количеством осложнений, она безопасна, эффективна и подходит для педиатрических случаев.

**Цель исследования.** Сообщение о нашем опыте применения метода mini-PCNL для лечения почечных камней в педиатрической возрастной группе.

**Материал и методы.** С января 2021 г. по сентябрь 2023 г. (Сурхандаринская область, Денауский район, частная клиника «Euro-med») в наше исследование были включены 94 пациента в возрасте от 1 года до 18 лет с камнями в почках <3 см, которым была проведена процедура Mini PCNL. Процедура проводилась через тубус диаметром 15 Fr с использованием мини нефроскопа диаметром 8/9,8 Fr, гольмиевого лазера (AccuTech) для фрагментации камней. Оценивали частоту удаления камней (SFR), продолжительность операции, пребывание в больнице и частоту осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** Всего детям в возрасте от 1 года до 18 лет было выполнено 122 методики Mini PCNL. Размер камней варьировал от 10 до 30 мм (в среднем 20 мм). Среднее время операции составило 50 минут. Средняя продолжительность пребывания в больнице составила 48±12 часов. Общий SFR составил 92,4%. Зарегистрировано два послеоперационных осложнения в виде пиелонефрита (3 случая) и кровотечения (2 случая), которое ликвидирована заменой антибиотика и введением гемостатиков.

**Выводы:** Наш опыт пришел к выводу, что метод Mini PCNL является безопасным и эффективным вариантом лечения камней в почках у детей.

## **BOLALARDA TAQASIMON BUYRAKLAR GIDRONEFROZIDA XIRURGIK DAVOLASH USULINI TANLASH**

*Sapayev O.Q., Matkurbanov B.M., Sapayev Q.O.  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali  
Urganch, O'zbekiston*



**Kirish.** Bolalarda taqasimon buyrak gidronefrotik transformatsiyasini davolash natijalarini yaxshilash.

**Material va usullar.** Xorazm viloyat Bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi va Toshkent tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali klinikasida 2010-2023 yillar davomida taqasimon buyrak nuqsoni fonida rivojlangan gidronefroz transformatsiyasi aniqlangan va jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan 3-16 yosh oralig'idagi 14 nafar (ikki tomonlama gidronefroz 8 ta (57%) ) bemorda davolash natijalari o'rganildi. O'g'il bolalar 9 nafar (64.3%), qiz bolalar 5 nafar (35.7%) nafarni tashkil qildi.

Kuzatuvda bo'lgan barcha bemorlarda klinik-laborator, rentgeno-urologik, ultratovush, doppleragrafiya tekshiruvlariga asoslanib jarrohlik amaliyotlari o'tkazildi. Bemorlarda olib borilgan jarrohlik amaliyotlari jumladan: Istmotomiya amaliyoti-3 nafar bemorda, Istmotomiya bilan bir vaqtda Andersen-Haynes-Kuchera bo'yicha PUS rezeksiyasi pieloureteroplastika-5 nafar bemorda, faqat Albarran bo'yicha yon-yon piyeloureteroanastomoz qo'yish-6 nafar bemorda bajarildi.

Amaliyot davrida aniqlangan gidronefrotik transformatsiyaga olib kelgan sabablari 7 nafar bemorda siydik nayining buyrak jomi yuqori qismidan chiqishi, 3 nafar bemorda pielouretal segment stenoz, 2 nafar bemorda pielouretal segmentning aberrant tomir bilan bosilishi, 2 nafar bemorda siydik nayi buralganligi aniqlandi.

Natijalarni baxolash mezonlari. Asosiy mezon qilib urodinamikaning yaxshilanish ko'rsatkichlari olindi. Operatsiyadan so'ng 21-24- kunlar urodinamik tiklanish haqida keng mulohaza yuritish mumkin bo'lgan kunlar hisoblanadi.

*Urodinamikaning yaxshi tiklanishi-* antegrad pielorentgenoskopiyada jomning faol qisqarishi, anastomozning yaxshi kengayishi natijasida kontrast modda siydik nayiga tez o'tib siydik nayining peristaltikasi ko'rinadi. Ekskretor urografiya 15, 45, 90- daqiqalarda jom va siydik nayi yaxshi kontrastlanadi. Whitaker sinamasida jom ichidagi bosim 8-12 sm.s.u. dan oshmaydi.

*Urodinamikaning qoniqarli tiklanishi-* antegrad pielorentgenoskopiyada kontrast modda anastomoz orqali ingichga oqim bilan o'tishi, siydik nayiga contrast sekin o'tishi. Ekskretor urografiya kontrast modda buyrak bo'shlig'idan 30-45 daqiqadan so'ng bo'shaladi. Whitaker sinamasida jom ichidagi bosim 14-20 sm.s.u.da bo'ladi.

*Urodinamikaning tiklanmasligi-* antegrad pielografiya kontrast moddaning qovuqqa o'tmasligi, jom ichi bosimining 20 sm sm.s.u

**Tadqiqot natijalari.** Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrlarda kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, Istmotomiya amaliyoti o'tkazgan 5 nafar bemorlarning 2 nafarida urodinamikaning yaxshi tiklanishi kuzatildi, lekin 2 nafar bemorda urodinamikaning tiklanmasligi aniqlandi. Kelib chiqqan asoratning sabablari o'rganilganda siydik nayini jomning yuqori qismidan chiqqanligi ekani aniqlanib qayta Andersen-Haynes-Kuchera bo'yicha PUS rezeksiyasi pieloureteroplastika o'tkazilgan. Istmotomiya bilan bir vaqtda Andersen-Haynes-Kuchera bo'yicha PUS rezeksiyasi pieloureteroplastika amaliyoti o'tkazilgan 3 nafar bemordan 2 nafarida urodinamikaning qoniqarli tiklanishi kuzatildi, 1 nafar bemorda urodinamikaning yomonlashuvi kuzatildi, operatsiya vaqtida piyelonefrit belgilari aniqlangan



shu sababli bemorda amastomoz soxasida yallig'lanish natijasida obstruksiya kelib chiqqan deb baxolangan. Bemorda antibakterial va yallig'lanishga qarshi davo choralari qilingandan so'ng urodinamika turg'unlashuviga erishilgan. Albarran bo'yicha yon-yon piyeloureteroanastomoz qo'yish amaliyoti o'tkazilgan 6 nafar bemordan 1 nafarida urodinamik tiklanish qoniqarli kechgan. Bemorga buyurilgan yallig'lanishga qarshi va fizioterapiya muolajalaridan keyin urodinamika yaxshi tiklanishiga erishildi. Qolgan 5 nafar bemorda urodinamikaning yaxshi tiklanish belgilari aniqlandi. Bemorlarda qoniqarli natija kuzatilgan. Mazkur amaliyot natijalarida bemorlarda urodinamikaning tiklanmasligi va yomonlashuvi kuzatilmadi.

**Xulosa.** Taqasimon buyrak gidronefrotik transformasiyasini xirurgik davolashda kasallik sabablariga mos differensial yondashuv maqsadga muvofiq.

Taqasimon buyrak gidronefrotik transformasiyasiga olib keladigan siydik nayi jomi yuqori qismidan chiqishida urodinamikaning yaxshi tiklanishiga imkon beradigan kam jaroxatli Albarran bo'yicha yon-yon piyeloureteroanastomoz qo'yish tavsiya etiladi.

## **BUYRAKLAR ANOMALIYASI BO'LGAN BOLALARDA GIDRONEFROZ KLINIK KECHISHI VA TASHXISLASH XUSUSIYATLARI**

*Sapayev O.Q., Matkurbanov B.M., Sapayev Q.O.  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali  
Urganch, O'zbekiston*

**Kirish.** Buyraklar tug'ma nuqsoni bo'lgan bolalarda gidronefrotik o'zgarishlarni erta tashxislash va samarali davo usullarini tanlash.

**Material va uslublar.** Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali kilinikasi hamda VBKKTM xirurgiya bo'limiga 2016 – 2023 yillarda tug'ma nuqsonli buyraklar gidronefrozi bo'lgan bemorlarda davolash natijalari o'rganildi. Bemorlarda umumiy va bioximik qon tahlili, siydik cho'kmasini miqdoriy tekshiruv usullari (Nechiporenko, Addis-Kakovskiy sinamalari) buyrakning konsentrasiyalash qobilyatini aniqlash (Zimniskiy-Rozelman, Folgard sinamalari), doppleragrafiya, Rentgenologik tekshiruv uslublari (tasviriy, ekskretor va infuzion urografiya, rentgenoteleskopiya) o'tkazildi. Urodinamikani tekshirish usullari (piyelomanometriya, indigokarminli sinamalar), kontrastli MSKT tekshirish usullari ham qo'llanildi.

**Tadqiqot natijalari.** O'tkazilgan klinik va laborator tekshiruv natijalarida bemorlarning 17 nafarida (11 nafar (64.7%) o'g'il bolalar, 6 nafar (35.3%) qiz bolalar) buyraklar tug'ma nuqsoni natijasida yuzaga kelgan gidronefroz transformasiyasi aniqlandi. Olib borilgan klinik tekshiruvlar shuni ko'rsatadiki 5 nafar (29.4%) bemorda (1 nafar bemorda buyraklarning joylashuv nuqsonli bel distopiyasi, 2 ta holatda bemorlarda taqasimon buyrak nuqsoni, 2 nafar bemorda esa buyraklarning ikkilanish nuqsoni) gidronefrotik transformasiya erta bosqichda ekanligi aniqlandi. Bemorlardagi klinik tekshiruvlar quyidagicha natija bergan: buyrak va jom giperkineziya xolatida, faoliyati saqlangan, ekskretor urografiya kontrast modda yaxshi o'tadi, kosachalar shakli biroz o'zgargan, bemorda onda-sonda og'riqlar bo'lgan, tana xororati ko'tarilmagan, umumiy va bioximik qon taxlillari normada, siydik yo'llari infeksiyalari kuzatilmagan. Tekshiruv natijalariga asoslanib bemorlarga gidronefrotik



transformasiyasining bu bosqichlarda bemorlarga konservativ va fizioterapevtik muolajalar qo'llanilgan. 12 nafar (70.6%) bemorda subfebril tana xarorati, bel soxasida og'riqlar, siydik yo'llari infeksiyasi kuzatilgan, ekskretor urografiya buyrak kosachalri kengaygan jomi cho'zilgan, siydik taxlilida mikro va makro gemoturiya aniqlanadi tekshiruv natijalariga ko'ra bemorlarga gidronefrotik transformasiyasining II-IV bosqichi aniqlangan. Klinik tekshiruvlarda 4 nafar (33.3%) bemorda Taqasimon buyrak nuqsoni natijasida siydik nayi buyrak jomining yuqori qismidan chiqqanligi oqibatida yuzaga kelgan urodinamik obstruksiya sababli gidronefrotik transformasiya rivojlangani aniqlanib bemorlarning 3 nafarida Albarran bo'yicha yon-yon piyeloureteroanastomoz qo'yish amaliyoti o'tqzilgan. 1 nafar bemorda esa Istmotomiya amaliyoti qo'llanilgan. 2 nafar (16.7%) bemorda buyraklarning ikkilanganlik nuqsoni natijasida yuzaga kelgan urodinamik obstruksiya oqibatida gidronefrotik transformatsiya rivojlangani aniqlanib bemorlarda Geminefroureterektomiya amaliyotlari o'tkazilgan. 3 nafar (25%) bemorda gidronefrotik transformasiyaga olib kelgan sabab aberrant qon tomir ekanligi aniqlanib Geminefrektomiya amaliyoti o'tkazilgan. 2 nafar (16,7%) bemorda buyrak joylashuv nuqsoni natijasida yuzaga kelgan gidronefrotik o'zgarish Andersen-Yan-Kucher bo'yicha PUS rezeksiyasi pieloureteroplastika amaliyoti bilan bartaraf qilingan. 1 nafar (8.3%) bemorda gidronefrotik transformasiya bir tomonlama buyrak gipoplaziyasi natijasi ekanligi ekanligi aniqlanib Nefrektomiya amaliyoti bajarilgan.

**Xulosa.** Bolalarda buyrak tug'ma nuqsoni fonida yuzaga keladigan gidronefrotik transformasiyalar o'zi murakkab bo'lgan nuqsonni yanada murakkablashtirib davolash natijalarini qiyinlashtiradi.

Kasallikni tashxislashda o'ziga xos aniq belgilarining yo'qligi, ko'p hollarda kasallikning yashirin kechishi uni erta tashxislash va skrining diagnostikaga ko'proq ahamiyat berishni talab qiladi.

## **ВАЖНЫЕ «МЕЛОЧИ» В ХИРУРГИИ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ**

*Сапаев О.К.*

*Кафедра детской хирургии Ургенчского филиала  
Ташкентской медицинской академии  
Ургенч, Узбекистан*

**Введение.** В последние годы все больше хирургов стали заниматься с проблемой врожденного гидронефроза (ВГ), что привело к улучшению диагностики и результатов лечения, но «другая сторона монеты» - проблема все еще не теряла присущую ей остроту, так как больных не становится меньше, а результаты лечения не утешительны.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении врожденной обструкции ПУС, еще многие, казалось бы, «мелкие» вопросы остаются спорными, сумма которых может предопределить успех лечения. Несмотря на яркое внедрения и блестящие результаты лечения, лапароскопическая пиелопластика все еще находится на стадии «внедрения», в основном доминирует открытые методы пиелопластики, при выполнении которых следует обратить тщательную внимание на все детали техники.

Целью настоящего исследования явилось улучшения результатов лечения врожденного гидронефроза у детей.



**Материал и методы.** Изучение результатов и детальная разработка техники операции у более 500 больных с врожденным гидронефрозом позволил сформулировать собственные взгляды на существующие актуальные вопросы в хирургии данной области. При определении показаний к хирургическому вмешательству, а также оценке результатов лечения использовали, единую систему оценки хронических нарушений уродинамики (ХНУ) верхних мочевых путей (ВМП), предложенная К.Д. Паникратовым и соавт. (1992), дополненная нами высокоинформативными и неинвазивными методами исследования, включающими УЗИ с диуретической нагрузкой и импульсно-волновую доплерографию мочеточниково-пузырного выброса мочи. Согласно этой классификации, различаем следующие стадии ХНУ: I стадия - компенсация; II стадия - субкомпенсация; III стадия – декомпенсация и IV стадия терминальных нарушений.

**Результаты и обсуждения.** 1. Если раньше у больных с III стадией декомпенсации ХНУ, когда на экскреторной урографии почка не контрастировалась («немая» почка) или контрастировалась в виде белых пятен («белая» почка), лечение проводили в 2 этапа: предварительно устанавливали чрескожную пункционную нефростомию для определения показаний к радикальной операции. В последние десятилетия мы все больше прибегаем к одномоментному пиелопластике, с приверженностью к органосохраняющим операциям.

Круг выбора первичной нефрэктомии все больше суживается, ограничиваясь лишь при сочетании гидронефроза с гипопластической дисплазией почек, которую можно диагностировать и без предварительной деривации.

4. Спорным вопросом остается визуальное определение причины обструкции пиелoureтерального сегмента (ПУС) при выявлении «функционального» типа обструкции.

Анализ проведенных морфологических исследований позволяет заключить, что необратимость структурных изменений в стенке ЛМС диктует необходимость выполнения резекции ЛМС и создания нового пиелoureтерального анастомоза даже при отсутствии видимых сужений, а также при вазоренальном конфликте, что является патогенетически обоснованной операцией. Тем позднее стадия гидронефроза, чем шире должно выполняться резекция прилоханочного отдела мочеточника.

5. Определение объема резекции лоханки во время операции, на первых порах, и для нас было спорным. Изучение отдаленных результатов лечения в зависимости от объема резекции лоханки в различных стадиях заболевания позволило прийти к выводу, что у детей до 1 года, а также при начальных стадиях заболевания, при внутрипочечной лоханке, резекция можно ограничиться только лишь пиелoureтеральным сегментом. При поздних стадиях заболевания максимально возможная (субтотальная) резекция, оставляя 7-8мм от почечной границы лоханки, позволяет добиться улучшению уродинамики и стабильную ремиссию пиелонефрита.

6. О доступе к почке при открытой пиелопластике: Мы уже последние 10 лет при открытой хирургии гидронефроза выполняем передний поперечный ретроперитонеальный доступ в подреберной области длиной 5-6см, что позволяют мини травматичный и оптимальный доступ к зоне пластики.



7. О создании анастомоза: модифицированную нами операцию Andersen-Hynes-Kúcera (патент на изобретение UZ IAP 02679 30.06.2005 Патентного Ведомство РУз), в последние годы усовершенствовали следующим образом, что позволило сократить время выполнения и улучшить результаты лечения:

После предварительной подготовки лоханки и мочеточника соответствующим образом, мы наложение анастомоза «бок в бок», начинаем в нижнем углу, накладыванием непрерывного шва сначала на заднюю губу и после интубирования зоны анастомоза, на переднюю губу, с завязыванием в нижнем углу анастомоза. Тем самым, мы завязываем нитку лишь в одном месте, что предупреждает сбагривания и некроз стенки в месте узла, а также значительно сокращает время наложения анастомоза.

**Заключение.** Таким образом, хирургия гидронефроза требует постоянного усовершенствования диагностики и тактики лечения, в ходе выполнения которых «мелочи» может играть важную и решающую роль.

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМАХ У ДЕТЕЙ

*Саргелов С.Ш., Каблан А.Б.  
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии»  
Алматы, Казахстан*

**Введение.** Опухоль Вильмса - самый распространенный рак брюшной полости у детей и четвертый по распространенности рак у детей в целом после острых лейкозов, опухолей центральной нервной системы и сарком. (согласно МЗ РК 2022год).

**Материал и методы.** Проведен ретро и проспективный анализ компьютерно-томографических исследований статистических данных у детей за пятилетний период 2018-2023гг с выявленным диагнозом «Нефробластома».

**Результаты.** За вышеуказанный период в НЦПиДХ было проведено 220 исследований 90 пациентам с заключением «Нефробластома», все исследования проводились с контрастным усилением. Выяснилось, что из числа всех пациентов проходили 41 девочка и 49 мальчиков. Возраст обследованный составил с 1 месяца до 16 лет жизни, больше детей с 1 года до 5 лет. Поражение левой почки выявилось у 44 пациентов, правой у 38 пациентов, а вовлечение обеих почек определено у 8 пациентов. На КТ-исследовании у пациентов было выявлено образование с неоднородной солидной плотностью, иногда (~15%) содержащее кальцинаты и включения жировой плотности. Контрастное усиление как правило пятнистое, позволило лучше визуализировать границы образования относительно не вовлечённой паренхимы почки. При проведении анализа снимков и описаний были выявлены следующие данные: 42 пациента были обследованы первично, прогрессия процесса была выявлена у трех пациентов, в 32 исследованиях выявлена регрессия. Одним из критериев стадирования заболевания является инфильтрация опухоли в близлежащие органы, в нашем случае выявлено 20 случаев опухолевых тромбов в нижнюю полую вену.



**Заключение.** В результате исследования были отмечены статистические данные образований почек. Определены признаки данных образований, сравнение динамики проводимого лечения с использованием компьютерной томографии.

## **БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОН У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ**

*Султанов А.К., Саттаров Х.А., Марданов М.М., Абдуллаев К.Э., Чульбаев А.И.  
Республиканский Специализированный Научно-Практический  
Медицинский Центр Педиатрии  
Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Инфекция мочевыводящих путей является наиболее распространенной бактериальной инфекцией у детей. Инфекция мочевыводящих путей у детей может быть ранним клиническим проявлением врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей или быть связаны с дисфункцией мочевого пузыря.

Целью данного обзора было предоставить анализ инфекции мочевыводящих путей у пациентов детского возраста на основе результатов бактериологического посева мочи.

**Материал и методы.** За период с 2019 года по 2022 год обследованы (805, 650, 720, 940) 3115 детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет с урологическими заболеваниями поступивших в стационар. Из них осложнённые (с врождёнными пороками мочевыводящих путей) 1970 больных (63,2%) и не осложнённые (с инфекцией нижнего мочевого тракта без обструкции) формы 1145 детей (36,8%). Для определения уровня бактериурии на исследование брали среднюю порцию утренней мочи. Исследуемый материал доставляли в лабораторию в течение часа. Посевы инкубировали в аэробных и анаэробных условиях в течение 2-4 суток. Идентификацию выделенных микроорганизмов осуществляли по морфологическим, тинкториальным, культуральным и биохимическим признакам.

**Результаты и обсуждение.** При бактериологическом исследовании мочи у 608 больных в 19,5% наблюдениях бактериальная флора отсутствовала. А у высеянных в моноварианте уропатогены выделяли в 78,3%, в ассоциациях 21,7%. Степень бактериурии не зависела от вида возбудителя и варьировала от  $10^4$  до  $10^{10}$  КОЭ/мл. В этиологическом спектре доминировали семейства Enterobacteriaceae с ведущей ролью E. Coli (70,3%). Реже возбудителями были другие энтеробактерии, как клебсиеллы (8,6%) и цитобактеры (1,1%). Удельный вес представителей грамположительной микрофлоры (коагулазоотрицательные стафилококки (КОС), энтерококки, золотистые стафилококки) составил 20,0% с преобладанием КОС (40,7%). Среди КОС доминировали St. Epidermidis (32,3%) и St. Saprophyticus (18,1%). St. Aureus высевался всего лишь в 7,7% случаев. Значительно реже в моче регистрировали неферментирующие грамотрицательные бактерии как Ps. Aeruginosa (1,2%). В структуре бактериальных ассоциаций доминировали 2-компонентные с основным ассоциантом Esherichia coli, реже выделяли 3-компонентные. Эти больные ранее перенесли инструментальные исследования, манипуляции или оперативные вмешательства на органах мочевой системы, которые длительно носили стенты



**Заключение.** Таким образом, в современной урологии до сих пор в этиологическом спектре доминируют семейства Enterobacteriaceae с ведущей ролью E. Coli. Наличие ассоциированных бактерий должны настораживать детских хирургов при определении показаний к инструментальным и эндоурологическим исследованиям. Посев мочи по-прежнему остается золотым стандартом диагностики и лечения инфекций мочевыводящих путей.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГИБКОГО УРЕТЕРОРЕНОСКОПА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*Суров Р.В., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Кулаев А.В., Шарков С.М., Вельская Ю.И., Ковачич А.С., Морозов К.Д., Лобач А.Ю., Маргиева Д.А.  
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница»  
Москвы, Россия.*

**Введение.** Применение современных гибких уретерореноскопов существенно расширило возможности контактной литотрипсии, а в ряде случаев стало хорошей альтернативой дистанционной литотрипсии или перкутанной нефролитотрипсии, превосходя их по эффективности.

**Материал и методы.** За период с 11.2021 по 11.2023 года в отделении урологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» было пролечено 36 детей с конкрементами от 7 до 25 мм, с применением гибкого уретерореноскопа. Средний возраст детей составил 9,6 лет. У 33 детей в качестве подготовки выполнена установка JJ-стента на срок от 2 до 4 недель. У 14 (38,9%) детей выполнена каликолитотрипсия, у 12 (33,3%) детей пиелолитотрипсия, у 2 детей пиелокаликолитотрипсия, 2 случая гибкой уретеролитотрипсии и 1 уретеролитоэкстракции. У 3 пациентов гибкий эндоскоп был применен как вспомогательный инструмент, выполнена каликолитоэкстракция во время проведения лапароскопической пиелопластики. Литотрипсия во всех случаях выполнялась гольмиевым лазером.

**Результаты.** У 1 (2,8%) ребенка со спинальной мышечной атрофией выполнено second-look вмешательство в связи с резидуальным камнем после первой процедуры. При ревизии мочеточника после удаления кожуха было диагностировано поверхностное повреждение в пределах слизистой оболочки 1 ст. по классификации PULS, был установлен JJ-стент на 2 недели, что привело к выздоровлению. У 2 детей конкременты находились в изолированной чашечке, войти в которую не удалось. Таким образом, в представленной серии из 36 пациентов stone free index составил 94,4% (34 ребенка).

**Заключение.** Метод контактной литотрипсии с применением гибкого эндоскопа показал высокую эффективность и безопасность, в том числе и с крупными конкрементами, и может с успехом применяться с дошкольного возраста.



## НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНИЧКОВОГО И ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

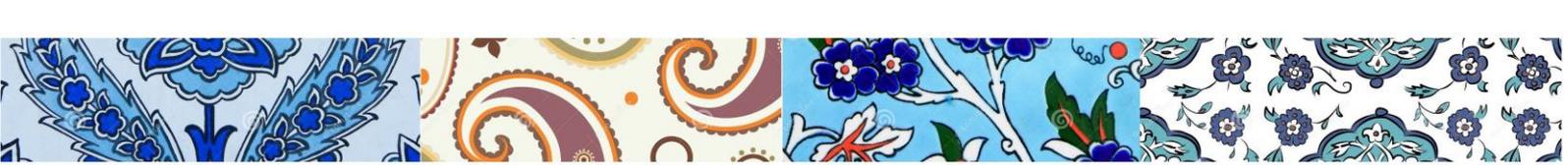
*Темиров Н.Х., Нажмидинов Х.Н., Хасани А.  
Медицинский центр «Дунёи саломат». Эндокхирургия  
Душанбе, Таджикистан*

**Введение.** Определить эффективности и преимущества перкутанной нефролитотрипсии у детей раннего возраста при мочекаменной болезни.

**Материал и методы.** За периоды 2021 по августе 2023 году в эндокхирургическом отделении медицинского центра «Дунёи саломат» выполнено операции по методике мини-ПНЛ и ультра-мини- ПНЛ у 9 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет, средний возраст 19 месяц. Из них 5 (55%) мальчик, 4 (45%) девочек. Всем пациентом проводилось общепринятую обследованию, включая сбор анамнеза, осмотр и физикальное обследование, клиническое и лабораторное исследование, ультразвуковое исследование мочеполовой системы, обзорная и экскреторная урография и по возможности мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной и забрюшинного пространства.

**Результаты.** Продолжительности операции ультра-мини – ЧПНЛ составила 25-105мин. Всем пациентам оперативная вмешательство выполнялось через один перкутанной доступ. Интраоперационная осложнения в виде кровотечения, перфорация ЧЛС не отмечалось. Полное удаление камня (SFR) отмечается 99,9%. По поводу сужение ЛМС у 5 (55%) пациентам установлено внутри мочеточниковые стент типа JJ, которым удаляли через 6-12 недели после оперативного вмешательства. В раннем послеоперационном периоде пациентам назначали обезболивающие препараты в зависимости от интенсивности болевого симптома. В день вмешательства без острой необходимости диагностические визуализирующие методы обследования не применялись. На следующие сутки наблюдения уретральный катетер удалялся. С целью определения резидуальных конкрементов, расположения нефростомического дренажа и контроля за возможными осложнениями в раннем послеоперационном периоде выполнялись УЗИ почек и обзорная урограмма. При отсутствии температурной реакции и других осложнений на 2-е сут после вмешательства выполнялась антеградная пиелоуретрография. В случае удовлетворительной проходимости мочевых путей, отсутствия затеков контрастного вещества нефростомический дренаж удалялся, пациента выписывали из стационара. Средняя продолжительности пребывания пациентам в клинику 2-5 дней.

**Заключение.** Ультра-мини- ПНЛ является малоинвазивным способом лечения камней почек у детей с минимальной возможности травмой почки и сроком госпитализации в стационаре. Мини – ПНЛ считается одним из безопасным и эффективным методом лечения МКБ у детей грудничкового и ясельного возрастов с минимальным количеством осложнений.



## УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РЕФЛЕКСИРУЮЩЕЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ У ДЕТЕЙ

*Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М., Тожиев Т.Х.,  
Даминов О.У., Юлдишов Т.А., Гайбулаев Б.С.*

*Клиника “Yunusobod medical center” Ташкент, Узбекистан.*

*Клиника “Мед Арт”, г.Фергана.*

*Республиканский научный Центр экстренной медицинской помощи.  
Ташкент, Узбекистан.*

**Введение.** Проблемой детской урологии остаётся диагностика и лечение детей с уретерогидронефрозом. Среди доброкачественных заболеваний почек и мочевыводящей системы, ставших причиной нефрэктомии, пузырно-мочеточниковым рефлюкс является основной патологией у девочек, а обструкция тазово-мочеточникового сегмента у мальчиков. Ранняя диагностика указанных состояний и их соответствующая хирургическая коррекция дает шанс ребенку сохранить почку.

**Цель работы.** Определение характерной сонографической семиотики патоморфологических изменений в мочевом пузыре для выбора тактики хирургического лечения пузырно-мочеточниковым рефлюксом у детей.

**Материал и методы.** Ультразвуковая картина мочевого пузыря изучена у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом 87 больных госпитализированных в отделении детской хирургии. У всех детей имело место уретерогидронефроз III-IV степеней, в связи с чем все они были подвергнуты хирургическому лечению, что позволило сопоставить результаты УЗИ мочевого пузыря с выявленной интраоперационно морфологической картиной органа.

**Результаты и обсуждение.** Более чем у трети 36,1% больных на УЗИ мы отмечали утолщение стенок мочевого пузыря, в том числе у 6,3% грубое утолщение. Наш клинический опыт сопоставления морфосонометрических параметров мочевого пузыря и интраоперационных находок указывает, что одним из наиболее достоверных признаков соединительнотканного разрастания слоев пузыря и окружающей клетчатки является, кроме утолщения и уплотнения стенки органа, потеря четкости и ровности контуров органа. Рубцовое перерождение стенки мочевого пузыря и парапузырной клетчатки на УЗИ проявляется нечеткостью контуров, что особенно ярко выражено при трабекулярном мочевом пузыре, где на эхограммах мы наблюдали потерю ровных и четких контуров.

**Заключение.** Одним из наиболее достоверных признаков соединительнотканного разрастания слоев пузыря и окружающей клетчатки является, кроме утолщения и уплотнения стенки органа, потеря четкости и ровности контуров органа.



## МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

*Хаккулов Э.Б., Тожиев Т.Х., Даминов О.У.,  
Юлдишов Т.А., Гайбулаев Б.С.*

*Клиника “Yunusobod medical center” Ташкент, Узбекистан.*

*Клиника “Мед Арт”, г.Фергана.*

*Республиканский научный Центр экстренной медицинской помощи.  
Ташкент, Узбекистан.*

**Введение.** Одной из самых частых аномалий является удвоение чашечно-лоханочной системы, реже встречается удвоение мочеточников. Удвоение мочеточников часто сочетается с такими аномалиями развития как уретероцеле (УЦ), эктопия устья, стриктуры мочеточника. Этот порок диагностируется у 1-4% урологических больных. Мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) позволяет определять уровень и причину обструкции мочевых путей с высокой чувствительностью и специфичностью. Цель. МСКТ оценить место в диагностике и определение тактики лечения уретероцеле у детей.

**Материал и методы.** По результатам МСКТ обструктивный характер патологии с развитием УЦ выявлен у 20 (12,7%) больных. Детей раннего возраста было 15 (75%), старшего возраста – 5 (25%). Девочек было 14 (70%), мальчиков – 6 (30%). У 19 (95%) пациентов процесс был односторонним, двустороннее поражение отмечалось только у 1 (5%) больного. УЦ чаще наблюдался слева – у 16 (80%) детей.

**Результаты и обсуждение.** Содержимое мочевого пузыря имеет плотность соответственно +1211,4; +659,4 и +406,5 НУ, в то же время в просвете УЦ этот показатель составлял от +8 до +29 единиц Хаунсфильда НУ. Природа этого МСКТ-признака объясняется тем фактом, что трансформация обструктивного уретерогидронефроза в УЦ сопровождается существенным снижением экскреторной и концентрационной способности ипсилатеральной почки, в результате чего в пораженный мочеточник поступает моча с низким содержанием контрастного вещества, тогда как в контрлатеральном мочеточнике и в мочевом пузыре она более концентрированная, т е имеет высокие цифры денситометрических показателей. МСКТ-урография позволяет также дифференцированно оценить функциональное состояние каждой половины удвоенной почки.

**Заключение.** Метод обладает высокой чувствительностью при оценке состояния каждого сегмента мочевыводящих путей у детей с уретерогидронефрозом, обеспечивает необходимую диагностическую информацию при решении вопроса о выполнении операции при УЦ у детей.



## БОЛАЛАРДА ЯШИРИН ОЛАТНИ ДАВОЛАШ

*Хаккулов Э.Б., Тожиев Т.Х., Даминов О.У., Исраилов А.А., Юлдишов Т.А.*

*Клиника “Yunusobod medical center”. Ташкент, Ўзбекистан.*

*Клиника «Мед Арт», г.Фергана.*

*Республика Шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази.*

*Ташкент, Ўзбекистан.*

**Кириш.** Яширин олат болаларда нуксонли ривожланиш хисобланади. Бунда олат улчамлари ривожланиши миёрида ва етарли даражада булади. Олат ков усти сохасидаги ёг катлами ва ёргок туқималари билан ураб олиниб қуринмай қолади. Қупрок холатларда яширин олат даволанмаган. Ота-оналар орасида бу касаллик болагат ёшида узи утиб кетади деган чалгитувчи фикрлар булган. Бу генетика билан боғликли булиб, олат бойламлари ривожланишида нуксон кузатилади. Тадқиқотнинг мақсади: Такмиллашган жаррохлик усуллари қуллаб, болаларда яширин олатни даволаш натижаларини яхшилашдир.

**Материал ва услублар.** Кузатувимизда 17 та болада яширин олат клиник қуринишлари билан шифохона шароитида текширилган ва жаррохлик амаллиёти бажарилган. 14 тасида кертмак варақларини айлантриб кесиб олиш (circumcisio) амаллиётидан кейинги чандикли фимоз қуринишида ва 3 та болада эса бирламчи (circumcisio) жаррохлик амаллиёти бажарилмаган холатда келишиган. Эрта ёшда 3 та, 3-7 ёшгача 8 та ва 6 та болада эса мактаб ёшида муржат қилишган.

**Натижалар ва муҳокамалар.** Бизнинг кузатувимизда булган болаларда яширин олатда деярли қуп холатларда циркумцизио жаррохлик амаллиётидан кейинги холатда чандикли фимоз клиникаси билан муражат қилишган. Кузатув натижаларида яширин олат қупол чандикли тортмали битишмалар олат боши ва танасидаги харакатланишни ва миёрий эрекция булишига тускинлик қилган. Яширин олатда циркумцизио амаллиётидан сунг хаммасида операцияда жараёнида қийинчиликни тугдириб туқималарни шикастланишини ортриб ва тери танкислиги кузатилди. Жаррохлик амаллиётда пубопениал фиксация ва олат асосидаги атроф терисини силжитиш билан тери танкислиги бартаф қилинди.

**Хулоса.** Болаларда яширин олатда жаррохлик амаллиёти эрта ёшда утказилса эрта тикланиш жараёни кечади. Яширин олатда агар урадинамика бузилмаган булса циркумцизио жаррохлик амаллиёти утказилмаса натижалар яхши булади.

## СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

*Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Сувонкулов У.Т.*

*Специализированная детская хирургическая клиника*

*Самаркандского государственного медицинского университета*

*Самарканд, Ўзбекистан*

**Введение.** В настоящее время “золотым стандартом” для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента у детей с врожденным гидронефрозом остается



расчленяющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), предложенная J.Anderson и W.Hynes. Выбор метода послеоперационного дренирования чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки после пластики прилоханочного отдела мочеточника окончательно не решен. Неадекватное дренирование мочевыводящих путей создает условия для несостоятельности анастомоза, попадания инфекции через стому, образования мочевого затека с последующим рубцеванием тканей и развитием стеноза.

**Цель исследования.** Определить метод временного дренирования верхних мочевых путей при реконструктивно-пластических операциях на лоханочно-мочеточниковом сегменте.

**Материал и методы.** В отделении детской урологии, Специализированной детской хирургической клиники СамГМУ пролечено 143 пациента с врожденным гидронефрозом в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Мальчиков было 108 (75,5%), девочек 35 (24,5%).

На сегодняшний день, при реконструктивно-пластических операциях на верхних мочевых путях в целях дренирования мочи используют внутренний катетер-стент (внутреннее дренирование), нефростому в сочетании с интубирующим дренажем (наружное дренирование), катетер Гиббона (наружное дренирование), уретеростому (наружное дренирование) и бездренажную операцию (бездренажный метод).

Пластика ЛМС по J.Anderson и W. Hynes с использованием монофиламентного абсорбируемого шовного материала (PDS) 5/0-6/0 без захвата слизистой оболочки выполнено 95 (66,4%) пациентам. 50 (35%) детям для дренирования ЧЛС через пиелуретеростому мы использовали интраоперационный универсальный стент производства фирмы «МИТ, Россия» (с завитком), один конец которого выводится через отдельный разрез наружу, конец закрыт, во избежание попадания инфекции. В 45 (31,4%) пациентам мы применили аналог стента, готовящийся из обычного одноразового силиконового мочевого катетера с учетом возраста пациента и степени сужения ЛМС.

**Заключение.** Таким образом, выбор рационального метода отведения мочи на ряду со щадящей оперативной техникой с использованием современных шовных материалов мы считаем определяющими факторами успешного лечения детей с гидронефрозом. Использование пиелуретеростомы целесообразно, так как последняя не травмирует паренхиму почки, снижает риск кровотечения и формирования кровяных сгустков.

## **ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКА**

*Шмыров О.С.<sup>1</sup>, Шарков С.М.<sup>1,2</sup>, Кулаев А.В.<sup>1</sup>, Суров Р.В.<sup>1</sup>, Лазивили М.Н.<sup>1</sup>,*

*Морозов К.Д.<sup>1</sup>, Ковачич А.С.<sup>1</sup>, Лобач А.Ю.<sup>1</sup>, Маргиева Д.А.<sup>1,3</sup>*

*<sup>1</sup>ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница, Москва, Россия;*

*<sup>2</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия;*

*<sup>3</sup>ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия.*



**Введение.** Для хирургического лечения пациентов, у которых размеры мочеточников не позволяют выполнить традиционную уретероцистонеоимплантацию с формированием оптимальной антирефлюксной защиты, принято использовать два метода – одноэтапная реимплантация с интраоперационным моделированием мочеточника или двухэтапная лапароскопическая реконструкция с формированием уретерокутанеостомы. Оптимальная тактика до настоящего времени на выработана, а результаты лечения с использованием лапароскопических технологий не изучены.

**Материал и методы.** В отделении урологии – андрологии Морозовской ДГКБ в период с ноября 2017 по ноябрь 2023 года с использованием двухэтапной лапароскопической методики было прооперировано 38 пациентов с односторонним обструктивным мегауретером и пузырно-мочеточниковым рефлюксом V степени.

**Результаты.** Всем пациентам на первом этапе выполнялось видеоассистированное формирование уретерокутанеостомы. В отдаленном периоде отмечены эпизоды бессимптомной лейкоцитурии, а также острый пиелонефрит у 22 пациентов (57.8%). Сокращение мочеточника до диаметра 7-10 мм произошло в период от 6 до 12 месяцев у всех пациентов после первой операции и являлось показанием к выполнению реимплантации мочеточника, а также закрытию уретерокутанеостомы. В отдаленном послеоперационном периоде выполнялось комплексное обследование, по данным которого признаков рецидива заболевания не выявлено у 36 пациентов (94.8%), у 2 детей (5.2%) отмечен пузырно-мочеточниковый рефлюкс, который потребовал коррекции.

**Заключение.** Высокая эффективность представленной методики позволяет рекомендовать ее в качестве метода выбора для пациентов с тяжелыми пороками развития уретероцистального сегмента.

## БОЛАЛАРДА ГИДРОНЕФРОЗ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

*Эрназаров Б.Д., Очилдиев И.А.*

*Хоразм Вилоят Болалар Кўп Тармоқли Тиббиёт Муассаси  
Урганч, Ўзбекистон*

**Кириш.** Туғма гидронефроз - болаларда учрайдиган юкори сийдик йўлларининг тугма ривожланиш нуксони бўлиб пиелоуретрал сегментни (ПУС) тўсилиши натижасида буйрак жоми ва косачалари кенгайишидан юзага келувчи касаллик. Болаларда сийдик йўллари нуксонлари орасида 8-14% ни ташкил қилиб болаларда 1:1000- 1:2000 нисбатда учраб бугунги кунгача долзарблигича қолмоқда.

**Материал ва услублар:** Хоразм Вилоят Болалар Кўп Тармоқли Тиббиёт Маркази Умумий жаррохлик бўлимида 2020-2023 йилларда гидронефроз касаллиги билан 45 нафар бемор даволанган, шулардан 1-3 ёшгача 17 нафар(37.8%) бемор, 3-7 ёшгача 18 нафар(40%) бемор, 7-12 ёшгача 10 нафар(22.2%) беморларда жаррохлик амалиёти ўтказилган. Улардан 28 нафари киз, 17 нафари ўғил. Гидронефроз келиб чиқиш сабаби бўйича: ПУС стенози билан 36 нафар (80%), сийдик найини буйрак жомини тепасидан чиқиб букилиши билан 5(11.11%) нафар, ПУС ни абберант томир орқали босилиши билан 3 нафар (6.67%), ПУС ни эмбриональ битишма билан босилиши 1 нафар(2.22%)



ни ташкил килди. Беморларнинг барчасида ПУС резекцияси ва Хайнц – Андерсен бўйича пиелоуретеропластика жаррохлик амалиёти бажарилган.

**Нагига.** Жаррохлик амалиёти пайтида 25 нафарига(55.56%) нефростома урнатилди, 13 нафарига (28.9%) пиелостома урнатилган, 7 нафарига(15.5%) ПУС га стент ўрнатилган. Операциядан кейинги даврда нефростома ўрнатилган 25 нафар беморнинг 20 нафарида (80%) гемаглобин кўрсаткичи камайиб анемия кузатилди. Пиелостома урнатилган 1 нафар(7.7%) беморда стома олинганидан кейин паранефрал сохага сийдик тўпланиб йирингли яллигланиш кузатилди. ПУС сохасига нефростома ва пиелостома урнатилган беморларнинг 1 нафарида (2.6%) стеноз кузатилди.

**Хулоса:** Жаррохлик амалиёти пайтида ПУС сохасига стент қўйилган беморларда асоратлар кам кузатилиб айникас ПУС стенози бизнинг амалиётимизда кузатилмади.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

*Эсембаев Б.И., Усеналиев И.Ш., Хасаныхунов Т.А.  
Национальный Центр охраны материнства и детства  
Бишкек, Кыргызстан*

**Введение.** Врожденные обструктивные аномалии развития мочевыделительной системы, причиной которых является нарушение оттока мочи, чаще всего требуют реконструктивных пластических операций. Несвоевременная диагностика и хирургическая коррекция приводят к стойкому расширению ЧЛС с последующим нарушением функции почки. В числе всех обструктивных аномалий развития гидронефроз составляет 1: 500, 1: 800 живорожденных детей. У мальчиков встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. Левосторонний гидронефроз составляет до 65% правосторонний - до 35%, а в 15-20% случаев встречается двусторонний гидронефроз. Метод оперативного лечения Hynes–Anderson была и остается «золотым стандартом и имеет широкое распространение во всём мире, с высоким результатом лечения 95–98% случаев.

За последние 30 лет изменились подходы к срокам лечения, методам операции и отведения мочи в послеоперационном периоде. Если ранее считалась допустимой нормой хирургическая коррекция гидронефроза в раннем возрасте (2–4 нед), в настоящее время, большинство детских урологов склоняется к более длительному наблюдению. Частота самопроизвольного разрешения гидронефроза в раннем возрасте составляет до 70%. Для проведения подробного анализа, мы ориентировались на классификацию А. Open, предложенную в 2007 году. На основании ультразвуковой оценки состояния паренхимы и ЧЛС пиелоэктазией считалось расширение лоханки до 5 - 10мм, I степень гидронефроза - увеличение размеров лоханки более 10мм, II степень - увеличение не только лоханки но и чашечек до 10мм, III степень - увеличением лоханки, более 26-30мм и чашечек более 10мм и истончением паренхимы более чем на половину. IV степень - увеличение лоханки более - 30мм и чашечек более 15мм и истончение паренхимы более, чем в 2 раза.



**Материал и методы.** За период 2019-2022гг в Национальном Центре охраны материнства и детства (Кыргызская Республика г Бишкек), были пролечены 155 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с диагнозом гидронефроз. Из них мальчиков было 108 (69,7%), девочек 47 (30,3%). До 1 месяца был 1 ребенок что составило 0,6%, до 1 года - 61 (39,3%), до 5 лет – 46 (29,6%), старше 5 лет – 47 (30,3%). Преобладали дети до 1 года. Гидронефроз слева выявлен у 116 (74%), справа - у 33 (21,9%) с двух сторон - у 6 (3,8).

По классификации SFU с гидронефрозом I степени было 6 детей со II степенью было пролечено 34 пациента, с III степенью прооперировано 50, с IV степенью - 65.

**Результаты.** С гидронефрозом из 155 больных были прооперированы 148 детей, что составило 95%, в том числе передним внебрюшинным доступом 92 – (59,4%), задним люмботомным доступом 27 (17,4%), лапароскопическим классическим интроперитонеальным доступом 23 (14,8%). Стентирование, как отдельный метод лечения, выполнен в 7 (4,7%) случаев. При анализе результатов лечения были получены следующие результаты. Передним внебрюшинным доступом прооперировано более 50% больных с положительным результатом до - 91%. После пиелопластики передним внебрюшинным доступом у 84 детей (91,3%) отмечался положительный результат. После удаления стента улучшились показатели доплерографии и сократились размеры лоханки в среднем от 2,5мм до 7мм. Из оперированных классическим люмботомным доступом у 6 (3,9%) от общего числа оперированных детей произведена нефроуретероэктомия в связи отсутствием функции почек на экскреторной урограмме и при УЗИ-доплерографии (кровоснабжение паренхимы обеднено, атрофия паренхимы почки до 2-3 мм). Из 27 (17,4%) больных пиелопластика выполнена у 23 (85,1%). Показатели гемодинамики улучшились и размеры лоханки сократились. При контрольной экскреторной урограмме у 50% прооперированных различными доступами выделительная функция и уродинамика значительно улучшились, объем лоханки и чашечек сократился. Несмотря на то, что лапароскопическая пиелопластика признается эффективным малоинвазивным методом хирургической коррекции, ее считают довольно сложной в плане хирургической техники операцией. Наш опыт лапароскопической пиелопластики не большой, всего выполнено 23 (15,5%) операции. Доступ классический, трансперитонеальный. Первые операции проводились длительностью до 4 часов. Трижды прибегали к конверсии через день после лапароскопической пиелопластики по причине не состоятельности непрерывного шва и мочевого перитонита. У одного больного в течении 2 недель подтекала моча через страховой дренаж. Через 1 год повторно оперировали 2 больных. выполнена открытая пиелопластика передним внебрюшинным доступом. На сегодняшний день длительность операции сократили до 90-150 минут. Стентирование, как самостоятельный метод лечения, проводили 7 (4,5%) детям с расширением лоханки до 15-20 мм, с истончением паренхимы на 1-2 мм сравнительно со здоровой стороной. Стент удаляли через 2-3 месяца. При контрольном осмотре через 3-6 месяцев лоханка нормализовалась у 6 детей, у 2 были прежние размеры лоханки, доплерография - без ухудшения.

**Заключение.** 1. Открытое традиционное оперативное лечение гидронефроза имеет ряд преимуществ, связанных с коротким временем 40-45 минут оперативного периода и



высоким процентом выздоровления до 95%. 2. Несмотря на достоинства лапароскопического метода как малоинвазивность, малотравматичность, наличие видеоконтроля за органами брюшной полости и верхних мочевых путей, имеет определённые противопоказания и требует хорошей подготовки уролога. 3. Стентирование как отдельный метод лечения остается методом выбора, при лечении врожденного гидронефроза детей младшего возраста.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯТРОГЕННОЙ АМПУТАЦИИ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Эсембаев Б.И., Касымов Б.Г., Хасаныхунов Т.А.  
Национальный Центр Охраны Материнства и Детства (НЦОМид)  
Бишкек, Кыргызстан*

**Введение.** Травматическая ампутация полового члена – это редкое, но крайне тяжелое осложнение обрезания крайней плоти у детей, подразделяются на полные и частичные. При полных ампутациях проводятся операции по реимплантации полового члена. При неполных ампутациях можно применять методы реимплантации, либо формирование культы.

Частота ампутации пениса невысока: по данным разных авторов, она составляет от 2 до 5% среди всех видов повреждений половых органов у лиц мужского пола. В настоящее время при возросшем качестве хирургической техники и профессионализме хирургов ятрогенные ампутации полового члена являются большой редкостью.

**Материал и методы.** 14 февраля 2022 года в Национальный Центр Охраны Материнства и Детства обратился ребенок Шариев Ахмат Юсуфович 2018 года рождения с ятрогенной ампутацией головки полового члена во время ритуального обрезания. Данному ребенку в селе «Ивановка», во время ритуального обрезания ножницами отрезали головку полового члена. Со слов врача хирурга он немедленно положил отрезанную головку полового члена в холодный раствор NaCl 0,9% и доставили в отделение урологии НЦОМид. Длительность ишемии составила не более трех часов. Объем кровопотери не составил более пятидесяти миллилитров так как был наложен турникет. Ампутация была только от головки пениса. Кавернозные тела сократились в толщу ПЖК, дефицит кожи после циркумцизии составил более 1/2 полового члена. Недолго думая, с учетом короткого времени ишемии было принято выполнить реплантацию головки и уретры к кавернозным телам.

Ход операции. Задачей операции являлось реплантация головки, ее реваскуляризация, создание приемлемой длины полового члена с приближенной к нормальному виду, а также очень важно было восполнить дефицит кожи. Максимальное удлинение полового члена было выполнено за счет мобилизации до бифуркации ножек кавернозных тел и полного пересечения *ligamentum suspensorium*, что удлинит половой член от 2,5 до 3 см.



На первом этапе операции мы выполнили гемостаз из кавернозных тел, анастомоз уретры конец в конец, реплантацию головки полового члена путем наложения вертикальных П-образных швов. Шовный материал использовали PDS 6-0. Мобилизацию кавернозных тел выполнялась путем частичного расщепления ножек кавернозных тел и рассечением *ligamentum suspensorium*.

Через 6 месяцев ребенок обратился повторно. Задачей второго этапа состояло в том, чтобы разделить половой член от кожи мошонки и сделать кожную пластику. Погрузив в сформированный туннель в мошонке кавернозное тела на первом этапе, удалось избежать дефицита кожи на втором. Размер полового члена увеличился от 1,5 до 2 см, меатус широкий. В послеоперационном периоде назначались антибиотики широкого спектра действия в течении 5 дней, оксibuтинин в дозировке 0,2 мг/кг. Уретральный катетер был удален на 14-е сутки. Мочевыделение при выписке свободное, струя широкая. Чувствительность головки сохранена, эрекция не нарушена.

**Обсуждение.** Обрезание крайней плоти по медицинским и ритуальным показаниям во всем мире считается распространенной, достаточно простой и безопасной операцией. По данным различных авторов, процент послеоперационных осложнений колеблется от 0,19 до 17,6 %. Среди наиболее часто встречающихся осложнений операций отмечают инфицирование (2%), кровотечение (4%), меатальный стеноз (3%), плохой косметический результат операции (1%). Но одним из трагических и серьезнейших осложнений считается травматическая ампутация головки и ствола полового члена. Вариантами хирургической помощи у данной категории больных являются реплантация полового члена, позволяющая восстановить ампутированный орган, либо выполнение фаллоуретропластики.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА "GRAFT" ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ**

*Эсембаев Б.И., Касымов Б.Г.*

*Национальный Центр Охраны Материнства и Детства (НЦОМид)  
Бишкек, Кыргызстан*

**Введение.** Оценить эффективность применения свободного кожного лоскута «Graft» при дистальных формах гипоспадии у детей.

**Материал и методы.** В отделении урологии НЦОМид за период с 2015 по 2017 г. были прооперированы 98 детей, с дистальными формами гипоспадии. Больным кроме объективного и локального осмотра, проводились общеклинические методы исследования, УЗИ внутренних органов.

**Результаты.** Больных со стволовой формой гипоспадии без искривления кавернозных тел 68 (68,4%) пациентов, головчатой формой 7 (7,1%), венечной 24 (24,5%) мальчика. В возрастном аспекте встретились: до 2-х лет – 33 больных, 3–7 лет – 75 больных. В первую группу вошли 44 (44,9%) детей, оперированных с использованием методики Duplay-Snodgrass. Вторую группу, составили 35 (35,7%) детей, оперированных по



методике Snodgraft. В третью группу были включены 19 (19,4%) больных, в лечении которых использованы методика Mathieu. Результаты лечения оценивались через 3 – 6 месяцев после операции по 5-ти бальной системе разработанной нашим центром, где учитывались функциональные и косметические показатели выполненных операций. При одномоментной уретропластики по методике Duplay-Snodgrass, осложнения наблюдались в виде кожно-уретрального свища у 12 (12,2%) пациентов, а с использованием свободного кожного лоскута «Graft» у 8 (8,2%) детей. При выполнении методики Mathieu осложнений не наблюдали.

**Заключение.** Таким образом, хирургическое лечение дистальных форм гипоспадии с использованием методики свободного кожного лоскута по «Graft» улучшает функциональные и косметические результаты уретропластики.



## NOTES







