



**2nd INTERNATIONAL CONFERENCE
OF THE UZBEKISTAN SOCIETY
FOR PEDIATRIC UROLOGY**

USPU

1-2 MAY 2025

Tashkent
UZBEKISTAN

PROGRAMME & ABSTRACTS

GENERAL SPONSOR



MAIN SPONSORS



OFFICIAL SPONSORS





Content

Greeting message..... 2

Committees..... 3

Main program..... 6

Abstracts..... 22

Greeting Message



Dear Colleagues, Delegates and Friends,

It is my honor and pleasure to welcome you all to the 2nd International conference of the Uzbekistan Society for Pediatric Urology (USPU) in Tashkent, 1-2 May 2025. Please feel free to explore the entire program of the latest evidence-based advances in pediatric urology practice, delivered by globally outstanding experts.

Since its establishment, the USPU is achieving progress in clinical practice, research, and education. Our members' tireless efforts to enhance the quality of care for children with conditions of genitourinary system are making it possible, inspiring us to aim for even greater achievements.

As we prepare to the 2nd International conference of the USPU, we are committed to strengthening international collaborations and learning their expertise from the colleagues worldwide. Domestically, we will actively promote pediatric urology as a vital medical field that addresses the needs of a young society through various initiatives and programs.

I would like to take this opportunity to express my deepest respect and gratitude to the committee members and staff for their hard work preparing for these academic activities. On behalf of the board, we are deeply grateful 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.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Saidanvar'.

Saidanvar Agzamkhodjaev

Chairman

Uzbekistan Society for Pediatric Urology



Committees

USPU Board

Chairman	Saidanvar Agzamkhodjaev
Chairman elect	Akmal Rakhmatullayev
General secretary	Zafar Abdullaev
Scientific secretary	Kobiljon Ergashev

USPU Organizational Board

Kamron Khidoyatov	Nuriddin Anvarov
Asqar Soliyev	Bekzod Abdiyev
Sarvar Eshonkulov	Bunyod Tilovov
Davron Khaltursunov	



Invited guests

Prof. Dr. Serdar Tekgöl

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

Prof. Dr. A. El-Ghoneimi

ESPU kelgusi prezidenti, Fransiya
President-elect of the ESPU, France
Избранный президент ESPU,
Франция

Prof. Dr. Antonio Macedo

Bo'lim boshlig'i, San-Paulo Federal
Universiteti, Braziliya
President of PG UNIFESP, CACAU
NGO, São-Paulo, Brasil
Заведующий, Федеральный
Университет Сан-Пауло, Бразилия.

Prof. Dr. Sungchan Park

KSPU prezidenti, Koreya Respublikasi
President of the KSPU, Republic of 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. Ilya Kagantsov

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

**2ND 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

**ВТОРАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА**

ПРОГРАММА И СБОРНИК ТЕЗИСОВ

KONFERENSIYA PROGRAMMASI

1 may, Chimgan zali

08:00	Ishtirokchilarni ro'yhatdan o'tkazish
09:00	Kirish so'zi
09:05	E.I. Basithanova (Sog'liqni saqlash Vaziri o'rinbosari)
09:15	B.T. Daminov (ToshPTI rektori)
09:20	B.Y. Umarov (BMTM direktori)
09:25	S. Tekgul (ESPU prezidenti) – Bolalar urologiyasining kelajagi

Sessiya 1	Ma'ruza. Obstruktiv uropatiya
09:45	Bolalar urologiyasida kam invaziv va robot jarrohligi A. El Ghoneimi (ESPU, Fransiya)
10:00	Bolalar urologiyasida kompleks rekonstruktiv robot jarrohligi S.H. Song (KSPU, Koreya Respublikasi)
10:15	Retrokaval siydik nayi S. Agzamhodjaev (USPU, O'zbekiston)
10:30	Birlamchi obstruktiv megaureter: Zamonaviy tendentsiyalar S. Bondarenko (Volgograd, Rossiya)
10:45	Bolalarda qovuq-siydik nayi reflyuksi V. Dubrov (Minsk, Belarus)
11:00	Muhokama
11:15	Tanaffus

Sessiya 2	Ma'ruza. Pastki siydik yo'llari
11:30	Ekstrofiya-epispadiya kompleksi N. Akramov (Qozon, Rossiya)
11:45	Qiz bolalar epispadiyasi I.Kagantsov (Sankt-Peterburg, Rossiya)
12:00	Orqa uretral klapanlar A. El Ghoneimi (ESPU, Fransiya)
12:15	Muhokama
12:30	Tushlik

Sessiya 3	Ma'ruza. Gipospadiya va genital jarrohligi
13:30	Gipospadiya: hal qilinmagan muammolar R. Batrutdinov (Sankt-Peterburg, Rossiya)
13:45	Bolalarda asoratlangan gipospadiyani davolash S.W. Kim (KSPU, Koreya Respublikasi)
14:00	Yashirin jinsiy olat

	J.M. Chung (KSPU, Koreya Respublikasi)
14:15	Kriptorxizmni davolash tendensiyalari Z. Abdullaev (USPU, O'zbekiston)
14:30	Varikoseleni davolashdagi tendensiyalar S.Ch. Park (KSPU, Koreya Respublikasi)
14:45	Muhokama
15:00	Tanaffus

Sessiya 4	Ma'ruza. Neyrogen qovuq va pastki siydik yo'llari disfunktsiyasi
15:15	Quruq kateterizatsiya qilinuvchi rezervuarlar bo'ylab 25 yillik sayohat A. Masedo (San-Paulu, Braziliya)
15:30	Neyrogen qovuq: yangiliklar S. Tekgul (ESPU, Turkiya)
15:45	Pastki siydik yo'llari disfunktsiyasi S. Tekgul (ESPU, Turkiya)
16:00	Muhokama

Sessiya 5	Ma'ruza. Siydik-tosh kasalligi
16:15	Bolalarda siydik-tosh kasalligi Rahmatullaev (USPU, O'zbekiston)
16:30	ALARA protokollariga rioya qilish: ESWL, RIRS, PCNL va siydik nayini stentlashning qiyosiy tahlili A. Tursunkulov (Toshkent, O'zbekiston)
16:45	Muhokama
17:00	Umumiy foto va sertifikatlar taqdimoti

2 may, Chimgan zali

08:00	Ishtirokchilarni ro'yhatdan o'tkazish
Sessiya 1	Live-xirurgiya
09:00	Epispadiya korreksiyasi. Serdar Tekgul
Sessiya 2	Live-xirurgiya
11:00	Retroperitoneoskopik piyeloplastika. Ala El-Ghoneimi
13:00	Tanaffus

Sessiya 1	Moderatorlar: Bondarenko S.G., Rahmatullaev A.A.
14:00	BOLALARDA TAQASIMON BUYRAK PYELOURETERAL SEGMENTI OBSTRUKSIYASI PIYELOPLASTIKASI – 25 YILLIK NATIJALAR TAHLILI. Kagantsov I.M., Pelikh K.I., Dubrov V.I., Sizonov V.V., Bondarenko S.G., Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Choklya D.I., Filippov D.V., Rotko N.V., Kashina E.A.

	Rossiya Federatsiyasi. O'zbekiston
14:05	BOLALARDA LAPAROSKOPIK PYELOPLASTIKA – BIR-MARKAZ, UZOQ MUDDATLI TADQIQOT. Zakharov A.I., Tekotov A.N., Kovarsky S.L., Sklyarova T.A., Struyansky K.A., Pepelyaeva I.M., Kuznetsova M.A. Rossiya Federatsiyasi
14:10	DA VINCHI XI ROBOTDAN FOYDALANISHNING ROSTOV-NA-DON MINTAQAVIY BOLALAR KLINIK SHIFOXONASI DASTLABKI TAJRIBASI. Sizonov V.V., Makarov A.G., Pirogov A.V., Pacus S.M., Kvaratskhelia D.G., Piskunova S.G. Rossiya Federatsiyasi
14:15	BOLALARDA TUG'MA OBSTRUKTIV URETEROGIDRONEFROZ: DINAMIK KUZATISH, ENDOSKOPIK VA JARROHLIK DAVO USULLARI NATIJALARI. <u>Esembaev B.I.</u> , Usenaliev I.Sh., Khasanahunov T.A., Poroschay V.N. Qirg'iz Respublikasi
14:20	YOSH BOLALARDA URETEROVEZIKAL OBSTRUKTSIYANING MINIMAL INVAZIV DRENAJ USULLARI Napolnikov F.K., Yatsyk S.P., Komissarov M.I., Zharkov D.A., Voronina E.A. Rossiya Federatsiyasi
14:25	BOLALARDA MEGAURETERDA MIKROB FLORASINING TAHLILI Akhmedov Yu.M., Akhmedov I.Yu., Mukhsinov S.U., Kayumova A.T. Samarqand, O'zbekiston.
14:30	YOSH BOLALARDA NOREFLYUKSIV MEGAURETERNING MINIMAL INVAZIV DAVOSI. Menovshchikova L.B., Zakharov A.I., Sklyarova T.A., Betanov Z.V. Rossiya Federatsiyasi
14:35	PEDIATRIK BEMORLARDA VEZIKOURETERAL REFLYUKSNING ENDOSKOPIK DAVO NATIJALARI Agzamhodjayev S.T. ^{1,2} , Ergashev K.T. ^{1,2} , Rahmatullayev A.A. ² , Abdullayev Z.B. ^{1,2} , Hidoyatov K.Z. ¹ , Soliyev A.T. ¹ , Eshonqulov S.G. ¹ , Tilovov B.N. ² , Xoltursunov D.Sh. ² ¹ Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. ² Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.
14:40	BOLALARDA EKSTROFIYA-EPISPADIYA KOMPLEKSINI JARROHLIK DAVOSINING KLINIK TAJRIBASI. Ainakulov A.D., Imanberdiev Zh.Zh., Abdimazhitov B.Kh., Taszhurekov A.O., Mirmanov A.A., Nagymanov B.A., Tegisbaev M.O., Telman A.K. Ostona, Qozog'iston.
14:45	BOLALARDA BUYRAK TRANSPLANTATSIYA NATIJALARI Ainakulov A.D., Kuttumuratov G.M., E., Imanberdiev Zh.Zh., Abdimazhitov B.Kh., Taszhurekov A.O. Mirmanov A.A., Telman A.K.

	Ostona, Qozog'iston.
14:50	O'NG BUYRAK TOMIRLARINING SHIKASTLANISHDAN KEYINGI ARTERIOVENOZ FISTULA HOSIL BO'lishi HOLATI. Makarov G.A., Filonenko A.V., Sizonov V.V., Kislitsky A.I., Piskunova S.G., Kvaratskhelia D.G. Rossiya Federatsiyasi
14:55	DISFUNKSIONAL PESHOB AJRATISH BILAN OG'RIGAN BOLALARDA TOZ TUBI VA TOZ A'ZOLARI HOLATINI TRANSPERINEAL ULTRATOVUSH YORDAMIDA BAHOLASH. Menovshchikova L.B., Sottaeva Z.Z., Djavatxanova R.I., Patrusheva E.A. Moskva, Akademik Yu.F nomidagi bolalar xirurgiyasi kafedrası. Isakov, PF FGAOU VO RNIMU im. N.I. Pirogov, Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash va ijtimoiy rivojlanish vazirligi
15:00	Muhokama

Sessiya 2	Moderatorlar: Akramov N.R., Ahmedov Yu.M.
15:10	TIP USULIDA URETROPLASTIKA PREPUTSIOPLASTIKA BILAN: O'RTA VA UZOQ MUDDATLI NATIJALAR Batrutdinov R.T. Skandinaviya klinikasi, Sankt-Peterburg.
15:15	PROKSIMAL GIPOSPADIYALARNI BIRLAMCHI DAVOSIDA LUNJ SHILLIQ QAVATIDAN FOYDALANIB IKKI BOSQICHLI URETROPLASTIKASI Krasilnikov D.E., Osipov A.I., Sarychev S.A. Rossiya Federatsiyasi
15:20	BOLALARDA YASHIRIN JINSIY OLAT JARROHLIK DAVO USULLARINING QIYOSIY TAHLILI. Abdibekov M.I., Dadaev M.P., Sholakhov Zh.Zh. Qozog'iston Respublikasi
15:25	BOLALARDA GIPOSPADIYANI DAVOLASH. ROSSIYA FEDERATSIYASIDAGI ZAMONAVIY TENDENSIYALAR. Kagantsov I.M., Buraya S.A., Pelikh K.I., Sizonov V.V., Zadykyan R.S., Kameneva O.A., Li A.G., Filippov D.V., Kashina E.A. Rossiya Federatsiyasi
15:30	GIPOSPADIYA PROKSIMAL SHAKLLARIDA BIR BOSQICHLI VA KO'P-BOSQICHLI JARROHLIK AMALIYOTLARI NATIJALARI. Pepelyaeva I.M., Kovarsky S.L., Zakharov A.I., Struyansky K.A., Tekotov A.N. Rossiya Federatsiyasi
15:35	BOLALARDA GIPOSPADIYA DISTAL SHAKLLARIDA SNODGRASS OPERATSIYALARI SAMARADORLIGINING RETROSPEKTIV TAHLILI. Sultonov A.K., Rahmatullaev A.A., Mardanov M.M. Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.

15:40	BOLALARDA ZARB-TO'LQINLI LITOTRIPSIYASINING ZARARLI TA'SIRINI BAHOLASH VA OLDINI OLISH. Galuzinskaya A.T., Zorkin S.N., Nikulin O.D., Shakhnovsky D.S. Rossiya Federatsiyasi
15:45	BOLALARDA ZARBA TO'LQINI LITOTRIPSIYA O'TKAZISH BO'YICHA O'N YILLIK TAJRIBA Klyuka I.V., Shaldenko O.A., Sizonov V.V., Kogan M.I., Rodina R.A. Rossiya Federatsiyasi
15:50	ZINNER SINDROMI BILAN OG'RIGAN BOLALARNI YURITISH VA JARROHLIK DAVO TAKTIKASI. BOYKO A.V., ISLAMOV F.O., POLYAKOV P.N., PONOMAREVA E.D. Rossiya Federatsiyasi
16:00	BOLALARDA QOVUQ VA URETRADAGI KO'P MAGNITLI YOT JISMLAR: KLINIK KUZATUVLAR. Zakharov A.I., Tekotov A.N., Sklyarova T.A., Struyansky K.A., Pepelyaeva I.M., Kuznetsova M.S. Rossiya Federatsiyasi
16:05	MOYAKNING EKSTRAKORPORAL EKTOPIYASINING KLINIK HOLATI (SKROTOSHIKIS) Ayazbekov E.A., Dzhanzakov B.B., Umeshov A.U., Rozakhunov R.N. Mamedov E.Sh. Qozog'iston Respublikasi
16:10	QOVUQ EKSTROFIYASIDA TOS SUYAKLARINI OSTEOTOMIYASI QILISH BO'YICHA BIZNING TAJRIBA Aliev T.G. ^{1,2} , Agzamhodjayev S.T. ^{1,2} , Abdullayev Z.B. ^{1,2} , ¹ Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. ² Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.
16:15	SIYDIK YO'LLARI INFEKSIYASINING ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH TENDENSIYALARI Eshonkulov S.G. ¹ Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston. ² Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.
16:20	Muhokama
16:35	Anjuman bo'yicha rezolyutsiya qabul qilish

CONFERENCE PROGRAM

1 May, Chimgan hall

08:00	Registration
09:00	Introduction
09:05	E.I. Basitkhanova (Deputy Minister of Health of Uzbekistan)
09:15	B.T. Daminov (Rector of TashPMI)
09:20	B.Ya. Umarov (Director of NCMC)

09:25	S. Tekgul (ESPU President)
-------	----------------------------

Session 1	Faculty Lectures. Obstructive uropathy
09:45	Minimal invasive and robotic surgery in pediatric urology A. El-Ghoneimi (ESPU, France)
10:00	Complex reconstructive robotic surgery in children S.H. Song (KSPU, Republic of Korea)
10:15	Retrocaval ureter S. Agzamkhodjaev (USPU, Uzbekistan)
10:30	Primary obstructive megaureter: Trends in pediatric urology S. Bondarenko (Volgograd, Russia)
10:45	Modern strategy of VUR treatment in children V.Dubrov (Minsk, Belarus)
11:00	Discussion
11:15	Break

Session 2	Faculty Lectures. Lower urinary tract
11:30	Exstrophy-epispadias complex N. Akramov (Kazan, Russia)
11:45	Female epispadias: update I.Kagantsov (Saint-Petersburg, Russia)
12:00	Posterior urethral valves A. El-Ghoneimi (ESPU, France)
12:15	Discussion
12:30	Lunch

Session 3	Faculty Lectures. Hypospadias & genital surgery
13:30	Hypospadias: Modern problems R. Batrutdinov (Saint-Petersburg, Russia)
13:45	Treatment of failed hypospadias S.W. Kim (KSPU, Republic of Korea)
14:00	Concealed penis - update J.M. Chung (KSPU, Republic of Korea)
14:15	Trends in treatment of UDT Z. Abdullaev (USPU, Uzbekistan)
14:30	Trends of the varicocele treatment S.Ch. Park (KSPU, Republic of Korea)
14:45	Discussion
15:00	Break

Session 4	Faculty Lectures. Neurogenic bladder & LUTD
15:15	A 25-year journey through continent catheterizable reservoirs

	A. Macedo (São-Paulo, Brazil)
15:30	Neurogenic bladder in children: update S. Tekgul (ESPU, Turkey)
15:45	Lower urinary tract dysfunction S. Tekgul (ESPU, Turkey)
16:00	Discussion

Session 5	Faculty Lectures. Urinary stone disease
16:15	Treatment of urinary stones in children A. Rakhmatullaev (USPU, Uzbekistan)
16:30	Compliance with ALARA protocols: a comparative analysis of ESWL, RIRS, PCNL and ureteral stenting A. Tursunkulov (Tashkent, Uzbekistan)
16:45	Discussion
17:00	Photo & certificate

2 May, Chimgan hall

08:00	Registration
Session 1	Live surgery
09:00	Epispadias repair. Serdar Tekgul
Session 2	Live surgery
11:00	Retroperitoneoscopic pyeloplasty. Ala El-Ghoneimi
13:00	Lunch

Session 1	Moderated by Bondarenko S.G., Rakhmatullaev A.A.
14:00	PYELOPLASTY FOR OBSTRUCTION OF THE PYELOURETERAL SEGMENT OF THE HORSESHOE KIDNEY IN CHILDREN - ANALYSIS OF RESULTS OVER 25 YEARS. Kagantsov I.M., Pelikh K.I., Dubrov V.I., Sizonov V.V., Bondarenko S.G., Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Choklya D.I., Filippov D.V., Rotko N.V., Kashina E.A. Russian Federation. Uzbekistan
14:05	LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN CHILDREN – A SINGLE-CENTER, LONG-TERM STUDY. Zakharov A.I., Tekotov A.N., Kovarsky S.L., Sklyarova T.A., Struyansky K.A., Pepelyaeva I.M., Kuznetsova M.A. Russian Federation
14:10	THE FIRST EXPERIENCE OF USING THE DA VINCI XI ROBOTIC PLATFORM IN THE REGIONAL CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL OF ROSTOV-ON-DON. Sizonov V.V., Makarov A.G., Pirogov A.V., Pacus S.M., Kvaratskhelia D.G., Piskunova S.G. Russian Federation

14:15	CONGENITAL OBSTRUCTIVE URETEROHYDRONEPHROSIS IN CHILDREN: RESULTS OF DYNAMIC OBSERVATION, ENDOSCOPIC AND SURGICAL TREATMENT. Esembaev B.I., Usenaliev I.Sh., Khasanahunov T.A., Poroschay V.N. Kyrgyz Republic.
14:20	MINIMALLY INVASIVE DRAINAGE METHODS FOR URETEROVESICAL OBSTRUCTION IN YOUNG CHILDREN Napolnikov F.K., Yatsyk S.P., Komissarov M.I., Zharkov D.A., Voronina E.A. Russian Federation
14:25	ANALYSIS OF MICROBIAL FLORA IN MEGAURETHER IN CHILDREN Akhmedov Yu.M., Akhmedov I.Yu., Mukhsinov S.U., Kayumova A.T. Department of Pediatric Surgery No. 2, Samara State Medical University. Samarkand. Uzbekistan.
14:30	MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF NON-REFLUXING MEGAURETHER IN YOUNG CHILDREN. Menovshchikova L.B., Zakharov A.I., Sklyarova T.A., <u>Betanov Z.V.</u> Russian Federation.
14:35	SURGICAL OUTCOMES FOR ENDOSCOPIC CORRECTION OF VESICoureTERAL REFLUX CASES IN PEDIATRIC PATIENTS Agzamhodjayev S.T.^{1,2}, Ergashev K.T.^{1,2}, Rahmatullayev A.A.², Abdullayev Z.B.^{1,2}, Hidoyatov K.Z.¹, Soliyev A.T.¹, Eshonqulov S.G.¹, Tilovov B.N.², Xoltursunov D.Sh.² ¹National Children's Medical Center. Tashkent, Uzbekistan. ²Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan.
14:40	CLINICAL EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF EXTROPHY-EPISPADIAS COMPLEX IN CHILDREN Ainakulov A.D., Imanberdiev Zh.Zh., Abdimazhitov B.Kh., Taszhurekov A.O., Mirmanov A.A., Nagymanov B.A., Tegisbaev M.O., Telman A.K. KF UMC National Scientific Center for Maternal and Child Health, Astana, Kazakhstan.
14:45	RESULTS OF KIDNEY TRANSPLANTATION IN CHILDREN Ainakulov A.D., Kuttumuratov G.M., E., Imanberdiev Zh.Zh., Abdimazhitov B.Kh., Taszhurekov A.O. Mirmanov A.A., Telman A.K. CF "UMC" NSCMD RK Astana, Kazakhstan.
14:50	A RARE CASE OF POSTTRAUMATIC ARTERIOVENOUS FISTULA FORMATION OF THE RENAL VESSELS ON THE RIGHT. Makarov G.A., Filonenko A.V., Sizonov V.V., Kislitsky A.I., Piskunova S.G., Kvaratskhelia D.G. Russian Federation
14:55	ASSESSMENT OF THE PELVIC FLOOR AND PELVIC ORGANS USING TRANSPERINEAL SONOGRAPHY IN CHILDREN WITH DYSFUNCTIONAL URINATION. Menovshchikova L.B., Sottaeva Z.Z., Dzhavatkhanova R.I., Patrusheva E.A. Russian Federation

15:00	Discussion
-------	------------

Session 2	Moderated by Akramov N.R., Ahmedov Yu.M.
15:10	TIP URETHROPLASTY WITH PREPUCIOPLASTY: MIDDLE AND LONG TERM RESULTS Batrutdinov R.T. Scandinavia clinic, Saints-Petersburg, Russia.
15:15	TWO-STAGE URETHRAL PLASTY USING BUCCAL MUCOSA IN PRIMARY TREATMENT OF PROXIMAL HYPOSPADIAS Krasilnikov D.E., Osipov A.I., Sarychev S.A. Russian Federation
15:20	COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR CONCEALED PENIS IN CHILDREN Abdibekov M.I., Dadaev M.P., Sholakhov Zh.Zh. Republic of Kazakhstan
15:25	TREATMENT OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN. MODERN TRENDS IN THE RUSSIAN FEDERATION. Kagantsov I.M., Buraya S.A., Pelikh K.I., Sizonov V.V., Zadykyan R.S., Kameneva O.A., Li A.G., Filippov D.V., Kashina E.A. Russian Federation
15:30	RESULTS OF SINGLE-STAGE AND STAGED SURGICAL INTERVENTIONS IN PROXIMAL FORMS OF HYPOSPADIAS Pepelyaeva I.M., Kovarsky S.L., Zakharov A.I., Struyansky K.A., Tekotov A.N. Russian Federation
15:35	RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF SNODGRASS OPERATIONS IN DISTAL FORMS OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN Sultanov A.K., Rakhmatullaev A.A., Mardanov M.M. Republican Scientific and Practical Specialized Medical Center of Pediatrics. Tashkent, Uzbekistan.
15:40	ASSESSMENT AND PREVENTION OF THE DAMAGING EFFECTS OF SHOCK WAVES LITHOTRIPSY IN CHILDREN Galuzinskaya A.T., Zorkin S.N., Nikulin O.D., Shakhnovsky D.S. Russian Federation
15:45	TEN YEARS OF EXPERIENCE IN PERFORMING SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN CHILDREN Klyuka I.V., Shaldenko O.A., Sizonov V.V., Kogan M.I., Rodina R.A. Russian Federation
15:50	TACTICS OF MANAGEMENT AND SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH ZINNER SYNDROME BOYKO A.V., ISLAMOV F.O., POLYAKOV P.N., PONOMAREVA E.D. Russian Federation
16:00	MULTIPLE MAGNETIC FOREIGN BODIES IN THE BLADDER AND URETHRA IN CHILDREN: CASE REPORTS.

	Zakharov A.I., Tekotov A.N., Sklyarova T.A., Struyansky K.A., Pepelyaeva I.M., Kuznetsova M.S. Russian Federation
16:05	CLINICAL CASE OF EXTRACORPOREAL ECTOPIA OF THE TESTICLE (SCROTOSCHISIS) Ayazbekov E.A., Dzhanzakov B.B., Umeshov A.U., Rozakhunov R.N. Mamedov E.Sh. Republic of Kazakhstan
16:10	OUR EXPERIENCE OF PELVIC OSTEOTOMY IN BLADDER EXTHROPHY Aliev T.G. ^{1,2} , Agzamkhodjaev S.T. ^{1,2} , Abdullaev Z.B. ^{1,2} ¹ National Children's Medical Center. Tashkent, Uzbekistan. ² Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan.
16:15	MODERN TRENDS IN DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF URINARY TRACT INFECTION Eshonkulov S.G. ^{1,2} ¹ National Children's Medical Center ² Tashkent Pediatric Medical Institute
16:20	Discussion
16:35	Conference resolution

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

1 мая, зал Чимган

08:00	Регистрация участников
09:00	Приветственное слово
09:05	Э.И. Баситханова (Заместитель министра здравоохранения РУз)
09:15	Б.Т.Даминов (Ректор ТашПМИ)
09:20	Б.Я.Умаров (Директор НДМЦ)
09:25	С.Текгюль (Президент ESPU)

Секция 1	Лекции. Обструктивная уропатия
09:45	Малоинвазивная и роботизированная хирургия в детской урологии А.Эль-Гонейми (ESPU, Франция)
10:00	Комплексная реконструктивная роботизированная хирургия у детей С.Х.Сонг (KSPU, Республика Корея)
10:15	Ретрокавальный мочеточник С.Т.Агзамходжаев (USPU, Узбекистан)
10:30	Первичный обструктивный мегауретер: тренды в детской урологии С.Г.Бондаренко (Волгоград, Россия)
10:45	Современная стратегия лечения ПМР у детей В.И.Дубров (Минск, Беларусь)

11:00	Дискуссия
11:15	Перерыв

Секция 2	Лекции. Патология нижних мочевых путей
11:30	Экстрофия-эписпадия комплекс Н.Р.Акравов (Казань, Россия)
11:45	Эписпадия у девочек: обновление И.М.Каганцов (Санкт-Петербург, Россия)
12:00	Клапаны задней уретры А.Эль-Гонейми (ESPU, Франция)
12:15	Дискуссия
12:30	Обед
Секция 3	Лекции. Гипоспадия и генитальная хирургия
13:30	Гипоспадия: современные проблемы Р.Т.Батрутдинов (Санкт-Петербург, Россия)
13:45	Лечение неудачной гипоспадии С.В.Ким (KSPU, Республика Корея)
14:00	Скрытый половой член - обновление Ж.М.Чанг (KSPU, Республика Корея)
14:15	Тенденции в лечении крипторхизма З.Б.Абдуллаев (USPU, Узбекистан)
14:30	Тенденции в лечении варикоцеле С.Ч.Парк (KSPU, Республика Корея)
14:45	Дискуссия
15:00	Перерыв

Секция 4	Лекции. Нейрогенный пузырь и дисфункция нижних мочевых путей.
15:15	25-летнее путешествие по континентным катетеризируемым резервуарам А.Маседо (Сан-Паулу, Бразилия)
15:30	Нейрогенный мочевой пузырь у детей: обновление С.Текгюль (ESPU, Турция)
15:45	Дисфункция нижних мочевых путей С.Текгюль (ESPU, Турция)
16:00	Дискуссия

Секция 5	Лекции. Мочекаменная болезнь
16:15	Лечение мочекаменной болезни у детей А.А.Рахматуллаев (USPU, Узбекистан)
16:30	Соблюдение протоколов ALARA: сравнительный анализ ЭУВЛ, РИРХ, ПКНЛТ и стентирования мочеточников

	А.Турсункулов (Ташкент, Узбекистан)
16:45	Дискуссия
17:00	Фото и вручение сертификатов

2 мая, зал Чимган

08:00	Регистрация
Секция 1	Live - хирургия
09:00	Коррекция эписпадии Сердар Текгюль
Секция 2	Live – хирургия
11:00	Ретроперитонеоскопическая пиелопластика Ала Эль-Гонейми
13:00	Перерыв. Обед

Секция 1	Модераторы: С.Г. Бондаренко, А.А.Рахматуллаев.
14:00	ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ – АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЗА 25 ЛЕТ. Каганцов И.М.^{1,2,3}, <u>Пелих К.И.</u>³, Дубров В.И.⁴, Сизонов В.В.⁵, Бондаренко С.Г.⁶, Агзамходжаев С.Т.⁷, Абдуллаев З.Б.⁷, Чокля Д.И.⁸, Филиппов Д.В.³, Ротко Н.В.⁴, Кашина Е.А.^{1,2}. ¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России. Санкт-Петербург. ²ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России. Санкт-Петербург. ³СПб ГБУЗ Детская Городская Больница № 22. Санкт-Петербург. ⁴42-я городская детская клиническая больница МЗ Республики Беларусь. Минск. ⁵Государственное бюджетное учреждение Ростовской области Областная детская клиническая больница. Ростов-на-Дону. ⁶ГУЗ Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7. Волгоград. ⁷Национальный Детский Медицинский Центр, Респ. Узбекистан, Ташкент. ⁸ГУ Республиканская детская клиническая больница. Сыктывкар.
14:05	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ – ОДНОЦЕНТРОВОЕ МНОГОЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Захаров А.И.², Текотов А.Н.¹, Коварский С.Л.¹, Скларова Т.А.², Струянский К.А.², Пепеляева И.М.², <u>Кузнецова М.А.</u>¹.

	¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра детской хирургии им. акад. Ю.Ф. Исакова ИМД. ² ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, г. Москва.
14:10	ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РОБОТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ DA VINCI XI В ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ. Сизонов В.В. ^{1,2} , Макаров А.Г. ¹ , Пирогов А.В. ¹ , Пакус С.М. ³ , Кварацхелия Д.Г. ¹ , Пискунова С.Г. ¹ ¹ ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону; ² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Ростов-на-Дону. ³ ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» г. Ростове-на-Дону. Россия.
14:15	ВРОЖДЕННЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ У ДЕТЕЙ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. Эсембаев Б.И., Усеналиев И.Ш., Хасанахунов Т.А., Порощай В.Н. Национальный центр охраны материнства и детства, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.
14:20	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Напольников Ф.К., Яцык С.П., Комиссаров М.И., Жарков Д.А., Воронина Е.А. Детский клинический Центр им. Л.М. Рошаля, Красногорск, Россия Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия
14:25	АНАЛИЗ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Мухсинов С.У., Каюмова А.Т. Кафедра детской хирургии № 2 СамГМУ. Самарканд. Узбекистан.
14:30	МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩИМ МЕГАУРЕТЕРОМ. Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Складорова Т.А., Бетанов З.В. Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф.Исакова ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ, г. Москва.
14:35	ХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНОМОЧЕТОЧНИКОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ Агзамходжаев С.Т. ^{1,2} , Эргашев К.Т. ^{1,2} , Рахматуллаев А.А. ² ,

	Абдуллаев З.Б.^{1,2}, Хидоятов К.З.¹, Солиев А.Т.¹, Эшонкулов С.Г.¹, Тиловов Б.Н.², Холтурсунов Д.Ш.² ¹Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан. ²Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан.
14:40	КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПЛЕКСА ЭКСТРОФИИ-ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ Айнакулов А.Д., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О., Мирманов А.А., Нагыманов Б.А., Тегисбаев М.О., Тельман А.К. КФ УМС Национальный научный центр материнства и детства г. Астана, Казахстан.
14:45	РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ Айнакулов А.Д., Куттумуратов Г.М., Е., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О. Мирманов А.А., Тельман А.К. КФ «УМС» ННЦМД РК г. Астана, Казахстан.
14:50	РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ СПРАВА. Макаров Г.А.¹, Филоненко А.В.¹, Сизонов В.В.^{1,2}, Кислицкий А.И.¹, Пискунова С.Г.¹, Кварацхелия Д.Г.¹ ¹ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону. Россия. ²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. г. Ростов-на-Дону
14:55	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТАЗОВОГО ДНА И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ПОМОЩЬЮ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ. Меновщикова Л.Б., Соттаева З.З., Джаватханова Р.И., Патрушева Е.А. г. Москва, кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф.Исакова ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ
15:00	Обсуждение

Секция 2	Модераторы: Н.Р.Акрамов, Ю.М.Ахмедов.
15:10	УРЕТРОПЛАСТИКА ТИР С ПРЕПУЦИОПЛАСТИКОЙ: СРЕДНЕСРОЧНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Батрутдинов Р.Т. Клиника Скандинавия, Санкт-Петербург.
15:15	ДВУХЭТАПНАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

	Красильников Д.Е., Осипов А.И., Сарычев С.А. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
15:20	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ Абдибеков М.И., Дадаев М.П., Шолахов Ж.Ж. Кафедра детской хирургии КРМУ, г. Алматы Республика Казахстан
15:25	ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Каганцов И.М. ^{1,2} , Буряя, С.А. ³ , <u>Пелих К.И.</u> ³ , Сизонов В.В. ⁴ , Задыкян Р.С. ⁵ , Каменева О.А. ³ , Ли А.Г. ³ , Филиппов Д.В. ³ , Кашина Е.А. ¹ ¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Санкт-Петербург. ² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Санкт-Петербург. ³ СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница № 22». Санкт-Петербург. ⁴ Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областная детская клиническая больница». Ростов-на-Дону. ⁵ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр охраны материнства и детства города Сочи» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Сочи.
15:30	РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ Пепеляева И.М., Коварский С.Л., Захаров А.И., Струянский К.А., Текотов А.Н. Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф. Исакова ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ. г. Москва.
15:35	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИЙ СНОДГРАСА ПРИ ПЕРЕДНИХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ Султанов А.К., Рахматуллаев А.А., Марданов М.М. Республиканский Научно-практический Специализированный Медицинский Центр Педиатрии. г.Ташкент, Узбекистан.
15:40	ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ Галузинская А.Т., Зоркин С.Н., Никулин О.Д., Шахновский Д.С. ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

15:45	ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ Клюка И.В.^{1,2}, Шалденко О.А.², <u>Сизонов В.В.^{1,2}</u>, Коган М.И.¹, Родина Р.А.¹ ¹ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России Ростов-на-Дону. ²ГБУ РО «Областная детская клиническая больница». Ростов-на-Дону
15:50	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЦИННЕРА БОЙКО А.В., ИСЛАМОВ Ф.О., ПОЛЯКОВ П.Н., ПОНОМАРЕВА Е.Д. ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины». г. Санкт-Петербург, Россия.
16:00	МНОЖЕСТВЕННЫЕ МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ. Захаров А.И.², Текотов А.Н.¹, Скларова Т.А.², Струянский К.А.², Пепеляева И.М.², <u>Кузнецова М. С.¹</u> ¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра детской хирургии им. акад. Ю.Ф. Исакова ИМД. ²ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», г. Москва.
16:05	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА (SCROTOSCHISIS) Аязбеков Е.А., Джанзаков Б.Б., Умешов А.У., Розахунов Р.Н. Мамедов Э.Ш. Казахстанско-Российский Медицинский Университет, г. Алматы Алматинская областная детская клиническая больница, п. Отеген Батыр
16:10	НАШ ОПЫТ ОСТЕОТОМИИ ТАЗА ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Алиев Т.Г.^{1,2}, Агзамходжаев С.Т.^{1,2}, Абдуллаев З.Б.^{1,2} ¹Национальный Детский Медицинский Центр, г.Ташкент ²Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент
16:15	СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕГО ТРАКТА Эшанкулов С.Г.^{1,2} ¹Национальный Детский Медицинский Центр, г.Ташкент ²Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент
16:20	Обсуждение
16:35	Принятие резолюции конференции



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ

Абдибеков М.И., Дадаев М.П., Шолахов Ж.Ж.

Кафедра детской хирургии КРМУ. г. Алматы, Республика Казахстан.

Введение. Скрытый половой член, как врожденная аномалия, влияет на внешний вид и функцию гениталий как у детей, так и взрослых. При скрытом половом члене отмечается типичный его размер, но который погружен в подкожно-жировую клетчатку из-за неправильно сформированной связки и отсутствия кожи, прикрепленной к стволу. Большинство родителей обращаются к детскому хирургу или детскому урологу-андрологу по поводу эстетической неудовлетворенности внешним видом полового члена у ребенка. Данная проблема актуальна тем, что очень часто выполняются иссечение крайней плоти у детей по ритуальным соображениям и как следствие не придается «важность» скрытому половому члену, что влечет за собой определенные осложнения. Основным методом лечения данной аномалии является хирургическая реконструкция тканей вокруг пениса. Выбор метода оперативного

лечения и возраст пациента так же остается актуальным, особенно после иссечения крайней плоти при данной патологии.

Материалы и методы. За период 2022 по 2024 год в нашем центре было пролечено 97 пациентов с диагнозом скрытый половой член. Возраст детей составлял от 3 до 9 лет. Все пациенты проходили лечение в одной клинике. В зависимости от метода оперативной техники пациенты были разделены на группу с декутанризацией ствола пениса через циркулярным доступ и традиционной фиксацией кожи в пениально-лобковому углу ($n = 62$), группу с декутанризацией ствола пениса через комбинированный доступ циркулярный с переходом в вентрально-срединный ($n = 30$), и группу циркулярным доступом с переходом в вентрально-срединный с перемещением кожных лоскутов члено-мошоночного угла ($n = 5$).

Результаты. В 83% случаях у детей при комбинированном доступе (циркулярном с переходом в вентрально-срединный) не возникало трудностей с нехваткой кожи для закрытия раневого дефекта, а в 17% случаев потребовалось дополнительный материал кожи для восполнения дефекта кожного покрова полового члена. Данный дефицит кожи обусловлен диспропорцией: мобилизованный ствол пениса от дисэмбриональных тяжей имеет большую длину и диаметр что создает дефицит кожи при закрытии раневого дефекта. Мы применили мобилизацию и перемещение члено-мошоночных лоскутов с 2 -х сторон. Рецидивирующей ретракция полового члена отмечалась у (6%), при том, что декутанризация члена осуществлялась через циркулярный доступ. У всех пациентов с использованием перемещенных члено-мошоночных лоскутов отмечался хороший косметический результат с хорошей визуализацией анатомических параметров пениса (ствола и головки) и отсутствие рецидива.

Выводы. Комбинированный циркулярно-вентральный доступ при фаллопластики скрытого полового члена дает лучшие возможности: технически легко мобилизовать ствол пениса от дисэмбриональных тяжей, легко выполнять фиксацию белочной оболочки к лобковому симфизу. При данном доступе нет необходимости в фиксации фасции Бакка к коже, как это выполняется при других техниках.

При комбинированном циркулярно-вентральный доступе оперирующий хирург может столкнуться с проблемой дефицита кожи после мобилизации ствола члена, в

17% случаях данный дефицит устраняется перемещением кожных лоскутов членомошоночного угла на вентральную поверхность пениса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА (SCROTOSCHISIS)

Аязбеков Е.А., Джанзаков Б.Б., Умешов А.У., Розахунов Р.Н., Мамедов Э.Ш.

*Казахстанско-Российский Медицинский Университет, г. Алматы
Алматинская областная детская клиническая больница, п. Отеген Батыр*

Введение. Экстракорпоральная эктопия яичка (scrotoschisis) представляет собой исключительно редкую врождённую аномалию развития мужских наружных половых органов, при которой происходит выпадение яичка через дефект кожи мошонки. На сегодняшний день в мировой литературе описано менее 20 случаев данной патологии. В статье представлен клинический случай скротосшизиса у новорождённого, осложнённого мекониевым перитонитом, что подтверждает одну из предполагаемых теорий патогенеза заболевания — развитие меконий-периорхита. Представлены данные клинического наблюдения, ход лечения и исход.

Скротосшизис (extracorporeal testicular ectopia) — крайне редкая врождённая патология, характеризующаяся выпадением яичка через дефект кожи мошонки. Частота встречаемости данного порока не установлена, в мировой литературе описано менее 15–20 случаев, что подчёркивает его исключительную редкость.

Наиболее правдоподобной причиной развития скротосшизиса считается меконий-периорхит — воспалительный процесс, обусловленный попаданием мекония в мошонку, что может приводить к некрозу тканей и нарушению целостности мошонки. Однако в литературе обсуждаются и другие механизмы: внутриутробная травма, компрессия мошонки конечностями плода при артрогрипозе, ятрогенные повреждения во время кесарева сечения.

Несмотря на редкость, скротосшизис требует своевременной диагностики и хирургической коррекции для предотвращения серьёзных осложнений — ишемии, некроза, перекрута яичка и инфицирования. Каждый документированный случай вносит вклад в накопление знаний о патогенезе, диагностике и тактике лечения этой патологии.

Клиническое наблюдение

Пациент С., новорождённый, поступил в АОДКБ через 16 часов после родов. Жалобы при поступлении: наличие врождённого порока наружных половых органов, одышка при беспокойстве, умеренный цианоз носогубного треугольника, вялость.

Anamnesis morbi: по словам матери и медперсонала, при рождении на мошонке справа выявлено отверстие, через которое наружу выходят семенной канатик и яичко.

Anamnesis vitae: ребёнок от первой беременности, роды на 38-й неделе гестации, проведены путем кесарева сечения. Беременность осложнена угрозой прерывания на 16–17 неделе, анемией, риском ВУИ (ЦМВ, ВПГ), лёгкой преэклампсией. Масса тела при рождении — 3114 г, рост — 54 см, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов.

Status praesens: Состояние тяжёлое. Отмечаются признаки дыхательной недостаточности 1 степени, умеренный цианоз при беспокойстве. Ребёнок вялый, тонус и рефлексы снижены. Органы грудной и брюшной полости без выраженной патологии. Стул — меконий.

Status localis: наружные половые органы мужского типа. На передней поверхности мошонки справа — дефект кожи (до 1,5 см), через который пролабирует правое яичко с придатком и семенным канатиком. Отмечается отёчность, желтоватый оттенок тканей. Левая половина мошонки развита нормально.

Инструментальные данные:

- УЗИ ЖКТ — признаков врождённых пороков не выявлено.
- Рентгенография грудной клетки — очаговые тени в лёгких, усиление легочного рисунка.
- Рентгенография брюшной полости — признаки гепатомегалии, снижение пневматизации кишечника.

Лечение и исход. После стабилизации состояния выполнена орхидопексия справа с санацией и дренированием мошонки. В послеоперационном периоде отмечено ухудшение состояния, нарастание симптомов интоксикации и кишечной непроходимости. На пятые сутки проведена экстренная лапаротомия: выявлен фибroadгезивный мекониальный перитонит. Проведена санация, частичный энтеролиз, выведение илеостомы.

Ребёнок выписан на 24-е сутки. Через 4 месяца выполнено закрытие илиостомы. При контрольном осмотре через год — ребёнок развивается в соответствии с возрастом, патологии со стороны половых органов и ЖКТ не выявлено.

Выводы. Экстракорпоральная эктопия яичка — редкая и малоизученная врождённая аномалия, при которой возможно выпадение яичка через дефект кожи мошонки. Представленный клинический случай подтверждает возможную патогенетическую связь данной патологии с меконий-периорхитом. Для оптимизации диагностики и лечения необходимы дальнейшие исследования и накопление клинического опыта.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BILAN OG 'RIGAN BEMORDA LAPAROSKOPIK APPENDIKOVEZIKOSTOMIYA

*Agzamhodjayev S.T.^{1,2}, Ergashev K.T.^{1,2}, Rahmatullayev A.A.², Abdullayev Z.B.^{1,2},
Hidoyatov K.Z.¹, Soliyev A.T.¹, Eshonqulov S.G.¹, Tilovov B.N.², Xoltursunov D.Sh.²*

¹Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.

²Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.

Kirish. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) bo'lgan bemorlarda beqaror qovuqni davolash murakkab jarayon bo'lishi mumkin, ayniqsa, an'anaviy kateterizatsiya imkonsiz bo'lsa. Ushbu maqolada 14 yoshli o'g'il bola bemorda laparoskopik Mitrofanoff appendikovezikostomiyaning muvaffaqiyatli qo'llanilishi ko'rsatilgan.

Material va usullar. Bemor avval orqa uretra klapani ablatsiyasi va vezikoureteral reflyuksni endoskopik korreksiyasi amaliyotlarini boshdan kechirgan. Garchi qovuq hajmi bemorning yoshiga mos kelgan bo'lsa ham, uning devori qalinligi va komplayntligi buzilganligi natijasida ikki tomonlama siydik naylarida ham obstruksiya kuzatilgan. Kateterizatsiya mobaynida uretradagi og'riqlar tufayli davriy kateterizatsiya amalga oshirib bo'lmagan.

Bemorga laparoskopik Mitrofanoff appendikovezikostomiya bajarildi, bunda appendiks yordamida kontinent (siydikni ushlab turuvchi) kateterizatsiya kanali yaratildi. Ushbu usul bemorga davriy kateterizatsiyani og'riqsiz amalga oshirish imkonini berdi.

Natijalar. Operatsiyadan keyingi davr muammosiz o'tdi. Uch oy davomida qondagi kreatinin va mochevina darajalari sezilarli darajada pasaydi, bu buyrak funksiyasining

yaxshilanganini ko'rsatdi. Davriya kateterizatsiya og'riqsiz bo'ldi va bemor ushbu rejimga muntazam amal qilib, siydik tutilishining hamda asoratlarning oldi olindi.

Xulosa. Laparoskopik Mitrofanoff appendikovezikostomiya SBK bilan bog'liq qovuq disfunksiyasini davolash uchun samarali va maqbul yechimdir, ayniqsa, an'anaviy kateterizatsiya usullari bemor tomonidan qabul qilib bo'lmaydigan holatlarda. Ushbu muolaja minimal invaziv yondashuvni ta'minlab, davriy kateterizatsiyaga bemor moslashuvchanligini oshiradi va buyrak funksiyasining barqarorligini ta'minlaydi. Uzoq muddatli natijalar va pediatrik bemorlarda bu usulni keng qo'llash imkoniyatlarini o'rganish uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

PEDIATRIK BEMORDA IKKI DARAJALI BIR TOMONLAMA SIYDIK NAYI STENOZINI LAPAROSKOPIK DAVOLASH

*Agzamhodjayev S.T.^{1,2}, Ergashev K.T.^{1,2}, Rahmatullayev A.A.², Abdullayev Z.B.^{1,2},
Hidoyatov K.Z.¹, Soliyev A.T.¹, Eshonqulov S.G.¹, Tilovov B.N.², Xoltursunov D.Sh.²*

¹Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.

²Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.

Kirish. Pediatrik bemorlarda siydik nayi stenozi kam uchraydigan va murakkab holatlardan biri bo'lib, ayniqsa, bir nechta darajalarni qamrab olganda muammoni yanada chuqurlashtiradi. Ushbu tadqiqotda 10 yoshli qiz bola bemorda ikki darajali siydik nayi stenozi bir vaqtning o'zida laparoskopik davolash tajribasi taqdim etiladi. Shuningdek, intraoperativ topilmalarga asoslangan jarrohlik rejasining moslashuvchanligi ham muhokama qilinadi.

Material va usullar. 10 yoshli qiz bola avval o'ng buyrak toshi operatsiyasini boshdan kechirgan va klinikamizga doimiy nefrostomiya bilan o'ng yuqori siydik nayi obstruksiyasi shikoyati bilan murojaat qilgan. Antegrad piyelografiya tekshiruvida siydik nayining yuqori uchdan bir qismida stenoz borligini aniqlandi.

Bemorga siydik nayining yuqori uchlik qismida laparoskopik ureteroureteral anastomoz rejalashtirilgan edi. Biroq, operatsiya vaqtida retrograd piyelografiya siydik nayining pastki uchdan bir qismida ham qo'shimcha stenoz borligini aniqladi. Shunga ko'ra, jarrohlik strategiyasi har ikkala stenozni ham bartaraf etish uchun o'zgartirildi. Siydik nayining o'rta qismi qon bilan ta'minlanishi saqlanib qolgan holda, yuqori va pastki qismlar

orasida ohir-ohir anastomozlar amalga oshirildi. Amaliyot yakunida nefrostoma naychasi va siydik nayi stenti qoldirildi.

Natijalar. Laparoskopik amaliyot muvaffaqiyatli yakunlandi va hech qanday asoratlar kuzatilmadi. Bemorning operatsiyadan keyingi tiklanish jarayoni muammosiz o'tdi va siydik nayi stenti ikki oydan keyin olib tashlandi. Kuzatuv davri davomida o'tkazilgan tekshiruvlar siydik oqimi to'siqsiz ekanligini va stenozning bartaraf etilganini tasdiqladi.

Xulosa. Garchi siydik nayining ikki darajasida bir vaqtning o'zida kesish tavsiya etilmasa, chunki bu siydik nayi qon ta'minotiga xavf tug'dirishi mumkin, ba'zi istisno holatlarda o'rta qismning qon ta'minotini saqlab qolish orqali hamda kam-invaziv hisoblangan laparoskopik yondashuv bilan siydik yo'llari butunligini tiklash samarali variant bo'lishi mumkin.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Айнакулов А.Д., Куттумуратов Г.М., Е., Иманбердиев Ж.Ж.,
Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О., Мирманов А.А., Тельман А.К.*

КФ «УМС» ННЦМД РК г. Астана

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 162 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 162 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет в период с 2012 по апрель 2025 года.

Средний возраст детей составил 10,2 лет. Основными заболеваниями почек, вызвавшими ТПН, были врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей 64

(39,5%), гломерулярные заболевания 56 (34,5%) и кистозные заболевания почек 42 (25,9%).

118 (72,84%) пациентам произведена пересадка почки от живого родственного донора забор производился лапароскопическим путем, а 44 (27,16%) трансплантировали почки от умершего донора. 86 (53,08%) детей ЗПТ начинали с ПД у 43 (26,54%) с ГД, а 33 (20,37%) 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 поллой 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 98,1%, 5-летняя выживаемость реципиентов/трансплантатов 96,9%, 10-летняя выживаемость 95,6%. Потеря трансплантата – 14 (8,6%), причины: отторжение -6, отказ приема препаратов – 3, тромбоз сосудов – 4, хроническая нефропатия -1. Летальность – 7 (4,32%). Причины: кардиоваскулярные болезни – 4, инфекции – 1, отек легких – 1, непроходимость кишечника - 2

Выводы:

- трансплантация почки у детей является наиболее эффективным методом лечения с ТХПН

- Оценивая опыт 162 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., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О.,
Мирманов А.А., Нагыманов Б.А., Тегисбаев М.О., Тельман А.К.*

КФ УМС Национальный научный центр материнства и детства г. Астана

Введение. В мировой клинической практике рассматривается Комплекс Экстрофия-Эписпадия (КЭЭ), как единый уrogenитальный порок развития. Комплекс экстрофия-эписпадия (КЭЭ) – врожденное отсутствие передней стенки мочевого пузыря, уретры и участка передней брюшной стенки в сочетании диастазом лонного сочленения. Это один из наиболее тяжелых врожденных пороков развития мочевых путей. Частота варьирует от 1:40000 до 1:50000 новорожденных. КЭЭ встречается в 3-6 раз чаще у мальчиков, чем у девочек.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения с комплексом экстрофия-эписпадия.

Материалы и методы. За период с января 2019 по декабрь 2024 года в отделении урологии прооперированно 27 детей в возрасте от 5 месяцев до 2 лет, из них с патологией КЭЭ, первично оперированные – 26 (96,3%). Ранее оперированные в других клиниках с неудовлетворительным результатом – 1 (3,7%).

Результаты лечения. Хирургическое лечение с КЭЭ позволила достичь положительных функционально-анатомических результатов в 24 (88,89%) случаях. Частыми осложнениями при первичных КЭЭ были следующие: Надлобковые свищи у 3-х детей (11,1%) диаметром – 3-5мм, которые закрывались самостоятельно. Недержание мочи отмечалось у всех оперированных детей. Из них у 17 пациентов – полное недержание мочи. Сухой промежуток в течении 1 часа имеется у 7 пациентов. Сухой промежуток в течении 2 часа у 3 пациентов.

Заключение. Таким образом, пациентам с комплексом экстрофия – эписпадия первичную операцию по хирургической коррекции порока, рекомендуем проводить не ранее, чем в 4-6 месячном возрасте 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 с формированием неомеатуса в члено-мошоночном углу по типу члено-мошоночного гипоспадии. Фаллоуретропластику предпочтительнее проводить по модифицированному методу Mitchell.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ 46XX DSD (CAH)

*Айнакулов А.Д., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Тасжуреков А.О.,
Мирманов А.А., Тілеген М.М., Тельман А.К., Базарбаев А.А.*

КФ «УМС» НИЦМД РК г. Астана

Введение. Причиной 95% всех случаев нарушения формирования пола (DSD) является врожденная дисфункция коры надпочечников (CAH). Частота ВДКН 1:15,000 в общей популяции. 46XX DSD (CAH) 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, ювенологов, эндокринологов, генетиков и психологов. Это является основой современного подхода к лечению данной группы больных.

Цель: Повысить эффективность уриногенитальной реконструктивно-пластических операции при нарушениях формирования наружных половых органов у девочек.

Материал и методы. Всего прооперировано 45 детей с 2016 по 2023 год. Средний возраст 3,5 года, длина уриногенитального синуса составляла не менее 2,5 см, в связи с чем выбран передний промежностный доступ.

Результаты. Установлено, что одноэтапное клиторовагиноуретропластика имеют свои риски: из оперированных 45 детей у двух пациенток отмечалось гипотрофия клитора, у одной – атрофия клитора. У остальных за период наблюдения результат удовлетворительный.

Заключение. Таким образом, более раннее феминизирующая уриногенитопластика при 46XX DSD (CAH), является основой гормонального развития детей.

АНАЛИЗ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Мухсинов С.У., Каюмова А.Т.

Кафедра детской хирургии № 2 СамГМУ. Самарканд. Узбекистан.

Введение. В детской практике мегауретер – одна из актуальных проблем, осложнения определяются рядом факторов – одним из них является нарушение пассажа мочи по мочеточнику, не обеспечивающее нормальной эвакуации проникающей в мочевые пути микробной флоры, которая вызывает хроническое воспаление почек.

Цель исследования. Проанализировать возрастной состав больных и определить спектр микрофлоры у детей с мегауретером.

Материал и методы. В исследовании представлены результаты лечения 123 больных с мегауретером пролеченных на базе кафедры детской хирургии № 2 СамГМУ за период с 2010 по 2024. Посев мочи на микробную флору и чувствительность к различным видам антибиотиков выполнялся в соответствии со стандартными методиками. Анализы собирали в соответствии со всеми требованиями МУ 4.2.2039-05 «Техника сбора и транспортировки биоматериалов в микробиологические лаборатории».

Результаты исследования. Из общего количества монокультура была выявлена у 39 (67,2%) в остальных случаях высевалась смешанная микробная флора 19 (32,8%).

У детей этиологически значимой бактериурией было выявлено 9 штаммов, из которых наибольший удельный вес составило семейство энтеробактерий. Среди них ведущее место занимала *Escherichia coli* 32,5%, высеваемая в монокультуре и в ассоциации с другими микроорганизмами, затем различные виды кокков *Staphylococcus* в 23,5%, далее по количеству следовал *Enterobacter* 18,75 %, В равных количествах встречались *Pseudomonas aeruginosa* и *Candida* 8,75%, а остальные виды микроорганизмов высевались в единичных количествах.

Выводы. Бактериальный состав мочи может постоянно изменяться под влиянием применяемых лекарственных препаратов, а также из-за широкого

использования антисептиков и дезинфицирующих средств. В связи с этим необходимо отслеживать изменения в чувствительности.

BOLALARDA SIYDIK YO‘LLARIDA REFLYUKSLANUVCHI ANOMALIYALARNI JARROHLIK USULIDA DAVOLASH

Ahmedov Yu.M., Ahmedov I.Yu., Shodmonov S.A., Abduqaharova D.O.

SamDTU bolalar xirurgiyasi kafedrası № 2. Samarqand, O'zbekiston.

Kirish. Siydik yo‘llarining reflyuks bilan bog‘liq anomaliyalari (vezikoureteral reflyuks – VUR) bolalarda keng tarqalgan patologiyalardan biri bo‘lib, u siydik tizimi infeksiyalarining 30–50% holatlarida uchraydi. Tadqiqotlarga ko‘ra, VUR umumiy populyatsiyada 1–2% bolalarda qayd etiladi, biroq surunkali siydik yo‘li infeksiyalari bilan kasallangan bolalar orasida bu ko‘rsatkich 30–40% ga yetadi. Kasallik qiz bolalarda o‘g‘il bolalarga qaraganda 4–6 marta ko‘proq uchraydi. Og‘ir darajadagi VUR holatlarining 10–15% ida jarrohlik muolajasi talab qilinadi. Jarrohlik usuli siydik oqimini normallashtirish va buyrak yetishmovchiligi xavfini kamaytirishga qaratilgan.

Tadqiqotning maqsadi. Tadqiqot bolalarda VURni jarrohlik usulda davolash samaradorligini aniqlash, turli operatsion texnikalarning afzalliklarini baholash va optimal davolash strategiyasini ishlab chiqishga qaratilgan.

Material va usullar. Tadqiqotda Samarqand Davlat Tibbiyot Universitetining bolalar jarrohligi kafedrası № 2 bazasida 2010-yildan 2024-yilgacha davolangan 3 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan, klinik va instrumental tekshiruv asosida I-V darajadagi VUR tashxisi qo‘yilgan 80 nafar bemor tahlil qilindi.

Endoskopik inyektsion terapiya; (biologik inert moddalar - Deflux, Vantris yordamida)

Antireflyuksli ureterotsistostomiya; (Leadbetter-Politano, Lich-Gregoir usullari);

Laparoskopik va ochiq jarrohlik operatsiyalari.

Operatsiyadan keyingi natijalar UTT, miksion tsistouretografiya va dinamik nefrosintigrafiya asosida baholandi.

Natijalar. Bemorlarning 85%ida reflyuks to‘liq bartaraf etildi, 10%ida reflyuks darajasi pasaydi, 5%ida esa qayta operatsiya talab etildi. Eng yaxshi natijalar yuqori darajadagi reflyuks uchun ochiq va laparoskopik operatsiyalarda kuzatildi.

Xulosa. Jarrohlik usullari VURni samarali davolash imkonini beradi. Eng yaxshi natijalar uchun bemorning individual xususiyatlariga mos yondashuv tanlanishi lozim.

MODERN SURGICAL APPROACHES FOR TREATING THE GLANULAR FORM OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN

Akhmedov Yu.M., Mavlanov N.N., Turayev S.O.

*Department of Pediatric Surgery No. 2, Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan*

Introduction. Hypospadias is a congenital urogenital anomaly characterized by an abnormally positioned urethral opening, requiring specialized surgical intervention. The glanular form is the most common, observed in approximately 0.7–3.4% of newborns. The prevalence is 0.7–1.3% among three-month-old infants, with a male-to-female ratio of 10:1 by six months of age.

This study aims to evaluate the efficacy of modern surgical techniques in treating glanular hypospadias, analyze the advantages of various operative methods, and highlight the importance of an individualized approach.

Materials and Methods. A total of 60 patients aged 1–10 years were examined. All were diagnosed with glanular hypospadias and underwent one of the following modern surgical procedures:

- Tubularized Incised Plate (TIP) urethroplasty (Snodgrass technique)
- Mathieu technique
- One-stage and two-stage surgical repairs

Postoperative recovery, rehabilitation, functional, and aesthetic outcomes were analyzed using ultrasonography (US), uroflowmetry, and clinical assessments.

Results. Postoperatively, 90% of patients achieved full urinary function recovery. Minor complications, including urethral stricture and fistula, occurred in 8% of cases, while 2% required additional surgical intervention. TIP urethroplasty demonstrated the highest functional and aesthetic success rates.

Conclusion. Modern surgical techniques show high efficacy in treating glanular hypospadias. TIP urethroplasty and the Mathieu technique provide superior functional and

cosmetic outcomes. An individualized approach is essential for selecting the optimal treatment strategy for each patient.

PEDIATRIK BEMORLARDA VEZIKOURETERAL REFLYUKSNING ENDOSKOPIK DAVO NATIJALARI

*Agzamhodjayev S.T.^{1,2}, Ergashev K.T.^{1,2}, Rahmatullayev A.A.², Abdullayev Z.B.^{1,2},
Hidoyatov K.Z.¹, Soliyev A.T.¹, Eshonqulov S.G.¹, Tilovov B.N.², Xoltursunov D.Sh.²*

¹Bolalar milliy tibbiyot markazi. Toshkent, O'zbekiston.

²Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti. Toshkent, O'zbekiston.

Kirish. Ushbu tadqiqot bolalarda vezikoureteral reflyuks (VUR)ni endoskopik usulda davolash natijalarini baholashga qaratilgan bo'lib, bunda birlamchi va qayta operatsiyalarning muvaffaqiyat darajasini o'rganishga yo'naltirilgan.

Material va usullar. 2021-2024 yillar davomida jami 73 nafar pediatrik bemorlar (21 o'g'il, 52 qiz) qamrab olindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 71 oyni (7–198 oy oralig'ida) tashkil etdi. Bemorlar birlamchi (56 bemor) hamda qayta (17 bemor [avval VUR yoki obstruksiya bo'yicha jarrohlik o'tkazgan bemorlar]) amaliyot guruhlariga bo'lindi. Ikki tomonlama (bilateral) holatlar 8 tani tashkil etdi. Qo'llanilgan endoinyeksiya texnikalardan STING (Subureteric Teflon Injection), HIT (Hydrodistension Implantation Technique) hamda Double HIT kabilardan foydalanildi. O'rtacha operatsiya vaqti 28,6 daqiqadan (10–55 daqiqa oralig'ida), o'rtacha shifoxonada qolish muddati 2,7 kundan (0–7 kun) iborat bo'ldi. 12 ta holatda o'ng tomonlama, 22 ta holatda chap tomonlama hamda 39 ta holatda ikki tomonlama operatsiya o'tkazilgan.

Natijalar. 8 nafar bemorda VUR qaytalanishi kuzatildi: 6 nafar birlamchi guruh, 2 nafar qayta guruh bemorlarida. Umumiy muvaffaqiyat darajasi 89%ni (65/73); guruhlar bo'yicha birlamchi guruhda 89.3%ni (50/56), qayta guruhda esa 88.2%ni (15/17) tashkil etdi. Qayta jarrohlik talab qilingan bemorlar birlamchi guruh bilan solishtirganda texnik jihatdan qiyinroq bo'lishiga qaramay, natijalari deyarli bir xil bo'ldi.

Xulosa. Bolalarda VURni endoskopik yo'l bilan davolash – minimal invaziv va yuqori samarali muolaja bo'lib, qaytalanish darajasi past hisoblanadi. STING, HIT va Double HIT kabi endoskopik texnikalar nafaqat birlamchi, balki qayta operatsiya o'tkazgan bemorlarda

ham yaxshi natijalar beradi. Shunga qaramay, VUR qaytalanishiga sabab bo'luvchi omillar chuqurroq o'rganilishi kerak, ayniqsa qayta operatsiya o'tkazilgan bemorlarda.

DOUBLE J СТЕНТИРОВАНИЕ КАК МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С КЗУ

Агзамходжаев С.Т., Абдиев Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. В последние годы всё больше внимания уделяется минимально инвазивным методам дренирования мочевых путей, которые позволяют избежать травматичных хирургических вмешательств и снизить риск осложнений. Одним из таких методов является установка Double J стента, обеспечивающая долговременное дренирование мочевого пузыря без создания внешней стомы. Double J стент может применяться у пациентов с выраженной обструкцией задней уретры, пузырно-мочеточниковым рефлюксом высокой степени и гидронефрозом, требующим немедленного снижения внутрипузырного давления.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность установки Double J стента у детей с КЗУ по параметрам улучшения уродинамики, динамики гидронефроза, частоты инфекций и переносимости метода пациентами.

Материал и методы. В исследование включены 18 пациентов (15%), которым установлен Double J стент по строгим показаниям в отделении детской урологии клиники ТашПМИ. Оценивались: восстановление оттока мочи, динамика изменений гидронефроза, частота инфекций мочевых путей, переносимость метода и наличие осложнений.

Результаты. У 88,9% пациентов установка Double J стента привела к значительному улучшению уродинамики, снижению объёма остаточной мочи и восстановлению нормального оттока. Через 14 дней после установки у 80% пациентов отмечалось уменьшение степени гидронефроза, а у 8,9% пациентов - полное его исчезновение. Частота инфекций мочевых путей снизилась с 69,2% до 40%, что делает данный метод предпочтительным по сравнению с традиционной катетеризацией. В

5,6% случаев наблюдалось отторжение стента, что потребовало повторной установки, также в 11,1% случаев пациенты испытывали дискомфорт в нижних отделах живота, который купировался консервативной терапией. Клинический пример: Пациент К., 9 месяцев, с гидронефрозом II степени и высоким внутрипузырным давлением. После установки Double J стента отмечено восстановление нормального оттока мочи, снижение гидронефроза и стабилизация уровня креатинина с 95 мкмоль/л до 65 мкмоль/л через 14 дней.

Выводы. Таким образом, Double J стентирование является перспективным методом дренирования мочевого пузыря у детей с КЗУ, позволяющим снизить риск хирургических вмешательств, сохранить анатомическую целостность мочевыводящих путей и улучшить качество жизни пациентов. Он демонстрирует высокую эффективность в снижении внутрипузырного давления и частоты инфекций, однако требует тщательного мониторинга из-за риска отторжения. Double J стент может быть рекомендован как альтернативный метод дренирования, особенно у пациентов с высоким риском развития почечной недостаточности.

MISKEY-ВЕЗИКОСТОМА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДЕРИВАЦИИ МОЧИ У ДЕТЕЙ С КЛАПАНОМ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

Абдиев Б.Р., Агзамходжаев С.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Клапан задней уретры (КЗУ) является одной из основных причин обструктивной уропатии у новорождённых мальчиков, что приводит к нарушению уродинамики, пузырно-мочеточниковому рефлюксу (ПМР) и прогрессирующему гидронефрозу. Одним из ключевых этапов лечения данной патологии является дренирование мочевого пузыря для снижения внутрипузырного давления и предотвращения повреждения почек. Традиционная везикостомия долгое время применялась в клинической практике, но имела ряд недостатков, включая высокий риск инфекций мочевых путей (ИМП), сложности в уходе и ограничения в подвижности пациента.

Цель исследования. Оценить эффективность Miskey-везикостомы в сравнении с традиционной везикостомией у детей с КЗУ по параметрам улучшения уродинамики, частоты инфекций и удобства в уходе.

Материал и методы. В исследование включены 15 пациентов (12,5%) с тяжёлыми формами КЗУ, получавшие лечение в клинике ТашПМИ, которым потребовалась везикостомия. У 7 пациентов (46,7%) выполнена Miskey-везикостома, у 8 пациентов (53,3%) - стандартная везикостомия. Оценивались: объём остаточной мочи, частота инфекций мочевых путей, динамика гидронефроза, удобство в уходе.

Результаты. Через 7-14 дней после операции у 100% пациентов с Miskey-везикостомой наблюдалось значительное снижение объёма остаточной мочи до возрастной нормы, у 85,7% пациентов с Miskey-везикостомой произошло снижение степени гидронефроза, тогда как в группе стандартной везикостомии аналогичный эффект отмечен у 92,5% пациентов, но с более выраженным риском инфекций, частота ИМП в группе Miskey-везикостомы составила 13%, что почти в два раза ниже, чем в группе традиционной везикостомии (26%). Пациенты и их родители отмечали высокий уровень комфорта и удобства в уходе, так как конструкция Miskey-везикостомы снижала вероятность раздражения кожи, обеспечивала надёжную фиксацию и не ограничивала подвижность ребёнка.

Выводы. Таким образом, Miskey-везикостома является безопасным, эффективным и удобным методом дренирования мочевого пузыря у детей с КЗУ. Она демонстрирует лучшие результаты по сравнению с традиционной везикостомией, снижая риск инфекций, улучшая качество жизни пациентов и облегчая уход. Данный метод может рассматриваться как предпочтительный для временной деривации мочи у детей с выраженной обструкцией уретры.

УРЕТРОПЛАСТИКА TIP С ПРЕПУЦИОПЛАСТИКОЙ: СРЕДНЕСРОЧНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Батрутдинов Р.Т.

Клиника Скандинавия, Санкт-Петербург

Введение. Оценить среднесрочные и отдаленные результаты коррекции гипоспадии с сохранением крайней плоти (препуциопластика).

Материалы и методы. В период с 2007 по 2024 гг 513 пациентам в возрасте от 7 до 204 мес (средний 26.7 ± 24.5 (медиана: 19.0 [13.0–28.0])), была выполнена уретропластика TIP с препуциопластикой. Время наблюдения с момента операции составило от 6 месяцев до 17 лет (медианный $2452,86 \pm 1484,82$ дней). Пликация белочной оболочки выполнена только в 2.9% случаев ($n=15$). Продолжительность катетеризации составила в среднем: 6.69 ± 1.42 дней.

Результаты. Осложнения выявлены у 46 пациентов (общий процент осложнений составил 8.96%), из которых у 33 пациентов (6.43%) – уретральные осложнения и у 13 пациентов (2.53%) – кожные осложнения. Уретральные осложнения: свищи уретры в 14 случаях (2,73%); расхождение головки в 11 случаях (2,14%); стриктура уретры в 3 случаях (0,58%); меатостеноз в 2 случаях (0,39%); остаточное искривление пениса у 4 пациентов (0,58%). Кожные осложнения: у 13 пациентов (2,53%): расхождение препуция. Уретральные осложнения манифестировали медиана: нв 23 сутки (16,0-59,0) после операции. Кожные осложнения: медиана на 22 сутки (12,0-62,0). Между возрастом пациентов с уретральными осложнениями и без таковых отсутствует статистически значимая разница ($p=0,469 > 0,05$); между возрастом пациентов с кожными осложнениями и без таковых так же отсутствует статистически значимая разница ($p=0,643 > 0,05$).

Закключение. Наш опыт показывает, что уретропластика с сохранением крайней плоти при дистальных и средних формах гипоспадии дает хорошие косметические и функциональные результаты при длительном наблюдении. Частота осложнений при препуциопластике сопоставима с таковой при уретропластике, сопровождающейся *circumcisio*. Однако, препуциопластика добавила 2.53% кожных осложнений.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЦИННЕРА

Бойко А.В., Исламов Ф.О., Поляков П.Н., Пономарева Е.Д.

*ГБУЗ "Детская городская больница №2 святой Марии Магdalины". Россия,
г. Санкт-Петербург*

Введение. Синдром Циннера — редкая врожденная аномалия, характеризующаяся триадой: односторонней дисплазией или агенезией почки, ипсилатеральными кистами семенных пузырьков и обструкцией семявыбрасывающего протока. Целью исследования стала оценка клинических проявлений и результатов хирургического лечения у детей с данным синдромом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ семи случаев синдрома Циннера у детей, диагностированных за пятилетний период. Методы визуализации включали УЗИ, МРТ и КТ. Тактика лечения (консервативная или хирургическая) определялась тяжестью симптоматики.

Результаты. Из семи пациентов двое не имели симптомов, у пятерых наблюдались дизурия, рецидивирующий эпидидимит и другие урологические нарушения. Выполнены нефроуретерэктомия (при выраженной дисплазии почки) и резекция кист семенных пузырьков. Послеоперационное наблюдение (6–24 месяца) показало значительное улучшение без рецидивов.

Заключение. Синдром Циннера следует исключать у детей с необъяснимой урологической симптоматикой, особенно при сочетании аномалий почки и семенных пузырьков. Ранняя диагностика и индивидуализированное лечение предотвращают осложнения и сохраняют репродуктивную функцию. Миниинвазивные методы демонстрируют высокую эффективность, сокращая сроки госпитализации и реабилитации.

ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Ботабаева А.С.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Введение. В настоящее время варикоцеле у детей диагностируется у 10-15% мальчиков в возрасте от 12 до 17 лет. Многие авторы до сих пор дискутируют о выборе способа хирургической коррекции данного заболевания. Послеоперационные осложнения встречаются у 15-45 % случаев при оперативном лечении варикоцеле.

Материалы и методы. За период с 2020 - по 2023 г.г. в ГКП на ПХВ «МГДБ № 2» г. Астаны в уро-нефрологическом отделении находилось на стационарном лечении

316 детей с диагнозом варикоцеле II – III степени. Возраст больных составил от 9 до 14 лет. У подавляющего большинства пациентов отмечена левосторонняя локализация заболевания у 315 (99,7 %), двустороннее варикоцеле -1 (0,3%). Сопутствующая урологическая патология отмечена у 9 (2,85%) больных, из них гипертрофический фимоз у 4 (1,27 %), гипоспадия - 3 (0,95%), пупочная грыжа – 2 (0,63%).

Результаты. Пациенты с диагнозом варикоцеле поступали в плановом порядке по порталу с жалобами на наличие ощущения дискомфорта (зуд, жжение), увеличение, расширение вен в области мошонки. вены в виде «гроздьвидного сплетения».

Оперативное лечение проводилось по способам Иванисевича у 6 (1,9%), лапароскопическая варикоцелэктомия у 280 (88,6 %), субингвинальное устранение варикоцеле по способу Мармар – 30 (0,9 %).

В послеоперационном периоде рецидив отмечался у 4 больных (1,2 %), из них по способу Иванисевича отмечался у 1 (0,2 %), лапароскопической варикоцелэктомии у 3 (0,2 которые были устранены повторно способами Мармар.

Закключение. Таким образом, для оперативного лечения варикоцеле необходимо выбрать наиболее рациональный способ хирургической коррекции (лапароскопической варикоцелэктомии, субингвинальная микрохирургическая варикоцелэктомия Мармар).

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ

Ботабаева А.С.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Введение. Острые заболевания яичек (ОЗЯ) являются наиболее частой патологией среди детских урологических заболеваний, встречается у 18-20 % мальчиков. В современных условиях наилучшим способом диагностики органов мошонки является ультразвуковое исследование (УЗИ) с цифровым доплеровским картированием, для установления точного диагноза на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. За период с 2020 до 2023 гг в отделении уронефрологии ГК на ПХВ «МГДБ № 2» г. Астана обследовано 215 детей в возрасте от 1 года до 17 лет.

Исследование проводилось всем детям на ультразвуковых аппаратах с датчиками с частотой излучения 15 МГц и цифровым доплеровским картированием.

Результаты. Проведено обследование у 215 мальчиков до 15 лет, поступивших в ГДБ № 2 с диагнозом ОЗЯ. К методам исследования было дополнено УЗИ органов мошонки в режиме серой шкалы и цветовым доплеровским картированием. Использовались линейные датчики частотой 15 МГц. На основании клинической картины и УЗИ органов мошонки с доплерографией у 80,93% случаев диагностирован перекрут гидатиды Морганьи, у 11,16 % - орхоэпидидимит, у 7,91% - заворот яичка.

При установленном диагнозе ОЗЯ всем больным проведено оперативное лечение в экстренном порядке: ревизия органов мошонки, гидатидэктомия, устранение заворота. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Больные были выписаны с выздоровлением с рекомендациями.

Заключение. Таким образом, УЗИ позволяет оценить структурные и функциональные изменения органов мошонки, а также способствует установить точный диагноз на ранних стадиях заболевания. УЗИ является неинвазивным и основным визуализирующим исследованием в детской урологии, что позволяет провести адекватное лечение и сохранить репродуктивную функцию.

ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ ПРИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Галузинская А.Т., Зоркин С.Н., Никулин О.Д., Шахновский Д.С.

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

Введение. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия считается «золотым стандартом» лечения камней в почках у детей. Несмотря на свою минимальную инвазивность, ДУВЛ, как известно, вызывает острое повреждение почек. Целью исследования была оценка эффективности нефропротективной терапии преднизолоном.

Материалы и методы. С января 2022 года по октябрь 2023 года в общей сложности 108 пациентов с камнями прошли лечение с помощью ДЛТ. 54 из них составили контрольную группу, а 54 получили лечение преднизолоном (0,5 мг/кг)

дважды: за 2 дня и 2 часа до ДЛТ. Мы отобрали концентрацию биомаркеров острого повреждения почек в моче (липокалин, ассоциированный с нейтрофильной желатиназой (NGAL), молекула повреждения почек-1 (KIM-1), ингибитор матриксной металлопротеиназы-2 (TIMP-2) и в сыворотке (интерлейкин-18 (IL-18)) до оперативного лечения (точка 1), через 45 минут после (точка 2) и 24 часа после (точка 3).

Результаты. Все биомаркеры показали значительный рост после ДУВЛ. Самые высокие концентрации биомаркеров были зарегистрированы в точке 2, а для интерлейкина-18 - в точке 3. Уровень NGAL в точке 2 в контрольной группе составил 48,3 (24,5; 117,0) нг/мл - значительно выше ($p=0,044$), чем в группе лечения - 28,4 (16,0; 71,8) нг/мл. Концентрация KIM-1 в точке 2 в контрольной группе составила 0,57 (0,45; 0,70) нг/мл, а в группе лечения 0,48 (0,25; 0,91) нг/мл, что статистически не отличалось ($p=0,344$). Уровень TIMP-2 в точке 2 в контрольной группе (12,3 (9,23; 20,2) нг/мл) был достоверно выше ($p<0,001$), чем в группе лечения (6,75 (5,2; 12,1) нг/мл.). Уровень IL-18 в точке 3 в контрольной группе (164,7 (113,7; 217,1) пг/мл) был достоверно выше ($p=0,042$), чем в группе лечения (130,3 (89,7; 186,1) пг/мл).

Выводы. Мы идентифицировали высокочувствительные биомаркеры острого повреждения почек, вызванного ДУВЛ, и оценили изменения их уровня в условиях лечения преднизолоном. Согласно нашим данным, применение превентивной стероидной терапии (преднизолона) при проведении дистанционной литотрипсии оказывает профилактическое действие за счет снижения повреждения почечной паренхимы энергией ударной волны.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

Жаркимбаева А.Д.

НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Казахстан

Введение. Для устранения гипоспадии существуют множество хирургических способов. Различные виды осложнений наблюдаются в разные сроки послеоперационного периода

Материалы и методы. В группу I вошли 26 пациентов, перенесшие уретропластику новым разработанным способом SMU I (Semey Medical University I) и 24 пациентов перенесшие Snodgrass, MAGPI. Группа I была разделена на подгруппы A1 и A2. В эту группу были включены пациенты с головчатой, венечной и дистально-стволовой формами. Во II группу вошли 33 пациента, оперированные SMU II и 53 пациентов, перенесшие Snodgraft, Bracka. Так же, группа II была подразделена на подгруппы: B1 и B2 с средне-стволовой и проксимально-стволовой формами. Все пациенты оперированы за период 2014 по 2023 год, в возрасте от 1 года до 17 лет, 11 месяцев.

Результаты. Средний возраст пациентов для I группы составил 49 месяцев (95%ДИ:53,04-72,69), СО=37,7. Для II группы составил 59 месяцев (95%ДИ:53,94-67,10), СО=28,9. Исход выздоровления зарегистрировано у 92,9% (13) пациентов, повторная операция у 7,1% (1) пациента. Дистопия неомеатуса в группе A2 была отмечена у 16,7% (4) пациентов. Различия статистически значимы ($p=0,016$, $p=0,019$). В подгруппе A1 (SMU I) послеоперационный свищ наблюдался в 16,7% (1) случаях, тогда как в подгруппе A2 у пациентов после операции Snodgrass и MAGPI свищ развился у 20,8% (5) пациентов, дистопия неомеатуса в 16,6% (4) случаях ($p=0,065$; $p=0,030$). Подгруппе B1 (SMU II) послеоперационный свищ наблюдался в 12,1% (4) случаях, тогда как в подгруппе B2 у пациентов после операции Snodgraft и Bracka свищ развился у 35,8% (19) пациентов, дистопия неомеатуса в 15,1% (8) случаях ($p=0,016$; $p=0,019$). Заживление раны в группе A (I): первичное—82,1% (23), вторичное—17,9% (5). Заживление раны в группе B (II): первичное—70,1% (54), вторичное—29,9% (23).

Вывод. Предложенные новые методы дистальной и стволовой форм хирургии гипоспадии по сравнению с традиционными хирургическими техниками имеют следующие преимущества: хороший косметический вид полового члена, полное выпрямление ствола и правильный отток мочи через щелевидный неомеатус на вершине головки полового члена.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ – ОДНОЦЕНТРОВОЕ МНОГОЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Захаров А.И.², Текотов А.Н.¹, Коварский С.Л.¹, Склярова Т.А.²,
Струянский К.А.², Пеняева И.М.², Кузнецова М.А.¹*

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра детской хирургии им. акад. Ю.Ф. Исакова ИМД.
² ГБУЗ “ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, г. Москва.

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

Цель исследования – изучение результатов лапароскопической пиелопластики у детей с гидронефрозом на базе одного отделения урологии – одноцентровое исследование на протяжении 17 лет.

Материалы и методы - данное исследование выполнено в период с 2008 г по 2024 г в отделении урологии ГБУЗ “ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ”. В основе работы лежит анализ результатов 1218 лапароскопических пиелопластик у 1209 детей от 3 месяцев до 17 л 11 месяцев, которым была выполнена лапароскопическая уретеропиелопластика по методике Хайнес-Андерсена-Кучера с частичной резекцией лоханки и пораженной зоны мочеточника в 1183 (97,13%) случаях и в 35 (2,87%) случаях - бездренажная лапароскопическая пиелопластика (методика Хелльстрема).

Показаниями к урологическому обследованию служили отрицательная динамика размеров собирательной системы почек, абдоминальный болевой синдром, манифестация пиелонефрита, бессимптомная лейкоцитурия и расширение коллекторной системы почки выявленное случайно при профосмотре и рутинном УЗ-

исследовании органов брюшной полости. Оперативному лечению подвергались дети со II и выше степенью гидронефроза по классификации Open 2007г. Для отведения мочи в основном предпочитаем предоперационную ретроградную установку мочеточникового JJ стента (73%), в случае подростков – чаще прибегаем к интраоперационной антеградной установке внутреннего стента (24%), а при рецидиве заболевания всегда использовали двойное дренирование – пиелостома и мочеточниковый стент с наложением уретеропиелоанастомоза отдельными узловыми швами нитью PDS/II – 5-0.

Результаты: Время оперативного вмешательства составила от 40 мин при лапароскопической бездренажной пиелопластики (вазопексии) до 270 мин при рецидиве гидронефроза. По мере накопления опыта продолжительность оперативного вмешательства сокращается, что соответствует данным мировой литературы, и приближается ко времени классической открытой операции люмботомическим доступом. Конверсий при выполнении лапароскопической пиелопластики не было. Рецидив гидронефроза после выполнения нами лапароскопического уретеропиелоанастомоза выявлен у 38 (3,12%) детей. Все переоперированы нами с положительным результатом. Длительность послеоперационного пребывания детей в стационаре составила от 5 до 17 суток (в среднем 7 суток). Протокол послеоперационного наблюдения больных детей с гидронефрозом включал ультразвуковое сканирование почек, размеров чашечно-лоханочных систем и паренхимы почек, доплерографию внутрипочечного кровотока, который мы выполняли через 1, 3, 6 и 12 месяцев после удаления мочеточникового стента, далее 1 раз в 6 месяцев. Контрольное обследование проходимости пиелоуретерального сегмента проводили через 1 год, выполнялось мультиспиральная компьютерная томография с в/в контрастным усилением или экскреторная урография, а для оценки почечной функции выполняли радиоизотопное исследование – статическую нефросцинтиграфию. Анализ результатов наблюдения показал, что у 97% детей с гидронефрозом после лапароскопической пиелопластики отмечено стойкое сокращение размеров чашечно-лоханочных систем уже через 3 месяца после операции.

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

МНОЖЕСТВЕННЫЕ МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*Захаров А.И.², Текотов А.Н.¹, Склярова Т.А.², Струянский К.А.²,
Пепеляева И.М.², Кузнецова М.С.¹*

*¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра детской хирургии им. акад. Ю.Ф. Исакова ИМД,
² ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ", г. Москва.*

Введение. Попадание в мочевой пузырь инородных предметов у детей встречается редко и бывает обусловлено либо усилиями пациентов, либо ятрогенными факторами, связанными с операциями или манипуляциями на мочевом пузыре или уретре. Чаще всего инородные тела попадают в мочевой пузырь ретроградным путем через мочеиспускательный канал, реже – через его стенку из окружающих пузырь тканей и крайне редко – нисходящим путем из почки по мочеточнику. Они могут проникать из органов малого таза, их случайно оставляют в мочевом пузыре во время различных оперативных вмешательств или диагностических процедур. Инородные тела мочевого пузыря чаще обнаруживают у взрослых, в то время как у детей эта патология встречается редко. Основную группу пострадавших составляют подростки и молодые мужчины. Через наружное отверстие уретры инородные тела вводят в уретру чаще во время игры, в состоянии алкогольного опьянения или с целью мастурбации. В литературе описаны случаи выявления таких инородных тел мочевого пузыря у взрослых - термометр, карандаш, батарейка, карманный фонарик, марлевые тампон, дренажные трубки, хирургические и швейные иглы, резиновые наконечники, катетеры и т.д. Аналогичные предметы могут вводить себе больные психическими заболеваниями, дети при играх, а также женщины при попытке вызвать аборт. Реже инородные тела (кусочки ваты, головки катетеров) могут остаться в мочевых путях

после операций или лечебно-диагностических процедур. В мочевого пузырь через его стенку могут проникать пули, осколки снарядов, костные секвестры; при операции — марлевые салфетки, шелковые лигатуры и т. п.; от момента попадания инородных тел в организм до его проникновения в мочевого пузырь иногда может проходить неопределенно долгий срок. Таким образом, причины попадания инородных тел в мочевого пузырь можно разделить на несколько групп:

— Введение постороннего предмета в мочевого пузырь самим больным (шалость, мастурбация, попытка криминального аборта, психические заболевания).

— Случайное попадание инородного тела в результате технических ошибок при манипуляциях и операциях на мочевом пузыре и соседних органах (лигатуры, обломки инструментов, стентов, медицинская проволока, марлевые шарики и салфетки).

— Проникновение инородного тела в полость мочевого пузыря при огнестрельных ранениях и травмы тазового кольца при ДТП (пуля, осколок, обломки костей, обрывки одежды).

— Миграция инородного тела в мочевого пузырь из соседних органов при гнойно-некротических процессах.

С появлением в продаже детской игрушки неокуб, состоящей из множества магнитных шариков, участились случаи госпитализации детей и подростков с такими инородными телами, чаще локализованными в различных отделах желудочно-кишечного тракта, но встречаются случаи магнитных инородных тел лор-органов, дыхательных путей и уретры с мочевым пузырем.

Цель исследования — акцентирование внимания детских хирургов, урологов и врачей других специальностей на редко встречающуюся патологию в детском возрасте.

Материалы и методы - за период времени с 2013 по 2024 в отделении урологии ГБУЗ “ДГКБ им. Н.Ф.Филатова ДЗМ” находились на лечении 6 детей с множественными магнитными инородными телами мочевого пузыря или уретры. Возраст детей варьировал от 12 до 16 лет. Все дети поступали в отделение урологии в экстренном порядке. Время нахождения инородных тел в организме ребенка от 4-х часов — 12 шариков в уретре, до 3 — х лет — 60 магнитных шариков. Причина всех случаев инородных тел нижних мочевых путей — любопытство, мастурбация и исследование себя. Жалобы, которые предъявляли все пациенты — дизурия, изменения

в анализах мочи воспалительного характера, появления крови в моче после минимальной физической нагрузки.

Результаты. Во всех случаях проводилась УЗИ диагностика, рентгенография органов малого таза в 2-х проекциях, а также диагностическая цистоуретроскопия. В 5 случаях из 6 – инородные тела – магнитные шарики – смогли удалить только путем цистотомии, и лишь в одном случае – из уретры удалось извлечь 12 магнитных шариков, расположенных в цепочку или линию, без разрезов ретроградно с помощью металлического инструмента, введенного в уретру. Из мочевого пузыря, после вскрытия последнего, удалялись - 19, 20, 36, 41 и 60 магнитных шариков. Во всех случаях группа инородных магнитных тел представляла собой конгломерат или клубов, извлечь который малотравматичным способом, прибегнув к цистоуретроскопии, не представлялось возможным. В последнем случае, 60 магнитных шариков, были покрыты плотной известняковой капсулой состоящей из солей кальция, которую даже после удаления тяжело было разрушить.

Закключение - в последнее время участились случаи попадания инородных тел магнитного происхождения через естественные отверстия в организм детей и подростков, нередко с печальными последствиями. Нам бы хотелось обратить внимание продавцов таких игрушек, родителей детей и подростков, наших коллег на опасность, которую таят в себе эти красивые и интересные виды игрушек. Приведенные наблюдения демонстрируют случаи редко встречающихся инородных тел мочевого пузыря у детей и различные варианты их удаления.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГИПОСПАДИИ

Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М.

*ОДММЦ г Самарканд, Самаркандский государственный медицинский университет.
Самарканд, Узбекистан*

Введение. Одной из важных и сложных проблем современной урологии является лечение гипоспадии, что обусловлено двумя причинами: частотой рождения мальчиков с гипоспадией и высоким процентом послеоперационных осложнений. Во-

первых, гипоспадия у мальчиков – очень часто встречающийся порок с явной тенденцией к росту. За последние 40 лет частота рождения детей с гипоспадией возросла с 1:200-300 до 1:125-150 новорожденных мальчиков. Во-вторых, коррекция этой аномалии для многих врачей представляет большие, а порой непреодолимые трудности. По данным большинства авторов, частота послеоперационных осложнений в ряде клиник, достигает 50% и выше. В основе причин осложнений при оперативном лечении гипоспадии данной формы, на взгляд многих исследователей, лежат два важных фактора - широкая вариабельность клинических форм аномалии и, как следствие, многообразие методических подходов при оперативном лечении порока. Таким образом, до сих пор нет единых взглядов в лечении дистальных форм гипоспадии.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения гипоспадии у детей.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2025 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 85 больных в возрасте от 3 до 16 лет с гипоспадией различной формы. В обследование были включены дети с головчатой, стволовой, и мошоночной формами гипоспадии. Всем больным в трех группах выполняли общепринятые клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки, всем детям произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы 42(49,5%) больных, стволовая форма 25 (50,5%) больных, мошоночная форма 18 (21,1%) больных. При головчатой форме гипоспадии были применены различные методы операции такие как МАГПИ, Snodgrass, П-образная уретропластика. На основе полученных данных о состоянии больного после операции, наблюдались такие осложнения как: расхождение швов, нагноение ран, уретральные свищи. Среди детей с головчатой формой гипоспадии, осложнения наблюдались у 12 (28,5%) больных. Количество больных при данной форме выздоровевших без осложнений составило 30 (71,4%). При гипоспадии стволовой формы осложнения наблюдались у 8(32%) больных. Больные без

осложнений при данной форме 17 (68%). При гипоспадии мошоночной формы осложнения наблюдались у 8 больных (44,4%). Количество выздоровевших составило 10(55,5%).

Вывод. Таким образом, отсутствие единого подхода в лечении, значительная частота послеоперационных осложнений и высокая социальная значимость подтверждают тот факт, что исследование, посвященное проблеме. хирургического лечения гипоспадии, является актуальным и оправданным. Универсализация методического подхода к оперативному лечению различных форм гипоспадии способствует минимизации осложнений и сокращения сроков восстановления уретры. Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М.

*ОДММЦ г Самарканд, Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан*

Введение. Гипоспадия — врожденная аномалия анатомического строения полового члена у мужчин, при которой отверстие мочеиспускательного канала может находиться как на своём нормальном месте, так и быть смещено вниз по вентральной поверхности, вплоть до нахождения вообще не на головке, а снизу на теле члена, на мошонке или в промежности. Гипоспадия является довольно распространенным пороком и встречается один случай на 300 новорождённых мальчиков. Врожденные аномалии полового члена и уретры часто сочетаются с пороками развития других органов мочеполового тракта. В большей степени это касается уретры, которая может закончиться и открываться не на головке, а на всем протяжении нижней поверхности

члена -гипоспадия. Часто она сочетается с крипторхизмом, расщепленной мошонкой, деформацией, скручиванием полового члена и атрофией яичек. Предложено более трехсот различных операций, однако, сохраняется значительное количество осложнений от 10-45% в зависимости от формы порока. В основе причин осложнений при оперативном лечении гипоспадии данной формы, на взгляд многих исследователей, лежат два важных фактора - широкая вариабельность клинических форм аномалии и, как следствие, многообразие методических подходов при оперативном лечении порока. Таким образом, до сих пор нет единых взглядов в лечении дистальных форм гипоспадии

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения разных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2025 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканд на обследовании и лечении находились 86 больных в возрасте от 3 до 16 лет с гипоспадией различной формы. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки всем произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы (42 больных), стволовая форма (26 больных), мошоночная форма (18 больных). Во время операции учитывались оптимальные способы отведения мочи, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария и наложения повязки, что значительно улучшает результаты оперативного лечения. Гипоспадия головчатой формы наблюдался у 42 больных различного возраста. Этим больным было применено различные методы операции такие как МАГПИ, Хаберлик, П-образная уретропластика. Среди них у 14 больных в после операционном периоде наблюдался полное расхождение швов, мочевые свищи что составило 33,3%. Гипоспадия стволовой формы наблюдался у 26 больных. Этим больным мы применили такие методы операции как Даккет, П-образное уретропластика, Baurs flap, Гросса. Осложнения наблюдались у 13 больных в после операционном периоде в виде уретральных свищов, нагноение ран, расхождение швов, что составило 50%. У больных с мошоночной формы мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Вторым этапом (через 6

месяцев после первого) из пересаженной кожи было выполнено уретропластика. Всем больным был применен метод Baugs flap, осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 3 больных и сужение уретры на месте анастомоза наблюдались у 2 больных и у одного больного наблюдалось рубцовая деформация полового члена, что потребовало повторной хирургической коррекции.

Вывод. Таким образом, отсутствие единого подхода в лечении, значительная частота послеоперационных осложнений и высокая социальная значимость подтверждают тот факт, что исследование, посвященное проблеме хирургического лечения гипоспадии, является актуальным и оправданным. Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения -оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии.

ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ – АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЗА 25 ЛЕТ

*Каганцов И.М.^{1,2,3}, Пелих К.И.³, Дубров В.И.⁴, Сизонов В.В.⁵,
Бондаренко С.Г.⁶, Агзамходжаев С.Т.⁷, Абдуллаев З.Б.⁷,
Чокля Д.И.⁸, Филиппов Д.В.³, Ротко Н.В.⁴, Кашина Е.А.^{1,2}*

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

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Санкт-Петербург.

³СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница № 22». Санкт-Петербург.

⁴2-я городская детская клиническая больница МЗ Республики Беларусь. Минск.

⁵Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областная детская клиническая больница». Ростов-на-Дону.

⁶ГУЗ "Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7". Волгоград.

⁷«Национальный Детский Медицинский Центр» Респ. Узбекистан, Ташкент.

⁸ГУ «Республиканская детская клиническая больница». Сыктывкар.

Введение. Подковообразная почка (HSK) - наиболее частая врожденная аномалия слияния мочевых путей, которая встречается у 1 на 400-800 живорожденных и чаще выявляется у лиц мужского пола. Одной из клинически значимых проблем, с которой сталкиваются пациенты с подковообразной почкой, является обструкция пиелоуретерального сегмента (UPJO), возникающая у трети из них. При открытых операциях раньше предлагалось выполнение истмотомии с нефропексией и последующей пиелопластикой. Считалось, что истмотомия и нефропексия позволяют создать более выгодное в анатомическом отношении положение почки на стороне гидронефротической трансформации и обеспечить проходимость восстановленных мочевых путей. Цель работы: оценка результатов лечения UPJO подковообразной почки у детей за 25 лет.

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

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

Результаты. Среднее время открытых оперативных вмешательств составило Me 153 минуты [90;200], лапароскопических – Me 124 минуты [95;225]. Интраоперационно осложнений у 105 детей (112 почечных единиц) не возникло ни в

одном случае. Отдаленные результаты оценены у 99 пациентов (94.3%), при проведении контрольного обследования через 3-12 месяцев. После 112 выполненных пиелопластик возникло 20 осложнений (17,8%). Наиболее частым осложнением было возникновение почечной колики после удаления внутреннего стента или закрытия/удаления нефростомы, которое потребовало повторного стентирования в 8 случаях. Повторная пиелопластика потребовалась у 8 почечных единиц из 112 (7.1%), ввиду рецидива UPJO, в сроки от 2 до 37 месяцев (в среднем через 11.8 месяцев).

Результативность при выполнении первичной пиелопластики в нашем исследовании составила 92.9%. Средний размер лоханки после операции составлял 13.6 мм (при обследовании через 3-12 месяцев). Возникло 2 осложнение I степени и 18 осложнение IIIb степени по классификации Clavien-Dindo (всего 20 осложнений). После выполнения повторной пиелопластики получены хорошие результаты у всех 8 пациентов при контрольном обследовании через 6-12 месяцев.

При сравнении частоты осложнений у пациентов в группах лапароскопической пиелопластики и открытой пиелопластики с истмотомией статистически достоверной разницы в результатах пиелопластики не получено ($P=0.06$, уровень статистической значимости 95%). При сравнении результатов в группах лапароскопической пиелопластики и открытой пиелопластики без истмотомии так же не получено статистически значимых различий ($P=0.34$, уровень статистической значимости 95%). При сравнении результатов в группах с разными методами дренирования мочевых путей достоверной разницы в частоте возникновения осложнений не получено (уровень статистической значимости 95%).

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

Вывод. На сегодняшний день следует отдавать предпочтение малоинвазивному методу лечения у детей, даже при таком сложном пороке развития как гидронефротическая трансформация подковообразной почки, принимая во внимание сопоставимые результаты с открытым методом лечения и безусловные преимущества

лапароскопического доступа в виде ранней реабилитации ребенка, минимального болевого синдрома и косметичности данного метода.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Каганцов И.М.^{1,2}, Бурая, С.А.³, Пелих К.И.³, Сизонов В.В.⁴, Задыкян Р.С.⁵, Каменева О.А.³, Ли А.Г.³, Филиппов Д.В.³, Кашина Е.А.¹

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

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Санкт-Петербург.

³СПб ГБУЗ «Детская Городская Больница № 22». Санкт-Петербург.

⁴Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областная детская клиническая больница». Ростов-на-Дону.

⁵Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр охраны материнства и детства города Сочи" Министерства здравоохранения Краснодарского края. Сочи.

Введение: гипоспадия у детей одна из самых актуальных проблем в реконструктивной детской урологии-андрологии. Существует ряд явных сторонников различных методик коррекции дистальных и проксимальных форм гипоспадии, а также методов исправления искривления полового члена. До сих пор не существует универсального подхода к хирургическому лечению, а на выбор хирургической тактики влияют многие факторы, такие как форма гипоспадии, личный опыт врача, процесс обучения специалиста. В мировой литературе большое внимание уделяется стандартизации подходов к хирургическому лечению гипоспадии, унификации методов уретропластики и коррекции искривления полового члена. Мы попытались выяснить какие методы восстановления гипоспадии и искривления полового члена наиболее часто используются в настоящее время практикующими детскими урологами в Российской Федерации.

Цель исследования: проанализировать современные тенденции в лечении детей с гипоспадией группой детских урологов в Российской Федерации.

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

Результаты. Гендерное распределение выглядело следующим образом: 84,4% мужчины и 15,6% женщины. Демографический анализ участников опроса: более 73% участников имеют опыт работы более 10 лет. Из всех респондентов 33 (25,8%) участника сообщили о проведении менее 10 операций в год. О проведении 11-25 операций в год сообщили 33 (25,8%), 39 (30,5%) делают 26-50 операций в год, 18 (14,1%) проводят 51-100 операций в год и только 5 (3,9%) докторов выполняют более 100 операций в год. Оптимальным возрастом для оперативного лечения 52,3% урологов считают 6-18 месяцев. При дистальной гипоспадии подавляющее большинство респондентов - 79,7% (102 из 128) отдают предпочтение тубуляризации рассеченной уретральной пластинки (Tubularized Incised Plate (TIP) по Snodgrass). При проксимальной гипоспадии операцией выбора для 102 из 128 урологов (79,7%) является замещение уретральной площадки проведением двухэтапной операции Bracka. При выполнении ортопластики большинство урологов (61 – 47,7%) выбирают методику Nesbit, 33 респондента (25,8%) отдают предпочтение дорсальной пликация белочной оболочки по Baskin, 18 человек выполняют вентральную корпоротомию с графтом или без него. Также 16 урологов используют другие методики ортопластики. При уретропластике 79,7% выбирают в качестве шовного материала нить PDS, 9,4% - Викрил (VICRYL), 8,6% - монокрيل, 2,3% опрошенных выбирают другие нити. При дистальной гипоспадии 117 урологов деривацию мочи осуществляют через мочевого катетер, 6 – уретральный стент, 4 – цистостому, 1 не выполняет отведение мочи. При проксимальной гипоспадии 81 уролог использует мочевого катетер, 14 – уретральный катетер и цистостому, 13 – только цистостому, 2 уролога используют уретральный

стент. В качестве предоперационной подготовки гормональную терапию до операции применяют 37 (28,9%) опрошенных урологов, остальные респонденты не используют местные гормональные мази. Интраоперационно давящую повязку на половой член (бинт Реha-haft) накладывают и снимают на 3 сутки 42,2% урологов, снимают не ранее 7 суток – 49,2%, а 8,6% не применяют давящую повязку. Урофлоуметрию до операции выполняют 2,3% респондентов, после операции – 23,4%, до и после операции – 21,9% опрошенных урологов, а 52,3% не выполняют урофлоуметрическое исследование вовсе. Контрольный осмотр пациента после операции 88 урологов проводят через 1 месяц, остальные урологи проводят контрольный осмотр позднее 1 месяца. При коррекции дистальной формы гипоспадии 62 респондента сообщили об осложнениях менее 5%, 37 имели осложнения в 6-10% случаев, 6 имели осложнения в 11-20 % случаев, 3 сообщили о 21-20 % осложнений и 20 респондентов затруднились ответить на заданный вопрос. При коррекции проксимальной формы гипоспадии 16 респондентов сообщили что имеют менее 5% осложнений, 26 – об осложнениях в 6-10% случаев, 42 опрошенных отмечают осложнения у 11-20% пациентов, 18 – у 21-30% пациентов.

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

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Клюка И.В.^{1,2}, Шалденко О.А.², Сизонов В.В.^{1,2}, Коган М.И.¹, Родина Р.А.¹

¹ ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава
России Ростов-на-Дону

² ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»
Ростов-на-Дону

Введение. Ростовская область и регионы юга России являются эндемичными по образованию конкрементов в мочевыводящей системе. ДУВЛ является малоинвазивной и эффективной методикой избавления от конкрементов всех размеров в почках и мочеточниках.

Цель: изучить и продемонстрировать результаты применения ДУВЛ в Областной детской клинической больнице г. Ростова-на-Дону.

Материалы и методы. С 2013 по 2023 гг. ДУВЛ выполнили 253 пациентам (119 (47%) мальчиков и 134(53%) девочек) по поводу конкрементов в почках у 160 (60%) детей (75 мальчиков и 85 девочек) и в мочеточниках у 108 (40%) детей (50 мальчиков и 58 девочек). У 15 пациентов (6%) сеансы ДУВЛ выполнялись, как по поводу конкрементов в почках, так и в мочеточниках. Возраст пациентов от 6 месяцев до 17 лет (средний возраст 96 ± 66 мес.). Общее количество сеансов ДУВЛ – 450, среднее количество сеансов на одного пациента составило 1,8. У трех пациентов (1%) первые сеансы ДУВЛ выполнялись с предварительным стентированием. У остальных – без предварительного дренирования ВМП. Положительным считали результат, при котором достигался статус stone-free. ДУВЛ проводили под общим обезболиванием с использованием ультразвукового и рентгенологического наведения.

Результаты. После первого сеанса ДУВЛ статуса stone-free удалось добиться у 104 (65%) пациентов с конкрементами любых размеров в почках (49 мальчиков и 55 девочек) и у 74 (69%) пациентов с конкрементами в мочеточниках (34 мальчика и 40 девочек). После второго сеанса статус stone-free достигнут у 29 (18%) пациентов с конкрементами в почках (15 мальчиков и 14 девочек) и у 22 (20%) пациентов с конкрементами в мочеточниках (11 мальчиков и 11 девочек). Более трех сеансов ДУВЛ для достижения статуса stone-free потребовалось 27 (17%) пациентам с конкрементами в почках (11 мальчиков и 16 девочек), и 12 (11%) пациентам с конкрементами в мочеточниках (5 мальчика и 7 девочек). Количество пациентов, перенесших 1 сеанс ДУВЛ 163 (65%) (77 мальчиков и 86 девочек), два сеанса – 46 (18%) (25 мальчиков и 21 девочка), более двух сеансов – 44 (17%) (17 мальчиков и 27 девочек). С целью

купирования развившихся осложнений после всех сеансов ДУВЛ (450) нами в 6 (1,1%) случаях устанавливался мочеточниковый стент, в 4 (0,9%) случаях выполнена ЧПНС. В 98% мы достигли статуса stone-free без дренирования ВМП.

Выводы. Наш опыт демонстрирует что ДУВЛ позволяет добиться полной фрагментации и последующей элиминации конкрементов, превышающих размеры, отраженные в актуальных национальных и международных рекомендациях, в том числе и коралловидных, особенно у детей раннего возраста.

ДУВЛ без предварительного дренирования ВМП достаточно эффективна и безопасна.

ДВУХЭТАПНАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

Красильников Д.Е., Осипов А.И., Сарычев С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения проксимальных форм гипоспадии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 14 детей с проксимальной гипоспадией, оперированных в клинике СПбГПМУ с 2019 по 2023 гг. двухэтапным методом с использованием графта слизистой щеки. Коррекция искривления полового члена проводилась путем выполнения поперечных разрезов белочной оболочки на его вентральной поверхности. Между этапами оперативного лечения пациенты получали вакуумную физиотерапию. Результаты операции

оценивались с точки зрения частоты послеоперационных осложнений и косметического эффекта (шкала PPS).

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 38 месяцев (от 11 до 54 месяцев). Медиана времени наблюдения - 18 месяцев (от 11 до 48 месяцев). Осложнения после операций развились у 5 человек (общее количество осложнений составило 36 %). Свищи наблюдались у 3, стеноз - 1, рубцевание трансплантата на первом этапе – 1. Косметические результаты после операции оценены оперирующим хирургом и родителями как хорошие. Общий медианный бал по шкале PPS составил 8 (от 7 до 11).

Выводы. Двухэтапный подход с использованием графта слизистой щеки и вентральной корпоропластики обеспечивает коррекцию искривления полового члена с сохранением максимально возможной длины кавернозных тел, позволяет создать нормальный уретральный канал и хорошие эстетические результаты. Свищи уретры при использовании данной методики являются наиболее частым осложнением. Закрытие свища уретры при использовании данного метода не представляет трудностей и всегда успешно.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ СПРАВА

*Макаров Г.А.¹, Филоненко А.В.¹, Сизонов В.В.^{1,2},
Кислицкий А.И.¹, Пискунова С.Г.¹, Кварацхелия Д. Г.¹*

¹ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону.

*²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России; г. Ростов-на-Дону.*

Введение. По данным литературы артериовенозные фистулы (АВФ) могут быть врождёнными, приобретёнными или идиопатическими. Этиология врождённых АВФ неизвестна. Идиопатические почечные АВФ составляют менее 3%, имеют характеристики приобретённых и могут быть обусловлены аневризмой почечной артерии. Приобретённые АВФ являются наиболее распространёнными и составляют 75-80% всех почечных АВФ.

Нами представлен клинический случай формирования посттравматической артериовенозной фистулы почечных сосудов справа после травмы почки с образованием паранефральной гематомы (AAST-II).

Описание клинического случая: Мальчик 13 лет с сочетанной травмой доставлен ГБУ РО ОДКБ г. Ростов-на-Дону в тяжелом состоянии после дорожно-транспортного происшествия. Выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости, ушивание разрыва желудка, малого сальника, торакотомия, ревизия, дренирование плевральной полости справа, перевязка межреберных артерий, трахеостомия, открытая репозиция перелома правой бедренной кости. Диагностирован ушиб правой почки с образованием паранефральной гематомы (AAST-II), требующий консервативного ведения. После реабилитации в удовлетворительном состоянии ребенок выписан из стационара. Через 21 месяц после получения травмы по данным УЗИ амбулаторно выявлено кистозное образование в области ворот правой почки, которое с течением времени увеличивалось в размере. При обследовании в уроандрологическом отделении ОДКБ диагностирована посттравматическая артериовенозная фистула почечных сосудов справа, аневризма почечной вены справа. Размеры образования 42×50×61 мм. Дифференциальная почечная функция справа составляла 43,6%. Ребенок направлен в кардиохирургическое отделение РОКБ, где выполнено разобщение артериовенозной фистулы, резекция аневризмы почечной вены справа. При контрольном обследовании через 6 месяцев после операции отсутствуют патологические образования в области ворот правой почки и нарушение уродинамики. Дифференциальная почечная функция справа составляет 38,2%.

Закключение. Демонстрация этой исключительно редкой патологии доказывает, что пациенты с травмой почки даже легкой степени требуют долгосрочного динамического наблюдения с целью своевременной диагностики отдаленных осложнений.

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Мамасалиев Н.С., Нурматов Ё.Х., Алимов М.М.,
Мамасалиев З. Н., Усмонов Б.У.*

Введение. Впервые гипоспадия как заболевание было описано Галеном. Однако гипоспадия остается важнейшей медицинской и медико – социальной проблемой на сегодняшний день во всем мире.

Медико – социальная значимость гипоспадии обусловлена его большой распространенностью, тенденцией к постоянному увеличению числа больных – детей, высокой инвалидизацией в связи с осложнениями и большим экономическим ущербом.

В последние годы особое внимание уделяется вопросам эпидемиологии и профилактики гипоспадии. Это связано с тем, что несмотря на большое количество предложенных методик оперативной коррекции, лечение гипоспадии до сих пор остается одной из самых сложных проблем в детской урологии из-за высокого процента осложнений.

Лечение гипоспадии это не только сложная, но и не до конца решенная проблема. Поэтому продолжается увеличение частоты рождения детей с различными формами гипоспадии и высокий процент послеоперационных осложнений, который, по данным современных исследователей, достигают 50 %.

В связи с этим поиск и изучение безопасных и высоко – эффективных скрининговых (эпидемиологических инновационных подходов) методов для ранней донозологической профилактики и лечения гипоспадии является актуальнейшей проблемой медицинской науки и практического здравоохранения.

Целью исследования: изучить распространенность, повысить эффективность профилактики и оперативного лечения гипоспадии на основе собственных инновационных разработок у детей Ферганской долины.

Объектом исследования явились 914 детей с гипоспадией Ферганской долины (в Андижанском регионе – 202, в Наманганском регионе – 467 и в Ферганском регионе 245) в возрасте 0 – 18 лет.

Предметом исследования были венозная и капиллярная кровь, моча, анализ субъективных и объективных данных, оценка факторов риска, материалы, данные

лекарственной терапии и хирургического лечения, а также эндоскопической и уро динамической аппаратуры.

Методы исследования. Для достижения цели диссертационной работы и выполнения поставлены задач использовались субъективные, физикальные, опросные, клинические, биохимические, фармакоэпидемиологические, инструментальные, специальные (пальцевое ректальное, эхографические, трансректальное ультразвуковое, урофлоуметрические, уретроцистос-копические, хирургические) и статистические методы.

Результаты исследования: Эпидемиологический мониторинг гипоспадии проводился с 2000 г, первоначально регистрировались только гипоспадии, а в последующем включены другие аномалии и ассоциируемые сопутствующие, фоновые, конкурирующие и осложненные заболевания. Часть пациентов регистрировались в течение первых месяцев (по сведениям из родильных домов) и в течение первого года жизни после выявления аномалии на амбулаторном приёме детскими хирургами или урологами. Изучено число новорожденных (мальчики, родившиеся в Ферганских, Андижанских и Наманганских областях с 2000 по 2020 гг.) и количество выявленных случаев гипоспадии по годам. На основании полученных данных проведен анализ распространенности гипоспадии и её осложнений за вес исследуемый период.

Обследовано 914 мальчиков с гипоспадией Ферганской долины (средний возрасти 5,0 лет, длительность гипоспадии 16 лет) в возрасте 0 – 18 лет [в 0 – 1 лет 48 (5,3 %), 2 – 4 лет 479 (52,4 %), 5 – 9 лет 311 (34,0 %), 10 – 14 лет 63 (6,9 %) и 15 – 18 лет 13 (1,4 %)] [DU = 0,9 – 1,1; $\chi^2 = 20,09$; DF = 4; P < 0,05]. Из них популяция детей с гипоспадией в Андижанском регионе составила – 202 лиц (22,10 %) в возрастной группе 0 – 1 лет 13 (27,1 %), в 2 – 4 лет 105 (21,9 %), в 5 – 9 лет 105 (21, 9%), в 10 – 14 лет 12 (19,0 %) и в 15 – 18 лет 30,8 %.

Обследованные дети с гипоспадией в Наманганском регионе составило 467 лиц (51,09 %), из них возрастной группе 0 – 1 лет 20 (41,7 %), 2 – 4 лет 277 (57,8 %), 5 – 9 лет 132 (42,4 %), 10 – 14 лет 30 (47,6 %) и в 15 – 18 лет 8 (61,5 %).

В Ферганском регионе всего обследовано 245 детей (26,81 %) с гипоспадией, из них в возрастной группе 0 – 1 лет было 15 (31,3 %), в 2 – 4 лет 97 (20,3 %), в 5 – 9 лет 111 (35,7 %), в 10 – 14 лет 21 (33,3 %) и в 15 -8 лет 1 (7,7 %).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

*Мамасалиев Н.С., Нурматов Ё.Х., Алимов М.М.,
Мамасалиев З. Н., Усмонов Б.У.*

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Впервые гипоспадия как заболевание было описано Галеном. Однако гипоспадия остается важнейшей медицинской и медико – социальной проблемой на сегодняшний день во всем мире.

Медико – социальная значимость гипоспадии обусловлена его большой распространенностью, тенденцией к постоянному увеличению числа больных – детей, высокой инвалидизацией в связи с осложнениями и большим экономическим ущербом.

В последние годы особое внимание уделяется вопросам эпидемиологии и профилактики гипоспадии. Это связано с тем, что несмотря на большое количество предложенных методик оперативной коррекции, лечение гипоспадии до сих пор остается одной из самых сложных проблем в детской урологии из-за высокого процента осложнений.

Лечение гипоспадии это не только сложная, но и не до конца решенная проблема. Поэтому продолжается увеличение частоты рождения детей с различными формами гипоспадии и высокий процент послеоперационных осложнений, который, по данным современных исследователей, достигают 50 %.

В связи с этим поиск и изучение безопасных и высоко – эффективных скрининговых (эпидемиологических инновационных подходов) методов для ранней донозологической профилактики и лечения гипоспадии является актуальнейшей проблемой медицинской науки и практического здравоохранения.

Целью исследования: изучить распространенность, повысить эффективность профилактики и оперативного лечения гипоспадии на основе собственных инновационных разработок у детей Ферганской долины.

Объектом исследования явились 914 детей с гипоспадией Ферганской долины (в Андижанском регионе – 202, в Наманганском регионе – 467 и в Ферганском регионе 245) в возрасте 0 – 18 лет.

Предметом исследования были венозная и капиллярная кровь, моча, анализ субъективных и объективных данных, оценка факторов риска, материалы, данные лекарственной терапии и хирургического лечения, а также эндоскопической и уро динамической аппаратуры.

Материал и методы. Для достижения цели диссертационной работы и выполнения поставлены задач использовались субъективные, физикальные, опросные, клинические, биохимические, фармакоэпидемиологические, инструментальные, специальные (пальцевое ректальное, эхографические, трансректальное ультразвуковое, урофлоуметрические, уретроцистос-копические, хирургические) и статистические методы.

Результаты исследования. Сравнительно высокой частотой выявляемости наблюдается НПДс ГС 51,1 % и, достоверно низкой распространенности определяются ФПДс ГС 26,9 % и АПДс ГС 22,0 %.

Из данных таблицы 3.1 и рис. 3.1 также следует, что в зависимости от возраста частота распространенности НПДс ГС составила: в 0 – 1 лет 5,2 %, 2 – 4 лет 58,3 %, в 5 – 9 лет 25,2 %, в 10 – 14 лет 9,1 % и в 15 – 18 лет 2,2 %. Частота распространенности этой формы гипоспадии у детей Ферганской долины в целом – разнятся в 29 раз или на 56,1 %.

ФПДс ГС в данной популяции наблюдается со следующей частотой распространенности в различных возрастных диапазонах детей: в 0 – 1 лет 5,8 %, в 2 – 4 лет 66,9 %, в 5 – 9 лет 19,0 %, в 10 – 14 лет 7,4 % и в 15 – 18 лет 0,8 %. В зависимости от возраста распространенность ФПДс ГС разнятся на 66 % и её высокие показатели устанавливается в группе детей 2 – 4 лет.

В различных возрастных группах частота выявляемости АПДс ГС определяется с разницей в 26 раза или на 51,5 %. Так, её распространенность составила: в возрасте 0 – 1 лет 12,1 %, в 2 – 4 лет 53,5 %, в 5 – 9 лет 18,2 %, в 10 – 14 лет 14,1 % и в 15 – 18 лет 2,0. Вывод. В общей популяции Ферганской долины высокая частота выявляемости ГС наблюдается в возрастных группах 2 – 4 (59,6 %) и 5 - 9 лет (22,0 %); среди различных

форм гипоспадией по встречаемости преобладают – НПДс ГС (51,1 %) и ФПс ГС (26,9 %).

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩИМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Меновищикова Л.Б., Захаров А.И., Складорова Т.А., Бетанов З.В.

*Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф.Исакова ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ, г. Москва*

Введение. Мегауретер – врожденная аномалия мочевых путей, характеризующаяся увеличением диаметра, расширением просвета и удлинением мочеточника и составляет 20-40% от всех диагнозов. С внедрением в медицинскую практику обязательного пренатального ультразвукового исследования плода выявляемость мегауретера повсеместно возросла, а необходимость поиска рациональных схем раннего лечения заболевания, начиная с периода новорожденности стала объективной реальностью. Вместе с тем многие вопросы, касающиеся протокола и сроков первичного исследования новорожденных с пренатально установленным мегауретером, проведения дифференциальной диагностики функциональных и органических обструкций на уровне пузырно-уретерального сегмента, выбора способа консервативного или хирургического лечения, остаются мало разрешенными.

Актуальность. В последние годы малоинвазивные методы лечения мегауретера рассматриваются как альтернатива длительной антибиотикотерапии и оперативным вмешательствам.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером путем эндоскопического стентирования мочеточников.

Материалы и методы. За период времени с февраля 2020 г по декабрь 2024 года на базе отделения урологии и отделения хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ им. Н.Ф. Филатова пролечено 170 детей с нерефлюксирующим мегауретером (104 мальчика и 66 девочек) в возрасте до 1 года.

Двусторонний мегауретер выявлен у 28 детей (16,5%), односторонний – у 142 (83,5%). Дети поступали в плановом порядке после антенатальной диагностики и сохраняющимся расширением мочеточника в постнатальном периоде. Причиной обследования у 54 пациентов (38%) являлись инфекционные осложнения. Эндоскопическое лечение у всех детей проводилось после достижения клинко-лабораторной ремиссии инфекционных осложнений. Показанием к внутреннему стентированию являлось выраженное расширение мочеточника на всем протяжении и дилатация чашечек, сопровождающиеся нарушением функции почки. Длительность стояния стента в среднем составляла 8 недель.

Результаты. Стентирование мочеточника выполнено 128 детям (75,3%). 42 (24,7%) детям в связи с незначительным расширением мочеточника в дистальном отделе без расширения чашечно-лоханочной системы, нормальной функцией почки по данным радиоизотопных методов исследования назначен курс консервативной терапии. В послеоперационном периоде внутреннее стентирование принесло положительный эффект у 120 детей (94%). В связи с неэффективностью эндоскопического лечения, сохранением расширения мочеточника, снижением функции почки оперативное лечение потребовалось 8 детям (6%). На наш взгляд, положительная динамика по клиническим результатам, купирование инфекционных осложнений, отсутствие признаков нарушения уродинамики со стороны верхних мочевых путей, нормальные темпы роста почки и отсутствие ухудшения почечной функции по данным радиоизотопных исследований позволяют оценить результат как положительный. Таким образом, мы можем считать, что эффективность лечения достигает 94%.

Вывод. Использование малоинвазивных методов лечения позволяет добиться стойкого положительного результата лечения нерефлюксирующего мегауретера у детей в 94% случаев. Отсутствие осложнений и случаев рецидива дают возможность рассматривать вышеприведенную методику как эффективную и сопоставимую по результатам с открытыми операциями.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТАЗОВОГО ДНА И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ПОМОЩЬЮ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ

Меновщикова Л.Б., Соттаева З.З., Джаватханова Р.И., Патрушева Е.А.

*Кафедра детской хирургии имени академика Ю.Ф.Исакова ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России г. Москва.*

Введение. Распространенность эвакуаторной дисфункции затрагивает от 17 до 22% детей. Из них у 32% имеется дисфункциональное мочеиспускание, которое проявляется затруднениями во время микции из-за неспособности наружного сфинктера уретры и мышц тазового дна расслабиться должным образом. Как следствие, данное состояние может сопровождаться недержанием мочи, присоединением инфекционных осложнений, с формированием пузырно-зависимых форм мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) с исходом в хроническую болезнь почек и хроническую почечную недостаточность.

В настоящее время нет разработанных протоколов диагностики и лечения детей с эвакуаторными расстройствами. Многие клиники не имеют достаточного оснащения дорогостоящим оборудованием для обследования данной группы больных, что требует поиска наиболее доступных и простых в исполнении методов исследования. В настоящее время накопилось достаточное количество работ, подтверждающих диагностическую значимость трансперинеальной сонографии в диагностике микционных дисфункций у взрослых, поэтому мы решили применить данную методику и у детей.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения детей с эвакуаторными расстройствами мочеиспускания, обусловленных нарушением функции мышц тазового дна.

Материалы и методы. В исследование включены дети с эвакуаторными нарушениями тазовых органов, которые наблюдались в ДКГБ им.Н.Ф.Филатова, г. Москва, 2018-2023г. Критериями включения являлись пациенты в возрасте от 4 до 18 лет, с признаками дисфункционального мочеиспускания (n=56). Контрольную группу составили дети, не предъявляющие жалоб на затрудненное мочеиспускание (n=60). Всем детям проводилась трансперинеальная сонография для оценки состояния тазового дна, трехкратная урофлоуметрия с определением остаточной мочи и электромиографией мышц промежности (ЭМГ).

Результаты. У детей контрольной группы $n=60$ (без признаков эвакуаторных нарушений органов малого таза) задний уретро-везикальный угол в покое составил $103,7$ градуса. В момент пробы с удержанием мочи задний уретро-везикальный угол уменьшался на 12 ± 3 градусов, уретра удлинялась и отклонялась к крестцу. При натуживании задний уретро-везикальный угол напротив, увеличился в пределах 10 ± 3 градусов, а уретра укорачивалась и отклонялась к лону. Всем детям данной группы проводилась трехкратная урофлоуметрия с определением остаточной мочи и ЭМГ. Все показатели были в пределах нормы. У 53 детей исследуемой группы независимо от пола и возраста задний уретровезикальный угол в покое составил $114,9 \pm 5$ градусов. Во время проведения пробы с удержанием, движения практически отсутствовали, уретровезикальный угол в среднем составил 115 ± 7 градусов. При проведении пробы с натуживанием отмечались минимальные движения мышц тазового дна, значение угла составило $117,5 \pm 7$ градусов, уретра укорачивалась, отклонялась к лону, угол увеличивался. Данные изменения расценивались нами как парадоксальные движение мышц тазового дна. По данным трехкратно проведенной урофлоуметрии у 32 детей из исследуемой группы выявлено снижение объемной скорости мочеиспускания в среднем на $37 \pm 12\%$, с наличием остаточной мочи около 30% . У 45 детей выявлено мочеиспускание типа «стакато» или прерывистое мочеиспускание, при этом у 43 на ЭМГ-кривой во время мочеиспускания отмечалось повышение активности мышц тазового дна.

Вывод. Трансперинеальная сонография является простым, доступным, недорогим методом для определения парадоксальных движений мышц тазового дна и коррелирует с результатами, полученными при помощи урофлоуметрии в сочетании с электромиографией мышц промежности. Данный метод может быть предложен в качестве способа выявления патологии мышц тазового дна у детей.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Напольников Ф.К., Яцык С.П., Комиссаров М.И., Жарков Д.А., Воронина Е.А.

Детский клинический Центр им. Л.М. Рошаля, Красногорск, Россия

*Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И.
Пирогова, Москва, Россия
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия*

Введение. Хирургия первичного обструктивного мегауретера у грудных детей – «открытый» вопрос в детской урологии. «Золотым стандартом» является неомплантация мочеточника. Однако пересадка расширенного мочеточника в мочевой пузырь малого объема имеет технические трудности в грудном возрасте. Наложение уретрокутанеостом, стентирование мочеточника, нефростомия как временные методы дренирования имеют свои недостатки.

Материалы и методы: Проанализировано 79 детей с первичным обструктивным мегауретером. Показанием к малоинвазивному вмешательству являлся мегауретер 2-й и 3-й ст., вмешательство проводилось в рентгенхирургической операционной. Проводилась цистоскопия, катетеризация мочеточника и ретроградное контрастирование. В устье мочеточника по струне устанавливался катетер с баллонным наконечником с нагнетанием в него контрастного вещества до давления 0,5 атм, проводилась экспозиция его в раздутом состоянии. После удаления катетера с баллоном устанавливался стент для дренирования и протекции в зоне дилатации сроком от 6 до 8 недель с проведением антибактериальной терапии.

Результаты. Адекватной деривации мочи из верхних мочевых путей удалось достичь у 63 (79,7%) пациентов, в 16 случаях сохранялись признаки умеренной обструкции.

Заключение. Баллонная дилатация уретерovesикального сегмента при первичном обструктивном мегауретере у грудных детей имеет высокую эффективность и малую травматичность и может быть методом выбора дренирования верхних мочевых путей.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ВИДОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Низамов И.У., Маматкулов И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Улучшение качества анестезиологического обеспечения при эндоурологических операциях у детей.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов исследования эффективности анестезии у 137 детей при эндоурологических операциях в возрасте от 1 года до 14 лет, оперированных в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от методики проводимой анестезии. 1-я группа (79 детей) КОА. 2-я группа (58 детей) КИА (Комбинированная ингаляционная анестезия).

Методы исследования: пульсоксиметрическое исследование, мониторинг концентрации углекислого газа в конце выдоха, метод трансторакальной эхокардиографии, исследование биоэлектрической активности головного мозга, исследование активности гормонов стресса в крови.

Результаты. Результаты ЭЭГ исследований свидетельствуют об отсутствии глубокого торможения биоэлектрической активности коры головного мозга, чем можно объяснить быстрое и полное восстановление нейропсихического статуса после завершения операции. Отмечено, что при проведении различных вариантов комбинированной анестезии, течение хирургических вмешательств характеризуются отсутствием значительных сдвигов со стороны основных жизненно важных функций и метаболизма детского организма. После окончания операции и анестезии, прекращается их стрессовое воздействие на организм оперируемого и жизненно-важные функции начинают адаптироваться к новым условиям, созданным хирургической коррекцией.

Заключение. Комбинированная анестезия кетамина в сочетании с пропофолом в индукционной дозе $3,2 \pm 1,2$ мг/кг и поддержанием в дозе $4 \pm 0,5$ мг/кг/час обеспечивает эффективную защиту детского организма от операционной травмы при эндоурологических операциях. Комбинированная анестезия кетамина в сочетании с пропофолом оказывает минимальное воздействие на состояние гемодинамики и БЭА головного мозга, что характеризуется тенденцией к снижению ЧСС и УПС на 3-5%. Анестезиологическое пособие с использованием кетамина в сочетании пропофолом позволяет сохранить самостоятельное дыхание во время хирургического вмешательства. Пропофол обладает всеми качествами, близкими к "идеальному"

внутривенному анестетику-быстрое наступление медикаментозного сна, хорошая управляемость анестезией, гладкий выход из анестезии, минимум посленаркозных осложнений.

GIPOSPADIYA KASALLIGINING BOLALARDA KLINIK XUSUSIYATLARI

Nematjonov F.Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Kirish. Gipospadiya – siydik chiqarish yoʻlining notoʻgʻri joylashuvi bilan tavsiflanadigan tugʻma anomaliya boʻlib, oʻgʻil bolalar orasida keng tarqalgan rivojlanish nuqsonlaridan biridir. Genetik, gormonal va ekologik omillar taʼsiri natijasida embrional rivojlanish jarayonida siydik yoʻlining distal qismi notoʻgʻri shakllanishi natijasida kelib chiqadi. Gipospadiyaning klinik xususiyatlari va uni davolash usullari zamonaviy bolalar urologiyaning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Epidemiologik tadqiqotlarga koʻra, gipospadiyaning tarqalish darajasi turli mintaqalarda farqlanib, mamlakatlarda gipospadiya uchrash darajasi boʻyicha maʼlumotlar cheklangan va mavjud tadqiqotlar natijalari turlicha. Mamlakatlar oʻrtasidagi farqlar genetik, ekologik va ijtimoiy omillar bilan bogʻliq boʻlishi mumkin. Gipospadiya uchrash darajasini yaxshiroq tushunish uchun mamlakatlarida keng qamrovli epidemiologik tadqiqotlar oʻtkazilishini talab etadi. Yevropada gipospadiya uchrash darajasi 5-15/10 000 tugʻilgan chaqaloqqa, AQSh da 10-20/10 000 tugʻilgan chaqaloqqa, Janubi-Sharqiy Osiyoda, bu koʻrsatkich har 500-1000 chaqaloqqa, Oʻzbekiston hududida esa soʻnggi epidemiologik maʼlumotlarga koʻra, bu kasallik har 400-600 tugʻilgan chaqaloqqa 1 tadan toʻgʻri kelmoqda.

Gipospadiya xastaligi klinik jihatdan siydik chiqarish yoʻlining ektopik joylashuvi, jinsiy olatning fibrotik deformatsiyasi, siydik chiqarish jarayonining buzilishi, kosmetik va psixoseksual muammolar kabi belgilar bilan namoyon boʻladi. Xozirgi kunda xastalikni bir qancha tasniflari mavjud boʻlib, aynan shu tasniflar orasida A.Hadidi tomonidan ilgari surilayotgan tasnif dolzarb xisoblanadi. Professor Ahmad Hadidi gipospadiyani tasniflashda anʼanaviy yondashuvlarni takomillashtirishga hissa qoʻshgan. Uning tasnifi siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi joylashuvi, jinsiy olatning egriligi va boshqa anatomik xususiyatlarni

hisobga oladi. Bu tasnif gipospadiyaning turli shakllarini aniqroq aniqlash va davolash usullarini tanlashda yordam beradi. Hadidi tasnifi quyidagi omillarni o'z ichiga oladi:

1. Meatusning joylashuvi	2. Jinsiy olatning egriligi	3. Jinsiy olat boshchasi shakli	4. Uretral plastinka kengligi	5. Jinsiy olatning rotatsiyasi	6. Skrotal transpozitsiya
A.Distal	A.Yengil	A.Cleft glans	A.Tor	A. Yo'q	A.Yo'q
B.O'rta	B.O'rtacha	B.Incomplete cleft glans	B.O'rtacha	A. Yengil	B.Yengil
C.Proksimal	C.Og'ir	C.Flat glans	C.Keng	B. Og'ir	C.Og'ir

Gipospadiyaning tashxislanishi chaqaloq tug'ilgandan so'ng pediatr va bolalar urologi tomonidan amalga oshirilib, klinik tekshiruv, anamnez yig'ish, ultratovush tekshiruvi, uretrosistoskopiya, genetik va gormonal testlar, magnet-rezonans tomografiya kabi bosqichlardan iborat. Gipospadiyaning davolash usullari jarrohlik muolajalariga asoslangan bo'lib, u bolaning siydik chiqarish funksiyasini tiklash, kosmetik tuzatish va kelajakdagi jinsiy salomatligini yaxshilashni maqsad qiladi.

Xulosa. Gipospadiya – tug'ma anomaliya bo'lib, erta tashxis va muolaja muhim ahamiyatga ega. Zamonaviy jarrohlik usullari yordamida gipospadiyaning korreksiyasi muvaffaqiyatli amalga oshirilmoqda. Kelajakda prenatal diagnostika va genetik tadqiqotlar ushbu patologiyaing oldini olish va uni yanada samarali davolash imkoniyatlarini kengaytirishga xizmat qiladi.

BOLALARDA TUG'MA GIDRONEFROZNI JARROHLIK KORREKSIYASIDA SIYDIK NAYINI STENTLASH VA PIYELOSTOMA NAYCHALASHNI O'ZARO TAQQOSLASH

Otamurodov F.A., Raxmonov S.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali. O'zbekiston.

Кириш. Болаларда гидронефротик трансформация сабабларидан бири бу пиелоуретерал сегемент соҳасидаги обструкция ҳисобланади. Бунда Материал ва текшириш усуллари. Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2010 -2024 йиллар мобайнида 138 нафар ёши 1 ёшдан 18 ёшгача болаларда туғма гидронефроз ташхиси қўйилган ва шу бўйича оператив муолажа ўтказилган. Қиз болалар 42 нафар (30,4 %), ўғил болалар 96 нафар (69,6%) ташкил қилган. Барча беморларга стационар шароитида сийдикнинг умумий лаборатор таҳлиллари, буйрак ва сийдик йўллари УТТ текшируви экскретор урография, цистограмма кўрсатма асосида МСКТ ўтказилган.

Муҳокама ва натижалар. Гидронефроз ўнг томонлама – 55 нафар (39,8 %), чап томонлама 75 нафар (54,3 %), икки томонлама 8 нафар (5,8 %)ни ташкил қилади. Гидронефроз даражасига кўра 2-даражали 41 нафар (29,7 %), 3-даражали 78 нафар (56,5%), 4-даражали 19 нафар (13,7 %) беморда аниқланган.

Оператив даво муолажаларини ўтказишда асосий эътибор гидронефротик трансформациянинг даражаси инобатга олинди. Барча беморлар реконструктив коррекцияловчи пиелопластика оператив муолажаси ўтказилди. Операциядан кейинги даври сийдик йўллари найчалаш усулига кўра 2 гуруҳга ажратилди.

I гуруҳ 42 нафар бемор болалар ПУС буйрак-қовуқ стенти билан (Ch№ 4,5 узунлиги 12-28 см) интубация қилинган болалар кирди.

II гуруҳга 77 нафар бемор болалар ПУСни Ch №6-8 интубацион найча билан найчаланган болалар кирди. Буйрак-жом ҳажми, қўшимча шикастланиши, гематома ривожланиш хавфини инобатга олиб нефростома ўрнатилмади. Стент ўрнатилган бемор болаларга қайта рефлюкс ҳолатининг олдини олиш учун 6-9 кун давомида Фолей уретрал катетери ўрнатилди. Буйрак-қовуқ стенти 1 ойдан 3 ойгача муддат давомида сақланди ва эндоскопик йўл билан олиб ташланди.

Ўтказилган оператив даводан сўнг 5-6 кунлардан бошлаб, 9-12 кунларда антеград пиелографиядан сўнг интубатор олинди.

Операциядан кейинги даврида ҳар иккала гуруҳга ҳам антибактериал даво инфузион терапия муолажалари ўтказилди.

I гуруҳдаги болаларда 8 нафар (19,5%) беморда операциядан кейинги эрта даврида тана ҳароратининг кўтарилиши, бел соҳасида оғриқ белгисининг кучайиши

кузатилган. 3 ёшгача бўлган бемор болаларнинг 6 нафарида (14,6 %) уретрал катетер олингандан сўнг пиелонефрит қўзғалиши кузатилган. Бунинг сабаби ёш болаларда қовуқнинг нейроген мушак дисфункцияси тўлиқ етилмаганлиги билан боғлиқ ҳолда баҳоладик. Чунки катта ёшли болаларда бу ҳолат кузатилмади.

II гуруҳ беморларда 6 нафар (7,8 %) ҳолатда интубатор найча олингандан сўнг дастлабки 1 ой ичида тана ҳароратининг кўтарилиши қайта гидронефроз ривожланиш кўринишида намоён бўлди. 2 нафар (2,5 %) ҳолатда рестеноз бартараф қилинди, 4 нафар (5,1%) ҳолатда пиокаликагидронефроз сабабли нефроэктомия бажарилди.

Операциядан кейинги даврида барча беморлар 6 ой доимий назорат қилинди, ҳар ойда УТТ ва умумий сийдик таҳлиллари ўтказилган, қайта экскретор урография 6 ойдан сўнг ўтказилди.

Хулоса. Гидронефротик трансформация туфайли жарроҳлик коррекцияси ўтказилган беморларда юқоридаги усулларда олинган натижалар шуни кўрсатдики, сийдик найини стентлаш 95,1%, пиелостом найчалаш усули 96,6% ижобий натижага олиб келди. бу эса ўз навбатида оператив муолажа ўтказилган беморларни катамнестик кузатув асосида хулоса шундан иборат, пиелостом найчалаш усули самаралироқ эканлигини кўрсатди.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Отамурадов Ф.А.¹, Нурмаматов Д.С.², Қиличева Г.Ж.³

¹Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

²Кашкадарьинский областной детский многопрофильный медицинский центр

³Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Современная хирургическая коррекция гипоспадии продолжает оставаться актуальной проблемой в урологии. Несмотря на существование более 300 оперативных методик, уровень послеоперационных осложнений, по данным международных и национальных исследований, сохраняется на уровне свыше 50%. Многообразие анатомических вариантов порока в сочетании с ограниченностью пластических ресурсов создают существенные сложности в выборе оптимальной хирургической тактики. Отсутствие

универсального подхода, гарантирующего полное устранение дефекта, подчеркивает необходимость совершенствования существующих техник.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 191 пациента с гипоспадией в возрасте от 1 до 18 лет за период с 2016 по 2023 годы. В исследование включены мальчики с дистальными формами данного порока, которые проходили обследование и лечение в отделении урогинекологии Кашкадарьинского областного детского многопрофильного медицинского центра Республики Узбекистан.

В зависимости от примененной хирургической методики пациенты были распределены на три группы: 1-я группа (n=77; 40,31%) – пациенты, которым выполнена уретропластика по методике Дюплея (Duplay); 2-я группа (n=58; 30,36%) – пациенты, прооперированные с применением метода TIP (Tubularized Incised Plate); 3-я группа (n=56; 29,31%) – пациенты, которым выполнена операция по модифицированному методу TIP (TIP-M), разработанному авторами исследования (патент Министерства юстиции Республики Узбекистан “Способ неоуретропластики при дистальной форме гипоспадии у детей” UZ IAP 7701 от 16.05.2024).

Возрастная структура пациентов была следующей: от 13 до 18 месяцев – 4 ребенка (2,09%), от 19 до 24 месяцев – 7 детей (3,66%), от 25 до 30 месяцев – 14 пациентов (7,32%), от 31 до 36 месяцев – 12 детей (6,28%). Основную группу составили пациенты старше 36 месяцев – 154 человека (80,62%).

Предоперационное обследование проводилось в соответствии со стандартными протоколами подготовки к плановым хирургическим вмешательствам. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялись уродинамические исследования и ретроградная уретрография.

Результаты. Оценка эффективности уретропластики проводилась на основании данных урофлоуметрии и ретроградной уретрографии в раннем (через 1 и 6 месяцев) и отдаленном (через 1 год) послеоперационных периодах. Пациенты, у которых развивались послеоперационные осложнения, проходили уродинамическое обследование только после их устранения. По данным урофлоуметрии, максимальная скорость мочеиспускания во всех группах соответствовала нормативным показателям. Урологическое обследование проводилось через 1, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства (табл. 1).

Таблица 1

Значения максимальной скорости мочеиспускания, мл/с

Группа	Через 1 мес после операции	Через 6 мес после операции	Через 12 мес после операции
1-я группа	14,0 ± 2,0	13,0 ± 1,5	13,4 ± 1,1
2-я группа	13,4 ± 2,7	12,9 ± 4,3	12,4 ± 1,0
3-я группа	17,3 ± 4,7	16,0 ± 4,5	15,1 ± 2,3

Большинство осложнений развилось в течение первых 6 месяцев после операции. Среди них наиболее частыми были уретральные свищи, расхождение краев раны, стеноз неоуретры и меатостеноз.

Наибольшая частота осложнений отмечена в группе пациентов, которым выполнена уретропластика по методике Дюплея (1-я группа) – 33 случая (42,85%).

Во 2-й группе (метод TIP) осложнения зарегистрированы у 12 (20,68%) пациентов, при этом наиболее частым осложнением был свищ уретры.

Наилучшие результаты наблюдались в 3-й группе (метод TIP-M), где осложнения развились лишь у 5 пациентов (8,92%). Использование кожного лоскута из крайней плоти для увеличения ширины уретральной площадки и головки полового члена позволило избежать мобилизации тканей и нарушения кровоснабжения. Такой подход снижает вероятность послеоперационных осложнений, включая рубцевание и сужение мочеиспускательного канала, а также минимизирует риск расхождения швов и формирования уретральных свищей.

Заключение. Результаты клинического исследования свидетельствуют о высокой эффективности метода TIP-M при хирургической коррекции гипоспадии у детей. Данная методика отличается простотой выполнения, высокой функциональной результативностью и низкой частотой осложнений. При соблюдении хирургических стандартов и тщательной предоперационной подготовке модифицированная уретропластика по методу TIP-M демонстрирует отличные долгосрочные результаты и минимальный риск неблагоприятных исходов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

Пепеляева И.М., Коварский С.Л., Захаров А.И., Струянский К.А., Текотов А.Н.

Введение. Несмотря на большое количество предложенных методик уретропластики, при проксимальных формах гипоспадии процент осложнений до сих пор остается достаточно высоким, достигает 20-50%. Не определена наиболее оптимальная оперативная тактика, нет критериев выбора применения одномоментных или этапных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Целью исследования являлось проведение сравнительного анализа послеоперационных осложнений при одномоментных и двухэтапных оперативных вмешательствах у детей с проксимальными формами гипоспадии.

Материал и методы. В исследование включены дети с проксимальными формами гипоспадии, которым проводилась уретропластика с 2015 по 2023 годы. В первую группу (N=51) включены дети, оперированные одномоментным способом по методу onlay-tube, во вторую группу (N=37) – дети, оперированные двухэтапным способом по методике Бракка.

Результаты. Мы анализировали осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде, проводили функциональную оценку мочеиспускания при помощи урофлоуметрии и оценку косметического результата с применением опросников. Осложнения при одномоментных пластиках составили 52,9% (27 случаев), чаще отмечались свищи (37,3%) и стенозы (23,5%) в проксимальном отделе анастомоза. Эти осложнения требовали проведения сложной реконструктивной операции. При двухэтапных вмешательствах общая частота осложнений составила 37,8% (14 случаев), преобладающими являлись дистальные свищи уретры в области венечной борозды (15,4%). Также у двух детей (5,4%) отметили специфическое грозное осложнение – грубое рубцевание уретральной площадки, что потребовало повторного проведения первого этапа операции. Статистически значимых различий между группами не выявлено ($p = 0,455$). При оценке средних и максимальных скоростей потока мочи статистически значимых различий между группами также не выявлено. При оценке косметического результата в группе операции Бракка отмечался значимо лучший результат.

Выводы. При оценке послеоперационных осложнений в группе операции Бракка отмечены клинически лучшие результаты, хотя статистически значимых различий между группами не выявлено. По нашим данным двухэтапная операция Бракка имеет больше преимуществ и должна применяться при проксимальных формах гипоспадии.

НАШ ОПЫТ ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ

Пунсуков К.Д., Дондоков Б.М., Цыренов З.Д.

ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ, г. Улан-Удэ, Россия

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

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

Материалы и методы. На базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РБ в период с апреля 2023 г. по январь 2025 г. с использованием везикоскопического доступа оперировано 6 мальчиков и 5 девочек по поводу первичного обструктивного мегауретера. Возраст — от 1,6 до 7-ми лет.

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

Результаты. Все операции выполнены по плану без необходимости в конверсии. Средняя продолжительность составила $146,2 \pm 20,0$ мин. (в диапазоне от 130 мин до 160 мин). Послеоперационный период в стационаре – от 8 до 10 суток. Осложнений не наблюдалось.

Во всех случаях отмечалось значимое уменьшение степени расширения верхних мочевых путей по данным контрольного УЗИ и экскреторной урографии в сроки от 3 до 6 месяцев

после вмешательства. Микционная цистография не зафиксировала пузырно-мочеточникового рефлюкса у троих пациентов, которым она выполнена. Ни в одном случае после операции не наблюдалось инфекции мочевых путей.

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

ОСОБЕННОСТИ АНОМАЛИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

*Саидова Н.О., Арзиева Г. Б.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан*

Введение. Пороки развития репродуктивных органов – это полиэтиологические пороки, связанные с хромосомными и генными мутациями, тератогенным воздействием различных экзогенных и эндогенных факторов на плод, а также гормональными нарушениями в период органогенеза (Б.Б. Негмаджанов, Д. Каримова, Г.Т. Раббимова, 2018). Пороки развития половых органов у девочек составляют 14% всех врожденных пороков и 3–7% гинекологических заболеваний у девочек и подростков (Адамян Л.В., Сибирская Е.В., 2023). большинстве случаев аномалии развития матки и влагалища сопровождаются пороками развития мочевыводящих

путей. Поэтому анализ клинических ситуаций, связанных с сочетанными урогенитальными заболеваниями у девочек, является актуальным и имеет практическое значение (Ю. Чеботарев, Г.М. Летифов, 2021). Анализы ученых показывают, что браки между родственниками передают моногенные или доминантные мутации по наследству, и в зависимости от типа порока репродуктивных органов встречаются аномалии развития мезонефральных и парамезонефральных каналов (Косимова Ф.О., 2018; Acién P., 2016; Naxal R.S., 2019). Браки между родственниками, особенно близкородственные, являются наследственным фактором в развитии врожденных пороков репродуктивных органов (Behunova J., 2018; Layman L.C., 2020; Montgomery G.W., 2022). Аномалии матки встречаются у 1 из 1000 девочек-подростков и выявляются в перинатальном периоде, кроме того, этот показатель составляет 3,2% среди женщин репродуктивного возраста (Адамян Л.В., 2016; Рофиева Х.Ш., 2018).

Методы исследования. Методологическую основу исследования составили следующие подходы:

1. Ретроспективный анализ: были собраны и проанализированы архивные данные родильных домов и гинекологических отделений южных областей Узбекистана за 2020–2025 годы. Эти данные позволили изучить различные формы гинекологических пороков у девочек.
2. Проспективное наблюдение: в ходе исследования проводился мониторинг здоровья 1200 девочек в возрасте от 6 до 18 лет, проживающих в данном регионе. Обнаруженные у них репродуктивные аномалии подтверждались различными диагностическими методами.
3. Инструментальная диагностика: с помощью современных ультразвуковых аппаратов выявлялись пороки развития репродуктивных органов и изучались их анатомические особенности. Пациенты были разделены на две группы:
 - 1 группа – 20 пациенток с выявленным синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера.
 - 2 группа – 20 здоровых женщин.

Возраст пациенток варьировал от 14 до 19 лет, в среднем – 14,7 лет. Из них 15 (37,5%) проживали в сельской местности, 25 (62,5%) – в городе.

4. Анализ социальных факторов: посредством анкетирования и интервью изучался образ жизни населения и уровень осведомленности о гинекологическом здоровье.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты: 1. Частота врожденных дефектов: В южных областях Узбекистана частота пороков развития репродуктивных органов на 20-25% выше по сравнению с другими регионами. Наиболее часто встречающийся дефект — синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера. 2. Воздействие экологических факторов: Низкое качество питьевой воды и промышленные выбросы в регионе негативно сказываются на развитии плода. Высокая концентрация тяжелых металлов в воде и почве была выявлена как фактор, усугубляющий репродуктивные проблемы. 3. Генетические факторы: Частые браки между близкими родственниками способствуют увеличению генетических заболеваний. В 35% обследованных семей было выявлено хотя бы одно генетическое заболевание. 4. Социальные проблемы: Недостаток информации о репродуктивном здоровье и задержка в обращении к специалистам со стороны родителей и девочек. В семьях с низким уровнем образования чаще всего игнорируются гинекологические проблемы. 5. Лечение и профилактика: Недостаток специалистов и современных диагностических средств приводит к низкой эффективности лечения. Программы профилактики еще не внедрены в практику.

Заключение. Таким образом, высокая частота нарушений репродуктивной системы в южных областях Узбекистана требует особого внимания к гинекологическому здоровью женщин в этом регионе. Эта проблема влияет не только на личное здоровье, но и на демографическое состояние общества в целом, а также на экономическую стабильность. Необходимо минимизировать негативное влияние экологических и генетических факторов, модернизировать систему здравоохранения и активно работать в этих направлениях. В первую очередь, необходимо уменьшить экологические риски. Снижение негативного воздействия промышленных выбросов, улучшение качества питьевой воды и укрепление системы экологического мониторинга помогут устранить основные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РОБОТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ

DA VINCI XI В ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

*Сизонов В.В.^{1,2}, Макаров А.Г.¹, Пирогов А.В.¹, Пакус С.М.³,
Кварацхелия Д.Г.¹, Пискунова С.Г.¹.*

¹ ГБУ РО «Областная детская клиническая больница» г. Ростов-на-Дону.

² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Ростов-на-Дону.

³ ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону. Россия.

Введение. Робот-ассистированные вмешательства стремительно замещают традиционные подходы в детской хирургии, особенно в детской урологии. Роботическая пиелопластика наиболее частое хирургическое вмешательство, выполняемое с использованием платформы da Vinci у детей. Нами освоен первый опыт выполнения роботических операций с использованием системы da Vinci Xi, который положен в основу настоящего сообщения.

Цель работы. Анализ приобретенного опыта использования роботической платформы da Vinci Xi в Областной детской клинической больнице г. Ростов-на-Дону.

Материалы и методы: В период с июля 2024 по февраль 2025 года в нашей клинике выполнено 30 роботизированных оперативных вмешательств: 21 (70%) – по поводу обструкции пиелоуретерального сегмента (расчленяющая пиелопластика), 4 (14%) – по поводу обструкции дистального отдела мочеточника (экстравезикальная поперечная реимплантация мочеточника по Бондаренко), 3 (10%) – по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса (везикоскопическая модификация операции Бишофа, везикоскопическая реимплантация мочеточника по Козну, экстравезикальная поперечная реимплантация мочеточника по Бондаренко), 1 (3%) – по поводу дивертикула мочевого пузыря (экстравезикальная дивертикулэктомия), 1 (3%) – по поводу кисты селезенки (фенестрация кисты селезенки). В исследуемой серии 19 (64%) мальчиков и 11 (36%) девочек. Средний рост пациентов составил $130 \pm 21,9$ см. Средняя масса тела – $28,5 \pm 13,6$ кг.

Результаты. Конверсий не было. Общее время первого оперативного вмешательства составило 195 минут. В настоящий момент оно сократилось до $150 \pm 31,9$ минут. «Докинг» в первом случае занял 60 минут, в конце описываемой серии – $22 \pm 7,7$ минут. Консольное время первой операции (пиелопластики) - 150 минут,

продолжительность последних в серии пиелопластик сократилось и составляет менее часа.

Выводы. Анализ первого опыта использования роботической платформы da Vinci раскрывает основное ее преимущество по сравнению с лапароскопической хирургией в виде сохранения оптимального физического состояния хирурга на протяжении всей операции, которое позволяет работать максимально прецизионно, избегая компромисса между желаемым качеством выполнения интракорпоральных манипуляций и реально достигаемым результатом на фоне усталости хирурга в конце хирургического вмешательства.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИЙ СНОДГРасса ПРИ ПЕРЕДНИХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Султанов А.К., Рахматуллаев А.А., Марданов М.М.

*Республиканский Научно-практический Специализированный Медицинский Центр
Педиатрии. г.Ташкент, Узбекистан.*

Введение. В настоящее время нет единого мнения хирургического лечения передних форм гипоспадии у детей. Но все методики хирургического лечения гипоспадии направлены к улучшению уродинамики уретры и косметического эффекта, а также предупреждению различных осложнений.

Цель. Оценить результаты хирургического лечения по методике Снодграсса при передних формах гипоспадии у детей.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены все пациенты, в возрасте от 6 мес. до 8 лет, которым выполнялась хирургическая коррекция передних форм гипоспадий по методике Снодграсса в Центре Педиатрии за период с 2018 по 2023гг. Всего оперировано 52 пациента.

Пациенты были поделены на 2 группы с вентральным искривлением до 20 градусов и без искривления, а также по видам на головчатую, венечную и дистально стволовую (Рис.1).

Результаты. У детей оперированных от общего числа больных по методике Снодграсс с венечной формой отмечались осложнения в виде стенозов неомеатуса (4) 7,7%; кожно-уретрального свища в (1) 1,9%;

- дистально стволовой формой гипоспадии отмечались осложнения в виде стенозов неомеатуса (12)23%; кожно-уретрального свища в (3)5,8%; дивертикула уретры до (1)1,9%.

А если же всчитать осложнения по формам гипоспадий, оперированных по данной методике, отмечались осложнения в виде стенозов неомеатуса (4) 26,6%; кожно-уретрального свища в (1) 6,6%;

- дистально стволовой формой гипоспадии отмечались осложнения в виде стенозов неомеатуса (12)57%; кожно-уретрального свища в (3)14,2%; дивертикула уретры до (1)4,8%.

Закключение. Осложнения уретропластики по Снодграсс у детей при гипоспадии с вентральным искривлением в виде меатостеноза и вследствие этого кожно-уретральные свищи, а также дивертикул уретры, требует проведения повторных операций. Но при этом при гипоспадиях без искривления осложнений не выявлено. Вышеуказанное требует пересмотра отношения к методу операции по Снодграссу и к новым поискам решения улучшения оперативных результатов.

ЗНАЧЕНИЕ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Тилляшайхов М.Н.¹, Хаккулов Э.Б.², Алимов Ж.У.³, Халтурсунов Д.Ш.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентская многопрофильная больница. Ташкент, Узбекистан.

³Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан

Введение. Рефлюксирующие уретерогидронефрозы представляют собой одну из основных проблем детской урологии. Врожденная аномалия мочеточника встречается в 2–3% образцов аутопсического материала. Среди них – удвоенный мочеточник, обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, чаще диагностируемая у мальчиков. В 20% случаев имеет место двустороннее поражение. Одним из ведущих условий выбора оперативного режима при уретерогидронефрозе у детей является определение морфологического состояния отделов аппарата, условия проведения оперативной коррекции или удаления.

Цель работы: Определение характера значимости сканирующей электронной микроскопии патоморфологических изменений мочеточника для выбора тактики хирургического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Материалы и методы. Изучены 22 образцов ткани из проксимальной и дистальной частей мочеточников при рефлюксирующих уретерогидронефрозах, полученных во время оперативного режима. Сканирующая электронная микроскопия на электронном микроскопе Hitachi S405A.

Результаты. Сканирующая электронная микроскопия является наиболее объективным методом измерения трехмерной структуры биологических объектов. При сканирующей электронной микроскопии дистальных отделов мочеточников у пациентов с рефлюксирующей формой уретерогидронефроза в толще стенки дистальной части мочеточника образуются большие лакуны, что приводит к скоплению в них экссудата. Просветы этой части мочеточников сужены. На поверхности заметно скопление клеток крови с доминированием эритроцитов, возникновение эрозированных участков эпителиальной выстилки. Многочисленные клетки крови и мигрирующие клетки соединительной ткани расположены в более развитых слоях стенки мочеточников, включая внутренний длинный и наружный циркулярный слой мышечной оболочки. При этом во внутренней части были расположены лакуны и прослойки соединительнотканых волокон. Установлено, что на просветной поверхности обеспечивается доминирование так называемых зонтичных клеток, которые перекрывают просветные поверхности более мелких эпителиоцитов уротелия. На поверхности также располагалось множество эритроцитов, причем у большинства из них возникли патологические формы: стоматоциты и эритроциты с гребнем в отличие от дискоцитов – эритроцитов двояковогнутой формы. В проксимальной части мочеточника при рефлюксной форме уретерогидронефроза определено расширение просветов мочеточников с более или менее ровной поверхностью, без эрозий и участка десквамации эпителия. В проксимальной части стенка мочеточника значительно истончается за счет всех слоев, особенно мышечной. В адвентициальной оболочке не возникали столь выраженных изменений.

Закключение. Проведенные морфологические исследования дистальных и проксимальных отделов мочеточников при рефлюксирующем уретерогидронефрозах с помощью сканирующей электронной микроскопии показывают отличительные различия на ультраструктурном уровне соответствующих отделов мочеточника при этих формах данного заболевания, что необходимо учитывать при выборе методов оперативного лечения пациентов с данным заболеванием.

ВРОЖДЕННЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ У ДЕТЕЙ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Эсембаев Б.И., Усеналиев И.Ш.,
Хасанахунов Т.А., Порожай В.Н.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики.*

Введение. Врожденный обструктивный уретерогидронефроз (ОУ) – частая патология мочевыводящих путей у детей, сопровождающаяся нарушением оттока мочи, расширением лоханки и мочеточника. Не своевременное коррекция которого, может привести необратимым осложнениям. Современные методы лечения включают консервативное лечение, эндоскопическую и хирургическую коррекцию.

Цель работы - оценить эффективность консервативного, эндоскопического и хирургического лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей.

Материал и методы. За период 2021–2023 гг. обследовано и пролечено 44 ребенка с ОУ в возрасте от 1 до 17 лет. В зависимости от клинической картины пациентам проводилось консервативное лечение, эндоскопическая коррекция или хирургическое вмешательство.

Результаты. Консервативное лечение применялось при умеренном расширении лоханки, когда ПЗР до 10–15 мм и при отсутствии значительных функциональных изменений. Эндоскопическая коррекция стентирование, баллонная дилатация использовалась при увеличении лоханки, когда ПЗР до 20–25 мм и сохранной паренхиме почки. Хирургическое лечение проводилось при выраженной дилатации мочеточника, когда ПЗР больше 25 мм, истончении паренхимы и нарушении показателей доплнрографии.

В результате лечения у большинства пациентов отмечено улучшение уродинамики, снижение частоты рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и восстановления функции почки.

Выводы. Консервативное лечение оправдано при функциональных формах ОУ с сохранной функцией почки. Эндоскопическая коррекция эффективна при умеренно выраженной обструкции. Хирургическое вмешательство необходимо при органическом характере обструкции. Комплексный подход к диагностике и лечению ОУ позволяет снизить риск развития хронической почечной недостаточности и улучшить прогноз заболевания.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С.¹, Маматкулов И.А.¹, Холиков А.А.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт

² Национальный Детский Медицинский Центр

Введение. Оценить эффективность анестезии с применением фентанила и пропофола при экстренных урологических операциях у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 34 детей в возрасте 3-14 лет при экстренных урологических операциях (камень мочеточников, острая задержка мочи, уретерогидронефроз). Пациенты были разделены на две группы: В первой группе больных анестезия осуществлялась применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (0,006 мг/кг). Во второй группе больных анестезия осуществлялась с применением фентанила (0,006 мг/кг), дроперидола (2,5 мг/кг).

Изучали клиническое течение анестезии с мониторингом показателей АДс, АДд, сатурации кислорода. На всех этапах анестезиологического обеспечения проведены исследования состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что показатели гемодинамики у детей первой группы характеризовались лабильностью с определенной тенденцией к повышению уровня: АДс – на 9,5%; АДд – на 12,5% чем от исходных данных детей второй группы. У пациентов 1 группы отмечено изменение

показателей центральной гемодинамики - повышение сердечного индекса (СИ) на 8%; уменьшение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) – на 11,2%. Однако, течение основного этапа наркоза у пациентов 1 группы характеризовалось относительным уменьшением АДс, купированное проведением гемодилюции. Данное состояние было выявлено у детей с продолжительным течением операции, травматичностью и относительной кровоточивостью. У больных первой группы наблюдался относительно быстрый выход из состояния наркоза характеризовался ранним пробуждением.

Выводы. Таким образом, пропофол в сочетании с фентанилом может являться препаратом выбора анестезиологической защиты при урологических операциях у детей. Полученные данные изменений показателей ЭхоКГ свидетельствуют об обеспечении эффективной анестезии с сохранением гемодинамической стабильности.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИДРОНЕФРОЗА

Юсупов А.С.¹, Маматкулов И.А.¹, Холиков А.А.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт

² Национальный Детский Медицинский Центр

Введение. В детском возрасте преобладают аномалии развития мочевой системы и воспалительные процессы в почках. Гидронефроз или гидронефротическая трансформация – заболевание, вызываемое нарушением оттока мочи из почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы органа с последующей его атрофией.

Цель работы. Оптимизация тактики анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении гидронефроза у детей.

Материал и методы. Комбинированная анестезия на основе фентанила и севофлурана применялся на всех этапах общей анестезии при урологических операциях у 28 больных в возрасте 3-14 лет. Продолжительность операций составила в

среднем 136.4 ± 0.9 мин. Для премедикации кетамин использовали внутримышечно в дозе $2,2 \pm 0,03$ мг/кг, в сочетании с сибазоном ($0,15 \pm 0,05$ мг/кг) и атропином ($0,01$ мг/кг). На этапе седации перед интубацией трахеи применяли фентанил $0,05$ мг/кг) и ингаляция севофлурана в дозе до $3,5$ об%. Поддержание общей анестезии осуществляли фракционным введением фентанила, в дозе, составляющей $1/2$ от основной и ингаляцией севофлурана в дозе $1,6$ об%. Миорелаксацию поддерживали ардуаном в расчетной дозе. Осуществлялся BIS мониторинг и в 3 стандартных отведения ЭКГ.

Результаты. При изучении BIS- мониторинга выявило замедление фоновой активности с $62-68$ до $70-74$. На фоне сочетанного действия фентанила и севофлурана происходило дальнейшее замедление биоэлектрической активности головного мозга до 57 . Интубация трахеи на фоне миорелаксации дитилином не сопровождалась существенными сдвигами показателей системы кровообращения: ЧСС после интубации $82,8 \pm 2,24$ в минуту, перед интубацией $80,8 \pm 2,16$ в минуту ($p > 0,05$), АД систолическое $134,6 \pm 3,9$ и $133,6 \pm 4,53$ мм рт. ст., АД диастолическое $86,8 \pm 2,60$ и $82,8 \pm 2,22$ мм рт. ст. соответственно ($p > 0,05$). Течение анестезии во всех случаях было стабильным. Осложнений при выведении больных из анестезии и случаев посленаркозной депрессии дыхания и сознания не отмечалось.

Выводы. Комбинированная анестезия на основе фентанила и севофлурана обеспечивает эффективное обезболивание при хирургическом лечении гидронефроза у детей.



NOTES



NOTES



NOTES