

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

© *И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, С.А. Сарычев, М.И. Комиссаров, И.Ю. Алешин, Н.В. Нестерова*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Актуальность работы обусловлена значительным спектром хирургической уроандрологической патологии у детей, необходимостью широкого внедрения современных технологий, позволяя снизить травматичность вмешательств, повысить их эффективность, снизить сроки пребывания пациента в стационаре.

Цель работы — повышение эффективности лечения детей с хирургической патологией урологического и репродуктивного характера путем использования современных малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2017 год в клинике детской урологии СПбГПМУ выполнено 4920 малоинвазивных вмешательств у 2288 детей в возрасте от 10 дней до 18 лет.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) выявлен у 1020 детей, в 462 случаях с 2 сторон, гидронефроз — у 177, обструктивный мегауретер — у 41, клапан задней уретры (КЗУ) — у 52, уретероцеле — у 91, спинальный нейрогенный мочевой пузырь (СНМП) — у 93, ахалазия мочеточника — у 90, конкременты почек — у 22, варикоцеле — у 702 детей.

При ПМР I–V степеней у 1020 детей с 1482 рефлюксирующими мочеточниками выполнено 3339 эндоскопических операций, направленных на формирование адекватного гидродинамического механизма уретерovesикальной зоны (ЭЛПМР), для чего детям под интрамуральный отдел мочеточника инъекционно установлен стабильный имплант. В 1028 случаях эндоскопическое лечение выполнено одновременно с 2 сторон. При гидронефрозе 2–3-й стадий у 177 детей выполнена баллонная дилатация высокого давления (БДВД) стриктуры пиелоуретрального сегмента с последующим стентированием мочеточника, в 4 случаях этапно с 2 сторон. При обструктивном мегауретере у 41 пациента

выполнена БДВД стриктуры нижней трети мочеточника, в 2 случаях одновременно с 2 сторон. В 3 случаях использован режущий баллон высокого давления. При КЗУ у 52 детей выполнено лазерное разрушение створок клапана с одновременным ЭЛПМР в большинстве случаев. Эндоскопическое рассечение уретероцеле выполнено 91 пациенту, для чего были использованы лазер или эндоскопические ножницы. При наличии ПМР в контралатеральный или основной удвоенный мочеточник одновременно выполняли ЭЛПМР. Ботулинотерапия детрузора (БТТ) при СНМП выполнена у 93 детей с редукцией емкости мочевого пузыря, дезадаптацией детрузора, мочевой инконтиненцией, резистентных к пероральной холинолитической терапии. Стентирование мочеточника при ахалазии мочеточника проведено у 90 пациентов, в 60 случаях — повторно или этапно, всего установка стента проведена 904 раза при состояниях, требующих дренирования верхних мочевых путей. При камнях верхних мочевых путей у 22 пациентов выполнено 27 процедур нефролитолапаксии. Рентгенхирургическое лечение варикоцеле выполнено у 702 больных в возрасте от 4 до 18 лет. Проведена постановка внутрисосудистых окклюдеров в бассейн левой семенной вены у 698 детей, в бассейн правой семенной вены — у 4 детей.

Результаты. Для устранения рефлюкса в 1482 мочеточниках ЭЛПМР было выполнено повторно или трехкратно 1849 раз. Нефроуретерэктомия выполнена в 25 случаях при полной потере функции почки или нарастании ренальной гипертензии.

БДВД при гидронефрозе у 177 детей была эффективна в 5 случаях, у 107 детей положительный эффект был незначительным, в 65 случаях эффект отсутствовал. Длительность нахождения на стенте была от 1 до

4 месяцев. Высокая эффективность БДВД при обструктивном мегауретере отмечена в 31 из 43 мочеточников, что составило 72 % положительных исходов. Длительность стентирования после БДВД составила от 1 до 15 месяцев. Нормализация мочеиспускания при КЗУ после первой лазерной абляции клапана получена у 48 детей, в 4 случаях были необходимы повторные абляции. Длительность катетеризации после вмешательства была от 11 до 40 суток. Рассечение уретероцеле было эффективным у 88 детей. В 3 случаях операция проведена повторно. ПМР в дальнейшем был диагностирован у 15 детей (13,6 %), по поводу чего 12 пациентам выполнено ЭППМР, в 3 случаях — геминефроуретерэктомия. После БТТ при СНМП у 93 детей отмечено значительное увеличение емкости мочевого пузыря, улучшение показателей растяжимости стенки и улучшение удержания мочи. Этапные операции проведены 194 раза, до 7 раз у одного пациента, с интервалом 6–12 месяцев.

Стентирование мочеточника у 90 пациентов в 88 случаях явилось подготовкой к оперативному лечению, 2 ребенка с тотальной ахалазией получают постоянное стентирование. Результат в виде полного избавления от конкрементов после процедуры нефролитолапаксии получен у 15 из 22 детей, в 7 случаях лапаксия проведена повторно.

Постановка внутрисосудистых окклюдеров в бассейн левой семенной вены у 698 детей с варикоцеле была эффективна в 99,3 % случаев. Повторно оперированы 9 детей, 6 продолжают наблюдаться.

Выводы. Применение малоинвазивных современных технологий позволило радикальным образом изменить хирургическую тактику при большинстве вариантов нарушений уродинамики, мочекаменной болезни, гемодинамической патологии тестикулярного бассейна. Вмешательства были безопасны и высокоэффективны в подавляющем большинстве случаев.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРИАПИЗМА У РЕБЕНКА

© *И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, С.А. Сарычев, М.И. Комиссаров, И.Ю. Алешин*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Актуальность работы обусловлена большой редкостью патологии, сложностью диагностики и высокой инвазией при хирургическом лечении, особенно в группе пациентов детского возраста. Крайне высок риск стойкой потери эректильной функции после открытого хирургического вмешательства на *a. profunda penis* при устранении артериокавернозной фистулы.

Цель работы — оценка возможности использования малоинвазивных рентгенхирургических методов диагностики и лечения артериального приапизма у ребенка.

Материалы и методы. Мальчик 8 лет, на 9-е сутки после травмы поступил в 1-е ХО СПбГПМУ 20.09.2016 с жалобами на непроходящую эрекцию. 9 суток назад ударился промежностью о металлическую трубу. В первые

сутки отмечалась дизурия и патологическая эрекция. Безболезненная постоянная эрекция сохранялась к моменту госпитализации.

Клинически: кавернозные тела напряжены, больше справа. При мануальной компрессии отмечается их кратковременное опорожнение. Признаков ишемии головки полового члена нет. При УЗИ с дуплексным картированием *a. profunda penis* диаметром 1 мм, с краевым дефектом, визуализируется жидкостное образование в ножке правого кавернозного тела в виде пульсирующей артериокавернозной фистулы объемом 0,7 мл. Артериальная кровь из *a. profunda penis*, пульсируя, движется по кавернозным телам, в средней части полового члена через коммуникантный сосуд, переполняя и левое кавернозное тело.