

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ, НЕ ВОШЕДШИЕ В ОСНОВНОЙ СБОРНИК, г. МОСКВА, 20–22 ОКТЯБРЯ 2015 г.

НОВЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЕЛОИДОВ У ДЕТЕЙ

Боднарь Б. Н., Боднарь А. Б., Унгурия А. М.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Цели – разработать новый метод и оценить эффективность в комплексном лечении келоидных образований у детей.

Метод основан на использовании лечения келоидов у детей путем модернизации аппарата «Cry-As Tracker Brumill» (США) с контролируемым температурным режимом -40°C .

У 28 детей в возрасте от 7 до 18 лет с келоидными рубцами площадью до 10 кв.см в области мочки уха, спины, после удаления татуировок, травм ахиллового сухожилия после двукратной обработки операционного поля 5%-ным раствором йода операционное поле обкладывали стерильными салфетками, область келоида и окружающие ткани обезболивали катеджелем (через 15–20 мин наступало полное обезболивание). Через всю длину келоида внутрикожно вводили стерильную иглу для катетеризации вен. На пластмассовую часть иглы наносили 2–3 перфоративных отверстия. Под входящую и выступающую части подкладывали стерильный поролон для профилактики «холодового ожога». Через специальный проходник с помощью разработанного нами штуцера подсоединяли силиконовую трубку к соплу

аппарата «Cry-As Tracker Brumill» (США) (Рацпредложение №48/25 от 14.05.2015, выдано Буковинским государственным медицинским университетом). Нажатием ручки подавали жидкий азот с $t -40^{\circ}\text{C}$. Проводили лечение келоидов площадью не более 10 кв.см. Через 30 с наступало полное замораживание ткани келоидов в виде льда белого цвета с синюшным оттенком и заснеженной поверхностью. После размораживания через 2–3 сек. келоид розового цвета, набрякший, выступал за пределы окружающих тканей. Поверхность келоида обрабатывали 1%-ным раствором йода. Лечение проводили в течение 12–18 дней. На 3–4-е сутки ожоговые пустулы дренировались самостоятельно. Рана заживала под струпом. На 14–16-е сутки корка отпадала, наступала краевая эпителизация. Рана покрывалась нежным поверхностным эпителием.

Предложенный метод лечения прост, экономичен, не требует общего обезболивания, может быть использован при полном контакте с больным и стать методом выбора в комплексном лечении больных с келоидными процессами.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Горбатюк О. М., Артеменко Е. А., Мартынюк Т. В.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, Украина

Цель исследования – определить значение и эффективность комплексного ультразвукового обследования новорожденных с НЭК.

Материал и методы исследования. Наряду с клинико-лабораторным обследованием новорожденных для оценки состояния органов брюшной полости и стадийности НЭК, а также с целью проведения дифференциальной диагностики патологии комплексное ультразвуковое обследование проведено у 89 новорожденных. Изучали и анализировали следующие эхографические показатели: наличие свободного газа в кишечной стенке; наличие свободной жидкости в брюшной полости и ее характер; характер перистальтики; наличие стабильной кишечной петли; диаметр тонкой и толстой кишки; толщину кишечной стенки; состояние печеночной паренхимы; наличие газа в портальной вене; наличие инфильтрата в брюшной полости.

Состояние кровообращения в бассейне верхней брыжечной артерии (ВБА) было изучено у 35 новорожденных. Оценивали такие показатели, как: пиковая (максимальная) систолическая скорость кровотока (V_{ps} , см/с); минимальная конечно-диастолическая скорость (V_{ed} , см/с); средняя скорость (V_{mean} , см/с), на основании которых рассчитывали пульсационный индекс (PI) и индекс резистентности (RI).

Для оценки общего состояния новорожденного с НЭК и при проведении дифференциальной диагностики патологии применяли нейросонографию (НСГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение. Газ в стенке кишки удалось выявить у двух детей с НЭК IIВ ст. В первом случае при НЭК III ст. в левой ветви воротной вены выявлены массы, напоминающие тромбы. Появление свободной жидкости в брюшной полости отмечалось при НЭК

ПА ст. у 11 (64,7%) пациентов. При прогрессирующем НЭК (ША и ШВ ст.) у всех детей отмечалась свободная жидкость между кишечными петлями и органами брюшной полости. У 5 (38,5%) детей с НЭК ШВ ст. наблюдались признаки воспаления со стороны передней брюшной стенки, а внутрибрюшная жидкость имела осадок. Перистальтика у всех детей с НЭК была снижена или отсутствовала в пораженных участках кишки. Дилатация петель кишечника увеличивалась по мере прогрессирования заболевания. Стабильная кишечная петля наблюдалась у 37 (62,71%) новорожденных из 59, прооперированных по поводу НЭК. Считаем этот симптом патогномичным для некроза кишки. Прогрессирующее утолщение кишечной стенки отмечалось со стадии IV НЭК ($1,1 \pm 0,3$ мм). Максимальное значение этого показателя регистрировали при НЭК ШВ стадии ($2,1 \pm 0,3$ мм).

У двух пациентов с НЭК I В ст., трех с НЭК II В ст. и семи с НЭК III А ст. и III В ст. выявили признаки перихолецистита, обусловленные переходом воспаления со стенки кишки на окружающие желчный пузырь ткани. Для НЭК характерны также такие ультразвуковые признаки, как высокоэхогенные частички в воротной вене (микропузырьки) и высокоэхогенные бляшки в паренхиме печени. Последние мы выявили у трех новорожденных с НЭК II В ст. и девяти новорожденных с НЭК III А и III В ст.

Инфильтраты брюшной полости при НЭК (4) наиболее часто обнаруживались в илеоцекальном и селезеночном углах, реже – в дистальном отделе сигмовидной кишки. Абсцедирующий инфильтрат с помощью УЗИ был выявлен у 2 детей.

Высокие значения PI и RI, увеличение систолической и уменьшение диастолической скорости кровотока свидетельствуют о нарушениях гемодинамики в ВБА в виде вазоконстрикции и ишемизации кишки. В этих случаях отменяли энтеральное кормление и начинали лечение НЭК, направленное на коррекцию кровотока и поддержание жизнеспособности кишки. При отсутствии наруше-

ний в показателях кровотока или при их несущественных изменениях клинические симптомы желудочно-кишечных расстройств расценивали как функциональные нарушения ЖКТ, которые требовали уменьшения объема кормления, отказа от первого кормления либо увеличения промежутка между кормлениями.

Среди исследованных новорожденных, которые находились в стационаре с подозрением на НЭК (всего 11 пациентов), с помощью доплерографического обследования ВБА НЭК был диагностирован у 5 детей, функциональные расстройства ЖКТ – у 6. В дальнейшем диагноз НЭК был подтвержден рентгенологическими данными.

НСГ была проведена 83 новорожденным детям с целью дифференциальной диагностики с родовой травмой. ЭхоКГ была применена для диагностики гемодинамически значимого открытого артериального протока и была проведена у 77 новорожденных пациентов с НЭК.

Выводы. Ранними ультразвуковыми признаками НЭК являются наличие свободной жидкости в брюшной полости, замедление, вялость или отсутствие перистальтики, утолщение кишечной стенки и увеличение диаметра кишки. Новорожденные с высокими показателями сосудистого сопротивления в бассейне ВБА (высокие значения PI и RI, низкие значения конечной диастолической скорости кровотока) входят в группу риска развития НЭК и требуют проведения полного лечебного комплекса заболевания на фоне почасового мониторинга состояния, лабораторных показателей и данных инструментальных обследований. Допплерографические показатели кровотока в бассейне ВБА у новорожденных с функциональными расстройствами ЖКТ находятся в пределах нормы или незначительно изменены благодаря сохраненной способности сосудов бассейна ВБА к растяжению и сокращению. В этих случаях необходимо ограничить объем первого кормления или увеличить временной промежуток между кормлениями и продолжить наблюдение.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Иванов А. П., Купатадзе Д. Д., Набоков В. В., Коляков А. Л., Якунин С. И.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

С 1983 по 2015 г. эзофагопластика была выполнена у 119 детей с врожденными и приобретенными заболеваниями пищевода в возрасте от 6 мес до 15 лет. Показанием к эзофагопластике являлись атрезия пищевода (57), ожоговый стеноз пищевода (26), гортаноглотки (18), пептическое поражение пищевода (15), врожденный стеноз пищевода (1), дивертикул пищевода (2). В качестве пластического материала использовали различные отделы толстой (68), тощую (7) или подвздошную (9) кишку. Трансплантат размещали предгрудинно (7), загрудинно (77) или в заднем средостении (14). Использовали остаток нижнего сегмента пищевода для анастомоза с транс-

плантатом (32), в 12 случаях эзофагопластика выполнялась одномоментно с низведением нижнего сегмента пищевода из средостения. Использовали антирефлюксный анастомоз с желудком (40) по методике Э. А. Степанова, А. Ю. Разумовского (1987).

При определении показаний к реконструкции сосудов трансплантата оценивали характер гемодинамических нарушений. В зависимости от типа нарушения использовали методы дополнительной васкуляризации (7) или внутрибрыжеечную реконструкцию сосудов (6). Сегментарные заместительные операции включали свободную пересадку кишечного сегмента (7) и кишеч-

ного лоскута (14). У одного больного с тотальным поражением пищевода выполнена двухэтапная свободная аутотрансплантация тонкокишечного сегмента на шею и свободная пересадка тонкокишечного сегмента загрудинно. Анализ результатов кишечной эзофагопластики позволил изучить ранние и поздние осложнения. Разработаны методы консервативного и оперативного ле-

чения осложнений. Возможности указанного комплекса методов проведения заместительных кишечных восстановлений пищевода позволили успешно завершить эзофагопластику в нестандартных ситуациях. У 19 ранее безуспешно оперированных пациентов с израсходованным пластическим материалом создание пищевода удалось успешно завершить.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 3D-ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

Цель исследования – доказать возможность применения 3D-лапароскопии в педиатрической популяции пациентов.

Материалы и методы. В центре хирургии новорожденных ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска с 1 января 2014 г. по 31 декабря 2014 г. на лечении находилось 48 пациентов, которым были выполнены операции с использованием 3D-лапароскопии. Все дети были сгруппированы в зависимости от типа хирургических вмешательств, образуя когорты пациентов: паховая герниорафия – 25; пилоромииотомия – 7; гастроэзофагеальный рефлюкс – 5; пластика пиелоретерального сегмента – 5; нефрэктомия – 4; овариокистэктомия – 2.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции составил $51,75 \pm 39,57$ суток (диапазон – 7–175 суток). Вес пациентов составлял $4439,89 \pm 1362,62$ г (диапазон – 3240–6915 г). Все эндохирургические вмешательства выполнены без конверсии в традиционную 2D-лапароскопию или лапаротомию. Первые лапароскопические операции в 3D-формате были связаны с трудностями привыкания к трехмерной картине изображения, ношением очков и адаптации предыдущего опыта традиционной лапароскопии к новым улучшенным техническим условиям работы в брюшной полости. Однако в ходе накопления опыта субъективные ощущения остались позади, а освоение новых эндоскопических навыков привело к предпочтению использования 3D-лапароскопии для коррекции ряда аномалий органов

брюшной полости. Мы не отметили дополнительных неудобств в ходе выполнения эндохирургических операций, таких как усталость глаз, головокружение, размытое видение, двоение зрения, тошнота, которые могли быть связаны с появлением новых визуальных впечатлений. Ощущение глубины и обратная тактильная связь улучшили восприятие анатомии внутренних органов и обеспечили прогресс в выполнении сложных эндохирургических навыков – наложении внутренних швов и узловязании. Ранний период после лапароскопических вмешательств в трехмерном формате протекал без осложнений у всех пациентов. Не зарегистрированы случаи инфекции раны пупка, склонной к этому состоянию из-за своей глубины и трудностей ухода.

Заключение. На наш взгляд, 3D-лапароскопия является одним из перспективных направлений развития детской эндохирургии. Восприятие глубины и наличие обратной тактильной связи делает 3D лапароскопическую хирургию более приемлемой, безопасной и экономически эффективной в сравнении с традиционной 2D-лапароскопией. Эти качества трехмерного формата изображения улучшают точность манипуляций и зрительную координацию, одновременно сопровождаясь снижением капитальных и ежегодных затрат на оборудование. Стоит надеяться, что развитие трехмерных оптических технологий в будущем позволит преодолеть некоторые недостатки современных 3D-устройств для лапароскопии и повысить уровень мастерства хирурга.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

Введение. В этом исследовании мы сообщаем результаты сравнения лечения врожденной дуоденальной не-

проходимости у новорожденных и младенцев с использованием методов открытой и лапароскопической хирургии

Материал и методы. Между январем 2002 г. и декабрем 2014 г. в центре хирургии новорожденных ОГА-УЗ ГИМДКБ на лечении находились 119 пациентов с врожденной дуоденальной обструкцией. В зависимости от типа непроходимости двенадцатиперстной кишки все новорожденные и младенцы были распределены на две группы: дуоденальная атрезия – 77 больных; мальротация кишечника – 42 больных. Мини-инвазивные операции выполнены у 45 пациентов (22 и 23 пациента соответственно в каждой группе). В финальной части исследования проведено сравнение дооперационных параметров, интра- и послеоперационных показателей пациентов обеих групп.

Результаты. Группы сравнения открытого и эндохирургического лечения дуоденальной обструкции имели одинаковые демографические и другие преоперативные данные. Выявлено статистически значимое сокращение длительности лапароскопических операций в группах сравнения. Пациенты начинали раньше принимать питание после применения малоинвазивного способа лечения и имели сокращенное время перехода на полное энтеральное питание. Продолжительность пребывания в госпитале было статистически короче в группе лапароскопии. Количество ранних и поздних послеоперационных осложнений было эквивалентно в сравниваемых группах.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют, что лапароскопическая реконструкция врожденной дуоденальной непроходимости дает лучшие послеоперационные результаты, чем открытая хирургия, и может быть использована для лечения широкого спектра обструкции двенадцатиперстной кишки у маленьких детей. Прогресс хирургии и внедрение мини-инвазивных технологий в лечение врожденной высокой кишечной непроходимости позволили снизить летальность и число послеоперационных осложнений до минимума. Использование лапароскопии позволило добиться прекрасного косметического результата при минимальной операционной травме и благоприятном течении периода послеоперационного восстановления пациентов с дуоденальной атрезией и нарушениями вращения кишечника.

Наше исследование поддерживает использование лапароскопии как безопасного хирургического подхода в лечении обструкции двенадцатиперстной кишки. В то же время, учитывая собственный опыт использования лапароскопического подхода в лечении мальротации, сопровождающейся заворотом и нарушением мезентериального кровотока, мы полагаем, что срочная лапаротомия в этой группе является методом выбора, которая позволяет выполнить самый быстрый доступ к кишечнику и минимизировать риск развития некроза кишечника.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

Торакоскопическая реконструкция врожденных и приобретенных аномалий диафрагмы у новорожденных и младенцев является альтернативой хирургическому лечению этих заболеваний с использованием лапаротомии и торакотомии. **Цель исследования** – сравнение групп пациентов, которым выполнены открытые и мини-инвазивные операции.

Материал и методы. Научная работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения пациентов с врожденными аномалиями и приобретенными заболеваниями диафрагмы, которые находились в ОГА-УЗ ГИМДКБ с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2014 г. Исследование включало 108 больных, распределенных в две основные клинические группы – группа пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей Богдалека (65 младенца) и группа больных с эвисцерацией купола диафрагмы (43 младенца). В зависимости от примененного метода лечения внутри каждой клинической группы были выделены две подгруппы, которые подверглись последующему сравнению – подгруппа I (открытое лечение – лапаротомия и торакотомия) и подгруппа II (ми-

нимально инвазивное лечение – торакоскопия). Соотношение пациентов внутри основных клинических групп, для которых использованы методы открытой и мини-инвазивной хирургии, представлено следующими пропорциями: врожденная диафрагмальная грыжа – 28/37; эвисцерация диафрагмы – 18/25. Суммарное количество эндохирургических операций составило – 62, а общее число традиционных хирургических вмешательств, выполненных с помощью лапаротомии или торакотомии, – 46. Проведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров пациентов.

Результаты. Группы имели одинаковые демографические и другие преоперативные параметры. Обнаружены значимые различия в длительности операции между открытыми и торакоскопическими процедурами. Продолжительность пребывания в отделении неонатальной интенсивной терапии и срок нахождения в госпитале были статистически меньше после эндохирургических вмешательств. Количество рецидивов было эквивалентно в сравниваемых группах. Число случаев возникновения спасочной кишечной непроходимости доминировало после открытых операций.

Заключение. Мини-инвазивное лечение заболеваний диафрагмы остается проблемой для многих хирургических центров, в основном из-за сложности освоения технологий видеоассистированных операций у новорожденных и младенцев. Мы демонстрируем,

что торакоскопия является безопасным и эффективным методом коррекции врожденной грыжи и эвисцерации диафрагмы в этой возрастной группе, сопровождающимся сопоставимым количеством рецидивов заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА (ЕЛД) В ЛЕЧЕНИИ ОВАРИАЛЬНЫХ КИСТ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

Цель – оценка эффективности применения единого лапароскопического доступа (ЕЛД) для лечения овариальных кист у новорожденных и детей раннего грудного возраста.

Материал и методы. С января 2002 г. по декабрь 2014 г. выполнено 11 операций по поводу овариальных кист у новорожденных с использованием открытой хирургии (1-я группа) и 28 операций с применением ЕЛД (2-я группа). Техника ЕЛД заключалась в установке оптического троакара через окологруничный разрез. Единственный рабочий инструмент вводили интраперитонеально непосредственно через пупок. Затем овариальную кисту опорожняли с помощью аспирационной иглы, проводили ее экстракцию наружу через расширенный пупочный разрез и энуклеацию, как при открытой хирургии. Проведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров в двух группах пациентов.

Результаты. Все операции выполнены без осложнений. Не выявлено различий при сравнении доопераци-

онных параметров пациентов. Различия в группах были обнаружены при статистическом анализе интра- и послеоперационных данных. Среднее время оперативного вмешательства в 1-й группе составило 30,91 мин. Время операции во 2-й группе составило 21,56 мин. Время начала кормления и перехода на полное энтеральное питание было короче у пациентов после лапароскопического лечения, а не у пациентов после открытой хирургии (3,88 против 10,91 ч; 11,69 против 20,55 ч, $p < 0,05$). Также регистрировалось увеличение времени пребывания в госпитале у пациентов 1-й группы (6,40 против 2,81 дней; $p < 0,05$). Послеоперационный период и отдаленный период наблюдений протекали без осложнений у всех больных.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что ЕЛД может применяться для лечения овариальных кист у новорожденных и детей раннего возраста с результатами, превосходящими результаты открытой хирургии.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ – ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА НА ПРИМЕРЕ 252 ОПЕРАЦИЙ

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

В исследовании сообщается о 18-летнем опыте лечения врожденного пилоростеноза с использованием открытой хирургии и лапароскопии.

Материал и методы. Представлены результаты 252 пилоромиотомий, произведенных у детей в возрасте первых 3 месяцев жизни в период между 1 января 1997 г. и 31 декабря 2014 г. Сравнению подверглись больные, которым выполнены открытые (1-я группа – 141 пациент) и лапароскопические (2-я группа – 111 пациент) операции рассечения привратника. Дополнительно в каждой когорте больных были сформированы клинические подгруппы пациентов, которым применены модификации основного доступа. Так, в группе открытого лечения выполнено сравнение результа-

тов младенцев, оперированных с применением поперечной лапаротомии (подгруппа 1а – 81 пациент) и окологруничного чревосечения (подгруппа 1б – 60 больных). В группе мини-инвазивного лечения проведено сопоставление параметров пациентов, которым применяли технологии мультипортового (подгруппа 2а – 64 больных) и единого лапароскопического доступа (подгруппа 2б – 47 больных).

Результаты. Пациенты всех сравниваемых групп имели одинаковые демографические и другие преоперативные параметры. Были обнаружены значимые различия в длительности операции между открытыми и лапароскопическими процедурами (18,83 против 35,22 мин., $p < 0,05$). Пациенты начинали раньше питание после применения малоинва-

живного способа лечения (10,96 против 18,87 час., $p < 0,05$) и имели сокращенное время перехода на полное энтеральное питание (31,6 против 54,75 час., $p < 0,05$). Все операции сопровождались низким уровнем ранних и поздних послеоперационных осложнений (перфорация слизистой желудка – 2,13 против 0%; рецидив – 1,42 против 0,9%; $p > 0,05$). Сравнение параметров пациентов внутри основных групп лечения не обнаружило статистических различий.

Заключение. Таким образом, в исследовании была подтверждена надежность базового элемента хирургического лечения врожденного сужения привратни-

ка – внеслизистой миотомии, которая не имела связи с избранным хирургическим доступом или методом лечения. Кроме того, было установлено, что результаты лапароскопической коррекции врожденного пилоростеноза могут очень хорошо конкурировать с итогами открытого лечения. Именно посредством продвижения технологий мини-инвазивной хирургии стало возможно достижение оптимальных результатов лечения больных с этим заболеванием. Благодаря применению пупочных доступов пилоромиотомия может быть переведена в ряд безрубцовых операций.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ус Г. П., Распутин А. А., Сыркин Н. В., Барадиева П. Ж., Ковальков К. А., Чубко Д. М.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; МБУЗ «Детская городская клиническая больница», Кемерово; Краевая детская клиническая больница, Красноярск

В исследовании сообщается о собственном опыте лечения атрезии пищевода с использованием открытой хирургии и торакоскопии.

Цель научной работы заключается в оценке эффективности применения мини-инвазивной хирургии для лечения этого врожденного заболевания.

Материал и методы. Мы представляем данные 100 новорожденных, которые были подвергнуты стандартной торакотомии (43 пациента – 1-я группа) и видеоассистированной торакоскопической хирургии (57 пациентов – 2-я группа) для выполнения эзофагеального анастомоза. Проведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров.

Результаты. Сравнимые группы имели одинаковые демографические и прочие преоперативные параметры. Были обнаружены значимые различия в длительности операции между открытыми и торакоскопическими процедурами (112,09 против 79,83 мин., $p < 0,05$). Продолжительность пребывания в отделении неонатальной интенсивной терапии и срок нахождения в госпитале были статистически короче во 2-й группе (12,56 против 8,14 дней; 32,42 против 20,93 дней; $p < 0,05$). Количество ранних послеоперационных осложнений было эквивалентно (34,88 против 22,81%; $p > 0,05$). Утечку анастомоза регистрировали у 6 (13,95%) больных 1-й

группы и у 2 (3,51%) больных 2-й группы. В группе торакотомии у 7 (16,28%) пациентов развился стеноз анастомоза, в группе торакоскопии эта патология отмечена у 3 (5,26%) младенцев. Реканализация фистулы регистрировалась у 2 (4,65%) пациентов группы открытого лечения и 2 (3,51%) больных группы видеоассистированного лечения. Число поздних осложнений доминировало в группе торакотомии (20,93 против 0%; $p < 0,05$). Фундопликация Ниссена была выполнена у 7 (16,28%) пациентов группы открытого лечения и 13 (22,81%) младенцев группы торакоскопии. Аортостернопексия произведена у 3 (6,98%) больных после торакотомии и у 3 (5,26%) пациентов после видеоассистированного лечения. Результаты наблюдения за пациентами в возрасте 1 года и старше, которые подверглись торакотомии, продемонстрировали, что 9 (20,93%) из них страдали скелетно-мышечными деформациями. В ходе исследования было обнаружено, что дети, которые были оперированы открытым способом, имели высокую частоту сколиоза (4), деформаций грудной клетки (3), крыловидной лопатки (2) при нулевых показателях этих состояний у торакоскопических больных.

Заключение. Торакоскопическое наложение эзофагеального анастомоза у новорожденных демонстрирует лучшие результаты лечения, чем открытая хирургия.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Комелягин Д. Ю., Иванов А. В., Петухов А. В., Галибин И. Е., Шафранов В. В., Дубин С. А., Владимиров Ф. И., Дергаченко А. В., Слипченко В. Г., Дергаченко Ан. В., Стрига Е. В., Строгонов И. А., Борзаева С. А., Пачес О. А., Топольницкий О. З., Романов Д. В., Вафина Х. Я., Пасечников А. В. Фокин Е. И.

Детская городская клиническая больница Святого Владимира, Москва; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва; НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

Цель – повысить эффективность лечения детей с артериовенозными мальформациями в области головы и шеи.

Материал и методы. В ДГКБ Святого Владимира с 2013 по май 2015 г. проведено лечение 4 детей с ар-

териовенозными мальформациями в челюстно-лицевой области. Возраст пациентов варьировал от 5 до 12 лет. По половому признаку пациенты распределились 1:1. Деструкция нижней челюсти была у 2 пациентов. Одностороннее поражение верхней челюсти и скуловой кости было у 1 ребенка, деструкция верхней челюсти у 1 больного. У всех пациентов в анамнезе были кровотечения из полости рта, подвижность интактных зубов на стороне поражения, гингивит. Из 4 пациентов 1 ребенок поступил по экстренным показаниям в связи с профузным кровотечением из полости рта, 3 детей поступили в отделение для проведения обследования и лечения по срочным показаниям. Диагностический алгоритм включал помимо общеклинических данных и сбора анамнеза ортопантомографию, УЗИ мягких тканей в области мальформации (Toshiba Arlio MX), ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи, транскраниальную доплерографию, фиброларингоскопию (Evis Exera II Серия 180). Всем детям проводили магнитно-резонансную (Toshiba Vantage Atlas 1.5T) и компьютерную томографию головы и шеи с контрастированием (Toshiba Aquilion 16) и последующей трехмерной реконструкцией тканей. У всех детей данная патология была выявлена уже при развитии значительных очагов деструкции костной ткани. Завершающим этапом обследования, объективно подтверждающим диагноз, являлась селективная ангиография с использованием трансфеморального доступа (Eleva-Siemens, Angiotron, Diagnost Arc U-14).

Хирургическое лечение проводили по экстренным и срочным показаниям. В экстренном порядке с целью остановки профузного кровотечения из полости рта выполняли внутритканевую эмболизацию патологических

костных полостей с турбулентным током крови клеем гистоакрил (N-butyl-2-cyanoacrylate) с последующей эндovasкулярной окклюзией и операцией.

Хирургическое лечение в срочном порядке состояло из двух этапов. Первый этап – селективная рентгенэндovasкулярная окклюзия сосудов, питающих патологический очаг с последующей контрольной ангиографией. Второй этап – введение в очаг деструкции кости гистоакрила с целью предотвращения профузного кровотечения, ревизия верхней или нижней челюсти, удаление патологических тканей вместе с гистоакрилом. Время между первым и вторым этапом не превышало 1–2 дней. В послеоперационном периоде всем пациентам проводили контрольные ультразвуковое и рентгенологические обследования.

Результаты. Во всех случаях получен хороший результат. Критерии хорошего результата: отсутствие кровотечения, устойчивая сбалансированная гемодинамика, сохранение функции челюстей в полном объеме, нормализация цвета кожи и слизистой полости рта, отсутствие пульсации, репаративная регенерация в очагах деструкции челюстей. В послеоперационном периоде у 1 пациента возник остеомиелит верхней челюсти и у 1 больного остеомиелит нижней челюсти. Воспалительные явления были полностью купированы.

Выводы. У детей с артериовенозными мальформациями в челюстно-лицевой области лечение необходимо начинать сразу при постановке диагноза, выжидательная тактика неоправданна.

Лечение носит междисциплинарный, комбинированный и комплексный характер с обязательным соблюдением четкого алгоритма действий.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

Комелягин Д. Ю., Петухов А. В., Дубин С. А., Дергаченко А. В., Владимиров Ф. И., Стрига Е. В., Дергаченко Ан. В., Слипенко В. Г., Пачес О. А., Иванов А. В., Романов Д. В., Вафина Х. Я., Фокин Е. И.

Детская городская клиническая больница Святого Владимира, Москва; НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва; Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Цель – определить факторы риска развития младенческих гемангиом.

Материалы и методы. Проведено интернет-анкетирование родителей, чьи дети страдали младенческими гемангиомами различной локализации. Родителям было предложено анонимно онлайн ответить на 25 вопросов, касающихся течения беременности, наследственности, появления и развития заболевания. Получены данные 1000 анкет.

Результаты. Проведенный анализ анкетирования выявил следующие факты: 70,3% детей с младенческими гемангиомами были женского пола; в 62,1% случаев беременность протекала с различными видами патологии, из них в 31,2% был токсикоз, в 20,3% было выявлено обвитие пуповины, в 19,6% – угроза прерывания беременности, в 18,7% – гипоксия плода, в 10,2% – патология плаценты; во время беременности 85,7% женщин принимали медикаментозные препараты: папаве-

рин (свечи) – 27,4%, но-шпа – 26,8%, курантил – 23,9%, дюфастон – 21,9%; в 13,1% случаев ребенок родился на сроке менее 37 нед. беременности и в 9,37% случаев имел вес при рождении 1000–2500 г. При анализе наследственного фактора было установлено, что у 28% родственников имелись (ютя) различные виды сосудистых образований: младенческие гемангиомы, капиллярные мальформации, варикозное расширение вен нижних конечностей, различные виды сосудистых опухолей; из них 66% – женщины (наиболее часто сосудистой патологией страдают матери детей – 26,5% и бабушки по материнской линии – 14,9%).

Выводы. Проведенное медико-социальное исследование выявило, что сочетание определенных факторов: беременность плодом женского пола, течение беременности с гипоксией плода, угрозой прерывания беременности, обвитием пуповины, патологией плаценты,

прием препаратов, влияющих на сосудистую стенку, гормональных препаратов, а также наличие в анамнезе со-

судистой патологии у матери и родственников женского пола повышает риск развития младенческих гемангиом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Комелягин Д. Ю., Иванов А. В., Петухов А. В., Шафранов В. В., Минаев В. П., Дубин С. А., Дергаченко А. В., Владимиров Ф. И., Слипенко В. Г., Стрига Е. В., Дергаченко А. В., Фокин Е. И., Щепин Н. В., Пачес О. А., Топольницкий О. З., Романов Д. В., Борзаева С. А., Вафина Х. Я., Пасечников А. В.

Детская городская клиническая больница Святого Владимира, Москва; НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

Цель – оценить эффективность применения современных малоинвазивных методов лечения детей с венозными мальформациями в области головы и шеи.

Материал и методы. В ДГКБ Святого Владимира с 2013 г. по май 2015 г. проведено лечение 12 пациентов с венозными мальформациями в области головы и шеи различной локализации (7 девочек, 5 мальчиков). Возраст детей – от 1,5 до 15 лет. Венозные мальформации располагались в следующих областях: язык и глотка – у 4 детей; околоушно-жевательная, щечная, височная – у 3 пациентов; нос – у 1 больного; верхняя губа – у 3 детей; поднижнечелюстная – у 1 ребенка. В качестве диагностики всем пациентам выполняли УЗИ до и после вмешательства (Toshiba Aplio MX), ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи, фиброларингоскопию (Evis Exera II Серия 180). Всем детям проводили магнитно-резонансную томографию с контрастированием (Toshiba Vantage Atlas 1.5T). Пациентам с деформацией костей челюстно-лицевой области проводили компьютерную томографию с внутривенным введением контрастного вещества (Toshiba Aquilion 16). В качестве методов лечения применяли эндолазерную обработку венозных мальформаций и внутрисосудистое склерозирование вспененным 3%-ным раствором этоксисклерола. Применяли отечественный хирургический лазерный аппарат ЛСП «ИРЭ-Полюс», имеющий две волны рабочего излучения – 0,97 и 1,56 мкм, мощностью до 30 Вт. Наличие тонких оптических волокон позволяло воздействовать лазерным излучением на патологические ткани, расположенные в самых труднодоступных анатомических областях головы и шеи. Операции

проводили в условиях общей комбинированной анестезии. Эндолазерная обработка венозных мальформаций проведена 5 пациентам. Под контролем ультразвукового сканера Sono Site Micro Maxx (7,5 МГц) патологические сосуды подвергали лазерному облучению (длина волны – 0,97 мкм, мощность – 2 Вт) с помощью оптического лазерного волокна, введенного через сосудистый катетер 14G. Внутрисосудистое склерозирование вспененным 3%-ным раствором этоксисклерола выполнено 7 больным. Этоксисклерол в патологические сосуды также вводили под контролем УЗИ. Склерозант вводили из расчета 2 мг/кг веса. При обширных и глубоких поражениях головы и шеи венозными мальформациями этоксисклерол вводили повторно через 4–5 дней после последнего введения. Кратность введения у таких пациентов (3 детей) составила три раза за одну госпитализацию. Всем больным после проведения операции в течение 5 суток применяли давящие повязки, исключая пациентов с поражением языка и глотки. Контрольные УЗИ выполняли каждые 2 суток.

Результаты. У 8 (66,7%) детей получен хороший результат, удовлетворительный достигнут у 4 (33,3%) больных. Удовлетворительный результат связан с обширным и глубоким поражением головы и шеи венозной мальформацией. Эти дети находятся на дальнейших этапах лечения.

Выводы. Малоинвазивные методы лечения венозных мальформаций головы и шеи у детей эффективны, в большинстве случаев они позволяют добиться положительных результатов. Эти методы лечения могут применяться как этапы лечения данной формы патологии при обширных поражениях тканей головы и шеи.

СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ РАСТВОРОМ ДОКСИЦИКЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ И ЛИМФОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Комелягин Д. Ю., Петухов А. В., Дубин С. А., Дергаченко А. В., Владимиров Ф. И., Хаспеков Д. В., Топилин О. Г., Слипенко В. Г., Дергаченко А. В., Стрига Е. В., Топольницкий О. З., Иванов А. В., Пачес О. А., Романов Д. В., Пасечников А. В., Вафина Х. Я., Щепин Н. В.

Детская городская клиническая больница Святого Владимира, Москва; НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

Цель – повысить эффективность лечения детей с крупнокистозными смешанными формами лимфатических и лимфовенозных мальформаций в области головы и шеи на основе применения склерозирующей терапии раствором доксициклина.

Материал и методы. С 2011 г. по май 2015 г. в ДГКБ Святого Владимира проведено лечение 62 пациентам в возрасте от 14 дней до 16 лет. Из них с лимфатической мальформацией в области головы и шеи было 48 больных, а с лимфовенозной – 14 детей. Крупнокистозная форма

мальформации выявлена у 43 (69,4%) пациентов, смешанная – у 19 (30,6%) детей. Пороки развития сосудов встречались в следующих областях: шея – 21 (33,9%) ребенок, орбитальная – 3 (4,8%) пациента, щечная – 8 (12,9%) детей; дно полости рта – 12 (19,4%) больных; в околоушно-жевательной, щечной областях и в области шеи образование определялось у 11 (17,7%) больных; в области дна полости рта и языка у 7 (11,3%). Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 45 (72,6%) пациентов, впервые обратившихся для лечения. Из них с лимфовенозной мальформацией было 15 детей. Во 2-ю группу вошли 17 (27,4%) больных после проведенного ранее лечения: хирургического вмешательства – 14 детей, термоабляции (Cool Tip) – 3 пациента. Из них с лимфовенозной мальформацией было 4 ребенка. По жизненным показаниям проведено лечение 9 (13,2%) детям с обширными лимфатическими мальформациями дна полости рта и шеи в связи с синдромом дыхательной обструкции.

Всем пациентам было проведено обследование: УЗИ мягких тканей в области мальформации (Toshiba Aplio MX), фиброларингоскопия (Evis Exera II Серия 180), МРТ (Toshiba Atlas 1,5 T), по показаниям – компьютерная томография головы и шеи с внутривенным введением контрастного препарата (Toshiba Aquilion 16; Омнипак 350) с последующей трехмерной реконструкцией тканей.

Пункционный метод лечения использовали в условиях общей комбинированной анестезии. Под контролем ультразвукового сканера Sono Site Micro Maxx (7,5 МГц) с помощью катетера 14G содержимое эвакуировалось.

В полости вводился 2%-ный раствор доксициклина, время экспозиции составляло 40 мин. После проведения операции в течение 2–4 суток применялись давящие повязки. Контрольное ультразвуковое исследование выполнялось каждые 2 сут.

Результаты оценивались как хорошие, удовлетворительные или отрицательные. Хороший результат считался в том случае, если объем патологических полостей уменьшился на более 50%, удовлетворительный – от 30 до 50% и отрицательный – менее 30%. В 1-й группе у 34 (75,6%) детей получен хороший результат, у 7 (15,6%) пациентов – удовлетворительный, отрицательный – у 4 (8,8%) больных. Во 2-й группе хороший результат получен у 8 (47%) детей, удовлетворительный – у 4 (24%) больных, неудовлетворительный – у 5 (29%) детей. В общей сложности хороший результат достигнут у 42 (67,7%) пациентов. Удовлетворительный и отрицательный результаты отмечались у детей со смешанной формой лимфатической и лимфовенозной мальформациями с преобладанием мелких кист (диаметр – менее 1 см). Всем детям с удовлетворительным и отрицательным результатами лечения после склерозирующей терапии проводились операции по удалению патологических тканей.

Выводы. Применение доксициклина наиболее эффективно у детей с крупнокистозными формами лимфатических и лимфовенозных мальформаций, лечение которым ранее не проводилось. У пациентов со смешанными формами мальформаций пункционный метод позволяет уменьшить объем последующих операций.

ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ПО АНГИОХИРУРГИИ

Купатадзе Д. Д., Набоков В. В., Иванов А. П.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Педиатрическая ангиохирургия как специальность находится в стадии формирования. В клинике хирургии детского возраста СПбГПМУ данная проблема разрабатывается с 1978 г. Выполняется следующая программа: первичная специализация по хирургии артерий – 4 месяца, по хирургии вен – 4 месяца, по неотложной ангиохирургии – 1 месяц. Одновременно в экспериментальной лаборатории (в вечернее время) проводили операции на мелких лабораторных животных, включающие сосудистые швы всех видов и аутотрансплантацию тканей (лоскуты, сегменты кишки и кости). С 1987 г. было сформировано специализированное отделение, оказывающее плановую и экстренную круглосуточную ангиохирургическую помощь населению Санкт-Петербурга

и Ленинградской области по следующим группам нозологии: врожденные и приобретенные заболевания сосудов (дисплазия поверхностных и магистральных вен, артериовенозные дисплазии, порталная гипертензия, тромбозы, посттромботическая болезнь, гемангиомы всех локализаций, лимфедема, варикозная болезнь, варикоцеле, травма и ее последствия); реплантация конечностей (прецизионная хирургия кисти и стопы); ауто-трансплантация тканей (яичко, кишка, кость); удаление опухолей в проекции сосудисто-нервных пучков всех локализаций; участие в работе смежных специалистов в ситуациях, требующих выделения и взятия под контроль сосудисто-нервных магистралей. За время работы отделения пролечено более 17 200 пациентов.

АОРТОАРТЕРИИТ У ДЕТЕЙ

Львина И. П., Сухов М. Н., Поляев Ю. А., Кобяцкий А. В., Мустафа А. Х., Гарбузов Р. В., Брюсов Г. П., Комарова Т. Н., Исаева М. В., Брызжева И. А.

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, отделение микрохирургии сосудов, Москва

Введение. Нередко причинами, приводящими к развитию гипертензии в детском возрасте, являются анома-

лии развития магистральных сосудов и аутоиммунные заболевания. Неспецифический аортоартериит – ауто-

иммунное заболевание крупных и средних артерий, приводящее их к стенозу.

При этом заболевании чаще страдают дуга аорты и ее ветви, отсюда еще одно название заболевания – синдром дуги аорты или болезнь Такаюсу. Просвет сосуда при болезни Такаюсу сужается, возможен его тромбоз. Изменения в различных органах обусловлены нарушением кровотока по питающим их сосудам.

Полагают, что в патогенезе неспецифического аортоартериита ведущую роль играют иммунные нарушения, но какие именно, пока неизвестно.

Материал и методы. С 2006 по 2014 г. в отделении микрохирургии №2 на лечении находились 8 больных с неспецифическим аортоартериитом. По данным инструментальных методов обследования у всех детей обнаружены критические стенозы в приустьевом отделе или на протяжении брыжеечных, почечных артерий и чревного ствола.

5 пациентам проведена односторонняя пластика почечных артерий, 1 ребенку – двусторонняя пластика почечных артерий, 3 пациентам проведена лапароскопическая односторонняя нефрэктомия в связи со смор-

щиванием почки и вазоренальной гипертензией. Из них 1 ребенку вторым этапом проведена пластика почечной артерии после ранее проведенного стентирования и недостаточности функции стента. Стенозы чревного ствола и брыжеечных артерий корригировали эндоваскулярной баллонной дилатацией сосудов.

Результаты. Положительная динамика выявлена у 7 (87,5%) пациентов. Она проявлялась в снижении артериального давления до нормальных величин, прием гипотензивных препаратов продолжен, однако значительно снижены дозировки и количество медикаментов. Один ребенок с хронической почечной недостаточностью выбыл из-под наблюдения.

Заключение. При выявлении у детей артериальной гипертензии необходимо верифицировать патологию сосудистого русла. Неспецифический аортоартериит должен быть заподозрен при поражении более одной магистральной ветви аорты. Ранняя диагностика и коррекция позволяют избежать необратимых изменений органов. При неэффективности баллонной ангиопластики методом выбора лечения детей с проявлениями аортоартериита является хирургическая реконструкция артерий.

НОВЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ И ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Мельцин И. И., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Арестова С. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Варианты внутрисуставных переломов костей, образующих локтевой сустав, особенно трудны для лечения. Среди повреждений плечелучевого сочленения особое место занимают травмы шейки и головки лучевой кости.

Цель исследования – разработка способа закрытой репозиции переломов головки и шейки лучевой кости у детей.

Материал и методы. Клинические наблюдения основаны на ретроспективном и проспективном анализе 50 историй болезни детей в возрасте от 5 до 14 лет с 50 переломами головки и шейки лучевой кости, которые находились на обследовании и лечении в травматологическом отделении Центра детской хирургии (ЦДХ) ГБУЗ ГКБ № 5 г. Оренбурга с 2000 по 2013 г. Разработанная методика закрытой репозиции заключалась в следующем: после предварительной тракции конечности по оси устраняли смещение головки и шейки по длине. Далее выполняли приведение предплечья в перпендикулярное положение по отношению к плечевой кости, а затем согнутую в локтевом суставе конечность под углом 90° укладывали на твердую поверх-

ность с опорой на внутренний надмыщелок. В дальнейшем предплечье, лежащее с опорой на надмыщелке, переводили в положение максимальной пронации, что способствовало расслаблению мышц супинаторов и отклонению диафиза лучевой кости кнаружи относительно головки. Затем, не меняя положения пронации, осуществляли компрессию на выступающую часть верхней трети диафиза лучевой кости, в результате чего устранялось смещение головки и шейки лучевой кости по ширине и под углом.

Результаты. Во всех случаях удалось достичь анатомической репозиции. Металлофиксаторы удалялись через 3–4 нед. после репозиции при рентгенологическом подтверждении консолидации перелома. Через 1 год в данной группе были отмечены отличные отдаленные результаты.

Выводы. Разработанный способ закрытой репозиции переломов головки и шейки лучевой кости по механизму действия является наиболее простым и эффективным способом лечения переломов головки и шейки лучевой кости у детей.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ПРИ ВАРИАНТАХ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Наумова О. А., Цап Н. А., Чудаков В. Б., Новоселова О. В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург; Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург

Актуальность проблемы диагностики и лечения мальротации кишечника бесспорна в связи с невысокой часто-

той порока развития, но значительной долей вариативности сочетаний с другими аномалиями кишечной трубки.

Цель работы – анализ результатов оперативного лечения детей, имеющих аномалии положения и фиксации кишечника.

Материал и методы. Выборка клинического материала проведена за 2010–2014 гг., в состав ее включено 46 детей с нарушением фиксации кишечной трубки, пролеченных в ОДКБ №1. Группа исследования достаточно разнородна по критерию патанатомических вариантов мальротации и ее сочетаний с другими пороками. Основная доля в структуре мальротаций кишечника принадлежит синдрому Ледда – 25 (54,3%) детей; у 14 (30,4%) пациентов синдром нарушения фиксации кишечной трубки вызывал развитие внутриутробного заворота и некроза петли кишки или сочетался с атрезией кишечника; сочетание эмбриональных спаек, мальротации со стенозом двенадцатиперстной кишки выявлено у 6 (13%) новорожденных, а более редкая аномалия кишечника – синдром пагоды встретился в одном (2,2%) случае. Сочетание с пороками развития других систем отмечено у 3 (6,5%) новорожденных. Типично преобладание мальчиков –

27 (58,7%) детей. Только у 3 (6,5%) детей клинические проявления порока возникли не в период новорожденности, а на 47-е, 83-е и 128-е сутки жизни. Средний возраст на момент госпитализации составил $11 \pm 1,2$ дней.

Результаты. Изолированные синдромы нарушения фиксации кишечной трубки антенатально не выявлялись, при сочетании с атрезией кишечника антенатально диагноз был установлен в 6 (13%) случаях. Все дети оперированы. Сроки предоперационной подготовки варьировали от 2 час. до 3-х суток. При синдроме Ледда и мальротации разделяли эмбриональные спайки, при атрезии или некрозе кишечника накладывали энтероэнтероанастомозы – 10,9% (дуоденоюноанастомоз – 4, еюноколоанастомоз «конец в конец» – 1), или формировали кишечную стому – 30,4% (двойная энтеростома – 8, У-образный анастомоз – 6).

При синдроме Ледда и мальротации отмечено 100%-ное выздоровление детей. При сочетании с атрезиями кишечной трубки или заворотом и некрозом петли кишечника летальность составила 33% (5 детей).

СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДЕНЕРВИРОВАННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПОМОЩЬЮ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А

Николаев С. Н., Лазишвили М. Н.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва; Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова; Москва

Проблема нарушения уродинамики занимает одно из центральных мест в детской урологии. Наиболее часто встречаются сочетанные варианты нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, сопровождающиеся гиперактивностью и внутрипузырной гипертензией.

В лечении указанных расстройств мочеиспускания у детей ведущую роль играет фармакотерапия. Но она не всегда отвечает критериям эффективности и переносимости лекарственных препаратов, а у детей имеет возрастные ограничения. Это обуславливает поиск новых формул препаратов с селективным действием и новых способов их введения. Успешным примером такого поиска являются препараты ботулинического токсина типа А (БТТА), вызывающие стойкий пресинаптический блок М-холинорецепторов.

Цель эксперимента – установить возможность применения и эффективность действия БТТА Лантокс при внутридетрузорном введении.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 12 самцах кроликов породы Shinshlla, возраст кроликов – 1 год, масса – 3000–3500 г. Животные были разделены на две равные группы.

1-я группа – группа исследования. Этим животным в ходе эксперимента вводили препарат БТТА (Лантокс). 2-я группа – контрольная. Животным в ходе эксперимента вводили физиологический раствор.

Под общей анестезией перед оперативным вмешательством проводили ретроградную катетеризацию мочевого пузыря и цистометрию при помощи манометра Вальдмана. Затем выполняли нижнесрединную лапаротомию, вскрывали мочевой пузырь и в стенку детрузора

при помощи инсулиновой иглы из 20 вколов 6 кроликам вводили препарат БТТА Лантокс в дозировке 5–6 ЕД/кг массы тела животного, а 6–0,9%-ный раствор NaCl.

После предварительного выполнения цистометрии (на 7–14–21–28–60–120-е сутки) проводили забор гистологического материала (14-е, 30-е, 60-е сутки).

По данным цистометрии у животных 1-й группы отмечено достоверное увеличение объема мочевого пузыря (в среднем на 48), которое развивается к 21-м суткам. У животных 2-й группы объем мочевого пузыря не изменился. Данная динамика сохранилась и через 4 месяца после введения препарата.

Исследуя гистологическую картину, следует отметить, что по мере получения клинического эффекта в детрузоре у животных в группе исследования также происходили изменения. К 21-м суткам начало происходить разволокнение мышечных структур, в некоторых клетках отмечался перинуклеарный отек, а в цитоплазме многих клеток появились вакуоли, что является косвенным признаком денервации. Данные явления сохраняются, но становятся менее выраженными к 100-м суткам после введения. Гистологическая картина на 120-е сутки после введения практически соответствует таковой до введения препарата БТТА, т.е. все морфологические изменения в детрузоре являются обратимыми, но клинический эффект еще сохранен.

Заключение. Таким образом, в эксперименте подтверждена возможность денервации мочевого пузыря препаратом БТТА, а обратимость указанных изменений позволяет рекомендовать его к применению в детской урологии.

ОТСРОЧЕННЫЙ ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Разумовский А. Ю., Гебекова С. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Цель – улучшить результаты лечения детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты истории болезней 20 детей, которым выполнен отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова с 2006 по 2014 г.

Результаты. В послеоперационном периоде со стороны анастомоза у 12/20 (60%) детей возникли послеоперационные осложнения. Несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза развилась у 5/12 (42%) больных. Сужение эзофаго-эзофагоанастомоза сформировался у 6/12 (50%) детей. ЖПР развился у 8/12 (67%) детей.

Дыхательные осложнения, такие как пневмоторакс, наблюдались в двух (10%) случаях. Они не были связаны с несостоятельностью анастомоза.

Из 20 детей 3 умерло (15%), 2 из них были с множественными пороками развития. Причиной летальности стала полиорганная недостаточность.

Выводы. Отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз пищевода является методом выбора в лечении атрезии пищевода, обеспечивающим физиологическую функцию транзита пищи из ротовой полости в желудок, при невозможности наложения первичного анастомоза, поскольку это предполагает сохранение собственного пищевода.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Тараканов В. А., Стрюковский А. Е., Анохина М. А., Терещенко О. А., Старченко В. М., Шатов А. В., Левченко И. С.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар

Лечение детей с аноректальными агенезиями состоит из хирургической коррекции порока развития и комплекса реабилитационных мероприятий.

Цели исследования – создание и оценка эффективности комплексной программы реабилитации детей с аноректальными пороками развития.

Располагаем опытом лечения 59 больных с данной патологией. Из них были сформированы две группы, сопоставимые по половозрастному составу и анатомическому варианту порока развития. Контрольная группа – 28 детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет; реабилитацию проводили по традиционным методам. Основная группа – 31 больных; реабилитацию проводили по разработанным методикам.

Основными задачами реабилитации детей с аноректальными агенезиями считаем профилактику и лечение стенозов анального канала, купирование недостаточности анальных сфинктеров, коррекцию дисбиоза кишечника, медико-социальную адаптацию в обществе.

В основной группе больных для профилактики рубцового стенозирования анального канала применяли раннее профилактическое бужирование. Его начинали

проводить с 6–8-х суток послеоперационного периода, сразу после купирования общих и местных признаков воспаления. Бужирование проводили металлическими бужами, откалиброванными через 1 мм, до достижения физиологического размера.

Для купирования недостаточности анальных сфинктеров дети основной группы наряду с общим физиотерапевтическим лечением получали эндоректальную би- и монополярные электростимуляцию аппаратами «Эндотон». Длительность одного курса эндоректальных электростимуляций составляла 10–15 сеансов, в зависимости от эффективности.

Коррекцию дисбиоза микрофлоры толстой кишки проводили под контролем анализа кала на дисбактериоз по методике селективной деконтаминации в сочетании с энтеросорбцией, ферменто-, фито- и витаминотерапией, а также диетой.

Использование разработанного комплекса реабилитационных мероприятий позволило сократить длительность реабилитации с 3–3,5 лет (в контрольной группе) до 1,5 лет (среди детей, составивших основную группу), т. е. в два раза.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ

Юсуфов А. А., Румянцева Г. Н.

Тверской государственный медицинский университет

Цель – внедрить в практику хирургических отделений Детской областной больницы г. Твери малоинвазивные вмешательства под контролем лучевых методов.

В Детской областной больнице г. Твери с 2004 г. активно внедряются малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультразвукового исследования

(УЗИ). Внедрены как диагностические (пункционная и аспирационная биопсия), так и лечебные (склерозирование кист, дренирование гнойных очагов) методики.

Выполнены тонкоигольная аспирационная биопсия узловых образований щитовидной железы (33) и поверхностных мягких тканей (5), пункции полости перикарда (4) и плевральных полостей (75), дренирование плевральных полостей (12), абсцессов брюшной полости (5), пункция гнойного мастита с промыванием и введением в полость абсцесса антибиотика (16), диагностическая пункция и склерозирование кисты селезенки (4), пункция и дренирование нагноившейся кисты селезенки (2), диагностическая пункция и склерозирование кисты почки (7), диагностические пункция и дренирование абсцесса (3) и кисты почки (1), пункционная биопсия обра-

зований головного мозга (2) и брюшной полости (3), диагностическая пункция и шунтирование арахноидальных кист головного мозга (3), вентрикулоперитонеальное шунтирование под контролем УЗИ (5). При проведении вышеперечисленных манипуляций и вмешательств осложнений не получено, у 2 пациентов выявлен рецидив кисты почки и селезенки. Кроме того, с 2014 г. в практику ДОКБ внедрена гидростатическая дезинвагинация кишечника под контролем УЗИ. Выполнены 24 дезинвагинации, осложнений не было.

Таким образом, малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ являются перспективным направлением детской хирургии, поскольку они обладают малой травматичностью, минимальным количеством осложнений, высокой эффективностью.