



ISSN 2219-4061

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

Октябрь
2016 г

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ



ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ II СЪЕЗДА
ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

20 лет назад мы начали РЕВОЛЮЦИЮ в лечении ран



Наши инновации для удовлетворения Ваших потребностей

Прошло 20 лет с тех пор как Вы познакомились с раневыми покрытиями Аквасель на основе технологии Гидрофайбер. В течение этих десятилетий Вы вдохновляете и воодушевляете нас на инновации. Давайте отметим наш юбилей и продолжим двигаться в этом направлении дальше, разделяя успехи в лечении ран.

20 лет инноваций в лечении ран



За дополнительной информацией обращайтесь по адресу:
115054 г. Москва, Космодамианская наб., д.52 стр.1, 9-й этаж
Тел.: +7(495)663-70-30; Факс: +7(495)748-78-95-94

www.convatec.ru Интернет-магазин: www.shop.convatec.ru



ConvaTec

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

2016
ПРИЛОЖЕНИЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



Официальное издание

РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ №ФС 77-39022 от 09 марта 2010

ISSN 2219-4061

Учредители

- **Общероссийская общественная организация
«Российская ассоциация детских хирургов»**
123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15, к. 3.
Тел. +7 (499) 254-2917
- **ФГБУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»**
117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел. +7 (495) 434-1422

Издатель:

«Российская ассоциация детских хирургов»
Mail: 15-3 Sadovay-Kudrinskay, 123001, Moscow, Russia
<http://www.radh.ru>, E-mail: vestnik@childdrurgeon.ru

Зав. редакцией М.В. Сырова
Корректор Е.Г. Сербина
Дизайн С.В. Морозов
Верстка И.А. Кобзев

Подписано в печать 12.10.2016.
Формат бумаги 70×100^{1/8}. Печать офсетная. Печ. листов 14.
Отпечатано: ООО «Морозовская типография»
123103, г. Москва, ул. Набережная Новикова-Прибоя, д. 14, к. 1

ISSN: 2219-4061
Тираж 1000 экз. Цена договорная.

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ 2016

ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ II СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

МОСКВА,
ГОСТИНИЧНЫЙ КОМПЛЕКС «ИЗМАЙЛОВО»,
ГОСТИНИЦА «BEST WESTERN VEGA HOTEL»
21-23 ОКТЯБРЯ 2016 ГОДА

Все труды даны в соответствии с орфографией и пунктуацией авторов.

ПРОГРАММА II СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

1-й ДЕНЬ – 21 октября

11.00–11.30 ОТКРЫТИЕ СЪЕЗДА. ПРИВЕТСТВИЯ

11.30–13.00 ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

«Хирургия верхних дыхательных путей»

Разумовский А.Ю. – 25 мин

«Сепсис: новые дефиниции 2016»

Лекманов А.У., Степаненко С.М. – 20 мин

Вручение Премии имени С.Д. Терновского

13.00–14.00 ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

14.00–14.45 АКТОВАЯ РЕЧЬ ЛАУРЕАТА ПРЕМИИ ИМЕНИ С.Д. ТЕРНОВСКОГО
ПРОФЕССОРА А.Ф. ДРОНОВА

«Эндоскопическая хирургия у детей: истоки достижения и перспективы»

15.00–16.30 РАБОЧЕЕ СОВЕЩАНИЕ ГЛАВНЫХ ДЕТСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕГИОНОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Повестка:

1. О подготовке кадров в детской хирургии
2. О Федеральных клинических протоколах лечения детей с хирургической патологией
3. Разное

17.00 – ТОВАРИЩЕСКИЙ УЖИН

2-й ДЕНЬ – 22 октября

Зал № 1 «Васнецов»

9.00–10.30 СИМПОЗИУМ «ИНФЕКЦИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ»

Председатели: Барская М.А., Белобородова Н.В., Жидовинов А.А.

1. Длительное непрерывное аспирационное дренирование костного гнойного очага в лечении детей с остеомиелитом.

Цыбин А.А., Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Бояринцев В.С., Машков А.Е., Вайс А.В., Дубоносов Ю.В. (Тула) – 10 мин

2. Особенности диагностики и течения острого метаэпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста.

Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Горшков А.Ю., Алехова Е.Л., Михайлова С.И. (Тверь) – 10 мин

3. Хирургическое лечение детей с гнойно-воспалительными заболеваниями головного мозга.

Манжос П.И., Врублевский С.Г., Попов В.Е., Лившиц М.И., Иманалиева А.А. (Москва) – 10 мин

4. Продлённый каудальный блок на ранних стадиях лечения новорожденных с некротизирующим энтероколитом.

Высоцкий В.В., Пискалов А.В., Дырул А.К., Кологреев В.А., Самбрат П.А. (Омск) – 10 мин

5. Лечение детей с распространенным перитонитом.

Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Кузьмин А.И., Бородин Р.В., Родионов В.Г., Шухина М.И., Фролова Ю.В., Терехина М.И. (Самара) – 10 мин

6. Новые критерии ранней диагностики некротизирующего энтероколита у новорожденных.

Щербинин Р.Л., Вечёркин В.А. (Воронеж) – 10 мин

7. Лечение детей с аппендикулярным перитонитом на современном этапе.

Гринь А.И., Аверин В.И. (Минск) – 10 мин

8. Сепсис сегодня: новое в диагностике и антимикробной терапии.

Белобородова Н.В. (Москва) – 15 мин

10⁴⁵–12¹⁵ ВИДЕОСЕССИЯ «КАК Я ЭТО ДЕЛАЮ»

Модераторы: Абушкин И.А., Рачков В.Е., Стальмахович В.Н.

1. Эндохирургическое лечение рубцового стеноза 12-перстной кишки.

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Глазунов А.А., Куренков И.В., Мордвин П.А., Брилинг С.Р., Манукян С.Р. (Москва)

2. Лапароскопическая параортальная лимфаденэктомия у ребёнка с метастазом герминогенной опухоли яичка.

Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Глазунов А.А., Куренков И.В., Мордвин П.А., Мурчина А.Н., Манукян С.Р. (Москва)

3. Торакоскопическое клипирование открытого артериального протока у детей.

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Нагорная Ю.В. (Москва)

4. Эндоваскулярное закрытие венозного протока (Аранциев проток) у мальчика 7 лет.

Галибин И.Е., Смолянкин А.А., Цыганков В.Н. (Москва)

5. Лапароскопическое устранение кишечно-мочевых свищей.

Маннанов А.Г. (Москва)

6. Лапароскопическое удаление лимфангиомы забрюшинного пространства.

Залихин Д.В. (Москва)

7. Лапароскопическая субтотальная резекция поджелудочной железы у грудного ребёнка с врождённым гиперинсулинизмом.

Соколов Ю.Ю., Карпачев С.А., Дружини В.Р., Меликян М.А., Шишков М.В. (Москва)

8. Лапароскопическая операция Ледда у 17-летнего подростка с заворотом средней кишки.

Вилесов А.В., Шувалов М.Э., Пачес О.А. (Москва)

9. Эндоскопическое лечение детей с лимфангиомами селезенки.

Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Ангархаева Л.В. (Иркутск)

10. Лазерное излучение в лечении детей с хроническими стенозами трахеи.

Абушкин И.А., Лещева Т.Ю., Лазарева А.Ю., Лаппа А.В., Денис А.Г. (Челябинск)

11. Применение гидрохирургических технологий в лечении детей с лёгочно-плевральными осложнениями острой деструктивной пневмонии.

Розинов В.М., Батаев С.М., Будкевич Л.И., Федоров А.К., Молотов Р.С. (Москва)

12.30–14.00 СИМПОЗИУМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ»

Председатели: Окунев Н.А., Писклаков А.В., Чундокова М.А.

1. Мультидисциплинарный подход к диагностике абдоминально-генитального синдрома у девочек.

Дьяконова Е.Ю. (Москва) – 10 мин

2. Проблемы диагностики перекрута придатков матки у девочек.

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Журавлева С.А., Короткова С.А. (Москва) – 7 мин

3. Органосохраняющий подход в лечении перекрутов яичников у девочек. Писклаков А.В., Павленко Н.И. (Омск) – 7 мин

4. Диагностика и лечение перекрута придатков матки у девочек.

Барова Н.К., Тараканов В.А., Шумливая Т.П., Убилава И.А., Леви А.И., Кулиш Т.А., Надгериев В.М., Асатуров В.Э. (Краснодар) – 7 мин

5. Лечебно-диагностический алгоритм у девочек с абдоминальными болями.

Петлах В.И., Коновалов А.К., Константинова И.Н., Сергеев А.В., Иванов В.А. (Москва) – 7 мин

6. Перекрут придатков матки у детей.

Брянцев А.В. (Москва) – 7 мин

7. Хирургическая тактика при гинекологических заболеваниях с синдромом острого живота.

Окунев Н.А., Бегоулова Е.Г., Окунева А.И. (Саранск) – 7 мин

8. Лапароскопические вмешательства при перекрутах придатков матки у девочек.

Коровин С.А., Дворовенко Е.В., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Коренькова О.В., Тимохович Е.В., Соколов Ю.Ю. (Москва) – 7 мин

9. «Консервативное» лечение детей с перекрутом придатков матки.

Чундокова М.А., Черкесова Е.М. (Москва) – 7 мин

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ КРУГЛЫЙ СТОЛ «МАЛАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ»

Модераторы: Паршиков В.В., Смирнов А.Н., Тараканов В.А.

1. Малая проктология в детском возрасте.

Смирнов А.Н., Халафов Р.В. (Москва) – 7 мин

2. Сегментарная проктопластика и лигатурное дренирование у детей с параректальными свищами.

Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Ионов А.Л., Козлов М.Ю., Трунов В.О. (Москва) – 7 мин

3. Опыт лечения детей с пресакральными объемными образованиями.

Соколов Ю.Ю., Исаев В.Ю., Сафин Д.А., Глизуцын О.Е., Лупенко Д.Ю., Ольхова Е.Б. (Москва) – 7 мин

4. Анализ результатов лечения детей с парапроктитами.

Кузьмин А.И., Барская М.А., Терехина М.И., Осипов Н.Л., Мунин А.Г., Зеброва Т.А., Маркова М.Н., Бортикова С.В. (Самара) – 7 мин

5. Лечение детей с эпителиальным копчиковым ходом.

Исаев В.Ю., Сафин Д.А., Глизуцын О.Е., Белкина Е.В. (Москва) – 7 мин

Вопросы для обсуждения:

1. Результаты лечения детей с кистой копчика
2. Геморрой в детском возрасте
3. Острый парапроктит и параректальный свищ
4. Избыточная кожная складка ануса, анальная трещина, кондиломы – тактика лечения, показание и способы оперативного лечения

16³⁰–18⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ПРЕПОДАВАНИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ: ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ»

Председатели: Морозов Д.А., Немилова Т.К., Поддубный И.В., Рудакова Э.А.

1. Все ли ясно в подготовке врача специалиста детского хирурга?

Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Арестова С.В., Мельцин И.И., Калинина Ю.А. (Оренбург) – 7 мин

2. Учебная история болезни как важная составляющая контекстного обучения студентов педиатрического факультета медицинского вуза.

Птицын В.А., Вечёркин В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В. (Воронеж) – 7 мин

3. Современные особенности преподавания детской хирургии студентам «непедиатрических» специальностей.

Разин М.П. (Киров) – 7 мин

4. Неформальные подходы к образованию в рамках Федерального образовательного стандарта в медицинском вузе.

Городков С.Ю. (Саратов) – 7 мин

5. Инновационный компонент в практико-ориентированном обучении студентов-медиков.

Цап Н.А., Кутепов С.М., Давыдова Н.С., Бородулина Т.В. (Екатеринбург) – 7 мин

6. Роль СНО в процессе воспитания и личностном становлении студентов-медиков.

Разин М.П. (Киров) – 5 мин

7. Школа мастерства «Детская хирургия» – новый формат подготовки студента.

Морозов Д.А., Пименова Е.С., Яковенко Д.Д. (Москва) – 7 мин

8. Олимпиада по детской хирургии – новые педагогические технологии.

Шастин Н.П., Смолянкин А.А., Ерохина Н.О. (Москва) – 5 мин

9. Обучение студентов и молодых специалистов навыкам эндоскопической хирургии.

Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Аль-Машат Н.А., Иванов А.А., Шумихин В.С., Гуцин А.В., Ерохина Н.О. (Москва) – 7 мин

10. Подготовка детских хирургов в Республике Беларусь.

Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И. (Минск, Беларусь) – 7 мин

Зал № 2 «Суриков»

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ КИСТИ И СТОПЫ»

Председатели: Бландинский В.Ф., Кенис В.М., Крестьяшин В.М.

1. Врожденная лучевая косоруконость как симптом генетического синдрома: алгоритм и методы лечения.

Авдейчик Н.В. (Санкт-Петербург) – 8 мин

2. Восстановление сухожилий сгибателей пальцев кисти в области фиброзно-синовиальных каналов у детей.

Александров А.В., Рыбченко В.В., Львов Н.В., Александрова Н.Е. (Москва) – 8 мин

3. Возможности остеосинтеза при различной патологии кисти в детском возрасте.

Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Хлебникова М.А., Кардаш Е.В. (Москва) – 8 мин

4. Хирургическое лечение детей с плоскостопием и деформацией переднего отдела стоп.
Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Горбачев О.С., Павлова Д.Д. (Москва) – 8 мин
5. Опыт лечение косолапости у детей до 1 года по методу Понсети.
Гильмутдинов М.Р., Лобашов В.В., Нурмеев И.Н. (Казань) – 8 мин
6. Хирургическое лечение детей с диспластическими состояниями опорно-двигательного аппарата.
Слизовский Г.В., Кужеливский И.И., Федоров М.А., Козырев А.А. (Томск) – 8 мин
7. Роль позиции стопы в генезе болевого синдрома дистальных отделов нижней конечности у детей.
Домарёв А.О., Крестьяшин В.М., Крестьяшин И.В., Гришин А.А. (Москва) – 8 мин.
8. Диспластические изменения костной системы у детей – возможности мультидисциплинарного подхода.
Румянцева Г.Н., Мурга В.В., Рассказов Л.В., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С. (Тверь) – 8 мин
9. Малотравматичное лечение деформаций стоп у детей с артрогрипозом.
Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А. (Ярославль) – 8 мин
10. Патогенетическое обоснование коррекции плано-вальгусных деформаций стоп у детей.
Кенис В.М., Сапоговский А.В. (Санкт-Петербург) – 8 мин
11. Внеочаговая иммобилизация кисти и стопы при лечении больных с термическими и механическими повреждениями.
Будкевич Л.А., Буркин И.А., Старостин О.И., Шурова Л.В. – 8 мин

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ»

Председатели: Выборнов Д.Ю., Губин А.В., Меркулов В.Н.

1. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости у детей. Тактика лечения.
Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дергачев Д.А., Хантаев Т.Б. (Москва) – 7 мин
2. Внеочаговый остеосинтез при повреждениях и заболеваниях суставов у детей.
Губин А.В., Тепленький М.А., Жданов А.С. (Курган) – 7 мин
3. Реконструктивная артроскопия плечевого сустава у детей.
Исаев И.Н., Коротеев В.В., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И. (Москва) – 7 мин
4. Внутрисуставные повреждения колена у детей.
Зорин В.И., Жила Н.Г. (Санкт-Петербург) – 7 мин
5. Стабилизация надколенника после острого травматического вывиха у детей.
Воробьев Д.А., Басаргин Д.Ю., Тищенко М.К. (Москва) – 7 мин
6. Опыт артроскопического лечения детей с вывихом надколенника.
Баковский В.Б., Титов Ф.В., Ковальков К.А. (Кемерово) – 7 мин
7. Сухожильные пластики при повреждении крупных суставов у детей.
Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д. (Москва) – 7 мин
8. Артроскопия как единственно достоверный метод диагностики заболеваний коленного сустава при длительном болевом синдроме в детском возрасте.
Лукаш А.А., Писклаков А.В., Злобин Б.Б., Лямзин С.И., Юшко А.В., Степанов М.А. (Омск) – 7 мин
9. Иммунологические критерии стадии латентной ишемии при болезни Пертеса.
Шабалдин Н.А., Горшкова С.В., Шабалдин А.В., Головкин С.И. (Кемерово) – 7 мин
10. Гемодинамическая теория, как один из основных лечебных факторов в лечении детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса.
Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Грибанов В.Э. (Барнаул) – 7 мин

11. Лечение детей с врожденным вывихом бедра.

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Рябиков К. И. (Симферополь) – 7 мин

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»

Председатели: Карасёва О. В., Сатаев В. У., Слизовский Г. В.

1. Классификация и лечебная тактика при инородных телах пищеварительного тракта у детей.

Донской Д. В., Ионов Д. В., Соловова В. П., Коровин С. А., Соколов Ю. Ю. (Москва) – 10 мин

2. Инородные тела пищевода и желудочно-кишечного тракта у детей.

Щебеньков М. В., Салахов Э. С., Орлов А. Е., Воллерт Т. А., Бондаренко Н. С. (С.-Петербург) – 5 мин

3. Агрессивные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Тарасов А. А., Савченков А. Л., Степанов В. Н., Абросимова Т. Н. (Смоленск) – 5 мин

4. Изменения в лечебной тактике при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей.

Великанов А. В., Михайлова О. Е., Чукреев В. И., Макаров П. А., Чукреев А. В., Виниченко М. М., Сорокина Л. В., Копырин Д. А. (Екатеринбург) – 5 мин

5. Осложнённые инородные тела желудочно-кишечного тракта.

Карасева О. В., Брянцев А. В., Тимофеева А. В., Харитонов А. Ю., Капустин В. А., Горелик А. Л. (Москва) – 5 мин

6. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Рудакова Э. А., Ковалева О. А., Юрков С. В. (Пермь) – 5 мин

7. Инородные тела пищевода у детей.

Гумеров А. А., Рахмангулов Р. Р., Парамонов В. А., Солдатов Ю. П., Сагадеев В. А. (Уфа) – 5 мин

8. Тактика лечения при осложнённых химических ожогах пищевода, вызванных инородными телами.

Баиров В. Г., Салахов Э. С., Казиахмедов В. А. (С.-Петербург) – 5 мин

9. Безоары желудка в практике детского хирурга.

Литовка В. К., Иноземцев И. Н., Вакуленко М. В., Черкун А. В., Литовка Е. В., Музалев А. А. (Донецк) – 5 мин

10. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Вечеркин В. А., Климов А. В., Птицын В. А., Гурвич Л. С., Павлова А. С., Щукина А. А. (Воронеж) – 5 мин

11. Миграция инородного тела пищевода (монеты) в средостение.

Арабская Е. А., Чевжик В. П. (Тюмень) – 5 мин

12. Рецидив трихобезоара в тонкую кишку – «синдром рапунцель».

Слепцов А. А., Саввина В. А., Варфоломеев А. Р., Николаев В. Н., Корякина А. Д. (Якутск) – 5 мин

13. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Бабич И. И., Багновский И. О. (Ростов-на-Дону) – 5 мин

14. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Аверин В. И., Голубицкий С. Б., Заполянский А. В., Валек Л. В., Никуленков А. В. (Минск, Брест) – 5 мин

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «ТЕНДЕНЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

Председатели: Митиш В. А., Рыбченок В. В., Шведовченко И. В.

1. Первый опыт применения ригототомии и липофилинга при лечении детей с рубцовыми деформациями.

Лагутина А. А., Будкевич Л. И., Старостин О. И., Трусов А. В. (Москва) – 10 мин

2. Пластическое закрытие пролежней у детей.

Митиш В. А., Никонов А. В., Мединский П. В., Налбандян Р. Т. – 10 мин

3. Реконструктивно-пластические подходы в лечении новообразований головы и шеи у детей
Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Бабаскина Н.В., Калинина М.П., Пряников П.Д. (Москва) – 10 мин
4. Возможности лечения детей с рубцовыми деформациями.
Гассан Т.А., Быстров А.В., Макарова О.В. (Москва) – 7 мин
5. Лечение детей с рубцовой тотальной и субтотальной контрактурой шеи.
Перловская В.В., Зеленин В.Н., Ли И.Б., Ангархаева Л.В. (Иркутск) – 7 мин
6. Современные тенденции в реконструкции 1 пальца кисти у детей.
Шведовченко И.В., Кольцов А.А. (С.-Петербург) – 7 мин
7. Роль микрохирургических методов в реконструктивной хирургии детей с травмой верхних конечностей в остром и отдаленном периодах.
Голяна С.И., Баиндурашвили А.Г., Говоров А.В., Заварухин В.И., Митрофанова Е.В. (С.-Петербург) – 7 мин
8. Пластическое замещение раневых дефектов у детей.
Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Горьковой И.С., Кисилев А.Н., Кулиш Т.А., Панкратов И.Д. (Краснодар) – 7 мин

16³⁰–18⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ»

Председатели: Баиров В.Г., Гумеров А.А., Тен Ю.В.

1. Лапароскопические операции при лечении хронической дуоденальной непроходимости у детей.
Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Алхасов М.Б., Халафов Р.В. (Москва) – 10 мин
2. Эндовидеохирургия в коррекции врожденной дуоденальной непроходимости у новорожденных.
Дженалаев Д.Б., Билял Р.А., Рустемов Д.З. (Астана) – 10 мин
3. Хронический мегадуоденум у ребенка 9 лет.
Рошаль Л.М., Карасёва О.В., Ахадов Т.А., Горелик А.Л., Граников О.Д., Брянцев А.В., Харитонов А.Ю. (Москва) – 10 мин
4. Возможности гастроскопической сфинктеротомии препилорической мембраны у детей как метода лечения.
Марухно Н.И., Антоненко Ф.Ф., Перерва О.В., Павлова Я.Е., Сидоров Г.А., Жуков В.С., Ченцова Л.Н. (Владивосток) – 10 мин
5. Хирургическая коррекция дуоденальной непроходимости у новорожденных.
Притуло Л.Ф., Дубова Е.И., Гонцов С.В., Строчан Е.П., Пейливанов Ф.П., Рыбников А.П. (Симферополь) – 10 мин
6. Анализ лечения новорожденных с высокой кишечной непроходимостью.
Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Смирнова Е.И., Канюк И.А. (Тверь) – 10 мин
7. «Опыт лечения синдрома мальротации у детей старше периоде новорожденности. Мультицентровое исследование».
Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Соколов Ю.Ю., Субботин И.В., Ашманов К.Ю., Фатеев Ю.Е., Холостова В.В. – 10 мин

3-й ДЕНЬ – 23 октября

Зал № 1 «Васнецов»

9⁰⁰–10³⁰ КРУГЛЫЙ СТОЛ «БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ»

Председатели: Караваева С.А., Мокрушина О.Г., Новожилов В.А.

1. Диагностика болезни Гиршпрунга в неонатальном периоде. Сложности и способы их преодоления.
Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н. (Санкт-Петербург) – 8 мин

2. Хирургические вмешательства при болезни Гиршпрунга. Виды операций и сроки их проведения.
Новожилов В. А., Козлов Ю. А. (Иркутск) – 8 мин

3. Отдаленные результаты лечения болезни Гиршпрунга в неонатальном периоде. Причины неудач, извлеченные уроки.

Цап Н. А., Чудаков В. Б., Новоселова О. В. (Екатеринбург) – 8 мин

4. Послеоперационная реабилитация. Кто должен проводить и когда мы можем сказать, что ребенок здоров?

Мокрушина О. Г., Шумихин В. С., Щапов Н. Ф. (Москва) – 8 мин

5. Операция de la Torge при низких формах болезни Гиршпрунга у грудных детей.

Хамраев А. Ж., Эргашев Б. Б., Каримов И. М., Хамроев У. А. (Ташкент) – 8 мин

6. Современные методы лечения детей раннего возраста с болезнью Гиршпрунга.

Гумеров А. А., Неудачин А. Е., Пармонов В. А., Мингулов Ф. Ф. (Уфа) – 8 мин

Вопросы для дискуссии:

- Неонатальный период: радикальная коррекция или стома?
- Рентгенологическое исследование: окончательный диагноз или начало обследования?
- Нейрональная интестинальная дисплазия: что предпринять в неонатальном периоде?
- Варианты хирургической коррекции: какой метод безопаснее, а какой надежнее?
- Морфология – основа постановки диагноза, но всегда ли она соответствует клинической картине?
- Функциональный запор после хирургической коррекции: осложнение или сопутствующая проблема?

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ВОЗМОЖЕН ЛИ КОНСЕНСУС?»

Председатели: Комиссаров И. А., Морозов Д. А., Хворостов И. Н.

1. 50-летний опыт применения операции Соаве. Осложнения, отдалённые результаты.

Смирнов А. Н., Дронов А. Ф., Холостова В. В., Залихин Д. В., Маннанов А. Г. (Москва) – 7 мин

2. Место операции Дюамеля в лечении детей с болезнью Гиршпрунга.

Никифоров А. Н., Аверин В. И., Дегтярев Ю. Г. (Минск) – 7 мин

3. Повторные операции после хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга.

Ионов А. Л., Сулавко Я. П. – 7 мин

4. Особенности хирургической техники трансанальной лапароскопически ассистированной операции при болезни Гиршпрунга у детей.

Сварич В. Г. (Сыктывкар) – 7 мин

5. Первый опыт трансанальных операций при болезни Гиршпрунга у детей.

Абушкин И. А., Белякова А. В., Баязитов А. Ю. (Челябинск) – 7 мин

6. Лечение детей с болезнью Гиршпрунга. Ближайшие и отдалённые результаты.

Хворостов И. Н., Шрамко В. Н., Андреев Д. А., Копань Г. А., Дамиров О. Н. (Волгоград) – 7 мин

7. Оценка эффективности лечения детей с болезнью Гиршпрунга и нейрональной интестинальной дисплазией.

Новожилов В. А., Козлов Ю. А., Степанова Н. М., Милюкова Л. П., Умань Н. В., Латыпов В. Х., Петров Е. М., Кузнецова Н. Н., Алейникова Н. Г., Кондрашина О. Г., Пикало И. А. (Иркутск) – 7 мин

8. Отдалённые результаты хирургической коррекции тотального аганглиоза толстой кишки с оставлением двух толстокишечных «заплат» на «здоровой» тонкой кишке.

Абушкин И. А., Белякова А. В., Беляков В. И. (Челябинск) – 7 мин

9. Тотальная форма болезни Гиршпрунга или нейромышечная дисплазия толстой кишки?

Цап Н.А., Винокурова Н.В., Трубицына И.А. (Екатеринбург) – 7 мин

10. Опыт лечения у детей с тотальным аганглиозом толстой кишки.

Котин А.Н., Караваева С.А., Попова Е.Б., Кесаева Т.В. (С.-Петербург) – 7 мин

11. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей.

Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г., Филиппов Д.В. (С.-Петербург) – 7 мин

12. Отдалённые результаты трансанальной резекции толстой кишки при болезни Гиршпрунга у детей.

Полухов Р.Ш. (Баку) – 7 мин

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

Председатели: Будкевич Л.И., Корякин Н.Н., Козлов Ю.А.

1. Идеология современных раневых покрытий в комбустиологии детского возраста.

Будкевич Л.И., Астамирова Т.С., Мирзоян Г.В., Сошкина В.В. (Москва) – 10 мин

2. Раневое покрытие Аквасель Ag в комплексном лечении детей с термическими поражениями.

Баиндурашвили А.Г., Бразоль М.А., Митрофанова Е.В., Цветаева Е.В. (С.-Петербург) – 7 мин

3. Применение ранозаживляющих перчаток Aguacel Ag Burn в лечении ожогов кисти.

Погодин И.Е., Стручков А.А., Ручин М.В., Чернышев С.Н. (Нижний Новгород) – 7 мин

4. Создание оптимальных условий восстановления кожного покрова в комбустиологии.

Богданов С.Б. (Краснодар) – 7 мин

5. Эффективность раневых покрытий у ожоговых реконвалесцентов.

Шурова Л.В. (Москва) – 7 мин

6. Видеофильм «Итоги 20 лет успешного партнерства».

Шишкина Н.С. – 5 мин

7. РЕГ-технология у пациентов с нарушением акта глотания.

Алешина Ю.А., Боровицкий В.А., Рыжов Е.А. (Москва) – 7 мин

8. Пункционная гастростомия.

Захаров И.В., Бондаренко С.Б., Догадов Э.А., Котловский А.М. (Москва) – 10 мин

9. Лапароскопическая гастростомия.

Ковальков К.А., Козлов Ю.А. (Кемерово-Иркутск) – 10 мин

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «БИЛИАРНАЯ АТРЕЗИЯ»

Председатели: Готье С.В., Разумовский А.Ю., Чепурной Г.И.

1. Современная диагностика билиарной атрезии.

Гуревич А.И., Титова Е.А., Феоктистова Е.В., Голованёв М.А., Ратников С.А. (Москва) – 15 мин

2. Билиарная атрезия: бриджевые операции и коррекция сопутствующих пороков развития: делать или не делать?

Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П. (Москва) – 10 мин

3. Усовершенствованные открытые операции при билиарной атрезии.

Козлов Ю.А., Новожилков В.А. (Иркутск) – 10 мин

4. Кистозная форма атрезии холедоха – благоприятный тип обструктивной холангиопатии.

Якубов Э.А. (Ташкент) – 10 мин

5. 15-летний опыт наблюдения детей с билиарной атрезией.

Дегтярева А.В., Пучкова А.А. (Москва) – 10 мин

6. Ультразвуковая оценка печени у детей после операции Касаи.

Пыков М.И., Филиппова Е.А., Рычкова В.Э. (Москва) – 10 мин

7. Отдалённые результаты операции Касаи.

Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Голованёв М.А., Ратников С.А. (Москва) – 10 мин

Зал № 2 «Суриков»

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УДВОЕННЫХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ»

Председатели: Акрамов Н.Р., Гельдт В.Г., Коварский С.Л., Осипов И.Б.

1. Тактика лечения детей с уретероцеле при удвоении почек.

Меновщикова Л.Б., Ерохина Н.О., Захаров А.И., Склярова Т.А., Левитская М.В., Шумихин В.С., Соттаева З.З., Текотов А.Н. (Москва) – 7 мин

2. Результаты трансуретеральной коррекции пороков развития уретеровезикального сегмента при удвоении верхних мочевых путей у детей.

Бабанин И.Л., Гельдт В.Г., Казанская И.В. (Москва) – 7 мин

3. Оперативная тактика уретерогидронефроза при удвоении верхних мочевых путей.

Соловьев А.Е., Шатский В.Н., Гудков Р.А. (Рязань) – 7 мин

4. Хирургическое лечение мегауретера при уретеральной эктопии добавочного мочеточника.

Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Сарычев С.А., Бурханов В.В. (Санкт-Петербург) – 7 мин

5. Метод экстравезикальной пересадки мочеточника при удвоении почек у детей.

Кравцов Ю.А. (Владивосток) – 7 мин

6. Лапароскопические возможности реконструкции верхних мочевых путей при удвоении.

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазишвили М.Н., Корочкин М.В., Кулаев А.В., Врублевский А.С. (Москва) – 7 мин

7. Эндоскопическое лечение детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом при удвоении верхних мочевыводящих путей.

Зоркин С.Н., Шахновский Д.С., Акоюн А.И., Маликов Ш.Г., Губарев В.И., Сальников В.Ю. (Москва) – 7 мин

8. Способ оценки результатов хирургического лечения детей раннего возраста с обструктивным мегауретером.

Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Есенов К.Т., Царахов В.М., Кесаева М.М., Дзуцева М.Р. (Владикавказ) – 7 мин

9. Трансуретральные вмешательства в урологии детского возраста.

Тен К.Ю., Полянская М.О., Казанцева Е.О., Красильников А.А., Клейменов Е.В., Усова М.И. (Барнаул) – 7 мин

10. Подход к эндоскопическому лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием препарата Vantris.

Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С. (Самара) – 7 мин

10⁴⁵–12¹⁵ КРУГЛЫЙ СТОЛ «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ И НЕФРОСКЛЕРОЗ»

Модераторы: Генералова Г.А., Дерюгина Л.А., Меновщикова Л.Б., Николаев С.Н.

1. Хроническая болезнь почек при обструктивных уропатиях у детей: маркёры прогрессирования, нефропротекция, прогноз.

Генералова Г.А. (Москва) – 15 мин

2. Критерии оценки тяжести поражения мочевыделительной системы у детей с врожденным мегауретером.

Дерюгина Л.А., Горемыкин И.В., Краснова Е.И. (Саратов) – 15 мин

3. Обструктивная нефропатия и риск развития хронической болезни почек III–V стадии у мальчиков с клапанами задней уретры.

Шумихина М.В., Гурская А.С., Левитская М.В., Гуревич А.И. (Москва) – 15 мин

Вопросы для дискуссии:

1. Роль диснефрогенеза, мочевой инфекции и нарушений уродинамики в развитии нефросклероза.
2. Конституциональные аспекты рефлюкс-нефропатии у детей.
3. Нефрогенная гипертензия – пути коррекции, тактика.
4. Роль и место иммунотерапии.
5. Оптимальные пути мониторингования.
6. Прогностически неблагоприятные факторы.
7. Алгоритм лечебных мероприятий.
8. Роль ранней эндоскопической коррекции ПМР в профилактике рефлюкс-нефропатии.
9. Показания к нефрэктомии.

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»

Председатели: Журило И.П., Козлов Ю.А., Соколов Ю.Ю.

1. Диагностические и оперативные особенности удвоений кишечной трубки у детей.

Наумова О.А., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Бобковская Е.Е. (Екатеринбург) – 12 мин

2. Удвоения пищеварительного тракта у новорожденных и детей грудного возраста.

Козлов Ю.А., Новожилов В.А. (Иркутск) – 12 мин

3. Кистозные удвоения тонкой кишки или «мекониевый перитонит»?

Баиров В.Г., Сухоцкая А.А., Амедхонова С.А. (Санкт-Петербург) – 12 мин

4. Кистозные удвоения желудочно-кишечного тракта у детей.

Журило И.П., Медведев А.И., Круглый В.И., Черногоров О.Л. (Орел) – 12 мин

5. Эндохирургическая коррекция инфрадиафрагмальных кистозных удвоений пищеварительного тракта у детей.

Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П. (Москва) – 12 мин

6. Эндохирургические вмешательства при удвоениях различных отделов пищеварительного тракта у детей.

Смирнов А.Н., Холостова В.В., Гавриленко Н.В. (Москва) – 12 мин

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИЯ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ»

Председатели: Аксельров М.А., Рачков В.Е., Турабов И.А., Шароев Т.А.

1. Инновационные технологии в хирургии солидных опухолей у детей.

Шароев Т.А., Рохоев М.А. (Москва) – 10 мин

2. Пути улучшения ранней диагностики онкологической патологии у детей.

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Аксельров А.М., Сахаров С.П., Связян В.В., Емельянова В.А., Мальчевский В.А., Чевжик В.П. (Тюмень) – 5 мин

- 3. Причины рецидивов некоторых видов солидных опухолей у детей: хирургические аспекты.**
Турабов И.А. (Архангельск) – 5 мин
- 4. Видеоэндоскопические операции в детской онкологии.**
Талыпов С.Р., Рачков В.Е., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Оганесян Р.С., Ускова Н.Г. (Москва) – 5 мин
- 5. Ганглионеврома забрюшинного пространства и заднего средостения в онкопедиатрии.**
Литовка В.К., Черкун А.В., Вакуленко М.В., Музалев А.А., Литовка Е.В., Сушков Н.Т. (Донецк) – 5 мин
- 6. Торакоскопические операции при объемных образованиях грудной полости и средостения у детей.**
Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Рачков В.Е., Митупов З.Б., Степаненко Н.С., Задвернюк А.С., Куликова Н.В. (Москва) – 5 мин
- 7. Диагностика и тактика лечения при опухолях и кистах средостения у детей.**
Шангареева Р.Х., Парамонов В.А., Еникеев М.Р., Асфандияров Б.Ф. (Уфа) – 5 мин
- 8. Опыт использования хирургического метода в комбинированном лечении метастазов в легкие у детей с солидными опухолями.**
Силков В.Б., Кириченко М.М., Кубит В.Я., Столбовская Я.Э., Пигарева М.Н., Белогурова М.Б. (Санкт-Петербург) – 5 мин
- 9. Малоинвазивная резекция инфантильной нейробластомы у новорожденных и младенцев.**
Козлов Ю.А., Распутин А.А. (Иркутск) – 5 мин
- 10. Возможности миниинвазивной хирургии в лечении новообразований надпочечников.**
Поддубный И.В., Оганесян Р.С., Толстов К.Н., Карева М.А., Орлова Е.М., Андреев Е.С., Талыпов С.Р., Ускова Н.Г., Сухов М.Н. (Москва) – 5 мин
- 11. Возможности хирургического лечения объемных образований у детей в регионе.**
Павлов А.А., Николаев А.В., Лукоянов Д.В. (Чебоксары) – 5 мин
- 12. Опыт хирургического лечения детей с солидными псевдопапиллярными опухолями поджелудочной железы.**
Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Шувалов М.Э., Акопян М.К. (Москва) – 5 мин
- 13. Хирургическое лечение детей с солидными псевдопапиллярными опухолями поджелудочной железы.**
Рыбакова Д.В., Керимов П.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Хижников А.В. (Москва) – 5 мин
- 14. Современная 3d конформная лучевая терапия как альтернатива хирургическим технологиям при рецидивирующих гемангиомах и ангиофибромах основания черепа у детей.**
Антоненко Ф.Ф., Щербенко О.И., Радионов М.В., Аббасова Е.В., Шахбозян К.А., Слобина Е.Л., Антоненко Л.Б., Крянев А.М. (Москва) – 5 мин

16³⁰

**ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ.
НАГРАЖДЕНИЕ ПОБЕДИТЕЛЕЙ.**

17⁰⁰

ЗАКРЫТИЕ СЪЕЗДА

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Абдибеков М. И., Шасаитов Т. А., Салаев Е. Б.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Университетская клиника Аксай, Центр детской хирургии, Алматы, Казахстан

Цель: Доложить опыт и результаты использования ретроградной внутрисветовой баллонной дилатации обструкции пиелоуретрального сегмента после открытой пиелопластики у детей.

Материалы и методы: С января 2010 г по декабрь 2014 г 204 пациентам проведена открытая пиелопластика. Среди пациентов 116 мальчиков и 88 девочек, средний возраст 1,3 года. Среди них 196 пациентам проведена пластика ЛМС по Андерсену – Кучера, 8 детям Y-пластика по Фоллею. Всем детям проводилось ультразвуковое обследование и послеоперационное контрастное исследование – внутривенная урография с пробой с лазером. Критериями отбора являлись наличие замедленного выведения и интраоперационно нормального мочеточника и перистальтики ЛМС. Процедура баллонной дилатации проводилась под рентгеноскопическим контролем положения катетера № 3 и № 4 с проводником. После удаления проводника баллон высокого давления устанавливается в область стеноза

для проведения дилатации. После процедуры устанавливался двухзавитковый стент сроком на 4 недели.

Результаты: Нами проведено 5 баллонных дилатаций пиелоуретрального сегмента 5 пациентам с послеоперационными осложнениями включающими замедленное выведение мочи. Проба с фуросемидом вовлеченной стороны отрицательная. Результат баллонной дилатации был успешным у 3 пациентов (60%), отмечалась инволюция симптомов, регрессия гидронефроза и улучшение выведения. Также имелось 2 случая неудачи у детей с периодической болью и повышением температуры тела после удаления двухзавиткового катетра. В дальнейшем этим 2 пациентам проведена открытая повторная пиелопластика. Ретроградная баллонная дилатация применима для лечения у детей с послеоперационной обструкцией ПУС. Преимуществом данной методики является ее минимальная инвазивность. Этот метод нуждается в дальнейшем развитии как альтернатива стандартной повторной пиелопластике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ДВУХ АГАНГЛИОНАРНЫХ ЗАПЛАТ НА ЗДОРОВОЙ ТОНКОЙ КИШКЕ

Абушкин И. А., Белякова А. В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Применяемые в настоящее время операции при тотальном аганглиозе толстой кишки (ТАТК) с сохранением части пораженной кишки в виде заплаты на здоровой тонкой кишке, к сожалению, не обеспечивают пациентам должного качества жизни. У оперированных детей часты эпизоды дегидратации, требующие повторных госпитализаций (Philippart A.I., 1997). Нами была предложена операция с сохранением большей части аганглионарной кишки в виде двух заплат на тонком кишечнике (Абушкин И. А., 2005), однако ее эффективность требовала анализа в отдаленные сроки.

Цель. Анализ отдаленных результатов лечения детей с ТАТК, оперированных по собственному методу.

Материал и методы. С 1998 по 2016 год наблюдали 6 детей с ТАТК, из них пять мальчиков и одну девочку. У всех детей зона аганглиоза распространялась на подвздошную кишку, максимально захватывая две трети ее длины. Все пациенты оперированы по разработанному нами способу с формированием на первом этапе илеостомы с заплатой из толстой кишки, а на заключительном этапе – с закрытием илеостомы и созданием илеоанального анастомоза с формированием второй заплаты из прямой и сигмовидной кишок. Заключительный этап операции

выполнен у первого ребенка в возрасте 1 года 5 месяцев, у второго – в 6 месяцев и еще у четырех – в 3 месяца.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 17 лет. Все дети живы и в физическом и умственном развитии не отстают от сверстников. Они посещают, либо посещали детский сад и общеобразовательную школу без ограничений по занятиям физической культурой. Строгой диеты не соблюдают. Стул 3–4 раза в сутки, кашицеобразный. Раздражения кожи промежности нет. Состояний, требующих госпитализации, связанных с патологией кишечника не было. На фоне острой респираторной вирусной инфекции у всех детей наблюдалось учащение стула до 4–5 раз в сутки, однако ни у одного ребенка это не потребовало госпитализации и какой-либо инфузионной терапии.

Выводы. Сохранение значительной части аганглионарной толстой кишки в виде двух заплат на здоровом тонком кишечнике не приводит к нарушению его моторной функции, обеспечивает достаточную абсорбцию воды из просвета кишечника и, в целом, – хорошее качество жизни ребенка, что позволяет рекомендовать данную операцию для широкого клинического применения у детей с тотальным аганглиозом толстой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Аверин В. И., Свирский А. А., Махлин А. М.

Белорусский государственный медицинский университет; Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Разработать органосохраняющие операции на селезенке у детей.

Материалы и методы. В Детском хирургическом центре с 2001 по июнь 2016 г. находилось на лечении 42 пациента с непаразитарными кистами и 3 – с лимфангиомами селезенки. Из них 25 девочек и 20 мальчиков, в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст 11,8). У 30 из них образования располагались в верхнем, у 9 в среднем, у 3 в нижнем полюсе и у 3 был поражен верхний полюс и средний сегмент селезенки. Истинные кисты выявлены у 19 пациентов, ложные – 23.

Результаты и обсуждение. У 38 пациентов кисты были выявлены случайно при ультразвуковом сканировании (УЗИ). У одной девочки было нагноение кисты с лихорадкой до 39°, слабостью и болью в левом подреберье. У 3 детей были жалобы на периодические боли в животе усиливающиеся при физической нагрузке и у 3 – при осмотре выявлена асимметрия живота за счет выбухания в левом подреберье, здесь же пальпировалось безболезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции.

Из косога лапаротомного доступа в левом подреберье в нашей клинике выполнены: резекция верхнего полюса селезенки с кистой у 5 детей, резекция верхнего полюса и среднего сегмента с кистой у 3 и у 2 – энуклеация кисты.

Лапароскопически оперировано 35 пациентов. Из них у 1 – энуклеация кисты, у 17 – резекция полюса селезенки с кистой и у 16 – иссечение оболочек кисты по границе с тканью селезенки, с последующей обработкой внутренней выстилки биполярной коагуляцией. После всех операций ставили дренаж к селезенке, который удаляли на вторые сутки. У 2 больных перед операцией кисты лечились путём пункции с последующим введением 70% спирта (1 ребёнок) и этоксисклерола (1 ребёнок), что в последующем привело к рецидиву заболевания. Послеоперационный период протекал у всех детей без осложнений. Кисты до 5 см. в диаметре не оперируем. Эти дети находятся у нас под наблюдением с периодическим, раз в 6 месяцев, контрольным УЗИ.

Выводы.

1. Кисты селезенки в большинстве случаев протекают бессимптомно и выявляются случайно при выполнении УЗИ. По нашим данным у 84,4% пациентов.
2. В настоящее время диагностика кист селезенки не представляет трудностей.
3. При кистах селезенки должны выполняться только органосохраняющие операции.
4. Методом выбора являются лапароскопические операции.

МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Аверин В. И., Голубицкий С. Б., Заполянский А. В., Валек Л. В., Никуленков А. В.

Белорусский государственный медицинский университет; Брестская областная детская больница; ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»; Минская областная детская клиническая больница, Республика Беларусь

Цель. Провести анализ результатов лечения и обосновать лечебную тактику у пациентов с магнитными инородными телами (МИТ) желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. С ноября 2012 по июнь 2016 года в РНПЦ детской хирургии, в Брестской и Минской областных больницах находилось на лечении 10 детей (5 мальчиков и 5 девочек) с МИТ (неодимовыми шариками – магнитами). Возраст пациентов колебался от 1 г. 10 мес. до 14 лет.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина МИТ, как правило, до развития осложнений ничем себя не проявляла. А так как большинства пациентов было младшей возрастной группы, то изучить анамнез не представлялось возможным. В 3 наблюдениях родители сразу заметили, что ребенок проглотил один магнитный шарик, в одном случае 15 магнитов и сразу обратились за медицинской помощью. Единичные МИТ

вышли естественным путем, а цепочку из 15 магнитов с большим трудом извлекли фиброгастроскопический из пищевода и желудка, так как дно желудка было плотно притянуто к пищеводу. Остальные пациенты поступили в стационары от 3 до 14 суток с развившимися осложнениями. У 3 была выявлена кишечная непроходимость и еще у 3 перитонит неясной этиологии. На операции у всех была выявлена перфорация на различных участках ЖКТ с формированием межкишечных свищей и извлечено от 2 до 83 магнитных шариков. Операция закончена у одного пациента концевой энтеростомой, а у 5 – ушиванием стенки кишки или резекцией с межкишечным анастомозом. Все пациенты поправились.

Заключение: Магниты – особый вид агрессивных инородных тел пищеварительного тракта, которые при проглатывании могут вызывать жизнеугрожающие осложнения: кишечную непроходимость, перфорацию

полого органа, перитонит. Дети, которые проглотили магнитные шарики, подлежат обязательной госпитализации в хирургический стационар. Данный вид инородных тел представляет серьезную опасность за счет значительной силы магнитного сцепления. Если ребенок проглатывает магнитные шарики (два и более), они распределяются в разных отделах пищеварительного канала, притягиваются один к одному, вызывая непро-

ходимость кишечника или перфорацию кишки с развитием перитонита. Лечебная тактика при проглатывании магнитных шариков зависит от локализации, времени с момента их попадания в просвет пищеварительного канала и наличия осложнений. При фиксированных магнитах в пищеварительном канале тактика должна быть активной, а их удаление предотвращает развитие осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ТРАВМАМИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Осипова Г. Т., Тарбая Н. О., Моксякова Е. Г.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО; Московский государственный медико-стоматологический университет; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Резюме: учитывая данные проведенного нами исследования, отмечается тенденция роста числа травм наружных половых органов, также увеличилось количество травм, требующих оперативного лечения. Более легкие травмы наблюдаются у детей в возрасте от 2 до 5 лет. У девочек старшего возраста общее количество травм меньше, но наблюдаются более тяжелые травмы.

Актуальность: по данным статистики, травмы у детей занимают третье место в общей структуре заболеваемости, уступая заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом, травмы наружных половых органов и промежности у девочек составляют 3–4% по отношению к травмам других локализаций.

Цель исследования: сбор и анализ статистических данных по количеству поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ девочек с травмами наружных половых органов в период с 2013 по 2015 год.

Методы исследования: было обследовано 486 девочек, поступивших в Морозовскую ДГКБ в период с 2013 по 2015 год в возрасте от 2 до 18 лет. Всем девочкам в обязательном порядке проводился гинекологический осмотр, ректо-абдоминальное исследование, у девочек живущих половой жизнью – вагинальное исследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов малого таза), при необходимости, оперативное лечение в объеме ушивания разрывов промежности, разрывов слизистой вульвы, вскрытия и дренирования гематом малых и больших половых губ.

Результаты исследования: общее количество девочек и девушек, обратившихся в Морозовскую ДГКБ с трав-

мами наружных половых органов в экстренном порядке в период с 2013 по 2015 год составило 486 случаев. В 2013 году – госпитализировано 83 девочки с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 18 (21%) В 2014 году – госпитализировано 145 девочек с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 117 (80%). В 2015 году – госпитализировано 258 девочек с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 241 (93%). Распределение общего количества травм наружных половых органов по возрастным группам: 2–5 лет – 224 (46%), 5–8 лет – 127 (26%), 8–12 лет – 68 (14%), 12–18 лет – 54 (11%)

В возрастной группе от 2 до 5 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 85 (38%), гематомы – 67 (30%), отрыв малых половых губ – 50 (22%), ссадины вульвы – 22 (10%). В возрастной группе от 5 до 8 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 50 (39%), гематомы больших и малых половых губ – 40 (32%), частичный отрыв малых половых губ – 26 (20%), ссадины вульвы – 11 (9%). У девочек более старшего возраста от 8 до 12 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 15 (22%), гематомы – 33 (49%), разрывы влагалища – 13 (19%), частичный отрыв малых половых губ – 7 (10%). В возрастной группе от 12 до 18 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 6 (10%), гематомы – 28 (52%), разрывы влагалища – 13 (25%), отрыв малых половых губ – 7 (3%).

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Журавлева С. А., Короткова С. А.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Резюме: Абдоминальный болевой синдром – распространенное явление, служащее причиной госпитализации в стационар. Во избежание ошибок в постановке диагноза, для своевременной диагностики и лечения

перекрутов придатков матки, все девочки с болями в животе должны осматриваться гинекологом.

Актуальность: По данным статистики, перекрут придатков матки, занимает сегодня 5 место среди экстрен-

ных гинекологических состояний, по поводу которых девочки госпитализируются в стационар и может возникать в любом возрасте. В детском возрасте перекрут придатков матки встречается гораздо чаще. Причинами этому является более длинный связочный аппарат, чем у взрослых, особенности расположения яичников у детей – чем меньше ребенок, тем более высоко в брюшной полости расположены яичники, резкие движения тела, внезапная остановка вращательного движения туловища и другие причины.

В лечении перекрутов придатков матки неприемлема выжидательная тактика, только хирургическое лечение в максимально короткие сроки. Целями хирургического лечения являются восстановление топографии придатков матки при сохраненном кровотоке, либо их удаление при нарушенном кровоснабжении или их некрозе.

Все прооперированные по поводу гинекологической патологии девочки, должны в обязательном порядке наблюдаться у детского гинеколога.

Цель исследования: Сбор и анализ сведений о допущенных ошибках в диагностике и лечении перекрутов придатков матки по г. Москве за 2015 год.

Материалы и методы исследования: проанализировать ошибки в диагностике и лечении перекрутов придатков матки на базе Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы при Морозовской ДГКБ, в который стекаются и обрабатываются все данные по проведенным оперативным вмешательствам по гинекологической патологии у девочек г.Москвы.

Результаты: В центре репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы на базе Морозовской ДГКБ за 2015 год наблюдалось более 2500 детей и подростков.

За 2015 год было выявлено 15 случаев ошибок в диагностике и лечении перекрутов придатков матки. Средний возраст пациенток составил 12,4 ± 2,4 (n=15). При анализе допущенных ошибок в диагностике и лечении перекрутов придатков матки у девочек было выявлено 3 (20%) случая оставление нежизнеспособных придатков матки с целью возможного восстановления кровотока, 2 (13,3%) случая отсутствия фиксации придатков матки при деторсии мягкого перекрута, в результате чего произошел повторный перекрут придатков матки, 2 (13,3%) случая неправильной фиксации придатков матки, что так же привело в повторному перекруту, 8 (53,3%) случаев несвоевременной диагностики перекрута придатков матки при неправильно поставленном диагнозе и лечения другого заболевания при отсутствии осмотра гинеколога. Причинами диагностических ошибок и ошибок в выборе тактики ведения и лечения перекрутов придатков матки являются: недостаточно глубокие знания анатомии и физиологии репродуктивной системы детей и подростков, пренебрежение гинекологическим анамнезом, отсутствие круглосуточного УЗ мониторинга, неадекватный объем оперативного лечения, неграмотное ведение медицинской документации, неправильная оценка интраоперационной ситуации, отсутствие онкологической настороженности при выявлении опухолей и опухолевидных образований яичников. Резюмируя полученные данные, можно сделать выводы о том, что все сложности диагностики абдоминальных болей требуют совместных действий детских гинекологов, детских хирургов и педиатров. Осмотр гинеколога является неотъемлемым составляющий при возникновении болей в животе у девочек.

ЭНДОМЕТРИОЗ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Моксякова Е.Г., Тарбая Н.О.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Резюме: По данным клинических исследований, около 75% женщин столкнулись с эндометриозом в возрасте до 20 лет. Истинная частота распространенности эндометриоза у девочек неизвестна. По данным различных авторов, у 35–50% подростков со стойкой хронической тазовой болью при лапароскопии выявляется эндометриоз. М. de paula Andres и соавт. в 2014 г. проанализировали клинические характеристики девочек-подростков, страдающих эндометриозом, средний возраст установки диагноза у таких детей составил 17,95±1,48 года, в то время как первые симптомы проявлялись к 15 годам.

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению различных аспектов эндометриоза, этиология и патогенез этого заболевания до конца неясны. В настоящее время существует более 10 теорий возникновения эндометриоза, однако ни одна из этих теорий не может полностью объяснить причины

возникновения этого заболевания и многообразие локализаций очагов. Патофизиология эндометриоза, вероятно, является многофакторной и возникает в результате взаимодействия нескольких факторов. У подростков наиболее часто встречаются малые формы наружного генитального эндометриоза, являющиеся причиной стойкого болевого синдрома, и гораздо реже, чем у взрослых, можно наблюдать аденомиоз или эндометриоидные кисты яичников. Эндометриоз характеризуется разнообразием проявления. Методы лечения не особо отличаются как у подростков, так и у женщин 20–40-летнего возраста. До сих пор не получилось выработать идеальную тактику лечения эндометриоза. Все доступные методы лечения эндометриоза приемлемы и для подростков, но следует учитывать возраст пациентки и профили побочных эффектов лекарственных средств. К сожалению, в настоящее время отсутствуют методики, полностью излечивающие эндометриоз.

Цель исследования: проанализировать результаты осмотров при обращаемости в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ, оценить частоту встречаемости эндометриоза при диагностировании порока развития наружных и внутренних половых органов

Материалы и методы. На базе отделения гинекологии Морозовской Детской Городской Клинической Больницы за последние три года наружные генитальные формы эндометриоза диагностированы у 11 девочек, подтвержденных гистологически, средний возраст которых составил 13,4±1,2 года (n=11). Полученные результаты. В 100% случаев выявлены пороки развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови, у 8 (72,7%) девочек выявлена аплазия нижней трети влагалища, у 2 (18,1%)

девочек – аплазия нижней и средней трети влагалища, у 1 (9,1%) девочки – атрезия девственной плевы. Во всех случаях аплазии нижней трети влагалища и аплазии нижней и средней трети влагалища был выявлен наружный генитальный эндометриоз. В случае атрезии девственной плевы из 41 девочки, которые были госпитализированы с данной патологией в отделение гинекологии Морозовской Детской Городской Клинической Больницы за последние три года, лишь у 1 (2,43%) девочки был выявлен наружный генитальный эндометриоз. Заключение. Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что при наличии пороков развития половых органов, связанных с аплазией влагалища, вероятность развития наружного генитального эндометриоза выше, чем при атрезии девственной плевы.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО И СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Айбашов Х. А., Анарбаев А. А., Абдихаликов Ж. А.

Ошская межобластная детская клиническая больница, Республика Кыргызстан, г.Ош

Введение. Для Кыргызстана эхинококкоз является краевой патологией, ежегодно отмечается увеличение встречаемости паразитарного заболевания не только у взрослых, но и у детей. Кроме роста заболеваемости обращает на себя внимание увеличение удельного веса детей с эхинококкозом с осложненными, сочетанными и рецидивными формами, что существенно усложняет диагностику и лечение этого заболевания.

Цель исследования -Изучение особенностей клинического течения больных детей с сочетанными и осложненными формами эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В исследование включено 168 детей в возрасте от 3 до 15 лет оперированных в нашей клинике за период 2010–2015 гг.

Диагноз эхинококкоз установлен на основании клинико-лабораторных данных и результатов ультразвукового исследования, рентгенографии грудной клетки. При множественных и сочетанных формах всем боль-

ным детям проводились эхокардиография, при наличии неврологических нарушений – ЯМРТ головного мозга.

Результаты. В стадии осложнений поступило 57 больных. Перфорация эхинококковой кисты наблюдались у 18 детей. Отмечены резкие боли в животе, падение артериального давления, аллергическая сыпь на коже, положительный симптом раздражения брюшины. В анализах крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Сочетанное поражение эхинококкоза печени с другими органами отмечены у 64 детей, из них у 48 больных отмечались поражение печени и легкого, у 6 больных эхинококкоз печени, почки и селезенки.

Заключение. Характерной особенностью сочетанного множественного эхинококкоза нескольких органов являлось разнообразие локальной симптоматики. При сочетанном эхинококкозе печени и легких проявление со стороны легких были более выраженными.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В МУЖСКОМ ПАСПОРТНОМ ПОЛЕ

Айрян Э. К., Райгородская Н. Ю., Морозов Д. А., Колосов А. В.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова, г. Москва; Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, г. Саратов

Цель: анализ лечебно-диагностической тактики у детей с 46XX-нарушением формирования пола, врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН), воспитывающихся в мужском паспортном поле.

Методы: обследованы три ребенка в возрасте 10–16 лет с 46XX НФП ВДКН, вирильная форма. Выполнен сбор анамнеза, психологическое консультирование,

кариотипирование, генимометрия, эхография органов малого таза, лапароскопия, морфологическое исследование матки, яичников.

Результаты: при рождении все дети зарегистрированы в мужском паспортном поле, возраст на момент постановки диагноза старше 10 лет, кариотип у всех 46XX. Двое детей с вирилизацией гениталий Prader 5, один –

с Prader 4. При эхографии в малом тазу у всех обнаружены матка с яичниками, что подтверждено при проведении лапароскопии. По данным морфологического исследования матка во всех образцах имеет нормальное анатомическое строение, яичники представлены овариальной тканью с признаками кистозной дисплазии. Выбор мужского паспортного пола обусловлен позицией семьи. Хирургическое лечение заключалось в экстирпации

матки с придатками и пластике гениталий: при Prader 4 – уретропластике и фаллопластике, при Prader 5 – фаллопластике.

Выводы: поздняя диагностика ВДНК приводит к неправильному выбору паспортного пола для ребенка и, в крайне редких ситуациях сложившегося мнения семьи, необходимости проведения маскулинизирующих операций.

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕРНИОРАФИИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А., Столяр А.В., Сергиенко Т.В., Кострыгин С.В., Горохов П.А., Дадашева С.М., Сахаров С.П., Евдокимов В.Н., Свазян В.Н., Емельянова В.А.

ГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет, г.Тюмень; ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №2, г. Тюмень

За последние 10 лет подход к хирургическому лечению врожденной паховой грыжи у детей кардинально изменился, что связано с повседневым использованием лапароскопии. В большинстве клиник первенство завоевывает экстракорпоральная герниорафия.

За период с июня 2012 года по январь 2016 года по методике экстракорпоральной герниорафии в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ прооперировано 369 детей с врожденной паховой грыжей. Нами разработано устройство для ушивания внутреннего пахового кольца (Патент на полезную модель RU 153074 U1 «Устройство для ушивания внутреннего пахового кольца»). Устройство представляет собой иглу 100 мм с проводником. Внешний диаметр иглы 3 мм, внутренний 2 мм. На проксимальном конце иглы – канюля пригодная для подсоединения стандартного шприца 5 мл. Дистальный конец имеет форму эллипса. В просвет иглы помещается две

нити: первая – основная, дистальный конец загибается в обратную сторону. Длина нити не менее 150–200 мм. Материал не рассасывающийся. Диаметр нити 4/0. Вторая нить – вспомогательная формирует «лассо». Длина ее около 300 мм. Материал – пролен. Диаметр 3/0.

Средняя длительность экстракорпоральной герниорафии (с учетом анестезиологического пособия) – при односторонней грыже составляет в нашей клинике 16,3±5 мин., при двухсторонней 24±3 мин. При применении разработанного устройства длительность операции сократилась на 5±3 мин.

Метод экстраперитонеальной паховой герниорафии при врожденной паховой грыже у детей с использованием разработанного устройства для ушивания внутреннего пахового кольца зарекомендовал себя как быстрый, надежный и дающий превосходный косметический эффект.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А., Слизовский Г.В., Кострыгин С.В., Сергиенко Т.В., Свазян В.В., Сахаров С.П., Кернс А.В., Кужеливский И.И.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень; Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

При коррекции КДГК у детей большая часть хирургов выполняют операцию, предложенную М.М. Ravith еще в 1952 г. Малоинвазивную методику, заключающийся в установке корригирующей КДГК пластины, предложил в 2004 г.Н. Abramson, однако, его метод предусматривал устранение только симметричной деформации. Видоизменили операцию и стали применять ее для лечения ассиметричных вариантов КДГК В.Н. Стальмахович и А.П. Дмитриенко (2014). Оценив положительные моменты данного хирургического направления, мы попытались продолжить их труд и внедрить малоинвазивные методики при коррекции сложных ассиметричных КДГК у детей в наших клиниках.

В 2015 г. двум больным с КДГК применена малоинвазивная торакопластика с использованием пластин из медицинской стали. У первого пациента была смещенная

вправо КДГК и ладьевидная деформация реберной дуги слева. Для коррекции деформации проведена поднадкостничная клиновидная резекция хрящевидных участков V–VII ребер справа, акорригирующая пластина заведена под реберной дугой таким образом, что верхний конец пластины осуществлял давление на выступающий правый край грудины приводя его в физиологическое положение, а заранее сформированный изгиб пластины выправлял реберную дугу. Длительность операции составила 40 минут. У второго пациента кроме КДГК были ладьевидные искривления реберных дуг с обеих сторон. Для коррекции деформации выполнили поперечную поднадкостничную стернотомию. Реберные дуги выправлены двумя смоделированными пластинами, верхние края которых осуществляли давление на выступающую вперед часть грудины, приводя ее в физиологическое

положение и одновременно фиксируя грудную клетку. Длительность операции составила 70 минут. Во время операций кровопотери не было. Пациенты активизированы с 5 дня, выписаны домой на 11 и 10 сутки после операции соответственно.

Отсутствия отдаленных результатов не дает возможность сделать окончательные выводы, но первое впечатление позволяет предположить, что данный метод менее травматичен, чем те которые применялись ранее и поэтому перспективен.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Аксельров М. А., Чернышев А. К., Ситко Л. А., Емельянова В. А., Аксельров А. М., Супрунец С. Н., Бодрова Т. В., Вешкурцева И. М.

Тюменский государственный медицинский университет, г.Тюмень; Омский государственный медицинский университет, г.Омск

Прогрессирующий некротизирующий энтероколит новорожденного требует вынужденной резекции участка кишки, летальность при которой достигает 80%, и не имеет тенденции к снижению. При выборе оперативного пособия большое значение имеет правильная оценка состояния ребенка.

Нами разработана комплексная компьютерная информационная система оценки тяжести состояния новорожденного пациента, которая после последовательного ввода в систему всех имеющихся клинических, параклинических и интраоперационных данных помогает осуществить, после резекции участка кишки, выбор оптимальной схемы операции.

Разработанная компьютеризированная многофакторная оценочная система апробирована отдельными блоками в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ у 30 пациентов с прогрессирующим некротизирующим

энтероколитом. В качестве группы сравнения были использованы результаты оперативной коррекции подобной патологии у 30 детей оценка тяжести, и выбор операции у которых, осуществлялся на основании опыта оперирующего хирурга.

Интегральная оценка состояния и объективный выбор способа окончания операции позволил снизить количество осложнений при прогрессирующем некротизирующем энтероколите 3 а-б степени более чем в 2 раза ($P=0,108$).

Компьютеризированная многофакторная информационная система оценки тяжести состояния новорожденного проста и удобна в применении, не требует сложных математических расчетов и позволяет быстро и объективно оценить тяжесть состояние и выбрать наиболее оптимальный способ окончания операции после резекции участка кишки.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Аксельров А. М., Сахаров С. П., Свазян В. В., Емельянова В. А., Мальчевский В. А., Чевжик В. П.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Цель: определить основные проблемы поздней диагностики злокачественных заболеваний у детей, сформировать алгоритм плана обследования при подозрении на развитие злокачественного процесса.

В настоящий момент сохраняется проблема своевременной диагностики онкологических заболеваний у детей, в условиях Тюмени и Юга Тюменской области. На наш взгляд это связано с поздним обращением за медицинской помощью в виду частой скрытости течения процесса (локализация опухоли в грудной, брюшной полости и забрюшинном пространстве), недостаточной он-

коностороженностью врачей первичного звена, неполным, некорректным обследованием и, к сожалению, дефектами интерпретации полученных данных дополнительных методов исследования, у детей обратившихся на ранних стадиях заболевания. Нами разработан алгоритм, включающий в себя все этапы обследования, применительно к локализации процесса, с момента первичного обращения ребенка до госпитализации в специализированный стационар. Данный алгоритм рекомендован к использованию на уровне амбулаторного звена педиатрической службы города и районов Юга области.

УСПЕШНЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ТЕРАТОМЫ ШЕИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Сергиенко Т. В., Емельянова В. А., Супрунец С. Н., Аксельров А. М., Сахаров С. П., Свазян В. В., Вешкурцева И. М.

Тюменский государственный медицинский университет, г.Тюмень

До настоящего времени нет единого мнения о происхождении тератомы. В литературе имеется около 15 тео-

рий их патогенеза. Наиболее распространенной является теория (Marchand, 1897; Bonnet, 1900), которая объясняет

развитие тератом из сместившихся в ранних стадиях развития бластомеров, сохраняющихся до тех пор, пока неблагоприятные воздействия не дадут толчка к их бурному развитию. Потерявшие связь с организмом смещенные клетки не могут обеспечить законченное нормальное развитие ткани, что приводит к развитию новообразования, которое тем богаче тканевыми элементами, чем раньше произошло отщепление части бластомер.

Под нашим наблюдением находилась новорожденная девочка. Переведена в экстренном порядке из областного перинатального центра г.Тюмени в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных ОКБ №2 на 2-е сутки жизни. Тяжесть состояния при поступлении была обусловлена явлениями дыхательной недостаточности, связанной с наличием огромной опухоли по передне боковой поверхности шеи, распространяющейся от угла нижней челюсти до средней трети шеи слева, сдавливающей трахею. Объемное образование, пальпаторно мягко-эластичной консистенции, бугристое. После предоперационной подготовки, на 5-е сутки жизни, выполнено оперативное лечение – удаление образования. Из про-

токола операции: образование неправильной, округлой формы, до 30 см в диаметре, в оболочке, интимно спаяна с наружной сонной артерией, мышцами, трахеей, левой долей щитовидной железы, гортанью, подъязычной костью, состоит из жидкостных и тканевых компонентов. Образование удалено без повреждения капсулы. Вес 540 гр. Морфологическое заключение – картина злокачественной тератомы, злокачественный компонент которой представлен опухолью типа эпендимобластомы и нейробластомы. Grade 4. Послеоперационный период протекал благоприятно. Ребенок экстубирован на 4-е сутки после операции. Заочно консультирована в «РОНЦ НИИ ДОГ им. Н.Н. Блохина», пересмотрены стеклопрепараты – имеет место злокачественная тератобластома. К настоящему моменту ребенку проведено 4 курса ПХТ. На контрольных осмотрах, через 1 и 6 месяцев, после проведенной терапии, рецидив заболевания отсутствует, что подтверждено результатами обследований (УЗИ, КТ головы, шеи и грудной клетки). Косметически имеет место парез нижней ветви лицевого нерва слева. Продолжается наблюдение.

ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ NOTES ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Столяр А. В., Сахаров С. П., Кокоталкин А. А.

Тюменский государственный медицинский университет, г.Тюмень

Прогресс достижений в хирургии связан со стремлением провести операцию менее травматично и с наилучшим косметическим эффектом. Этим требованиям отвечает лапароскопическая хирургия одного доступа SPLS (SinglePortLaparoscopicSurgery), которая является естественным продолжением традиционной лапароскопии на пути снижения травмы и уменьшения количества шрамов. Эмбриональный NOTES, когда операция проводится через естественное отверстие, которое было в эмбриональном периоде, то есть через пупок.

Цель – улучшить результаты лечения детей с калькулезным холециститом.

За период с февраля 2012 по май 2016 г. в детском хирургическом отделении №1, ГБУЗ ТО ОКБ №2, 31 больному с калькулезным холециститом операция по удалению желчного пузыря проведена с применением U-NOTES (umbilicalnaturalorificetransumbilican endoscopic surgery). Для выполнения вмешательства использовали специальный многооразовый порт по-

зволяющий вводить до 5 инструментов одновременно (X-CONETMKarlStorz), инструменты разной длины, изогнутые в области дистального и/или проксимального конца, трех-чиповую камеру HD и удлиненную оптику.

Для холецистэктомии используем стандартную методику операции с выделением желчного пузыря, протоков и сосудов, их клипировании и пересечении. Особо можно отметить легкость извлечения желчного пузыря из брюшной полости через монопорт.

Продолжительность операции настоящее время составляет 40±10 минут.

Выводы. Не смотря на небольшое число наблюдений можно отметить, что время длительности операции и течение послеоперационного периода при использовании единого лапароскопического доступа через пупок сопоставим с классической лапароскопией. Однако косметический эффект после операций из единого лапароскопического доступа оценен пациентами выше, а это ведет к улучшению качества их жизни.

ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ (КИСТОАДЕНОМАТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ И СЕКВЕСТРАЦИИ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Александров С. В., Баиров В. Г., Сухоцкая А. А., Щеголева Н. А.

ФГБУЗ «ФМИЦ им. В. А. Алмазова», г.Санкт-Петербург

Актуальность. Связана с увеличением частоты выявления кистоаденоматозной трансформации и секвестрации

легких у детей, общностью происхождения этих пороков и отсутствием единого подхода к лечению таких пациентов.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с кистоаденоматозом и секвестрацией легких.

Задачи. Определить подход к диагностике патологии, определить сроки и объем операции, сопоставить данные клинико-рентгенологической картины и данные гистологического исследования.

Материалы и методы. За период 2010–2016 гг. пролечено 61 пациент с кистоаденоматозом и секвестрацией легких. Средний возраст пациентов – 30 дней. Объем операции у всех пациентов составил как минимум лобэктомиию. Осложнение возникло у одного пациента (длительный пневмоторакс). Отдаленные результаты хорошие у всех

пациентов. Рецидивов не было. Проведен анализ лучевой диагностики. Как правило, диагноз порока установлен до рождения и подтвержден результатами постнатального обследования и гистологического исследования. Признаков озлокачествления не выявлено ни в одном случае.

Выводы. В диагностике пороков развития легких следует использовать УЗ-диагностику во время беременности, после рождения – рентгенологические методы (включая КТ в ранние сроки). Операция показана в течение первого месяца жизни. Такой подход позволяет избежать осложненного течения пороков и приводит к восстановлению объема легкого в ближайшие сроки после рождения.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИСТИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МИКРОХИРУРГИИ

Александров А. В., Рыбченко В. В., Львов Н. В., Александрова Н. Е.

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

В контексте современного хирургического лечения детей с пороками развития кисти специалисты разных стран считают, что для успешного формирования у ребенка захватов кисти необходима максимально полная коррекция порока в раннем возрасте, до осознания ребенком наличия врожденного дефекта кисти. Причем прослеживается тенденция к сдвигу сроков операции в более ранний возраст. При этом предъявляются повышенные требования к технике операции – она должна обязательно выполняться под оптическим увеличением и быть прецизионной. В отделении микрохирургии ДКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова с 2010 по 2015 год пролечено 233 детей со следующими пороками развития кисти: гипо- и аплазия I пальца – 16, трехфалангизм I-го пальца – 4 детей, различные формы полидактилии – 143, синдактилия – 70 детей в возрасте от 4 месяцев до 3-х лет. Были выполнены следующие операции: полилицизация – 14, устранение полидактилии без реконструкции основного пальца – 32, устранение полидактилии с реконструкцией основного пальца – 48, разделение синдактилии – 76. Мы предпочитаем выполнять полилицизацию в возрасте 12–24 мес., при удвоении I пальца, удалению добавочных пальцев, без вмешательства на основном пальце начинаем с 3-х месяцев, если требуется реконструкция основного пальца – выполняем ее с 18 месячного воз-

раста, а синдактилию начинаем оперировать с 4 месяцев. При выполнении операций всегда используем оптическое увеличение, деликатные инструменты, шовный материал и микрохирургические принципы обращения с тканями. Результаты оценивались следующим образом – немедленные, с точки зрения полноты выживания кожных лоскутов. Отдаленные – с точки зрения эстетики, т. е. нормального анатомического соотношения частей кисти и с точки зрения функции кисти, как в ранние сроки после операции, так и становления захватов кисти по мере роста и развития ребенка после операции. В отношении результатов лечения наших больных следует сказать, что мы не потеряли ни одного полилицизированного пальца, все кожные лоскуты при синдактилии выжили, отмечено 5 случаев ограниченного краевого некроза. У больных с удвоением I-го пальца во всех случаях нам удалось восстановить анатомию и внешний вид кисти, тем самым создав условия для ее нормального функционирования.

Таким образом, максимально полная и ранняя хирургическая коррекция, выполненная с применением микрохирургической техникой позволяет не только восстановить анатомию и нормальные взаимоотношения частей кисти у детей с врожденными пороками, но и создать все условия для беспрепятственного формирования захватов кисти.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В ОБЛАСТИ ФИБРОЗНО-СИНОВИАЛЬНЫХ КАНАЛОВ У ДЕТЕЙ

Александров А. В., Рыбченко В. В., Львов Н. В., Александрова Н. Е.

Отделение микрохирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова. Москва

Из общего числа повреждений кисти в детском возрасте травма сухожилий составляет до 48%. Проблема восстановления сгибания пальцев кисти при повреж-

дении сухожилий сгибателей обусловлена сложностью первичной диагностики, малым размером сухожильно-связочного аппарата, не позволяющим использовать

многонитевые швы и обеспечить оптимальное соотношение скольжения и прочности в месте шва. Отсутствие мотивации у детей младшего возраста затрудняет проведение послеоперационной реабилитации.

Цель и задачи работы: Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти в области фиброзно-синовиальных каналов. Материалы и методы: В отделении микрохирургии ДГКБ № 13 ежегодно лечатся 25–40 детей с данной патологией. Более 45% детей имеют повреждения сухожилий 2 анатомической зоны кисти (IFSSH '80). За последние годы протокол хирургического лечения и реабилитации детей с повреждениями сухожилий сгибателей кисти в «критических» зонах претерпел значительные изменения. Разработаны следующие принципы: 1. При повреждении сухожилий сгибателей в «критической зоне» у детей младше 4 лет выполняли модифицированный сухожильный шов по Кесслеру монофиламентной нитью (4/0,5/0) и адаптирующий шов монофиламентной нитью (7/0), с иссечением сухожилия поверхностного сгибателя. У детей старше 7 лет, по возможности восстанавливали оба сухожилия, 4-нитевым швом монофиламентной нитью (3/0,4/0) или петлевым сухожильным швом по Tsuge с адаптирующим швом монофиламентной нитью (5/0,6/0). 2. При застарелых повреждениях и отсутствии рубцового перерождения связочного аппарата выполняется одноэтапная тендопластика. 3. При длительных сроках

и рубцовом перерождении связочного аппарата выполняется двухэтапная тендопластика с использованием силиконового стента. 4. В отношении оперативного доступа применяли дифференцированный подход: при первичном шве сухожилия использовали рациональные разрезы для расширения раны, при выполнении сухожильной пластики использовали Z-образный разрез по Bruner. 5. При пластике сухожилий восстанавливали связки-блоки с обязательной полной реконструкцией блоков A2 и A4. Нами было проанализировано 155 случаев за период 2005–2015 гг. Возраст детей 9 месяцев–17 лет. Результаты лечения оценивали по шкале Total Active Motion (TAM). Хороший результат получен в 45,3%, удовлетворительный в 31,9% и неудовлетворительный результат в 22,8% случаев. Выводы: 1. Доступ по Bruner позволяет избежать образования грубых рубцовых деформаций, дает возможность более ранней активной разработки. 2. Дифференцированный подход к технике сухожильного шва и выбору шовного материала в зависимости от возраста позволяет достичь оптимальной прочности и скольжения восстановленного сухожилия. Методом выбора следует считать петлевой шов по Tsuge. 3. Восстановление связок блоков A2 и A4 способствует достижению максимального объема сгибания пальцев. 4. Ранняя профилактика рубцового процесса, активная и пассивная разработка движений пальцев позволяет улучшить функциональный и косметический результат.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Анастасов А. Г., Канивец Е. А., Друпп Н. А.

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк; Клиника детской хирургии им Н.Л. Куца, г. Донецк

Введение. Несмотря на успехи немедикаментозных методик подготовки в амбулаторной хирургии: госпитализация в день операции, пребывание родителей с ребенком, включая этапы индукции анестезии и пробуждение, игровая терапия, выбор пути введения (внутривенный, внутримышечный) премедикации у детей раннего возраста остается дискуссионным.

Цель исследования – оценка оптимального выбора парентеральной премедикации при анестезиологическом обеспечении операций у детей с врожденной патологией вагинального отростка брюшины.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 110 детей в возрасте от 2 года до 3 лет с врожденными паховыми грыжами, у которых проводили герниопластику в плановом порядке в РДКБ г. Донецка с 2014 по 2015 гг. Оценка физического статуса по шкале ASA соответствовала I степени. Общее обезболивание – тотальная внутривенная анестезия пропофолом 8 мг/кг/час + кетамин 0,5 мг/кг/ч + фентанилом 0,05 мг/кг. В I группу вошло 56 (50,1%) пациентов, которым премедикацию проводили путем внутримышечного введения раствора атропина (0,5 мг/кг) + димедрола (0,2 мл/год) + метоклопрамида (0,05 мл/год) за 40 минут до операции, а II группу составили 54 пациента – внутривенный путь

перед медикацией с использованием аналогичных препаратов и их дозировок. Во время общего обезболивания у пациентов проводили стандартный мониторинг.

Результаты. В дооперационном периоде межгруппового отличия по показателям ЧСС, АД не зарегистрировано, эти показатели на 10–15% были выше исходных данных ($P > 0,05$). Оценка уровня седации по шкале Ramsay в I группе составила $2 \pm 0,4$ балла, а у II группы пациентов – 0 баллов. На этапе индукции в наркоз, при внутримышечной премедикации у пациентов I группы было отсутствие саливации, кашля, развитие ларингоспазма отмечено у 2 (3,57%) пациентов. А у пациентов II группы была зарегистрирована саливация у 46 (85,2%), непродуктивный кашель у 32 (59,2%), обструкция верхних дыхательных путей в 14 (25,9%) случаях. На основном этапе операции, уровень угнетения сознания, гемодинамические показатели у пациентов обеих групп не отличались ($P > 0,05$). Течение послеоперационного периода у больных было без осложнений, синдрома послеоперационной рвоты не зарегистрировано.

Заключение. Применение внутримышечной премедикации у детей раннего возраста имеет ряд преимуществ – умеренный уровень седации, снижение числа респираторных нарушений в периоперационном периоде.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ЛИМФОИДНОГО КОЛЬЦА ГЛОТКИ

Анастасов А. Г., Канивец Е. А., Друпп Н. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк; Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

Введение. Основные требования к анестезии в отоларингологии – легкая управляемость с учетом высокой степени рефлексогенности операции.

Цель исследования – повышение качества тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких у детей с патологией органов лимфоидного кольца глотки, путем ингаляционного применения раствора лидокаина.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 150 детей в возрасте от 3 до 10 лет, которые находились в РДКБ г. Донецка с 2014 по 2015 гг. Всем детям проведено оперативное вмешательство – адено-тонзиллотомия. Оценка физического статуса по шкале ASA соответствовала I–II степени. В I группу вошло 48 (32,0%) пациентов, которым в доинтубационном периоде применяли внутривенное введение 2% раствора лидокаина (1,5 мг/кг), а II группу составили 102 (68,0%) пациента, которым за 15 минут до операции посредством небулайзера (ингаляционно) применяли лидокаин в дозе 3 мг/кг массы тела, в максимальной дозе не более 200 мг.

Премедикацию у пациентов обеих групп проводили путем в/м введения раствора атропина (0,5 мг/кг) + димедрола (0,1 мл/год) + метоклопрамида (0,05 мл/год) за 40 минут до операции. Общая анестезия – внутривенное введение растворов кетамина 0,1 мг/кг/ч + сибазона

(0,5±0,1 мг/кг) + пропофола 8 мг/кг/час + рокурония бромида (0,5 мг/кг).

Результаты. В доиндукционном периоде ЧСС, АД, SpO₂% в обеих группах на 5–10% были выше исходных данных (P>0,05). Это обосновано, умеренным уровнем синдрома тревоги у детей перед предстоящей операцией, а также с проводимыми манипуляциями. При проведении индукционной фазы наркоза у пациентов II группы не отмечено нарушений проходимости верхних дыхательных путей. А у пациентов I группы имела место обструкция верхних дыхательных путей в 7 (14,6%) случаях. На этапе интубации трахеи отмечено увеличение ЧСС, АД у детей I группы, несмотря на внутривенное введение за 10,2±2,3 мин раствора лидокаина. У 32 (66,7%) пациентов I группы в конце операции регистрировали более выраженную реакцию верхних дыхательных путей на эндотрахеальную трубку. Пациенты I группы требовали послеоперационного обезбоживания ацетаминофеном в дозе 7,5 мг/кг (ректальные свечи) через 40,9±3,1 мин, а пациенты II группы в течение 186,0±10,7 мин после транспортировки в отделение (P<0,05).

Заключение. Дооперационное небулайзер-применение раствора лидокаина малоинвазивно и эффективно, а схема анестезиологического обеспечения адекватна для операции «одного дня».

СОВРЕМЕННАЯ 3D КОНФОРМНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГЕАНГИОМАХ И АНГИОФИБРОМАХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

Антоненко Ф. Ф., Щербенко О. И., Радионов М. В., Аббасова Е. В., Шахбозян К. А., Слобина Е. Л., Антоненко Л. Б., Крянев А. М.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ РФ (РНЦРР), г. Москва

Цель: повысить эффективность и качество лечения доброкачественных неоперабельных и рецидивирующих ангиофибром (АФ) и гемангиом (ГА) основания черепа у детей методом современной 3D Конформной лучевой терапии (ЛТ).

Материал и методы: в 1990–2007 гг. в Российском научном центре рентгенодиагностики (РНЦРР) ЛТ получили 88 детей с АФ и ГА основания черепа на гамма-аппарате «АГАТ-Р1». С 2014 г. успешно применена ЛТ у 9 таких пациентов на линейных ускорителях последнего поколения- Varian Clinac 2100 и Varian True Biam.

Результаты: впервые в нашей стране в РНЦРР в конце 20 века были научно обоснованы принципы и стандарты ЛТ у детей с доброкачественными опухолями основания черепа – юношескими АФ и ГА. Была установлена оптимальная суммарная доза ЛТ (СОД=35–45 Гр.) для лечения этих нозологий, при которой 70–75% больных имели 5 лет-

ную стойкую ремиссию. Осложнения после ЛТ отмечались у 10% пациентов и метод считался основным при неоперабельных и рецидивирующих формах АФ и ГА. Развитие навигационных, эндохирургических, фиброэндоскопических, ангиохирургических и малоинвазивных технологий в последние 20 лет позволили врачам хирургического профиля расширить показания к хирургическим современным методам лечения АФ и ГА у детей, что снизило их поток для ЛТ. Вместе с тем, ЛОР-хирурги, нейрохирурги, ангиохирурги отмечают, что у 5–10% детей с АФ и ГА современные высокотехнологические хирургические методы не эффективны. В последние 3 года мы стали применять радиотерапию на линейных ускорителях последнего поколения, с 3D стереотаксической конформной ЛТ, с изготовлением индивидуальных фиксирующих устройств для головы, с КТ-топометрией и физико-дозиметрическими расчетами по системе IGRT, сформированных MLC. Вы-

сокая точность современных технологий позволила успешно пролечить 9 пациентов с АГ и ГА. Все они поступали в нашу клинику с рецидивом быстрого роста опухолей и угрозой смертельного кровотечения, после многократных операций в отечественных и зарубежных клиниках, в том числе после реконструктивных нейрохирургических вмешательств и ангио- хирургических селективных эмболизаций сосудов непрерывно рецидивирующих опухолей основания черепа. Наблюдение за ними в течение 2; 1 и 0,5 лет после ЛТ с контролем МРТ позволяет говорить о хорошем результате и отсутствии осложнений.

Общий вывод: новые технологии в радиотерапии с использованием 3Д конформной ЛТ с фокусированием максимальной лучевой нагрузки на опухоль из трех плоскостей и минимальном воздействием на здоровые окружающие ткани позволяют шире использовать ЛТ при рецидивирующих доброкачественных опухолях основания черепа у детей и избежать повторных малоэффективных операций. В России в настоящее время отсутствует вид ВМП для 3Д конформной ЛТ у детей с АФ и ГА основания черепа, что ограничивает доступность этого метода на бюджетной основе.

СЛУЧАЙ МИГРАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА (МОНЕТЫ) В СРЕДОСТЕНИИ

Арабская Е.А., Чевжик В.П.

ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница №2»

Мы наблюдали случай миграции монеты из пищевода через его стенку в средостение. Приводим наше анблюдение.

Мальчик Ш, 3 лет, поступил 10.04.13 через месяц от начала заболевания с жалобами на затруднения при глотании. Выполнена рентгенокопия пищевода, выявлено инородное тело (монета?) в пищеводе. В экстренном порядке проведена фиброэзофагоскопия под общей анестезией – на расстоянии 51 см от зубного ряда просвет пищевода сужен за счет рубца до 5 мм. Для аппарата пищевода не проходим. Инородное тело не визуализировано.

В тот же день выполнена повторная фиброэзофагоскопия на операционном столе, картина прежняя. Торакотомия справа, вскрыто заднее средостение. В области бифуркации трахеи инфильтрат. Со стороны неизменной правой стенки пищевод вскрыт, просвет его закрыт грануляциями. В левой стенке пищевода дефект, при ревизии его определяется край инородного тела (монеты), лежащего в средостении. Извлечена монета достоинством 1 рубль. Рана ушита двухрядным швом на зонде. Плевральная полость дренирована силиконовой трубкой.

На шестые сутки после операции 16.04.13 при попытке начать энтеральную нагрузку через зонд смесью, последняя начала выделяться по дренажу. На рентгенограмме зонд стоит на уровне нижней трети пищевода. Диагностирована несостоятельность швов пищевода. Выполнена гастростомия по Кадеру, фундопликация по Ниссену. Начато кормление через гастростому. В послеопера-

ционном периоде отмечалась лихорадка до фебрильных цифр. 23.04.14 Выполнена КТ органов грудной клетки, отмечается массивная инфильтрация легочной ткани в S_{1,2,3,6}. На этом фоне в апикальных отделах правого легкого визуализируется полость деструкции, в которой виден конец дренажной трубки. Отмечается дефект стенки пищевода, сообщающийся с полостью деструкции. На рентгенокопии пищевода отмечается затек контраста в средостение.

Реторакотомия справа. Санирован абсцесс, прилегающий к пищеводу. В стенке последнего дефект 8 мм, ушит. К пищеводу подведены 2 дренажа. На фоне лечения явления медиастинита уменьшились. 14.05.13 при контрастировании пищевода отмечается выход контраста непосредственно в дренажную трубку без затека в окружающие ткани. 21.05.13 удален дренаж из плевральной полости. 27.05.13 начал получать кормление per os. 30.05.13 удалена гастростома.

При контрастировании пищевода 31.05.14 отмечается в средостении небольшая полость с ходом длиной 2 см вниз.

Выписан домой. Провел в клинике 51 койко-день.

При контрольном обследовании 04.07.13 пищевод проходим, затеков контраста нет.

Таким образом, данный случай формирования пролежня в стенке пищевода предметом с тупыми краями (монетой) без развития медиастинита является редким осложнением инородного тела пищевода.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П.

ГБУЗ Тюменской Области «Областная клиническая больница №2»

Пациент К, 2 лет, поступил в экстренном порядке из инфекционной больницы, где лечился по поводу кишечной инфекции на ИВЛ с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение. Язва ДПК. Нестабильный гемостаз.

Проведена ЭГДС – язва луковицы ДПК, Forrest 1А. Выполнена аргон-плазменная коагуляция кровотечения не остановлено.

Больной взят в операционную. Срединная лапаротомия, дуоденотомия, язва по передней стенке до 3 см с кровотечением. Произведен гемостаз прошиванием. Пластика по Гейнеке-Микуличу с дополнительным подшиванием сальника.

Послеоперационный период без осложнений, выписан в удовлетворительном состоянии.

Мальчик Е, 1 года, находился на лечении в Федеральном центре нейрохирургии, где был оперирован по поводу сложного ВПР ЦНС. На 9 сутки после операции появилась мелена, выполнена ФГДС – Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, полностью не расправилась, в просвете кровь, на нижней стенке имеется язвенный дефект 6х5 мм, глубиной до 2 мм, края неровные, на дне язвенного дефекта имеется рыхлый фиксированный сгусток до 5 мм, из под сгустка подтекает кровь. Учитывая отсутствие инструментов под инструментальный канал эндоскопа (2 мм), эндоскопические методы гемостаза не выполнялись.

Выполнена верхне-срединная лапаротомия, дуоденотомия. При ревизии выявлена язва на задней стенке ДПК с плотными, подрытыми краями, в дне язвы рыхлый сгусток крови с подтеканием свежей крови. Язва ушита одиночными швами. Контроль – свежей крови нет.

Послеоперационный период протекал гладко.

Таким образом, у детей раннего возраста можно встретить язвенные кровотечения. Прошивание язвы в совокупности с дальнейшей консервативной противоязвенной терапией позволяют избежать оргауносыяющей операции у детей.

СЛУЧАИ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

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

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Хилоторакс и, особенно, хилоперитонеум, возникающие у детей спонтанно, без проведения инвазивных манипуляций на грудной клетке и брюшной полости, встречаются исключительно редко. Причины возникновения данных состояний, особенности течения патологического процесса и методы коррекции в ряде пунктов изучены недостаточно и спорны.

Цель: выявить закономерности развития патологии лимфатической системы (хилоторакса и хилоперитонеума) у детей, не подвергавшихся оперативному вмешательству на органах брюшной полости и грудной клетки.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт детей, имевших хилоторакс и хилоперитонеум и находившихся на лечении в детских больницах города Оренбурга.

Результаты. В ходе исследования выявлено 4 случая патологии лимфатической системы у детей первых месяцев жизни, находящихся на лечении в реанимационных отделениях. В 3 наблюдениях у пациентов развился хилоторакс, в 1 случае – хилоперитонеум. Отмечено, что все дети были недоношенными (27–32 недели гестации), имели тяжело протекающую бронхолегочную дисплазию, дыхательную недостаточность II–III ст и на момент возникновения патологии получали респираторную поддержку. Развитие хилоторакса характеризовалось нарастанием объективных симптомов дыхательной недостаточности. В случае развития хилоперитонеума у ребенка отмечено резкое увеличение живота, перкуторно – притупление по всем отделам живота, сглаженность паховых складок, резкое увеличение размеров мошонки.

Диагноз выставлен на основе данных обзорной рентгенографии, ультразвукового исследования грудной клетки и брюшной полости – наличия свободной жидкости указанной локализации. Всем детям проведены пункция и дренирование плевральной и брюшной полостей, при которых удалено значительное количество (от 17 до 200 мл одномоментно) молочного вида жидкости. При лабораторном исследовании эвакуированной жидкости выявлено большое количество лейкоцитов, одиночные эритроциты, жировые включения, занимающие все поле зрения при микроскопии. При биохимическом анализе в составе определены белок, нейтральные жиры, триглицериды. Данные результаты позволили идентифицировать жидкость как лимфу.

После установленного диагноза хилоторакса и хилоперитонеума все дети переведены на полное парентеральное питание (с использованием растворов глюкозы, кристаллических аминокислот, жировых эмульсий). Так же в комплексной терапии использованы аналоги гормона соматостатина (октреотид, сандостатин). Плевральный и перитонеальный дренажи сохранились весь период лимфорей. У всех пациентов удалось добиться прекращения лимфорей консервативными мероприятиями в сроки от 6 до 19 суток от начала лечения.

Выводы. Случаи хилоторакса и хилоперитонеума остаются сложными для диагностики и лечения вследствие редкости патологии. Развитие спонтанных хилоторакса и хилоперитонеума у недоношенных детей, возможно, связано с нарушением целостности лимфатических протоков вследствие резкого повышения давления в них. Принятая программа лечения является эффективной и позволяет купировать лимфорей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ I ТИПА

Афанасьев А. П., Комолкин И. А., Ульрих Э. В.

С.-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Деформации костно-суставной системы у детей с нейрофиброматозом являются актуальной

проблемой ортопедии. Чаще поражается позвоночник и длинные трубчатые кости. В доступной литерату-

ре встречаются единичные упоминания о деформации грудной клетки у больных с нейрофиброматозом I типа (НФ-1).

Цель. Определение особенностей поражения грудной клетки при НФ-1, а также тактики хирургического лечения при сочетании со сколиозом.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2015 годы было проведено обследование и хирургическое лечение 6 пациентов в возрасте от 6 до 16 лет с деформацией грудной клетки при НФ-1 (5 мальчиков, 1 девочка). У пяти пациентов была диагностирована воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК), у одного – килевидная (КДГК). В пяти случаях ВДГК сочеталась со сколиозом, при этом у троих тяжелой степени. При осмотре у всех пациентов были выявлены 3 и более главных критериев диагностики НФ-1 (светло-коричневые пятка, костные осложнения, нейрофибромы и т.д.). Деформация грудной клетки имела свои особенности. В отличие от ВДГК другого генеза, ВДГК при НФ-1 представляла собой протяженную и глубокую деформацию. Во всех случаях ВДГК была тяжелой степени, с явлениями локальной дистрофии костной ткани тела грудины. У пациента с КДГК была выявлена пирамидальная форма деформации, с дистрофическими изменениями костной ткани грудины.

Во всех наблюдениях у пациентов с НФ-1 и аномалиями грудной клетки в области деформации имелась нейрофиброматозная ткань (узлы). В четырех случаях была проведена хирургическая коррекция деформации

грудной клетки. У пациента с КДГК проведена открытая торакопластика с использованием инструментария Matrix Rib, у трех пациентов с ВДГК – коррекция грудной клетки сочеталась с этапной коррекцией деформации позвоночника (из них у двоих проведена торакопластика по Salamaa-Paltia, с предварительной коррекцией деформации позвоночника по CDI и Harrington-Luque, у одного – торакопластика по Nuss с предварительной коррекцией позвоночника спинальной системой TSRH).

Результаты. Исходный индекс деформации у детей с ВДГК составлял в среднем 0,5 (по Гижитской), после операции 0,85. В двух случаях применения методики по Salamaa-Paltia получены хороший и удовлетворительный результаты лечения. В случае применения методики Nuss получен неудовлетворительный результат, вследствие миграции имплантата и перфорации кожи, что потребовало удаления пластины в более ранние, чем необходимо, сроки (5 месяцев после операции). У пациента с КДГК был получен хороший результат лечения (срок наблюдения 12 месяцев).

Заключение. Деформации грудной клетки у детей при НФ-1 имеет свои особенности, которые характерны для этого заболевания, и часто сочетаются с тяжелыми деформациями позвоночника. При лечении детей со сколиозом и ВДГК первым этапом необходимо вмешиваться на позвоночнике. При выборе метода хирургического лечения деформации грудной клетки, на наш взгляд, предпочтительна открытая расширенная торакопластика (типа Salamaa-Paltia).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Афаунова О.Н., Богданов С.Б., Филипченко Н.А., Марченко Д.Н., Титаренко Е.А.

ГБУЗ «НИИ – ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского», г. Краснодар

Цель: Провести анализ распределения детей, получивших термическую травму, по возрастам и основным нозологическим формам неблагоприятного преморбидного фона (сопутствующих заболеваний), пролеченных в ожоговом отделении ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» г. Краснодара за год.

Материалы и методы: нами проанализированы результаты лечения 647 пациентов в возрасте от 4 мес. до 17 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского» в течение 2015 года. С острой ожоговой травмой в 2015 году было пролечено 596 человек, из них в возрасте до года – 123 ребенка, от года до 3-х лет – 320 детей, от 3 до 7-ми лет – 70 человек, от 7 до 17 лет – 83 пострадавших. 440 пациентов детского возраста имели неблагоприятный преморбидный фон, что составило 68% (2013 г. – 368 детей (54,5%), 2014 г. – 404 ребенка (63,6%)).

Синдром прорезывания зубов наблюдался нами у 217 детей. ОРЗ (острый ринит, фарингит, трахеит, фа-

рингит, бронхит) имели место у 150 пострадавших. Заболевания крови в виде гипохромной микросфероцитарной анемии, аутоиммунной тромбоцитопения – у 55 детей. Хронические расстройства питания, такие как паратрофия, гипотрофия или ожирение – в 64 случаях. Заболевания центральной нервной системы – перинатальное поражение нервной системы, аутизм, синдром гиперактивного ребенка с дефицитом внимания, симптоматическая эпилепсия – 16 пострадавших.

Результаты: удельный вес детей с сопутствующими заболеваниями увеличивается ежегодно. Так, например, у детей с ОРЗ повышается риск развития таких грозных осложнений ожоговой болезни, как пневмония и сепсис; ДЖВП ослабляет дезинтоксикационную активность печени, а другие заболевания ЖКТ усугубляют острую кишечную недостаточность (энтеропатию), являются «маркерами» изменений иммунного статуса.

Заключение: неблагоприятный преморбидный фон – состояние макроорганизма, у которого снижены и/или изменены системы адаптации, под воздействием

хронических и острых заболеваний, аномалий конституции, перенесенной раннее перинатальной гипоксии. Раннее хирургическое лечение ожоговых ран и знание течения сопутствующих патологических процессов, в отрицательном взаимодействии между собой, может позволить попытаться решить или предотвратить эту проблему.

Выводы: тяжесть ожоговой травмы зависит от площади и глубины поражения, однако, наличия сопутствующей патологии у пострадавшего, может спровоцировать более тяжелое течение ожоговой болезни и повысить вероятность развития у пациента пневмонии, сепсиса.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Улугмуратов А. А., Мирзаев З. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель. Определить место лапароскопии в диагностике и лечении пострадавших с абдоминальной травмой.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП проанализированы результаты диагностики и лечения 149 детей с закрытыми травмами органов брюшной полости. Из них мальчиков было 111 девочек 38. Возраст детей составил то 2 и до 15 лет. Средний возраст детей составил $7,2 \pm 1,3$ года. В обязательный клиничко-инструментальный диагностический алгоритм были включены: лабораторные анализы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и полипозиционное рентгенологическое обследование. Показанием к хирургическому вмешательству явились нестабильная гемодинамика, снижение артериального давления, увеличение размеров гематомы селезенки или печени по данным УЗИ в динамике через 3 часа, наличие обширной гематомы и разрывы органа по данным компьютерной томографии.

Результаты. Ведущим видом травматизма явился уличный (49%), более редким – дорожно-транспортный (22%); бытовой (9%); спортивный (8%); школьный (8%); прочий (4%). Экстренное оперативное лечение потребовалось 49 больным. Из них 25 детей были с травмами селезенки и 24 ребенка с разрывами печени. 23 больным была произведена диагностическая лапароскопия. У 18 детей диагностировано повреждение селезенки. Из них в 10 случаях с продолжающимся кровотечением

при помощи электрокоагуляции был произведен гемостаз. В 5 других случаях отмечен самостоятельный гемостаз, после аспирации крови признаки продолжающегося кровотечения отсутствовали. У 3 больных, в связи с размождением паренхимы селезенки пришлось перейти к конверсии. У 4 детей выявлено повреждение печени в виде линейных разрывов как по диафрагмальной поверхности (в 2 случаях), так и по нижнему краю печени (в 2 случаях). Гемостаз осуществлялся при помощи биполярной коагуляцией. При осмотре печени особое внимание обращали на наличие и месторасположение сгустков крови на печени. Сгустки крови, фиксируясь обычно к месту разрыва печени, прикрывают его.

Выводы. Диагностическая лапароскопия является наиболее эффективным диагностическим мероприятием у больных с абдоминальной травмой. Использование эндохирургической техники при абдоминальной травме позволяет избежать выполнения лапаротомии и оказать лечебное пособие. Отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов после эндохирургической операции. Кроме того, можно установить характер повреждения внутренних органов и показания к лапаротомии, а также произвести хирургические манипуляции малоинвазивным способом, что существенно снижает неудовлетворительные показатели лечения больных с травмами органов брюшной полости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х., Улугмуратов А. А., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Цель. Поделиться опытом и результатами диагностики и лечения кишечной инвагинации у детей.

Материал и методы. За период с 2009 по 2013 годы на обследовании и лечении в отделении детской хирургии СФРНЦЭМП находилось 39 детей с диагнозом «Инвагинация кишечника» в возрасте от 5 месяцев до 9 лет. Мальчиков было 23 (59%), девочек 16 (42%). Первым и очень важным моментом при постановке диагноза, явилась правильная интерпретация с соответствующим аналитическим осмыслением анам-

нестических данных, которые служили фундаментом для решения вопроса о характере заболевания. Следующий этап на пути диагноза послужил анализ данных объективного осмотра, правильная объективная оценка клинических симптомов, их выявление и сопоставление с данными анамнеза и дополнительными методами диагностики. В комплекс обследования были включены УЗИ, рентгенологические методы включая пневмоирригографию, а также лабораторные методы исследования. В лечении инвагинации основным прин-

ципом явилась как можно ранняя дезинвагинация: консервативная либо оперативная, после соответствующей предоперационной подготовки.

Результаты. В 7 (18%) случаях при ранних (до 12 часов) сроках заболевания мы применили консервативный способ дезинвагинации, путем нагнетания воздуха в толстую кишку с последующей контрольной рентгенографией органов брюшной полости и пассажем контрастного вещества.

У 32 (82%) детей пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству для дезинвагинации кишечника. Толсто-толсто кишечная инвагинация наблюдалась у 6 (19%) пациентов, илеоцекальная инвагинация была у 14 (44%) больных и у 12 (38%) детей диагностирована тонко-тонко кишечная инвагинация.

Операция по дезинвагинации была выполнена у 28 (88%) больных. В остальных случаях (9%) по причине некроза инвагинированного участка кишки, пришлось выполнить резекции пораженного отдела ки-

шечника. В одном случае (3%) резекция кишечника произведена с удалением илеоцекального угла и наложением анастомоза по типу конец в бок. У троих детей (9%) после резекции тонкого кишечника был наложен анастомоз конец в конец. В послеоперационном периоде в целях профилактики пареза кишечника была использована продленная перидуральная анестезия.

Результаты лечения детей с инвагинацией кишечника оказались хорошими. Во всех случаях кишечные анастомозы зажили без осложнений.

Выводы. Таким образом, своевременный и дифференцированный подход к диагностике и лечению инвагинации кишечника способствует улучшению оказания квалифицированной хирургической помощи детям с данной патологией. Залогом успешного лечения детей с инвагинацией кишечника является своевременная диагностика и выполнение лечебных мероприятий только в условиях детского хирургического отделения специалистами-детскими хирургами.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Цель исследования: определить возможности и внедрить в диагностический комплекс компьютерную томографию при обследовании детей с obstructивными уропатиями.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 257 больных с врожденной обструкцией мочеточника в возрасте от 2 мес. до 15 лет. Для достоверного определения причин обструкции и наилучшей оценки анатомо-функционального состояния мочевыводительных путей 21 ребенку в комплекс урологического обследования была включена трехмерная реконструкция уродинамических узлов во время выполнения болюсной КТ. Из них детей с врожденным гидронефрозом было 17 и врожденным уретерогидронефрозом – 4. При выполнении болюсной КТ выполнялся ряд снимков без контрастного вещества, затем предварительно вводилось контрастное вещество внутривенно. Доза контрастного вещества рассчитывалась относительно массы тела. После чего, детям последовательно выполнялось ряд снимков. Снимки выполнялись в различные фазы для оценки фильтрационной и выделительной функции почек. Из общего числа, у 173 детей выявлена обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента. Нарушение уродинамики на уровне мочеточниково-пузырного сегмента диагностировано у 84 пациентов. Из них obstructивный уретерогидронефроз был у 47 больных, у остальных 37 уретерогидронефроз был рефлюксирующим.

Результаты: Трехмерная реконструкция изображения мочевыводительной системы при помощи болюсной КТ

позволила оценить протяженность измененного участка мочеточника. Так причиной врожденного гидронефроза у 12 детей явилось врожденное сужение лоханочно-мочеточникового сегмента, у 2 больных абберантный сосуд, у 2 пациентов высокое отхождение мочеточника от лоханки и 1 ребенка сужение прилоханчного отдела мочеточника на протяжении. Этиологией врожденного уретерогидронефроза у 4 детей было сужение интрамуральной части мочеточника. Врожденный гидронефроз чаще всего наблюдался у мальчиков (75%). Впервые диагноз был установлен у детей в возрасте до 1 года в 11%, от 1 до 3-х лет в 18% и в 71% случаев возраст пациентов был старше 4-х лет. Врожденный уретерогидронефроз наблюдался у мальчиков в 56%, а у девочек в 54% случаев. Порок впервые диагностирован у детей до 3-х лет у 32% детей, в возрасте от 4-х до 7 лет у 28%, до 12 лет – 22% и до 15 лет у 18% больных в основном (70,5%) у детей старше трехлетнего возраста.

Заключение: Компьютерная томография позволила выявить причину врожденной obstructивной уропатии у обследуемых детей. При этом можно получить точное представление о состоянии собирательной системы почки, наличии и локализации любых скопленных жидкости, объемных образований и конкрементов. Возможно и определение уровня дилатации мочеточника, плоскость и количество его изгибов, а это помогает определиться с оперативным доступом. Применение болюсной КТ с контрастным веществом позволяет изучить функциональное состояние почек и верхних мочевых путей, а также особенностей уро- и гемодинамики.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ЗА ДЕТЬМИ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Цель. Разработать и внедрить алгоритм диагностических действий при обструкции верхних мочевыводящих путей (ВМП) для выбора тактики хирургического лечения.

Материал и методы. На обследовании и лечении находилось 275 детей с обструктивными уропатиями. Из 275 больных с обструктивными уропатиями врожденный уретерогидронефроз диагностирован у 93 детей. Из них в 55,9% случаях причиной нарушения уродинамики на уровне мочеточнико-пузырного сегмента явилась его обструкция, у 44,1% пациентов констатирован рефлюксирующий уретерогидронефроз. Остальным 182 больным, из общего количества, был установлен диагноз врожденный гидронефроз. Из общего количества больных 223 детям выполнено хирургическое лечение. Катамнестическое обследование в сроках от 6 месяцев и до 17 лет после операции произведено 169 детям. За время диспансерного наблюдения больные были обследованы от 1 до 4 раз, что дало возможность достаточно объективно оценить результаты оперативных вмешательств.

В перечень клинических обследований детей с обструктивными уропатиями помимо стандартных методов исследования, необходимо проведения доплерографии мочеточнико-пузырного выброса мочи. Снижение показателей выброса является показанием к проведению рентгенрадиологических методов исследования. Наличие обструкции ВМП и сохранность почечной функции до 10–15% требует проведения реконструктивно-пластических операций на мочевыводящем тракте. Отсутствие выброса мочи на доплерограмме и констатация афункциональности почки по данным рентгенрадиологическо-

го обследования являются показанием к органосохраняющей операции.

Результаты операций оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Через 6–12 месяцев после операции больным производили УЗИ, доплер, рентгенологические методы исследования (экскреторная урография, микционная цистография, рентгенпланиметрия), лабораторные анализы. При констатации хорошего результата детям в течении 1 года 1 раз в 6 месяцев выполнено УЗИ и доплер мочеточнико-пузырного выброса мочи, лабораторные анализы. При удовлетворительном результате – УЗИ, доплер, анализы, консервативная терапия 1 раз в 6 месяцев, рентген обследование 1 раз в год в течении 2 лет. Если же имел место неудовлетворительный результат, то после проведения выше указанных диагностических мероприятий больному выполнялась повторная операция.

Выводы. Таким образом, выявление обструктивных уропатий на ранних стадиях развития, значительно увеличит эффективность лечебных мероприятий и в конечном итоге приведет к снижению числа поступающих в специализированный стационар больных с формами заболеваний, осложненных хроническим пиелонефритом, хронической почечной недостаточностью и артериальной гипертензией. Сочетание рентгенпланиметрических методов исследований и определение мочеточнико-пузырного-выброса мочи путем импульсно-волновой доплерографии в комплексе катамнестического обследования позволяет объективно оценить эффективность хирургического лечения обструктивных уропатий у детей.

ДОПЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Цель. Детальное изучение и сопоставление параметров почечного паренхиматозного кровотока и потоков мочи для выявления критериев оценки функционального состояния почек и мочеточников, а также прогнозирования течения обструкции верхних мочевыводящих путей у детей.

Материал и методы. На обследовании и лечении находилось 262 ребенка с обструкцией мочеточника на разных уровнях (175 детей с врожденным гидронефрозом и 87 больных с врожденным уретерогидронефрозом). Возраст пациентов составил от 2 мес. до 15 лет.

Определение мочеточниково-пузырного, выброса путем импульсно-волновой доплерографии, до операции

произведено 130 больным. Получаемая доплерограмма оценивалась качественно: определялась ее форма, и количественно: подсчитывалось количество выбросов в минуту, время продолжительности одного выброса, его минимальная, средняя и максимальная скорости.

Результаты. Достоверность различия между показателями доплерограмм контрольной группы и при обструкции I степени не выявлена. У детей с обструкцией II степени максимальная, средняя скорости и продолжительность мочеточниково-пузырного выброса, а так же минимальная скорость и количество выбросов в минуту оказались достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$, $p < 0,010$ соответственно). При обструк-

ции III степени все показатели мочеточниково – пузырного выброса были достоверно меньше показателей доплерограмм контрольной группы и больных со II степенью ВГ ($p < 0,001$).

Цветное доплеровское картирование почечных артерий были изучены у 60 больных с врожденной обструкцией мочеточника до операции. Для сопоставления полученных нормативных данных было обследовано путем ЦДК почечных артерий 20 детей без патологии мочевыделительной системы. При определении наиболее употребляемого индекса резистентности (RI) и пульсации (PI) на всех уровнях были получены нижеуказанные эхографические показатели.

До операции при II-степени обструкции в основном стволе почечной артерии значение RI было в среднем $0,82 \pm 0,03$, $PI = 0,98 \pm 0,01$, в сегментарных артериях $RI = 0,73 \pm 0,03$, $PI = 0,94 \pm 0,03$, при III-степени в магистральной почечной артерии RI было в среднем $0,83 \pm 0,04$, $PI = 0,99 \pm 0,04$, в сегментарных артериях $RI = 0,74 \pm 0,03$, $PI = 0,96 \pm 0,03$.

Выводы. Таким образом, для оценки уродинамики с целью дифференциальной диагностики пиелэктазии,

гидронефроза и уретерогидронефроза при динамическом наблюдении детей целесообразно проводить ультразвуковое исследование мочеточниковых выбросов. Уменьшение всех показателей мочеточниково-пузырного выброса зависит от степени обструкции мочеточника, наличия в стенке мочеточника склеротических и атрофических изменений. Данные импульсно-волновой доплерографии являются диагностическим критерием позволяющим определить степень уродинамических нарушений при обструктивных уропатиях у детей, что немало важно при выборе хирургической тактики и прогнозировании результатов оперативного лечения ВГ.

Прогрессирующее повышение индекса резистентности на уровне магистральных и сегментарных почечных артерий при обструкции мочеточника свидетельствует об ухудшении функции почек и является показанием для оперативного вмешательства.

Выявленные закономерности изменения показателей почечного кровотока и мочеточниково-пузырных выбросов, которые позволяют прогнозировать течение различных форм обструктивных уропатий у детей раннего возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ УДВОЕНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Бабанин И.Л., Гельдт В.Г., Казанская И.В.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Пороки уретеровезикального сегмента (УВС) у детей с удвоенной собирающей системой являются одной из сложных проблем детской урологии. Многообразие вариантов нарушений формирования УВС определяет сложность диагностики и лечения данного порока. В нашей клинике до 1995 года тактика лечения данной категории больных определялась по функциональному состоянию половин удвоенной почки. Так при отсутствии функции одной из половин удвоенной почки – выполнялась геминефроуретероэктомия из двух разрезов, а при сохранной функции проводилась – реимплантация мочеточников единым блоком. Высокий процент послеоперационных осложнений в виде потери функции оставшейся половины после геминефроуретероэктомии, многократность повторных хирургических вмешательств после реимплантации мочеточников заставили пересмотреть тактику и методы лечения.

Цель исследования. Снизить травматичность вмешательства и повысить эффективность восстановления уродинамики при удвоении верхних мочевых путей (ВМП) у детей с использованием малоинвазивных трансуретральных методов коррекции.

Материалы и методы. За период с 1995 по 2015 гг. в нашей клинике трансуретральное восстановление уродинамики удвоенных собирающих систем было проведено у 214 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет ($12,8 \pm 0,12$ месяцев). На основании результатов рентге-

ноурологического обследования детей были выявлены 5 вариантов нарушений формирования УВС. Первый вариант – диагностированный у 38,5% детей характеризовался наличием уретероцеле от верхней половины удвоенной почки и был обусловлен сужением миагуса устья. При данном варианте в большинстве случаев функция почек была умеренно снижена, а чашечно-лоханочная трансформация соответствовала 3 степени тяжести. При втором варианте – установленном у 21,8% детей уретероцеле сочеталось с уретральной эктопией устья. Ретенционные изменения чашечно-лоханочной системы соответствовали 4–5 степени тяжести, функция почки была резко снижена или отсутствовала. Кроме этого у 22,1% детей отмечались нарушения уродинамики ВМП коллатеральной почки и обструктивный тип мочеиспускания. В остальных 39,7% детей с удвоением собирающих систем нарушения уродинамики ВМП были обусловлены различной степенью пузырно-мочеточникового рефлюкса. Третий вариант нарушений формирования УВС характеризовался недостаточностью обоих устьев, четвертый вариант пороком общего устья и пятый недостаточностью устья от нижней половины удвоенной почки. Выраженное снижение функции почки было отмечено у пациентов с 5-ым вариантом нарушения формирования УВС, при других вариантах функция почки была удовлетворительная или умеренно снижена. У пациентов с 3-им вариантом рефлюксация

соответствовала 2–3 степени, а у детей с 4 и 5 вариантами 3–4 степени. Пациентам с первым вариантом нарушения формирования УВС при диаметре уретероцеле менее 2 см проведена трансуретральная катетеризация и бужирование устья с последующим дренированием мочеточника катетер-стентом 5 Ch. в течение 7–14 дней. При диаметре уретероцеле более 2 см и уретероцеле в сочетании с уретральной эктопией устья проводилась трансуретральное электрорассечение медиальной стенки уретероцеле на протяжении 2–3 мм с последующим дренированием мочеточника катетер-стентом 5 Ch. в течение 5–7 дней. Лазерное рассечение медиальной стенки уретероцеле проведено 14 пациентом. Преимуществ перед электрорассечением не отмечено. Пациентам с вариантами нарушения формирования УВС обусловленные недостаточностью устьев проведена эндоколлагенопластика по стандартной методике.

Результаты. Проведенное через 6–12 месяцев после трансуретрального вмешательства контрольное рентгеноурологическое обследование, в группе детей с 1-ым вариантом показало, восстановление функции почки и уродинамики ВМП у всех пациентов. Сохраняющиеся расширения чашечно-лоханочной системы и мочеточника не являлись показанием к повторному вмешательству. При контрольной цистографии рефлюксации в верхнюю оперированную половину почки отмечено не было. У 18,6% детей был диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс 1–2 степени в нижнюю половину почки, который при отсутствии атак пиелонефрита коррекции

не требовал. В группе детей со 2-ым вариантом проведенное трансуретральное вмешательство позволило не только улучшить уродинамику ВМП оперированной половины, но и восстановить уродинамику соседней половины и коллатеральной почки, а также устранить причину обструктивного мочеиспускания. Улучшение функции почек в данной группе детей было отмечено в 46,8% случаев. При контрольной цистографии рефлюксация в верхнюю оперированную половину почки была диагностирована у 2-х пациентов. Эффективность эндоколлагенопластики у детей с удвоением собирательных систем зависело от варианта нарушения формирования УВС. При 3-ем варианте она составила 96%, при 4-ом варианте 62% и 45% при пятом варианте. Повторная имплантация стабильных препаратов существенно не повысило эффективность лечения у детей с 4-ым и 5-ым вариантами.

Заключение. Результаты 20-ти летнего применения малоинвазивных трансуретральных методов коррекции пороков УВС у детей с удвоенной собирательной системой показали их безопасность и высокую эффективность. Сохраняющаяся после трансуретрального восстановления уродинамики ВМП не функционирующая половина почки должна быть удалена при доказанной почечной гипертензии. В тех случаях, когда после некорректного рассечения уретероцеле – образовался пузырно-мочеточниковый рефлюкс проведение трансуретральной имплантации синтетических препаратов мало эффективно и не рационально. Возможна имплантация коллагена для купирования атак пиелонефрита.

МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Бабич И. И., Багновский И. О.

Ростовский Государственный Медицинский Университет, г. Ростов-на-Дону

В настоящее время магниты нашли широкое применение в бытовых гаджетах и детских игрушках. Достоверных указаний о деструктивном эффекте постоянного магнитного поля в отношении морфологических структур желудочно-кишечного тракта нет, тем не менее осложнения, требующие хирургической помощи, обычно наступают при проглатывании инородных тел травмирующей формы или нескольких магнитов.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с магнитными инородными телами желудочно-кишечного тракта путем разработки оптимальной диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте до 7 лет. В 3-х наблюдениях (16,6%) магниты были прямоугольной формы с относительно острыми углами размером 4x10x20 мм, которые без осложнений были удалены при ФГДС. Круглые магнитные тела желудочно-кишечного тракта в 2-х наблюдениях (13,3%) диагностированы сразу после проглатывания, в остальных наблюдениях больные поступали в сроки до 4 дней и при появлении абдоминаль-

ных осложнений. Единичные округлые инородные тела никаких осложнений при прохождении по желудочно-кишечному тракту не вызывали. В остальных случаях пациенты проглатывали от 2 до 8 магнитных шариков со значительным временным интервалом. Рентгенографическое исследование в динамике позволяло констатировать существенное сближение инородных тел в проекции тонкого кишечника, что совпадало с периодом появления болевых ощущений и перитонеальными явлениями. При лапаротомии обнаруживались множественные перфорации в местах смыкания. Выполнялась резекция прилегающих петель кишечника с перфорациями, двустольная илеостомия с дренированием брюшной полости. Анализ клинических данных позволил выявить клиничко-рентгенологические предикторы перитонеальных осложнений при округлых инородных телах ЖКТ. Ими явились: беспокойство пациента с болями в животе; появление рвоты на фоне самостоятельного стула; сближение инородных тел на рентгенограмме менее чем 5 мм друг от друга; асимметрия живота, определяемая визуально и пальпаторно. У 2 пациентов (13,3%) данные

клинико-рентгенологические симптомы явились показанием к экстренной лапаротомии, при этом в местах сращения инородных тел между петлями кишечника четко определялись обратимые расстройства кровообращения. После удаления инородных тел через минимальные разрезы в стенки кишки осложнений не наблюдалось.

Таким образом, своевременная оценка клинико-рентгенологических симптомов сближения групп магнитных инородных тел желудочно-кишечного тракта дает возможность своевременного удаления инородных тел до появления перитонеальных явлений, что может улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

ПРИМЕНЕНИЕ АМНИОТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Бабуч С., Петрович В., Наку В., Негру И.

Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель исследования заключалась в оценке эффективности амниотической мембраны, используемой в реконструкции крупных дефектов передней брюшной стенки в экспериментальной модели.

Партия исследования включала 20 кроликов калифорнийской породы обоих полов, массой тела 2300–2500 г. Экспериментальное исследование было утверждено Комитетом этики исследований и проводилось в соответствии с директивой Парламента Европейского Совета по защите животных, используемых в научных целях. Создание дефекта в брюшной стенке осуществлялось при общей анестезии, хирургическим способом, в стерильных условиях, посредством иссечения фрагмента размером 10 x 5 см, затрагивая мышечно-апоневротический слой и париетальную брюшину. Реконструкция дефектов брюшной стенки проводилась посредством фиксации амниотической мембраны к краям дефекта с помощью нити из полигликолиевой кислоты 6/0, биологический имплантат был обработан глутаральдегидом 0,1% (2-я партия – 5 животных), формалином 0,5% (3-я партия – 5 животных) и свежеморожен (4-я партия – 5 животных), хранился при температуре – 80 °С, в контрольной партии использовалась нерастворимая сетка на основе полиэстера Eтсеокаque (1-я партия – 5 животных). Биологические имплантаты были защищены посредством сшивания подкожного слоя и кожи.

Животные ежедневно осматривались, было установлено возникновение некоторых осложнений. У одного

животного из 1-й партии было обнаружено заражение и расхождение краев раны с эвентрацией петли кишечника, приведшие к смерти животного. Частичное расхождение фиксирующих швов имплантата было установлено у 3-х животных из 2-й партии и у 2-х животных из 3-й партии. Убой животных был произведен на 7-й день после хирургического вмешательства.

Осмотр брюшной полости позволил выявить появление некоторых разобщающих спаек у всех животных из 1-й партии, у одного животного из 2-й партии было обнаружено сращение сальника с линией контакта между имплантатом и краем дефекта. В 3-й и 4-й партиях сращения не наблюдалось.

Гистологические исследования, проведенные на пробах, взятых в зависимости от экспериментальных партий, выявили как общие, так и частные изменения во взаимодействии между тканями животного с биологическим имплантатом, выраженные в новообразованиях зоны зернистой ткани различной степени зрелости, смешанного клеточного состава, с преобладанием в различном соотношении наружных и внутренних клеток, преимущественно поли-морфноядерных и веретенообразных клеток. Результаты исследования позволяют заключить, что амниотическая мембрана может считаться эффективным вспомогательным антиспаечным средством, а амниотическая мембрана, сохраняемая с помощью криозаморозки, обладает преимуществами в качестве ткани для пересадки в операциях по реконструкции брюшной стенки.

СПОСОБ МЕАТОТОМИИ У ДЕТЕЙ

Базлуцкий Е. А., Соловьёв А. А., Тимофеев Д. В., Юрков П. С.

Иркутский государственный медицинский университет; ОГАУЗ ГИМДКБ отделение урологии г. Иркутск

Цель: разработан новый способ меатотомии, за счет которого удалось снизить количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения меатостеноза.

В урологическом отделении ОГАУЗ ГИМДКБ Иркутска разработан и клинически апробирован новый способ меатотомии, основанный на техническом принципе рассечения наружного отверстия мочеиспускательного ка-

нала; новым в достижении положительного результата является то, что проводят кольцевидное иссечение патологической ткани головки полового члена, мобилизуют слизистую наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к ладьевидной ямке, далее противоположные края образовавшейся раны прецизионно зашивают, тем самым формируют оптимальный просвет неомеатуса.

Кольцевидное иссечение патологической ткани головки полового члена и мобилизация слизистой наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к ладьевидной ямке, позволяет удалить патологическую кожу стенозированного меатуса и, одновременно, подготовить оптимальное место для неомеатуса. Это обеспечивает положительный результат, поскольку ликвидируется один из патогенетических факторов меатостеноза и моделируется симметричный и одновременно оптимальный по диаметру просвет неомеатуса.

Прецизионное сшивание противоположных краёв образовавшейся раны, обеспечивает их полную адаптацию, поскольку приданная конфигурация их граничного контура конгруэнтная, а тяга швов равномерно распределена по поверхности наименьшей площади; отсюда создаются положительные условия для ранозаживления и предупреждения рестенозирования наружного отверстия мочеиспускательного канала, более того, обеспечивается оптимальный косметический результат в силу его естественной состоятельности, так как сформированный меатус равнозначен нормальному.

Меатотомию осуществляют следующим образом. Ножницами или скальпелем рассекают нижнюю стенку

мочеиспускательного канала вместе с кожей полового члена по средней линии на протяжении 0,4–0,5 см от провета наружного отверстия по направлению к мошонке. Выполняют кольцевидное иссечение кожи полового члена, начиная от проксимальной полуокружности наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к головке. Мобилизуют слизистую наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к ладьевидной ямке, края образовавшейся раны мочеиспускательного канала прецизионно сшивают с краями разреза кожи (абсорбирующий шовный материал 6/00), формируя, тем самым, неомеатус. Мочеиспускательный канал не катетеризируют.

Выводы: новая совокупность признаков позволяет достигать высокого положительного эффекта, заключающегося в предупреждении рестенозирования наружного отверстия мочеиспускательного канала и получении устойчивых косметических результатов, поскольку осуществляется полная и конгруэнтная адаптация краёв раны после кольцевидного иссечения патологической ткани головки полового члена и мобилизации слизистой наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к ладьевидной ямке.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА, ВЫЗВАННЫХ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Баиров В. Г., Салахов Э. С., Казиахмедов В. А.

Детская Городская Клиническая больница № 5 им. Н. Ф. Филатова, Санкт-Петербург

Химические ожоги пищевода занимает первое место среди всех заболеваний пищевода у детей., несмотря на существующие методики лечения, число осложнений после химических ожогов пищевода не имеет тенденции к снижению. За период с 2006 г по 2015 год поступило 2661 ребенок в стационар с подозрением на химический ожог пищевода (ХОП), и после проглатывания инородных тел. Из них 2028 (76%) детей с подозрением на ХОП, 633 (24%) с инородными телами пищевода. После проведения первичной фиброэзофагогастроскопии (ФЭГДС) ожог пищевода выявлен у 891 (33,5%), 1770 (66,5%) патологии не выявлено, дети здоровыми выписаны на амбулаторное лечение. Из всех детей с химическими ожогами пищевода у 36 (4%) развилось осложнение. Несмотря на многочисленные работы по лечению осложнений при химических ожогах нет четкой тактики, и алгоритма лечения при перфорациях пищевода, на ранних и поздних стадиях после ожога пищевода. Из всех детей у которых развилось осложнение после химических ожогов пищевода в 7 (19,4%) случаях отмечалось перфорация пищевода. В 3х случаях перфорация произошла в первые 3 дня от момента удаления инородного тела (батарейки), в 4 случаях в более поздние сроки, из 4х больных в 2х случаях перфорация пищевода произошла на 7–10 сутки после проведения контрольной ФЭГДС, на 7–10 сутки. Из 7 (100%) случаев пер-

форации пищевода в 4 (57%) х случаях развился трахео (бронхо) – пищеводный свищ. Что потребовало экстренного хирургического лечения – выведения двойной эзофагостомы, и ушивания дефекта трахеи (бронха) в связи с резким ухудшением состояния ребенка, связанное с прогрессирующими явлениями медиастенита. В одном случае отмечался летальный исход. В 3х случаях (43%) в связи со стабильным состоянием больного проводилась консервативная терапия (антибактериальная терапия, инфузионная терапия, исключение энтеральной нагрузки), на фоне лечения дефект в стенке пищевода вторично зажил рубцеванием. Что потребовало потом бужирования пищевода. Из 4х детей кому проведено выведение эзофагостомы, только одному потребовалось заградительная пластика пищевода толстой кишкой.. в остальных случаях проведено наложение анастомоза с ликвидацией эзофагостомы. В связи с чем дети с глубокими химическими ожогами пищевода, после удаленных инородных тел (батареек) поступивших на поздних стадиях от момента травмы, требуют наложения гастростомы, полное исключение энтеральной нагрузки, повторное обследование ФЭГДС, должно проводиться на поздних сроках от 3х недель и более. При наличии явлений медиастенита, связанное с развитием трахео (бронхо) – пищеводного свища, необходимо выведение двойной эзофагостомы.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Баиров В. Г., Салахов Э. С., Казиахмедов В. А., Орлов А. Е.

Детская Городская Клиническая больница № 5 им. Н. Ф. Филатова, Санкт-Петербург

С каждым годом увеличивается число детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта. Основной контингент это дети до 3х лет, связано с желанием детей в это возрасте попробовать все на вкус. В связи с развитием промышленности меняется этиология инородных тел, что требует более внимательного и тщательного сбора анамнеза и четко отработанной схемы оказания помощи детям с этой проблемой. В период с 2006 года по 2015 года в наш стационар обратилось 633 (100%) ребенка с подозрением на проглатывание инородных тел, из них после проведения первичного обследования у 541 (85%) было выявлено инородное тело в просвете желудочно-кишечного тракта. При поступлении детей в стационар с подозрением на инородное тело желудочно-кишечного тракта, ребенок осматривался хирургом, проводилось обзорная рентгенография органов грудной, брюшной полости, шеи. При выявлении контрастного инородного тела, под общим обезболиванием проводилось ФЭГДС, удаление инородного тела. При отсутствии контрастного инородного, но при наличии клинической картины (дисфагии, беспокойства, кашля) проводилось диагностическое ФЭГДС, при выявлении удаление. После удаления инородных тел у 217 (34,3%) выявлены осложнения. Основными осложнениями являлись пролежни (эрозии), ожоги на месте

предложения инородных тел 205 (94,5%). У 12 (5,5%) детей отмечалось осложнения в виде перфораций кишечника (магнитами). Из всех детей у которых инородное тело – батареек удалены из пищевода 66 (10,4%), у 47 (71,2%) отмечались осложнения в виде химических ожогов пищевода различной степени. Глубокие ожоги преобладали в основном при позднем поступлении детей (от 3–6 часов до нескольких суток). Из этих больных в 7 (14,9%) случаях отмечалось перфорация пищевода. Что требовало экстренного хирургического лечения 4 (8,5%) при наличии перфорации пищевода и трахеи (бронхов), в 2 (4,3%) лечение было консервативным. При проглатывании детей магнитов 2х и более в 12 случаях отмечалось перфорация тонкого, толстого кишечника, что потребовало оперативного лечения, удаления инородных тел. Учитывая, представленные данные при поступлении детей, с инородными телами желудочно-кишечного тракта необходимо – поступление детей в специализированный стационар, с круглосуточной эндоскопической службой. Инородные тела пищевода должны быть удалены сразу после постановки диагноза. При инородных телах желудочно – кишечного тракта магнитах, проглоченных в разное время – требует их удаления эндоскопическим путем, при невозможности – хирургического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЗДАНИЯ АНАСТОМОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Баиров В. Г., Амидхонова С. А., Сухоцкая А. А.

ФГБУ СЗФМИЦ имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург

Актуальность. Атрезия кишечника является наиболее распространенной причиной кишечной непроходимости в неонатальном периоде. Частота атрезии тонкой кишки составляет 1:5000, толстой кишки 1:20000.

Цель. Изучить сравнительную характеристику анастомозов в зависимости от уровня атрезии кишки.

Пациенты и методы. Проведен анализ лечения 38 новорожденных, находившихся на лечении в Федеральном специализированном перинатальном центре г. Санкт-Петербурга за период с 2012 по 2016 г. В исследуемую группу вошли новорожденные с атрезией тонкой и толстой кишки, которым был выполнен I этап оперативного лечения (создание анастомоза либо выведение энтеро- или колостом).

Результаты. Из 38 новорожденных с атрезией тонкой кишки было 29 (76%). Атрезия тощей кишки выявлена у 16 (42%), атрезия подвздошной кишки – у 13 (34%), атрезия толстой – у 9 (24%).

В качестве I-го этапа хирургической коррекции при атрезии на уровне тощей кишки анастомоз «конец

в конец» создан у 3 (19%) детей. Осложнения были у 1 (33%). Т-образный анастомоз создан у 13 (81%) пациентов. Осложнения были у 2 (15%). Наиболее частыми осложнениями являлись стеноз зоны анастомоза и несостоятельность анастомоза.

При атрезии подвздошной кишки анастомоза «конец в конец» создан у 9 (69%). Т-образный анастомоз создан у 4 (31%) детей, при этом осложнений не было.

При атрезии толстой кишки колостома выведена у 8 (89%) детей, Т-образный анастомоз – у 1 (11%), осложнений не было.

Заключение. Таким образом, Т-образный анастомоз является наилучшим способом хирургической коррекции при атрезии тощей кишки. При атрезии подвздошной кишки результаты получены практически одинаковые как при создании анастомозов «конец в конец», так и при создании Т-образного анастомоза. При атрезии толстой кишки первым этапом целесообразно выведение двойной колостомы.

ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ

Баковский В. Б., Титов Ф. В., Ковальков К. А.

Детская городская клиническая больница № 5, г. Кемерово

Цель работы: оптимизировать тактику лечения вывиха надколенника детей.

Материалы и методы: За период с 2011 года на базе детского травматолого-ортопедического отделения МАУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово произведено 162 лечебно-диагностических артроскопий коленного сустава, из них 38 по поводу острого вывиха надколенника, из которых 14 выполнены на фоне диспластических изменений пателля-фemorального отдела сустава. Средний возраст оперированных пациентов был 12 лет. Средний срок пребывания пациентов в стационаре после артроскопий – 9,5 суток. Накопленный ранее опыт радикального вмешательства (операции Ру – Фридланда – Волкова, Бойчева) не удовлетворял далеко не всегда оправданным травматическим доступом, длительной иммобилизацией и реабилитацией. Современная артроскопическая техника позволила адекватно оценивать степень повреждений структур коленного сустава при данной патологии и выработать оптимальную, на наш взгляд, тактику стабилизации надколенника, как при остро возникших, так и при привычных вывихах. В начале операций артроскопии отводилась диагностическая роль с оценкой характера медиального парapatеллярного разрыва капсулы и степени латерализации надколенника, проводилась обработка поврежденных суставных поверхностей наружного мыщелка бедренной кости и надколенника, лаваж, шейвирование, микрофрактурирование, удаление свободных внутрисуставных тел при их наличии. Проведение артроскопического проксимального латерального релиза проводилось с учетом предоперационного планирования (межмышечковый угол, индекс Install-Solvati), степени гипермобиль-

ности сустава (шкала Байтона) и интраоперационно достигаемой визуальной центрации надколенника.

Восстановление целостности медиальной поддерживающей связки надколенника осуществляли двумя способами. В случаях острой травмы без поврежденных краев разрыва капсулы сустава (57,89% наблюдений) мы использовали методику Р.К. Yamamoto. В других случаях применяли разработанный в клинике способ трансоссальной фиксации надколенника (артроскопически контролируемый) «П» – образными швами нитью ETHIBOND EXCEL 5 с латеральным проксимальным релизом (не более 70%) фиброзной капсулы.

В послеоперационном периоде всем детям проводилась иммобилизация коленного сустава в сроках от 4-х до 6-и недель с последующим комплексом восстановительного лечения. Отдаленные результаты лечения (на катамнезе от 1 месяца до 2 лет) изучены у 26 пациентов. Результаты артроскопических операций: 69% – отлично, 19% – хорошо, 8% – удовлетворительно, 4% – неудовлетворительно: ятрогенная медиализация надколенника на этапе отработки метода. Отмечен рецидив у одного ребенка после повторной спортивной травмы, других осложнений не выявлено.

Выводы: малая инвазивность, малый риск развития осложнений, относительно короткие сроки послеоперационной реабилитации и пребывания пациентов в стационаре, а также полученные результаты собственного лечения о высокой эффективности лечения острых травматических и диспластических вывихов надколенника у детей артроскопическими методами, что позволяет включить их в стандарт комплексного лечения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПРЕССИОННОГО УСТРОЙСТВА С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Балаганский Д. А., Гюнтер В. Э., Осипкин В. Г., Погорелко В. Г.

Больница скорой медицинской помощи № 2 г. Томска; Сибирский физико-технический институт, г. Томск.

Цель работы: Оптимизация техники брюшно-промежностной проктопластики по Duhamel путем создания компрессионного колоректального анастомоза с использованием устройства из никелида титана с памятью формы.

Материалы и методы: Для оперативного лечения болезни Гиршпрунга применяли брюшно-промежностную проктопластику по Duhamel. Во время брюшного этапа проводили мобилизацию сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела до переходной складки брюшины. Сшивающим аппаратом прошивали и пересекали прямую кишку. Между задней стенкой прямой кишки и крестцом формировали тоннель. Со стороны промежности рассекали заднюю стенку прямой кишки в поперечном направле-

нии на 1,5–2 см выше анального сфинктера. Через тоннель в образованную рану прямой кишки выводили мобилизованную сигмовидную кишку. Подлежащую удалению часть резецировали, низведенную кишку сшивали с краями раны прямой кишки. На образовавшуюся перегородку между задней стенкой прямой кишки и стенкой низведенной толстой кишки накладывали компрессионное устройство, представляющее собой скобу треугольной формы из двух витков проволоки из никелида титана диаметром 2–3 мм. За 24 часа до операции устройство в спиртовом растворе хлоргексидина помещали в морозильную камеру. Перед наложением скобу извлекали из охлаждающего раствора, раздвигали витки проволоки и накладывали

на колоректальную перегородку. При нагреве до температуры тела скоба принимает первоначальную форму, при этом плотно сжимает стенки анастомозируемых отделов кишки. В течение 7–10 суток формируется компрессионный анастомоз, устройство отходит самостоятельно.

Результаты и обсуждение: По вышеописанной методике было прооперировано 6 пациентов. В одном случае в послеоперационном периоде отмечались явления анастомозита. Сформированный колоректальный анастомоз эластичный, без признаков стенозирования, при выписке у всех пациентов ежедневный самостоятельный стул, тазовые неврологические расстройства отсутствуют.

Таким образом, способ оперативного лечения болезни Гиршпрунга по Duhamel с применением устройств из никелида титана с памятью формы позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений. Сформированный компрессионный колоректальный анастомоз достаточно широкий, что избавляет пациента от длительного бужирования заднего прохода. У оперированных детей мы не наблюдали избыточной культы прямой кишки и задержки каловых масс. При этом способе оперативного вмешательства нет необходимости выделять и резецировать переднюю и боковые стенки прямой кишки, что значительно снижает риск развития тазовых неврологических расстройств.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Барова Н.К., Тараканов В.А., Шумливая Т.П., Убилава И.А., Леви А.И., Кулиш Т.А., Надгериев В.М., Асатуров В.Э.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г.Краснодар

Цель: улучшение диагностики и лечения ППМ у девочек, определение частоты его встречаемости в структуре острой гинекологической патологии (ОГП).

Материалы и методы: с 2005÷2015 гг. в Детской краевой клинической больнице (ДККБ) пролечено 284 девочек с ОГП. Возраст 1мес. ÷ 17 лет. ППМ диагностирован у 24 (8,45%). Сбор анамнеза проводился с акцентом на сроки от начала заболевания, клинических характеристик болевого синдрома и его изменением во времени, наличием иррадиации. Первично госпитализированы в ДККБ – 15 (62,50%), переведены из других ЛПУ – 9 (37,%) %. Бимануальное ректальное исследование и УЗИ органов малого таза с использованием доплерографии проведено всем. Оперированы все дети. Общее количество операций – 26. Структура оперативных пособий: лапароскопическая деторсия – 11 (41,66%); лапаротомия, деторсия – 5 (20,83%); лапароскопическая аднексэктомия – 4 (16,66%); лапаротомия, аднексэктомия – 4 (16,66%). Контроль за эффективностью лечения после деторсии проводился методом УЗ мониторинга. В 5 случаях жизнеспособность ткани гонад интраоперационно вызвала сомнения. В 2-х случаях из них УЗИ мониторинг показал отсутствие положительной динамики, явившееся показанием к повторной лапароскопии с последующей аднексэктомией. Результаты:

Частота встречаемости ППМ в структуре ОГП величина практически постоянная, 1÷4 в год. Выраженность болевого синдрома, периодичность и схваткообразный характер боли в дебюте заболевания установлены у 23 (95,83%), иррадиация боли в промежность, нижнюю конечность на стороне поражения у 17 (70,83%). Объемное образование малого таза при бимануальном ректальном исследовании выявлено у 18 (75%). Увеличение линейных размеров яичника с отсутствием (резким угнетением кровотока) по данным УЗИ имелось у 22 (91,66%), с сохраненным кровотоком по периферии у 2 (8,44%). Соотношение ВЛС и традиционных операций 2:1. Среднее время, затраченное на ВЛС–30мин., традиционную–50мин. Купирование болевого синдрома и восстановление двигательной активности после ВЛС – к концу 1 суток, после традиционных в среднем 2 суток. Средний койко/день после ВЛС операций – 7, после открытые – 10. Все дети выписаны с выздоровлением.

Выводы: адекватная оценка клинико-анамнестических данных, своевременное УЗИ органов малого таза являются залогом ранней диагностики заворота гонад. УЗИ придатков с доплерографией–высокоэффективный метод диагностики и контроля за эффективностью лечения при ППМ, позволяет снизить количество реопераций. Лапароскопия является «золотым стандартом» в хирургическом лечении ППМ.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЕРЕРУТЕ ПРИДАТКОВ У ДЕТЕЙ

Барова Н.К., Тараканов В.А., Панкратов И.Д., Колесников Е.Г., А.И. Леви, Стрюковский А.Е., Чемсо А.М.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г.Краснодар

Цель: анализ причин диагностических ошибок и определение факторов их управляемости при перекруте придатков (ППМ) у девочек.

Материалы и методы: 2004÷2015 гг. в Детской краевой клинической больнице (ДККБ) получили лечение 24 детей с ППМ. Возрасте 3,5÷ 15 лет. Из них 15 (62,50%) изначально доставлены в ДККБ с диагнозом острый аппендицит

или подозрением на него. 9 (37,50%) переведены из ЦРБ края (направительные диагнозы: длительный болевой абдоминальный синдром не ясного генеза – 5; аппендикулярный перитонит – 3; послеоперационный перитонит после аппендэктомии по поводу катарального аппендицита-1). У 16-ти детей выполнена успешная деторсия придатков, 8 детей подверглись аднексэктомии. Во всех случаях ана-

лизируются полнота клинико-anamnestических данных при первичном обращении за медицинской помощью, применяемость бимануального ректального осмотра, УЗИ органов малого таза, оценка физикальных данных в динамике, консультации смежных специалистов (гинеколог).

Результаты: экспертная оценка оказания медицинской помощи 100%. На уровне ДККБ диагноз верифицирован во всех случаях до операции. ППМ установлен при первичном осмотре у 22 (91,66%) пациентов. 2 (8,33%) детей госпитализированы с подозрением на острый аппендицит, показания к УЗИ выставлены в первые 4 ч. нахождения в стационаре. Сомнения в диагнозе у данных детей явились показанием к диагностической лапароскопии в первые 6 ч. динамического наблюдения. Все дети оперированы. Соотношение деторсии придатков и аднексэктомии – 2:1. Анализ медицинской документации 9 больных переведенных из других ЛПУ края выявил общие для всех

случаев лечебно-тактические ошибки: не дооценка клинико-anamnestических данных – 8 (88,88%); пренебрежение ректальным осмотром – 100%, УЗИ органов малого таза – 7 (77,77%); не дооценка данных УЗИ 2 (22,22%); отсутствие ревизии органов малого таза интраоперационно при отсутствии воспалительных изменений со стороны червеобразного отростка – 1 (11,11%).

Выводы: Все указанные ошибки признаны управляемыми. Гарантом снижения риска диагностической ошибки, повышения процента органосохраняющих операций является четкое выполнение лечебно-диагностического алгоритма у детей с болевым абдоминальным синдромом (полноценный первичный осмотр, бимануальное исследование, УЗИ с доплерографией, объективная оценка физикальных и инструментальных данных в динамике). Сомнения в диагнозе при ППМ должны разрешаться оперативным путем, оптимальный метод – диагностическая лапароскопия.

ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ

Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Горьковой И.С., Киселев А.Н., Кулиш Т.А., Панкратов И.Д.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г.Краснодар

Цель: анализ результатов различных вариантов пластического закрытия острых и хронических дефектов кожи и мягких тканей у детей.

Материалы и методы: в клинике детской хирургии г.Краснодар с 2007 по 2015 гг. пролечено 71 детей, в лечении которых использованы различные варианты кожной пластики. Возраст: 20 дней ÷ 17 лет. Соотношение острых и хронических ран 4:1. Преимущественная локализация – конечности. Большинство ран (67–94,36%) – инфицированные. При лечении раны и подготовке её к пластике особое значение уделялось радикальности хирургической обработки. Операция завершалась ультразвуковой кавитацией раневой поверхности. Вакуум терапия применена у 58-и (81,69%) пациентов. С целью замещения раневого дефекта у 49-ти (69,01%) пациентов использовали метод аутопластики расщепленным кожным аутооттрансплантатом. Готовность раневого ложа к восприятию кожного лоскута оценивалась визуально по наличию здоровой грануляционной ткани и негативными бактериологическими результатами с раневой поверхности. В 10-ти случаях (20,40%) наблюдался очаговый лизис аутооттрансплантата. Реплантация кожного лоскута с обработкой его по Красовитову выполнена у 5-х (7,04%) пациентов. Клиническое

состояние пересаженного трансплантата оценивали по его внешнему виду, степени фиксации к ране, наличию отделяемого. Метод дозированного растяжения, пластику местными тканями использовали у 4-х (4,83%) детей. В лечении 13-ти детей (18,30%) применяли различный биопластический материал («HYAMATRIX», «Gi-derm», «НІТО-PRAN»). Полный лизис биопластического материала имел место в 1-м случае (7,69%), частичный в 3-х (23,07%).

Результаты: 66 (92,95%) детей выписаны с полным закрытием раневых дефектов. У 5-ти пациентов с длительно незаживающими и хроническими ранами достигнуто сокращение площади раны более чем в 2,5 раза. Выписаны с гранулирующими ранами на этапе эпителизации.

Выводы: Выбор метода пластического замещения ран определяется площадью и глубиной поражения раневого дефекта. Основным методом закрытия обширных ран покровных тканей без обнажения глубоких анатомических структур считаем реплантацию кожи по Красовитову и свободную кожную аутопластику расщепленным кожным аутооттрансплантатом. В лечении острых и хронических раневых дефектов (не более 100 см²) перспективным представляется применение биопластических материалов. Метод требует дальнейших клинических исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕКРОТИЧЕСКОЙ ЭПИФАСЦИАЛЬНОЙ ФЛЕГМОНОЙ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

Барская М.А., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Муниин А.Г., Серегина Т.Н., Скрипичин Н.А., Завьялкин В.А.

Самарский государственный медицинский университет; Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Цель: изучить результаты лечения детей с некротической эпифасциальной флегмоной при ветряной оспе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 102 детей с некротической эпифасциальной флегмо-

ной при ветряной оспе с 1983 года по 2016 год. Проведены микробиологические и гистологические исследования из очага поражения, изучение иммунного статуса и состояния гемостаза. Характер течения раневого процесса оценивался на основе наблюдения за раневым процессом.

Результаты. Ветряночная некротическая флегмона наблюдалась чаще у детей в возрасте от 1 года до 7 лет – 87 пациентов (85,3%). В посеве отделяемого из очага поражения у 43 больных ветряночной флегмоной получен *Staphylococcus aureus*, у 19 – *Streptococcus haemolyticus*, у 6 – *Proteus vulgaris*, у 9 – *E.coli*, у остальных роста микрофлоры не наблюдалось. При гистологическом исследовании обнаружены тромбоз сосудов подкожной клетчатки и дермы, кровоизлияния по периферии от сосудов в начальной стадии процесса; фибриноидный некроз стенок тромбированных сосудов, нейтрофильную и макрофагальную инфильтрацию по периферии от сосудов в очаге поражения с начинающимися признаками некроза кожи и подкожной клетчатки в более поздние сроки заболевания. При исследовании иммунного статуса у детей с ветряночной флегмоной было выявлено достоверное увеличение концентрации IgM, достоверное снижение Ig G, умеренное снижение Т- и В-лимфоцитов

за счет менее активных фракций. При исследовании системы гемостаза доступными методами у 26 больных выявлено уменьшение времени свертывания крови, времени рекальцификации плазмы, тромбинового времени, увеличение содержания фибриногена в плазме.

В начальном периоде производилось вскрытие некротической эпифасциальной ветряночной флегмоны множественными разрезами – насечками с предварительной антибиотико-новокаиновой блокадой. Больные получали комплексное лечение, включающее системную антибактериальную и противовоспалительную терапию, гепарин, дезагреганты, антигистаминные препараты, иммунокорректирующие препараты, ингибиторы протеаз, детоксикацию (гемофильтрация), ГБО-терапию. При формировании зоны некроза кожи и подкожной клетчатки производилась ранняя некрэктомия. При образовании раневых дефектов во время перевязок использовали протеолитические ферменты, интерактивные раневые покрытия, УЗ-кавитацию, УФО. У 19 больных выполнена пластика местными тканями.

Средний койко-день у больных с некротической флегмоной при ветряной оспе составил 19 дней. Летальных исходов было 2 (1,96%).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Басаргин Д. Ю., Воробьев Д. А., Тищенко М. К.

НИИ НДХиТ, г. Москва

В связи с широким распространением экстремальных видов спорта в последние годы прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа детей с повреждениями коленного сустава. Наряду с увеличением частоты повреждений коленного сустава у детей нарастает их тяжесть.

Цель: улучшить результаты лечения детей с травмами коленного сустава.

В исследование вошли 390 детей (230 девочек и 160 мальчиков) в возрасте от 10 до 17 лет с травмами коленного сустава. Всем детям, включенным в исследование, после обследования (УЗИ, КТ и по показаниям МРТ коленного сустава) выполнена артроскопия. Диагностический характер исследования носило лишь в 20 наблюдениях, в остальных случаях выполнялось оперативное вмешательство.

Развитие новых технологий позволило нам усовершенствовать методику эндоскопического вмешательства. Так, при наиболее частой патологии – разрыве медиально-

го пателлофemorального ретинакулума после травматического вывиха надколенника вместо традиционных швов Ямомото мы используем анкерные системы. При повреждениях менискового аппарата мы стараемся максимально восстановить анатомию коленного сустава используя различные реконструктивные методы. При синдроме медиопателлярной синовиальной складки, артролизе вместо традиционных скальпелей и ножниц мы используем плазменный аблятор. При переломах межмышечкового возвышения вместо ранее применяемого нами компрессирующего фиксатора мы начали использовать малоинвазивный остеосинтез биодеградируемыми винтами.

По нашему мнению каждой артроскопии должны предшествовать УЗИ, КТ и по показаниям МРТ коленного сустава. Несмотря на это артроскопия остается наиболее точным методом диагностики, позволяющим не только объективизировать характер и локализацию повреждения, но и обосновать хирургическую тактику.

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ КИШЕЧНИКА

Мохаммад Башир, Давлицаров М. А., Цыбин А. А., Вайс А. В., Якунов А. Н., Крук Н. Н., Дегтярев П. Ю.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина, г. Тула

Актуальность. В практической работе пациенты с инородными телами желудочно-кишечного тракта

встречаются довольно часто. Около 80% случаев проглатывания инородных тел приходится на детский возраст.

Пик наблюдений регистрируется у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. От 80–90% всех инородных тел проходят через ЖКТ без особых трудностей. Такие инородные тела кишечника как батарейки, к сожалению, не покидают кишечник даже в течение 9–12 суток и могут привести к перфорации кишки и развитию перитонита. В таких случаях вопрос оптимизации хирургической тактики всегда остаётся актуальным.

Цель. Показать хирургическую тактику удаления инородного тела кишечника лапароскопическим способом через минидоступ.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением в апреле и сентябре 2015 на базе детского хирургического отделения ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», находилось 2 ребенка – М. (2 года 4 месяца) и Ч. (5 лет) с клиническим диагнозом: инородное тело (батарейка) восходящего отдела ободочной кишки.

Оба ребенка поступили с жалобами на наличие инородных тел (батарейки) в желудочно-кишечном тракте. Из анамнеза известно, что дети больны около 2–3 суток. Рвоты не отмечалось. Были госпитализированы по экстренным показаниям.

Общее состояние при поступлении не нарушено. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Видимые

слизистые розовые. Язык обложен белым налетом. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Детям неоднократно, с целью отслеживания динамики продвижения инородных тел по кишечнику, проводилась обзорная рентгенограмма брюшной полости. В результате на контрольных рентгенограммах на 9 сутки и на 12 сутки инородные тела зафиксированы в восходящем отделе ободочной кишки. Учитывая давность нахождения инородных тел в просвете кишечника и риск возникновения перфораций кишки, принято решение об оперативном лечении.

Лечение. Операция – лапароскопически-ассистированное удаление инородных тел восходящего отдела ободочной кишки (путём перемещения в червеобразный отросток), аппендэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7 сутки. Выздоровление.

Заключение. Лапароскопически-ассистированный способ удаления инородных тел начального отдела толстого кишечника (при отсутствии колоноскопического оборудования) в сочетании с минилапаротомным доступом путем интраоперационного перемещения инородных тел в червеобразный отросток и выполнение аппендэктомии является оптимальным, менее травматичным методом и позволяет избежать дополнительной травматизации (колотомии) кишечника.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ УДВОЕНИЯ КИШЕЧНИКА

Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Вайс А.В., Якунов А.Н., Крук Н.Н., Дегтярев П.Ю.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, г. Тула

Актуальность. Удвоение пищеварительного тракта – сравнительно редко встречающееся врожденное заболевание, однако возникающие острые процессы, связанные с наличием удвоения, требуют неотложной хирургической помощи у детей любого возраста, даже периода новорожденности.

Цель. Продемонстрировать клиническое наблюдение удвоения кишечника у ребенка на практике.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением в ноябре 2015 на базе детского хирургического отделения ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», находился пациент М., 15.02.2002 г.р., с клиническим диагнозом: удвоение тонкого кишечника, осложненное кишечным кровотечением.

Жалобы при поступлении: на кровотечение из анального отверстия, потерю сознания.

Из анамнеза известно, что около 1 часа назад после акта дефекации в стуле в значительном количестве отмечалась светлая кровь. Была кратковременная потеря сознания. Тошноты и рвоты не было.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Заторможен. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые розовые. Язык умеренно обложен белым налетом. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот не вздут, мягкий, бо-

лезненный в правой подвздошной области. Дефанса нет, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Обследования. В общем анализе крови: Hb 106 г/л, эр. 3,8 x 10¹²/л, цв. пок. 0,9, л. 11,3 x 10⁹/л, СОЭ 6 мм/ч, п. 10%, с. 69%, э. 2%, лимф. 17%, мон. 2%. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи – в пределах нормы. Осмотрен рег гестум – на высоте пальца патологических образований не пальпируется. Рентгенисследование грудной полости – в прямой проекции в легких без очаговых и инфильтративных теней. Рентгенисследование брюшной полости – газовый пузырь желудка в типичном месте. Выявляется пневматоз кишечника. Дополнительных теней и свободного газа не выявлено. Видимые костные структуры без особенностей.

Лечение. Операция – лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки с образованием и наложением анастомоза «конец в конец». Аппендэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 10 сутки. Выздоровление. Контрольные анализы и обследования без патологии.

Заключение. Таким образом, результаты лечения зависят от локализации и формы удвоения, сопутствующих пороков развития. Приведенное наблюдение относится к наиболее сложным, однако и в подобных случаях при правильной тактике лечебно-диагностических мероприятий можно добиться удовлетворительных результатов.

РЕЗУЛЬТАТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУЖЕНИЕМ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мохаммад Башир, Давлицаров М. А., Цыбин А. А., Вайс А. В., Якунов А. Н., Крук Н. Н., Дегтярев П. Ю.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина, г. Тула

Актуальность. Заболевания крайней плоти в целом и различные варианты ее сужения в частности, продолжают сохранять свою актуальность ввиду высокой распространенности их в мужской популяции. В отношении фимоза на сегодняшний день часто применима только одна тактика его разрешения – хирургическая.

Цель. Оценить эффективность комплексного применения консервативного лечения у детей с различными вариантами фимоза методом щадящего дозированного растяжения (расширения) отверстия крайней плоти.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением с диагнозом фимоз находилось 32 ребенка в возрасте от 5 до 12 лет. Всем пациентам проводилось консервативное лечение методом щадящего дозированного растяжения отверстия крайней плоти с помощью зажима типа москит, введенного в отверстие крайней плоти. Затем выполнялось растяжение (расширение) оболочек крайней плоти путем раскрытия браншей зажима в течение 7–10 минут до появления болевой реакции у ре-

бенка или его беспокойства. До проведения процедуры всем детям проводилось комплексное противовоспалительное лечение, направленное на ликвидацию явлений баланита и баланопостита. После окончания курса лечения всем пациентам (их родителям) рекомендовано домашнее выполнение процедур с целью стойкого результата.

Результат. Во время лечения и в последующем в процессе наблюдения в отдаленные сроки, явления рецидива фимоза отмечались у 2 пациентов, которым в дальнейшем потребовалось оперативное лечение. У остальных наблюдаемых пациентов установлено полное излечение.

Заключение. Таким образом, раннее выявление и своевременное комплексное консервативное лечение патологий крайней плоти у детей может значительно уменьшить риск рецидивов и привести к полному выздоровлению, тем самым улучшив качество жизни детей и их родителей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ЗАВОРОТА ЯИЧКА

Мохаммад Башир, Давлицаров М. А., Цыбин А. А., Вайс А. В., Якунов А. Н., Крук Н. Н., Дегтярев П. Ю.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина, г. Тула

Актуальность. Острые заболевания яичка у детей в целом, их различные варианты клинического течения, диагностика и лечение, остаются проблемой urgentной детской хирургии.

Цель. Описать клинический случай перекрута яичка у новорожденного на практике.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением на базе детского хирургического отделения ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина», находился пациент С., 21.12.2015 г. р., с клиническим диагнозом: острое заболевание яичка: перекрут левого яичка.

Жалобы при поступлении: на отек левой половины мошонки, увеличение левой половины мошонки, легкая гиперемия кожи мошонки без изменения складок.

Анамнез заболевания: 24.12.2015 утром ребенок стал беспокоиться во время туалета наружных половых органов, появилась гиперемия кожи мошонки слева, отек. В течение дня симптомы сохранялись. Ребенок направлен на консультацию к хирургу, госпитализирован в ДХО.

Соматический статус: в области мошонки справа – яичко фиксировано, небольшое количество водяночной жидкости, сообщающейся с брюшной полостью. Левая

половина мошонки умеренно отечна, кожа синюшного цвета, яичко плотной консистенции, пальпация вызывает беспокойство ребенка. Семенной канатик контурируется над кожей, болезненный при пальпации.

Обследования: УЗИ яичек (24.12.2015) – УЗ-признаки водянки оболочек правого яичка. УЗ-признаки перекрута левого яичка. Кальцинат придатка левого яичка.

Лечение: 1. Операция – ревизия мошонки слева, удаление левого яичка. Послеоперационный период без осложнений. 2. Анальгин и димедрол симптоматически. 3. Перевязки, повязки с йодопирином, обработка швов 1% раствором бриллиантового зеленого.

Гистологическое заключение: 1. Макропрепарат – яичко размером 2,0 x 1,5 x 1,5 см с гладкой поверхностью, с семенным канатиком длиной 2 см, диаметром 0,03 см. На разрезе ткань яичка плотно-эластичной консистенции, темно-красного цвета. 2. Микропрепарат – кусочек ткани яичка с признаками массивного кровоизлияния и некроза, который свидетельствует о давности (более 3-х суток) заболевания.

Заключение. Таким образом, данный случай свидетельствует о том, что острые заболевания яичка (перекрут) могут проявляться в любом возрасте, даже во внутриутробном периоде.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Белякова О.О., Смольников С.А., Марухно Н.И.

Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи; Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток

Малоинвазивные технологии находят все большее применение в лечении осложненных форм мочекаменной болезни (МКБ) у детей, как альтернатива травматической открытой операции.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность современных малоинвазивных методов лечения МКБ у детей.

За период с 2012 по апрель 2016 г в отделении детской хирургии были оперированы 25 детей с МКБ возрасте от 1 года 9 мес до 18 лет. Из них 14 мальчиков, 11 девочек. По локализации конкременты распределились следующим образом: камни почки – 19 случаев (справа 14, слева 5), из них 3 случая лигатурных конкрементов; камни мочеточников – 7 (справа 3, слева 4); камни мочевого пузыря – 1. Дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ) проводили на компактном модульном литотрипторе с электромагнитной генерацией ударных волн, используя рентгеновскую и ультразвуковую навигацию. Контактную литотрипсию (КЛТ) выполняли гольмиевым лазером с длиной волны 2,1 мкм, мощностью 20 Вт.

Выполнено 35 операций при МКБ. Проведено 25 сеансов ДУВЛ, из них у 4 детей проведено по 2 сеанса. Стентирование мочеточника потребовалось у 7 больных. 4 детям проведена литэкстракция конкремента устья мочеточника

без применения литотрипсии. КЛТ выполнена 4 пациентам. Открытые операции проведены у 2-х детей. У одного ребенка с коралловидным камнем, у второго с множественными конкрементами на фоне гидронефроза удвоенной почки. После ДУВЛ в раннем послеоперационном периоде у 2-х детей отмечали обострение пиелонефрита, что потребовало коррекции антибактериальной терапии, у 4-х почечную колику. В остальных случаях отхождение фрагментов конкремента проходило бессимптомно. Полное отхождение фрагмента конкремента в сроки от 2 суток до 2 месяцев зафиксировано у 22 детей, частичное – у 3-х. Лечение после операции было направлено на профилактику обструктивных осложнений и обострения пиелонефрита. Сроки удаления стента определяли индивидуально. Средний койко-день при использовании малоинвазивных технологий составил 7 дней. Во всех случаях был достигнут положительный результат.

Заключение. Использование дистанционной и контактной литотрипсии повышает эффективность лечения МКБ у детей, минимизирует риск развития осложнений, сокращает сроки госпитализации и реабилитации. Основными критериями в выборе метода литотрипсии при МКБ у детей являются тип, размер, локализация конкремента, а также наличие или отсутствие аномалии мочевыводящих путей.

СОЗДАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОГО ПОКРОВА В КОМБУСТИОЛОГИИ

Богданов С.Б., Афаунова О.Н., Бабичев Р.Г., Марченко Д.Н., Титаренко Е.А.

ГБУЗ «НИИ – ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского», г. Краснодар

Цель: оценить эффективность применения повязок из материала гидрофайбер с содержанием ионов серебра при раннем хирургическом и традиционном, этапном методе лечения ран у больных с дермальными ожогами.

В ожоговом центре применение повязок «AQUACEL Ag» (компания КОНВАТЕК) начато с 2005 года. Нашли свое место в применении «AQUACEL Ag», «AQUACEL BURN» и «AQUACEL перчатки».

В Краснодарском ожоговом центре до 95% больных с острой ожоговой травмой лечатся методом раннего хирургического лечения. Данный подход позволил существенно уменьшить время заживления ожогов по сравнению с этапным хирургическим лечением. Сроки эпителизации ран с использованием «AQUACEL Ag» и «AQUACEL BURN» оказались на 5–7 дней короче в сравнении с традиционными методами лечения. Наши наблюдения показали, что на рану после хирургической обработки достаточно однократного наложения повязки до полной эпителизации, в то время, как влажно-вы-

сыхающие повязки менялись с интервалом в 1–3 дня. При соприкосновении с раневой поверхностью повязка «AQUACEL Ag» и «AQUACEL BURN» создаёт влажную среду, которая способствует ускоренному заживлению раны. Во всех наблюдениях повязки легко моделировали рельеф раны. Антибактериальные свойства ионов серебра, содержащихся в повязке, способствуют подавлению раневой инфекции и предотвращают реинфицирование.

При выполнении раннего хирургического лечения (некрэкомии и дермабразии), на глубине с сохранением эпителиальных клеток (средние и нижние слои дермы), мы использовали повязку «AQUACEL Ag» и «AQUACEL BURN» без аутопластики, и получали полную эпителизацию раны через 7–9 после хирургического лечения с однократным наложением повязки. При дермальных ожогах на конечностях, мы в функциональных зонах (тылы кистей и стоп, проекции суставов) мы производили первичную аутопластику после раннего лечения; на остальных локализациях конечностей предпочтение

отдавали раневым покрытиям. На дермальные ожоги кисти используем «AQUACEL BURN» в виде перчатки, разных размеров в зависимости от возраста пациента.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что: – раннее хирургическое лечение глубоких дермальных ожогов в сочетании с местным применением повязок

«AQUACEL Ag» и «AQUACEL BURN» позволяет значительно ускорить темпы заживления пограничных термических поражений кожи; – использование повязки «AQUACEL Ag» и «AQUACEL BURN» после дермобразии и некрэктомии ускоряет эпителизацию, уменьшает боль у пострадавших, не требует частых перевязок.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Бондаренко Н.С., Каган А.В., Немилова Т.К., Котин А.Н.

Первый С.-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Цель работы: обоснование выбора метода лечения рецидивирующей инвагинации на основе ретроспективного и проспективного анализа особенностей клинической картины, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы. В ДГБ №1 г. Санкт-Петербурга с 2000 по 2015 г. находились на лечении 216 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, мальчиков – 146 (67%), девочек – 70 (33%). В возрасте до 1 года было 134 (62%) пациента, старше года 82 (38%), от 1 года до 2 лет – 60 пациентов (28%), старше 2 лет – 22 (10%). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 5 до 11 мес – 123 ребенка (57%). В сроки до 12 часов от начала заболевания поступили 108 детей (50%), от 12 до 24 часов – 55 (25,5%), от 25 до 48 часов – 45 (20,5%) и в сроки более 48 часов – 8 человек (4%). Консервативное лечение (пневмодезинвагинация) проведено у 168 детей, 48 пациентов были прооперированы. Рецидив кишечной инвагинации наблюдался в 12 (5,5%) случаях из 216 (у одного пациента рецидив инвагинации отмечался трижды),

у детей в возрасте от 4 мес до 6 лет, в 9 случаях после консервативной пневмодезинвагинации и в 3 после оперативной. Временной интервал между первым и повторным эпизодами инвагинации составил от 3 дней до 2 лет.

Результаты. Из 12 пациентов с рецидивирующей инвагинацией троим была проведена повторная успешная консервативная пневмодезинвагинация. В 9 случаях выполнена оперативная дезинвагинация. Из 9 детей 4 ребенка были после консервативного лечения при первом эпизоде инвагинации и трое детей после оперативного лечения (дезинвагинации) при первом эпизоде инвагинации, (одному пациенту с неоднократными рецидивами оперативное лечение выполнялось три раза). Анатомических причин не выявлено. Таким образом, ни у одного ребенка рецидив инвагинации не был вызван анатомической причиной.

Выводы. Анатомические причины инвагинации, в том числе и ее рецидива встречаются крайне редко и в основном у детей старшего возраста. При рецидиве инвагинации допустимо предпринимать попытку консервативной дезинвагинации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Бородулин А.Н., Пчеловодова Т.Б., Шаимова Д.В., Поверин Г.В., Егорова О.О.

БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

Цель: Дать сравнительную характеристику методов оперативного лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей.

Материалы и методы: С 2011 по 2015 гг. в РДКБ Ижевска на лечении находились 22 ребёнка с БГ в возрасте от рождения до 7 лет с впервые диагностированным заболеванием. Больным проводили комплексное обследование и лечение. Из них мальчиков было 14, девочек – 8. Диагноз БГ подтверждён всем детям гистологически. Ректосигмоидная форма БГ выявлена у 20 детей, субтотальная – 1, тотальная – 1. Больные разделены на 2 группы. В первой группе 6 детей, которым в периоде новорожденности выполнили трансанальное низведение толстой кишки. Во второй – 16 пациентов, от 5 месяцев до 7 лет. Им выполнены операция Джорджсона – 13 детям, Соаве – 1, Дюамеля – 2.

Хороший послеоперационный результат нами отмечен у пациентов, оперированных одноэтапно в периоде новорожденности, у них отсутствовали жалобы, отме-

чался отличный косметический и функциональный результаты. Все дети в послеоперационном периоде поступали однократно на контроль.

Во 2 группе – у 3х пациентов жалоб не было, каломазание у 5, рубцовый стеноз 1–2 степени сформировался у 3, СББ у 5 детей. Количество повторных госпитализаций составило от 1 до 4. Всем детям было проведено обследование (RRS, ирригография), лечение (массаж, ЛФК, физиолечение, бужирование ануса с контрастубексом). Лапароскопический адгезиолизис по поводу СББ 3–4 ст. произведен 2 пациентам.

Таким образом, при сравнении методов оперативного лечения выявлено, что выполненное в периоде новорожденности трансанальное низведение толстой кишки при БГ является малотравматичной операцией, с хорошим косметическим и функциональным результатами, экономически выгодной за счёт уменьшения количества госпитализаций.

СОСТОЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ГЕАНГИОМАМИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ

Боцман А. В., Бекезин В. В., Тарасов А. А., Пересецкая О. В.

ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

Цель: изучить состояние оксидативного статуса у детей первого года жизни с истинными гемангиомами наружных покровов, в зависимости от их гистологического строения.

Материалы и методы. В группу исследования включены 28 детей первого года жизни с истинными гемангиомами наружных покровов, которым проводилось иссечение образований с последующим гистологическим исследованием. У 18 детей гемангиомы имели капиллярное строение (1-я группа), у 10 детей (2-я группа) – кавернозное или комбинированное строение. Исследование процессов свободно-радикального окисления и антиоксидантной активности сыворотки венозной крови у детей с истинными гемангиомами проводили методом индуцированной хемилюминесценции (ИХЛ) на отечественном биохемилюминометре (БЛМ 3606 М-01) до их хирургического иссечения. 1-я и 2-я группы были однородными по полу и возрасту.

Результаты. У детей с капиллярными гемангиомами показатель, характеризующий интенсивность процессов

свободнорадикального окисления (H_{max}) был на 22% ниже ($M \pm SD = 1571.7 \pm 352.9$ усл. ед.), чем у детей 2-й группы (1916.1 ± 263.5 усл. ед., $p < 0.05$). При этом антиоксидантная активность сыворотки крови у детей 1-й группы была в 2,21 раза выше ($p = 0.0001$), чем у детей с кавернозными и комбинированными гемангиомами, о чем свидетельствовал более низкий показатель общей светосуммы ИХЛ ($S_{общ.}$) у детей 1-й группы (1-я группа: 22930.1 ± 8513.3 усл. ед.; 2-я группа: 50800.2 ± 18006.23 усл. ед.). Таким образом, выявленные изменения оксидативного статуса указывали на окислительный стресс у детей с кавернозными и комбинированными гемангиомами.

Выводы. Дети с истинными кавернозными и комбинированными гемангиомами, характеризующимися более сложным гистологическим строением по сравнению с капиллярными, нуждаются, очевидно, при подготовке к их хирургической коррекции в метаболической антиоксидантной терапии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В КОМБУСТИОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Будкевич Л. И., Астамирова Т. С., Мирзоян Г. В., Сошкина В. В.

ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» Москва, Россия

Цель. Оценить результаты использования повязок на основе технологии «Hydrofiber».

Материалы и методы. С конца 90-х годов XX столетия в клинической практике начали применяться повязки «Aquacel»®. Более 5 тысяч детей с ранами различной этиологии пролечены в ожоговом центре ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского с использованием раневых покрытий на основе технологии «Hydrofiber». 15% пациентов с механической травмой (скальпированные, размозженные, укушенные раны). 85% пострадавших – с ожогами различной глубины.

В ходе работы были обоснованы показания к применению «Aquacel»®, «Aquacel Ag»®, «Aquacel Extra»®, «Aquacel Burn»®, «Aquacel Ag Glove»®.

Результаты. При анализе результатов использования медицинских средств выявлено, что данные лекарственные препараты для наружного применения имеют не-

одинаковую эффективность в зависимости от глубины и площади поражения мягких тканей, фазы раневого процесса, степени выраженности обсемененности микроорганизмами раневой поверхности.

Выводы.

1. Эффективность перевязочных средств основе технологии «Hydrofiber» была доказана клиническими и лабораторными исследованиями.

2. При отсутствии признаков инфицирования раны возможно применение повязок данной серии без серебра. В случае наличия инфицирования показано использование серебросодержащих перевязочных средств.

3. Рациональное использование раневых покрытий с учётом глубины, площади и бактериальной обсемененности ран способствует быстрому восстановлению целостности кожных покровов с хорошими косметическими и функциональными результатами.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОТРАВМАТИЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У ДЕТЕЙ С АРТРОГРИПОЗОМ

Вавилов М. А., Бландинский В. Ф., Громов И. В., Баушев М. А.

ГБОУ ВПО «ЯГМУ Минздрава России», кафедра детской хирургии; ГБУЗ ЯО «ОДКБ» г. Ярославль

Цель исследования. Показать эффективность современных методов I. Ponseti и M. Dobbs при коррекции

деформаций стоп в комплексном лечении детей с артрогрипозом.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2013 годы в нашей клинике находились на лечении 724 пациента с врожденными деформациями стоп. В их числе 29 (4,0%) детей имели синдром артрогрипоза. В этой группе у 26 детей была косолапость (40 стоп), а у 3 – вертикальный таран (6 стоп). В течение указанного периода мы освоили и внедрили в нашей клинике метод I. Ponseti в практику лечения детей с врожденной косолапостью и его модификацию M. Dobbs – при вертикальном таране. В период с 2003 по 2007 год в нашей клинике лечение детей с артрогрипотической косолапостью осуществлялось традиционным консервативным методом В.Я. Виленского (15 детей – 19 стоп), а попытки исправить консервативно вертикальный таран проводились против деформации без учета биомеханики периталлярных движений. С 2008 года и по настоящее время мы используем методы I. Ponseti и M. Dobbs (14 детей – 27 стоп).

Результаты. Консервативное лечение всех 14 детей с артрогрипотической косолапостью (17 стоп) по В.Я. Виленскому оказалось неэффективным. И всем этим больным в возрасте 7–13 месяцев было рекомендовано хирургическое лечение. Метод I. Ponseti был успешным у 12 детей с артрогрипотической косолапостью (23 стопы). У 2 детей (3 стопы) коррекция была недо-

статочная, оба ребёнка были оперированы (выполнены плантарный и задний релиз). Трём детям грудного возраста с двусторонним артрогрипотическим вертикальным тараном была проведена консервативная коррекция против деформации стопы (2 стопы) и методом M. Dobbs (4 стопы). Мы не получили эффекта от применения традиционного метода у одного ребёнка (2 стопы). Ему в младенческом возрасте было выполнено открытое вправление таранной кости по S.J. Kumar, K.R. Cowell, D.L. Ramsey. У 2 детей (4 стопы) метод M. Dobbs позволил вывести стопы до среднего положения.

Заключение. Артрогрипотические деформации стоп у детей являются редкими и составляют не более 4% в структуре врожденных эквиноварусных и плановальгусных деформаций. Они отличаются особой тяжестью, выраженной ригидностью и толерантностью к традиционным методам консервативного лечения. По нашим данным, метод В.Я. Виленского при косолапости и традиционное гипсование при вертикальном таране с синдромом артрогрипоза практически не эффективны и не позволяют избежать оперативного лечения в возрасте до 1 года. Методы Ponseti и Dobbs позволяют у части больных с артрогрипотическими деформациями стоп отодвинуть большие оперативные вмешательства или вовсе их избежать.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТРОДЕЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 11 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ СТОП

Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А., Платонов С.М.

ГБОУ ВПО «ЯГМА» Минздрава России, кафедра детской хирургии; ГБУЗ ЯО «ОДКБ» г. Ярославль; ГАУЗ ЯО КБСМП им. Н.В. Соловьева, Ярославль

Цель исследования. Провести анализ клинических наблюдений за детьми в возрасте старше 11 лет и продемонстрировать эффективность артродезирующих операций у детей в подростковом возрасте с тяжелыми рецидивными деформациями стоп.

Материалы и методы. В клинике с 2003 по 2014 годы года пролечено 38 детей (мальчиков 16, девочек 22) с деформациями, 47 стоп различной этиологии. Возраст пациентов был от 10 до 18 лет (в среднем, 13,7 лет). Из общего числа наших клинических наблюдений 19 пациентов (47%) имели рецидивы врожденной косолапости, изначально лечившиеся в нашей клинике и обратившиеся из других регионов. Из них два пациента с артрогрипозом (4 стопы). Группу больных с нейrogenными эквиноварусными деформациями составили 18 подростков (26 стоп). Детский церебральный паралич как причина деформаций был представлен у 7 пациентов (8 стоп), фиксированный спинной мозг – у 5 пациентов (8 стоп), прогрессирующая нейромышечная дистрофия Шарко-Мари-Тута – у 4 подростков (7 стоп), а последствие тяжелой черепно-мозговой травмы – у 2 пациентов (3 стопы). Два клинических наблюдения за пациентами с тарзальными коалициями (2 стопы). Большинство артродезирующих операций составили трехсуставные

артродезы (34 стопы – 72,3%). Так же были выполнены артродез сустава Лисфранка (4 стопы – 8,5%), подтаранный артродез (3 стопы – 6,4%), четырехсуставной артродез (2 стопы – 4,2%), артродез голеностопного сустава (3 стопы – 6,4%), серповидный артродез (1 стопа – 2,1%).

Выводы. Анализ анамнестических данных у наблюдавшихся нами пациентов с врожденной косолапостью и оценка эффективности лечения деформаций стоп, предшествующего артродезам, показывает, что главным направлением в улучшении ортопедической помощи этим детям является раннее максимально щадящее и максимально эффективное консервативное лечение. В этом плане подход Ponseti и Dobbs на наш взгляд, являются методом выбора. Внедрение их в практику нашей клиники привело к резкому сокращению количества локальных и расширенных релизов. Видимо со временем сократиться необходимость использования и больших артродезирующих операций. Но на данный момент артродезирующие операции у подростков являются надежным вариантом оперативной коррекции деформаций стоп в тяжелых и запущенных случаях. Они позволили одноэтапно исправить деформацию стоп в 97,4% наших наблюдений за детьми старшего и подросткового возраста и могут быть методом выбора в тяжелых рецидивных деформациях стоп различных этиологий.

МЕТОД ПОНСЕТИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А.

ГБУЗ ЯО «ОДКБ»; ГБОУ ВПО «ЯГМУ» Минздрава России

Цель исследования. Продемонстрировать возможные осложнения при использовании метода Понсети у детей в различных возрастных группах и показать пути их решения.

Материалы и методы. В нашей клинике с 2006 по 2014 год пролечено 665 пациентов с косолапостью (940 стоп) по методу Понсети. Из них осложнения были встречены у 46 (6.9%) пациентов (69 стоп). При этом большая часть пациентов данной группы 29 пациента из 46 (63.0%) начинали лечиться в других клиниках страны с использованием техники Понсети, и наша клиника являлась вторым или третьим медицинским учреждением оказывающим помощь детям с врожденной косолапостью. Нам удалось консервативно ликвидировать встреченные осложнения у 37 пациентов (47 стоп), у 9 пациентов (13 стоп) мы оттянули большую операцию до окончания интенсивного роста стопы и голени, т.е. до 5 лет, что по данным литературы ведет к более стабильному результату операции.

Большая часть осложнений 40.5% во время гипсования была вызвана проблемами несоответствия гипсовой повязки и конечности. Мы встречали мацерацию и потертости кожи в местах давления гипса, которые в случае инфицирования не давали возможность продолжать гипсование. Ригидный кавус как следствие соскальзывания гипса может встречаться при типичном гипсовании атипичных косолапых стоп 14 стоп (20.3%).

При быстром отведении переднего отдела и слабом сопротивлении, оказываемом на головку таранной кости, возникает наружная торсия костей голени 11 стоп 15.9%. Гиперкоррекция переднего отдела стопы также возникла у пациентов в случае неправильной оценки формы стопы и применения типичной коррекции для атипичной стопы. Мы видели гиперабдукцию на уровне сустава Лисфранка (10 стоп-14.5%). При пересадке сухожилия ПББМ фиксация с трансоссальным швом на коже осуществляется со стороны подошвы через пуговицу. В нашей клинике было получено 2 пролежня (4.4%) диаметром 1.0 см глубиной до подкожно-жировой клетчатки. Они зажили вторично и не потребовали хирургического вмешательства. Переломы голени встретились в двух случаях (2.9%). В одном случае (1.5%) после пересадки сухожилия ПББМ на 3 клиновидную кость через 5 месяцев после операции выявлена несостоятельность реинсерции. Пациент оперирован повторно и реинсерция сухожилия ПББМ дополнена задним и медиальным релизом стопы с хорошим исходом.

Выводы. Метод Понсети несмотря на кажущуюся простоту требует четкого соблюдения протокола лечения при отходе от которого мы видим указанные осложнения. Но учитывая неагрессивную тактику коррекции стоп по Понсети, возникающие осложнения являются легко курабельными, а соблюдения правил коррекции минимизирует возможность их возникновения.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ЛЕЧЕНИЯ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНЫХ ШКАЛ

Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В.

ГБОУ ВПО «ЯГМУ» Минздрава России; ГБУЗ ЯО «ОДКБ» г. Ярославль

Цель. Сравнить отдаленные результаты хирургического и консервативного лечения врожденной и приобретенной косолапости у детей.

Материалы и методы. За период 1993 по 2014 гг. проведен анализ 659 клинических наблюдений за детьми в возрасте от 1 недели до 18 лет, которым было выполнено 1367 операций по поводу эквино-экскавато-варусных деформаций. Вся работа разделена на три периода: с 1993 г. по 1999 г. дети гипсовались по методике В.Я. Виленского и в случае неуспеха гипсовой коррекции им проводилось оперативное лечение по технике Т.С. Зацепина. Повторная операция по поводу рецидива деформации проводилась с применением аппарата Илизарова, после 10 лет выполнялись артрорезирующие операции. Начиная с 1999 г. послеоперационные рецидивы оперируются с применением техники плантарно-медиального

и заднего релиза. Гипсовая дооперационная коррекция остается прежней и количество больших операций не сокращается. Появляются послеоперационные гиперкоррекции, связанные с особенностями послеоперационного гипсования и объемом релизов. С 2006 года мы начали активно использовать метод И. Понсети для коррекции косолапости и количество этих детей росло с каждым годом на фоне значительного сокращения количества травматических операций (релизов и артрорезов).

Результаты. Всем детям была проведена оценка результатов лечения по международным шкалам Midfoot Scale AO, Hindfoot Scale AO, и Laaveg-Ponseti. При отдаленном наблюдении (в среднем в 6,2 лет) после традиционного лечения по Т.С. Зацепину: Midfoot Scale AO – 47,0 баллов, Hindfoot Scale AO – 53,5 баллов и Laaveg-Ponseti – 42,5 баллов; после мягкотканых релизов: Midfoot Scale

АО – 65,4 баллов, Hindfoot Scale АО – 64,2 баллов и Laaveg-Ponseti – 69,6 баллов; после артрорезирующих операций: Midfoot Scale АО – 51 балл, Hindfoot Scale АО – 50 баллов, и Laaveg-Ponseti – 22 балла; после лечения по методу Понсети: Midfoot Scale АО – 82,93 балла, Hindfoot Scale АО – 85,5 баллов, и Laaveg-Ponseti – 88,4 балла.

Вывод. Метод Понсети на данный момент, по использованным нами международным шкалам АО и Laaveg-Ponseti, свидетельствует о преимуществах данной техники лечения как в ближайшем, так и в отдаленном сроке наблюдения, и его следует использовать как базовый для лечения врожденной косолапости.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Валиулов И. М., Кулинич Р. А., Евсеенкова Т. Г.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера; Краевая детская клиническая больница, г. Пермь.

Цель: оценить результаты малоинвазивной методики лапароскопических операций при патологическом ГЭР у детей.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2015 года в клинике детской хирургии было оперировано 15 детей с патологическим ГЭР. Средний возраст детей составил 8,2 лет (от 7 мес. до 16 лет). Соотношение пола: мальчиков – 8 (53%), девочек – 7 (47%). Клиническими проявлениями ГЭР были симптомы нарушения питания (12), поражения пищевода (3). Методами диагностики служили рентгенологическое и эндоскопическое исследование. В 5 случаях у детей выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (у 3 – параэзофагеальная). У 3 пациентов наблюдали выраженный эрозивно-язвенным эзофагит, пептический стеноз пищевода. У 7 детей раннего возраста превалировали симптомы срыгивания, рвоты, дефицита массы тела, консервативная терапия была не эффективной.

Результаты. Всего выполнено 15 лапароскопических фундопликаций по Ниссену. Длительность операции составила от 90 до 240 мин. Интраоперационных осложнений не было. Имелось одно послеоперационное осложнение у мальчика 2-х лет – перегиб желудка, гиперфиксация манжеты, оперированного с диагнозом ГПОД, пептический стеноз пищевода. Было выполнено лапароскопическое разделение спаек, снятие 2-го ряда швов с манжеты, исход – выздоровление. Ещё у двоих детей в раннем послеоперационном периоде отмечались симптомы дисфагии, причиной которой была пептическая стриктура, после выполнения бужирования и баллонной дилатации пищевода симптомы дисфагии не повторялись.

Таким образом, лапароскопические антирефлюксные операции являются надёжным методом лечения детей у всех возрастных групп с патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом в сочетании с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ СО СТЕНОЗАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Валиулов И. М., Антонов Д. В.

Краевая детская клиническая больница, г. Пермь

Цель: оценка эффективности эндоскопической БД пищевода у детей со стенозами пищевода различной этиологии.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии за период с 2006 по 2015 гг. эндоскопическая БД пищевода была применена при лечении 132 ребенка. Все больные были разделены на 3 группы: 1) послеожоговые стенозы пищевода (n=54); 2) пептические стенозы пищевода вследствие гастроэзофагеального рефлюкса (n=9); 3) стенозы анастомозов после наложения эзофагоэзофагоанастомоза по поводу атрезии пищевода (n=59), гастроэзофагопластики (n=6) или колоэзофагопластики (n=4). В диагностике использовали фиброэзофагоскопию, по показаниям рентгенконтрастное исследование пищевода и желудка. После установления эндоскопа над областью сужения пищевода по струне-проводнику вводили баллонный катетер различного диаметра, который устанавливали в зоне стеноза пищевода или пище-

водного анастомоза и проводили гидродилатацию стенозированного участка.

Результаты: Всего 132 больным была выполнена 1350 лечебная процедура и проведено 552 повторных курса БД. В 1 группе одному больному в среднем было выполнено 15,7 сеансов дилатаций и потребовалось 5,7 поддерживающих курса. Во 2 группе число дилатаций было 5,4 и потребовалось в среднем 2,7 поддерживающих курса. В этой группе БД выполняли как до, так и после проведения антирефлюксной операции. В 3 группе среднее количество процедур равнялось 9,6 а количество курсов поддерживающего лечения в среднем 3,7. Проведение этапной БД на протяжении 15–18 месяцев оказалось неэффективным у 4 детей с послеожоговыми стенозами пищевода, что потребовало выполнения эзофагопластики.

Таким образом, эндоскопическая БД пищевода у детей может быть выполнена в разных возрастных

группах с низким процентом осложнений. БД является эффективным методом лечения послеожоговых и пептических стенозов пищевода, а также стенозов пище-

водных анастомозов. Наиболее эффективна ЭБД у детей с пептическими и послеоперационными стенозами пищевода.\

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Великанов А. В., Михайлова О. Е., Чукреев В. И., Макаров П. А., Чукреев А. В., Виниченко М. М., Рокина Л. В., Копырин Д. А.

Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Цель работы – определить показания к госпитализации в хирургическое отделение при наличии инородного тела желудочно-кишечного тракта (ИТ ЖКТ) и выбрать оптимальную и максимально экономически выгодную тактику, направленную на скорейшее выздоровление ребенка.

Материалы и методы. В приёмно-диагностическое отделение за период с 2009 по 2015 год обратилось 2494 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с подозрением на наличие ИТ ЖКТ, и у 85% пациентов какие-либо жалобы отсутствовали. При рентгеноскопии (рентгенографии) ИТ ЖКТ обнаружено у 1360 детей (54,5%), не-контрастное инородное тело находилось в желудочно-кишечном тракте у 621 ребенка (24,8%), у остальных детей факт наличия инородного тела имел предположительный либо сомнительный характер. Распределение пациентов с ИТ ЖКТ по возрасту следующее: до 1 года – 11%, от 1 до 3 лет – 61%, от 3 до 7 лет – 19%, от 7 до 15 лет – 9% детей. ФГДС выполнялась непосредственно после поступления или на следующее утро после контрольной рентгенографии. Проведено 158 ФГДС, из них 115 лечебных, при 43 исследованиях ИТ в желудке или двенадцатиперстной кишке не обнаружено.

Результаты и обсуждение. Из 2463 детей, обратившихся в приёмный покой клиники с ИТ ЖКТ, госпита-

лизировано 214 (8,7%). Среди них мальчиков 136 (63%). В 83% случаев имело место случайное заглатывание инородных тел. Инородное тело пищевода обнаружено у 31 ребёнка. У 117 (55%) больных инородные тела отошли естественным путём, преимущественно в первые трое суток после госпитализации. Оперировано 11 детей: множественные магнитные ИТ ЖКТ (8), пластиковое обоюдоострое инородное тело перфорировало стенку кишечника (1), гидрофильное силиконовое инородное тело, вызвавшее обтурационную непроходимость тонкой кишки (1), видеокапсула (1). У 5 детей инородное тело извлечено из прямой кишки. В последние два года эндоскопическое извлечение длительно стоящих инородных тел в желудке выполнялось без анестезиологического пособия и без госпитализации. Все манипуляции прошли без осложнений, дети отпущены домой из приемного покоя сразу после ФГДС. Применение данной тактики позволило снизить количество госпитализаций в отделение в три раза.

Таким образом, основным методом лечения детей с ИТ ЖКТ является консервативный. При длительном нахождении контрастного инородного тела в желудке, подтвержденного рентгенологически, оптимальная лечебная тактика заключалась в проведении ФГДС в амбулаторных условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ

Веселый С. В., Климанский Р. П.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина

Цель. Оценить влияние внутриутробной персистирующей инфекции на развитие послеоперационных осложнений у новорожденных с врожденными пороками развития кишечной трубки.

Результаты. Под нашим наблюдением находились 87 детей, перенесших оперативное лечение по поводу различных врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Возраст пациентов варьировал от одних суток до 3 месяцев. Пациентов мужского пола было 63 (73,4%), женского пола – 23 (26,6%). Результаты иммуноферментного анализа сыворотки крови показали, что у 43 пациентов (49,4%) с врожденными пороками

развития дигестивной системы были выявлены специфические IgG к персистирующей внутриклеточной инфекции. При этом 28 пациентов (32,2%) с врожденными пороками развития ЖКТ имели специфические IgG к одному возбудителю и 15 обследованных (17,2%) – к двум и более возбудителям. Среди обследованного контингента больных активная стадия инфекции, обусловленная персистирующими внутриклеточными возбудителями, выявлена у 21 пациента (24,1%). При этом репликативная стадия микст-инфекции была выявлена только у 4 пациентов (4,6%). Среди наблюдавшихся нами 87 детей осложненное течение послеоперационного перио-

да имело место у 31 ребенка (35,6%). Из них 26 детей (83,9%) были инфицированы персистирующими внутриклеточными возбудителями. У 7 пациентов (8,1%) в раннем послеоперационном периоде возникли осложнения, не связанные с пиогенным процессом (анемия, синдром нарушенного всасывания, стеноз анастомоза и др.). У 24 пациентов (27,6%) с врожденными пороками ЖКТ в раннем послеоперационном периоде были констатированы гнойно-воспалительные осложнения. Все пациенты в этой группе были инфицированы персистирующими внутриклеточными возбудителями. Из них у 17 больных (70,8%) послеоперационный период был осложнен развитием двусторонней пневмонии, что было

достоверно чаще по сравнению с другими гнойно-воспалительными осложнениями. Так, послеоперационный перитонит диагностировали у 4 детей (16,7%) и гнойно-воспалительные осложнения послеоперационной раны – у 3 детей (12,5%).

Выводы. Осложненное течение послеоперационного периода в 83,9% случаев наблюдалось у детей, которые были инфицированы персистирующими внутриклеточными возбудителями. Таким образом, внутриутробная персистирующая инфекция имеет выраженное негативное влияние на течение послеоперационного периода у новорожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО МЕЗАДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Веселый С. В., Юдин О. И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина

Цель. С помощью системы прогнозирования определить эффективность консервативного лечения или обосновать тактику оперативного лечения до развития осложнений у детей с острым неспецифическим мезаденитом.

Результаты. Разработана система объективной оценки диагностики острого неспецифического мезаденита (ОНМ) у детей, как способа дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, а также другими острыми процессами живота, требующими оперативного вмешательства. Клиническим материалом для исследования служили наблюдения за 210 больными в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, которые были госпитализированы по поводу ОНМ, либо подозрения на острый аппендицит или острую гинекологическую патологию. Динамика течения ОНМ изучалась методом выборочного отбора. На основании математического анализа непосредственных результатов лечения были выявлены прогностически важные признаки (факторы риска), которые неблагоприятно влияют на исход заболевания. Их значимость была выражена в баллах. Ведущими факторами в прогнозировании осложненного течения и исхода лечения ОНМ у детей явились продолжительность клинических проявлений заболевания; общее состояние;

вегетативные нарушения; характер и объем первичной патологической и ятрогенной альтерации и ранних осложнений; динамика биохимических индукторов стресса, некоторых иммунологических и морфологических показателей. Также к прогностически значимым факторам относятся наличие эксплоративного хирургического вмешательства и степень его инвазивности. Тяжесть состояния пациента определялась суммой набранных им баллов. Разработан этапный эпикриз с использованием градаций 38 прогностически важных признаков, выраженных в баллах, по сумме которых определяли тяжесть состояния пациента при поступлении в клинику, а в дальнейшем – дважды в сутки его пребывания в стационаре. Установлено, что при сумме баллов до 45 (I степень риска) вероятность неблагоприятного исхода заболевания составляет 6,5%, от 45,1 до 97 баллов (II степень риска) – 11,3%, 97,1–128 баллов (III степень риска) – 36,4%, более 128 баллов (IV степень риска) – 92,6%.

Выводы. Разработанная система количественной оценки клинического течения и исхода острого неспецифического мезаденита у детей позволяет объективно оценить состояние больных и прогнозировать исход заболевания.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Вечеркин В. А., Климов А. В., Птицын В. А., Гурвич Л. С., Павлова А. С., Щукина А. А.

Кафедра детской хирургии ВГМУ им Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии ВГМА имени Н. Н. Бурденко с 2010 по 2015 гг. находилось на лечении 433 детей с инородными телами ЖКТ в возрасте от 10 мес. до 14 лет. Среди них мальчиков и девочек поровну. Локализация инородных тел: пищевод – 45%, в том числе в в/3–29%, в с/3–9%, в н/3–8%; желудок – 27%, тонкая

кишка – 3%, толстая кишка – 3%. В 5% случаев отмечено длительное стояние инородных тел в верхней трети пищевода. Среди инородных тел желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев были монеты, батарейки, булавки, иглы, магниты, косточки от фруктов, депульпатор стоматологический, мелкие игрушки, камни (мелкая галька)

В клинической картине для детей с инородными телами ЖКТ превалировали дисфагические симптомы, рвота, боли в животе, отказ от еды.

Для диагностики инородных тел использовали объективные методы, лучевые, инструментальные. Для удаления инородных тел ЖКТ использовали фиброгастро-дуоденоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию.

Результаты. Все дети с инородными телами ЖКТ были госпитализированы в хирургический стационар по скорой помощи.

При эндоскопическом удалении инородных тел выявлены изменения слизистой пищевода и желудка в виде электрохимического ожога, образования пролежней, травматического повреждения слизистой. Оператив-

ное лечение выполнено в 8 случаях. Лапаротомии (лапароскопии) были выполнены при перфорации тонкого и толстого кишечника с развитием перитонита (6 детей), обтурации просвета подвздошной кишки с развитием кишечной непроходимости (2 случая). При эндоскопическом лечении и удалении инородных тел осложнений не отмечалось. Летальных исходов не было.

Выводы. 1. При инородных телах желудочно-кишечного тракта эндоскопические удаления необходимо производить только в порядке скорой помощи в специализированном учреждении под общим обезболиванием.

2. При наличии осложнений со стороны слизистых ЖКТ необходимо динамическое эндоскопическое наблюдение и лечение в детском хирургическом стационаре.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Винокурова Н.В., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Кошурников О.Ю., Наумова О.А.

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

На современном этапе развития детской хирургии основными принципами является радикальность, снижение оперативной агрессии и хороший косметический эффект. Такой подход касается и таких тяжелых пороков развития толстого кишечника, как болезнь Гиршпрунга (БГ). Внедрение миниинвазивных технологий в лечении данной аномалии произошло в 1990-х годах, когда американский хирург К. Джорджсон предложил лапароскопически модифицированную операцию на основе методики Свесона и Соаве, которая в последующем нашла широкое распространение во всем мире.

Цель исследования – изучить результаты внедрения в хирургию болезни Гиршпрунга лапароскопических вмешательств Джорджсона и трансанальных резекций аганглиоза толстой кишки.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии УГМУ малоинвазивные технологии в лечении ректосигмоидной формы болезни Гиршпрунга стали применяться с 2013 года. За это время оперировано 26 детей в возрасте от 1 месяца до 8 лет, при этом ранний возраст составил 64,7% случаев. Преобладали мальчики – 84,6% – 22 ребенка. Всем детям проведено комплексное клинко-инструментальное обследование, диагноз установлен на основе клинической картине и данных ирриграфии.

Результаты и обсуждение. Новорожденным детям в связи с отсутствием выраженного супрастенотического расширения толстой кишки наложение превентивной колостомы не проводилось. Колостомия на восходящий отдел толстой кишки выполнена 15 (57,7%) пациентам в возрасте от 11 месяцев до 8 лет. В нашей клинике внедрены две современные методики оперативного лечения БГ: лапароскопическая мобилизация толстой кишки с последующим ее низведением и проведением трансанальной демукозации прямой кишки – 20 детей (76,9%); при второй методике проводили трансанальное низведение толстой кишки без лапароскопического этапа – 6 (23,1%) детей. В данную группу вошли только новорожденные дети и дети первых месяцев жизни, без предварительной колостомии. Послеоперационный период протекал без особенностей. У 1 ребенка с трансанальной резекцией и низведением толстой кишки выявлен стеноз в области анастомоза с нарушением пассажа толстокишечного химуса, проводится бужирование. Таким образом, преимуществом данных методик является раннее восстановление функции кишечника, более быстрая активизация ребенка в послеоперационном периоде, хороший косметический эффект. Операции без превентивной колостомы показаны для детей раннего возраста до развития выраженного супрастенотического расширения кишки и дисбиоза кишечника

ЛИПОФИЛИНГ – АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ – НЕОБХОДИМЫЙ ЭТАП В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Струкова О.О.

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва

На базе ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» проводится уникальная работа по внедрению липофилинга в реконструктивную хирургию челюстно-лицевой области у детей. Практически каждый четвертый пациент с челюстно-лицевой

травмой – ребенок, а у 4,5% больных эти повреждения сочетаются с ранами или ушибами мягких тканей. По-

мимо высокой травматичности у детей, в остальных случаях, дефицит объема тканей явился результатом предыдущего комплексного лечения по поводу новообразований челюстно-лицевой области, а также, развился на фоне врожденной патологии различного генеза.

Цель исследования – применение липофилинга для реабилитации пациентов детского возраста с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материал и методы обследования. Основу работы составили 26 пациентов в возрасте от 2 до 16 лет, находившихся на лечении в ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава РФ в период с 2013г по 2016 г. С целью анализа результатов проведенного лечения, достигнутых изменений объемных соотношений в области дефекта, качественного преобразования рубцовых тканей, проводилось комплексное обследование: компьютерная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей, УЗИ-сканирование кожи, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). Использование вышеперечисленных методов позволяют изучить жировую ткань в области введения: оценить однородность, плотность, увеличение и сохранение объема, изменение кровотока в области липофилинга.

Результаты исследований. По результатам инструментальных исследований, выраженный отёк тканей сохранялся в течение 2 месяцев после липофилинга, максимальная адаптация происходила в течение 4 месяцев. Лечение происходило в несколько этапов. После первого этапа липофилинга, отмечалось качественные преобразования рубцовой ткани на уровне кожи, которые были изучены с помощью методов ультразвукового сканирования кожи и лазерной доплеровской флоуметрии. Данные инструментальных исследований позволили разработать и научно обосновать определённый алгоритм ведения пациентов (последовательность, кратность повторных процедур и т.д.).

Заключение. Наиболее неблагоприятные результаты коррекции вследствие высокой резорбции пересаженного жира наблюдались у пациентов с системной склеродермией. Ввиду прогрессирующей атрофии тканей, липофилинг введен в комплексное лечение пациентов с парезами и параличами мимической мускулатуры.

Внесение процедуры аутотрансплантации жировой ткани в алгоритм хирургического лечения позволяет оптимизировать результаты лечения у детей с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Володько Е. А., Годлевский Д. Н., Аникиев А. В., Мираков К. К., Окулов А. Б.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Рост числа пациентов с различными вариантами формирования пола (НФП) и гипоспадии обуславливает увеличение количества методов оперативных вмешательств. Это может сопровождаться высоким процентом неудовлетворительных косметических, функциональных и адаптационных результатов лечения, которые проявляются зачастую не сразу, а по достижению пациентами репродуктивного возраста и социальной адаптации. Для комплексной оценки результатов лечения гипоспадии у этой группы больных проведено катamnестическое исследование 88 больных в возрасте от пяти до 40 лет в режиме реального масштаба времени. Сроки катamnеза составили от шести месяцев до 29 лет. Наибольшую группу составили пациенты с НФП 46ХУ (5-а-2-редуктазная недостаточность, n=36), НФП 45Х/46ХУ (смешанная дизгенезия яичек, n=33). Для проведения объективной и информативной оценки результатов операций у этих пациентов их разделили на три группы. Первую группу составили пациенты от пяти до 12 лет (n=33), вторую – от 13 до 18 лет (n=22), а третью – от 19 лет и старше (n=35). Условное распределение обследованных пациентов обусловлено сроками созревания органов мочеполовой системы и возможностью применения достоверных методов исследования, характеризующих функциональную оценку яичек, уродинамики, а также адекватную оценку психологического и сексуального статуса. Сроки

реконструктивных операций зависели не от возраста пациента, а от времени установления пола. Сформулированная диагностическая программа включала анамнез, физикальное обследование, лабораторные исследования, эхографию органов малого таза, мошонки, забрюшинного пространства, эндоскопию половых протоков независимо от возраста пациентов, а определение концентрации половых гормонов и ингибина-В в сыворотке крови, урофлоуметрию с учетом возраста больных. Оценка психосексуального статуса 56 пациентам выполнена с использованием психологических методик, а для характеристики копулятивной функции у 31 пациента в возрасте от 19 до 40 лет применяли шкалу количественной оценки мужской копулятивной функции, а также исследовали индекс эректильной функции. Доказано, что результаты лечения гипоспадии у детей с вариантами НФП целесообразно оценивать с учетом их возраста и по совокупности косметических, функциональных параметров яичек, уродинамики, а также сексуальной и психосексуальной адаптации в избранном поле. Наибольшее количество оптимальных результатов лечения проксимальной гипоспадии отмечено у пациентов с НФП 46ХУ (5-а-2-редуктазной недостаточностью), а неудовлетворительных – у пациентов с НФП 46ХУ (неполной формой нечувствительности к андрогенам). Таким образом, пациентам со сложными формами гипоспадии и вариантами НФП необходимо установить

пол до начала маскулинизирующих операций. Для того, чтобы эффективно оценить результаты лечения у этой группы пациентов, целесообразно изучить в совокупности косметические, функциональные параметры уродинамики и яичек. Кроме этого, следует оценить качество

адаптации пациентов в избранном поле на основании исследования психосексуального статуса. Больным с вариантами НФП, перенесшим хирургическую коррекцию гипоспадии, для улучшения качества жизни показана мультидисциплинарная преемственная реабилитация.

СТАБИЛИЗАЦИЯ НАДКОЛЕННИКА ПОСЛЕ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА У ДЕТЕЙ

Воробьев Д.А., Басаргин Д.Ю., Тищенко М.К.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Острый вывих надколенника (ОВН) является одним из наиболее частых повреждений коленного сустава.

После вправления вывиха и эвакуации крови из сустава, даже при достаточной иммобилизации полного анатомического и функционального восстановления поврежденного пателлофemorального ретинакулома, как правило, не происходит, что приводит к рецидиву, а затем и к развитию рецидивирующего вывиха надколенника. Для предотвращения этой патологии было предложено несколько способов оперативного, в том числе, и артроскопического лечения.

Целью нашей работы является улучшение результатов лечения детей с острым вывихом надколенника.

Материалы и методы: В исследование вошло 118 детей в возрасте от 12 до 17 лет (82 девочки, 36 мальчиков) с травматическим вывихом надколенника оперированных по оригинальной методике с применением биодеградируемых анкерных системы с диаметром 4,5 мм с заряженными нитями.

Результаты: Артроскопию коленного сустава проводят из проколов, без грубых травматичных разрезов в области суставов. Операцию проводят непосредственно в зоне внутрисуставного повреждения с максимальным бережным отношением к окружающим тканям. Существенным отличием предложенного способа является то, что анкеры и шовный материал (нити) располагаются вне сустава, не затрагивая его, что облегчает послеоперационное восстановление. Во всех наблюдениях достигнуты хорошие и удовлетворительные результаты. Всем детям выполнялось этапное ультразвуковое исследование, при котором выявлялась отчетливая тенденция к восстановлению МПФР.

Выводы: Способ восстановления поврежденного медиального пателлофemorального ретинакулома у детей позволяет устранить вывих надколенника менее травматичным способом, снизить вероятность рецидива, уменьшить вероятность развития деформирующего артроза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ УДВОЕНИИ

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазишвили М.Н., Корочкин М.В., Кулаев А.В., Врублевский А.С.

Морозовская детская клиническая больница ДЗМ; ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии; ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра детской хирургии, г.Москва

Введение. Удвоение почек и мочеточников – нередкая аномалия мочевой системы. Учитывая разнообразие поражения сегментов при удвоении, в настоящее время нет единого подхода к способам хирургического лечения данных пороков.

Цель исследования. Изучить результаты лапароскопического лечения пороков развития почек сочетающихся с удвоением верхних мочевых путей

Материалы и методы. В отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ в период с 2011 по 2016 год выполнена лапароскопическая коррекция патологии у 21 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с удвоением верхних мочевых путей.

У 5 детей был диагностирован гидронефроз одного из сегментов удвоенной почки. При этом отмечалось разнообразие анатомического строения. Окончательно вариант хирургической коррекции определялся интра-

операционно: пиелопластика по методике Anderson-Hynes (3), наложение анастомоза между лоханкой нижнего сегмента и мочеточником верхнего сегмента (1), межлоханочный анастомоз с формированием пиелоуретерального соустья (1).

Лапароскопическая геминефруретерэктомия выполнена у 6 детей. Из них уретерогидронефроз верхнего сегмента был у 5 детей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс в нижний сегмент – 1.

Лапароскопическая уретеронеоцистоимплантация выполнена у 9 детей (в двух случаях реимплантация обоих мочеточников единым блоком), операция по методике Lich-Gregoir – у 1.

Длительность катамнестического наблюдения составила от 3 месяцев до 4 лет.

Результаты. Конверсий не было. У всех детей оперированных по поводу гидронефроза отмечено восста-

новление уродинамики. После проведенной геминефруретерэктомии потери функции оставшегося сегмента не отмечено. В одном случае после лапароскопической операции Lich-Gregoir возникла обструкция мочеточников, потребовавшая лапароскопической ревизии и снятия одного шва с детрузора, что в дальнейшем привело к рецидиву пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Заключение. При выборе способа хирургической коррекции учитывают характер аномалии и анатомические особенности порока. Лапароскопический подход обеспечивает прекрасную визуализацию, доступ к верхним мочевым путям на всем их протяжении, позволяет деликатно выполнять диссекцию и формирование анастомозов и получить хороший отдаленный результат лечения.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С СОЛИТАРНЫМИ КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК

Врублевский С. Г., Коварский С. Л., Врублевская Е. Н., Шмыров О. С., Гуревич А. И., Лазишвили М. Н., Вавилова Е. А., Дёмина А. М., Врублевский А. С.

Морозовская детская клиническая больница ДЗМ; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Введение. Кортикальные кистозные поражения почек представляют собой аномалию структуры паренхимы. В детской практике наиболее часто встречаются простые кисты и дивертикулы чашечек.

Цель. Наше исследование направлено на установление дифференциально-диагностических критериев и обоснование методов хирургической коррекции.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2015 годы в урологическом отделении ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова и Морозовской ДГКБ находилось на обследовании и лечении 139 детей с солитарными кистозными образованиями. Возраст пациентов колебался от 2 до 17 лет.

Для дифференциальной диагностики солитарной кисты почки и дивертикула чашечки применяли диуретическое ультразвуковое исследование и мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием. В дальнейшем тактика лечения зависела от размера, локализации образования, наличия или отсутствия клинических проявлений, сообщения с коллекторной системой почки, а также изменений в окружающей паренхиме.

При кортикальном, субкортикальном и интапаренхиматозном расположении солитарных кист диаметром более 3 см проводилось пункционное лечение с дрени-

рованием и этапным склерозированием. Данная манипуляция выполнена 112 (71,9%) детям.

Лапароскопическая кистэктомия выполнена в 11 (7,9%) случаях при парапельвикальном, субкортикальном расположении кистозной полости

Хирургическое лечение, потребовавшееся 16 (11,5%) пациентам с чашечковыми дивертикулами, включало в себя следующие этапы: пункцию и дренирование дивертикула под ультразвуковым контролем, оценку объема и характера отделяемого по дренажу из кистозной полости, кистографию, стентирование коллекторной системы почки, этапное склерозирование.

Результаты. При неудовлетворительном результате пункционного лечения у 3 (2,3%) пациентов с чашечковыми дивертикулами и сохраняющимся кистозным образованием прежних размеров, выполнено иссечение дивертикула с прошиванием шейки чашечки лапароскопическим методом. Во всех остальных случаях получен хороший результат пункционно-склеротического метода лечения, заключающийся в полном исчезновении кистозной полости почки.

Заключение. Таким образом, необходимо использовать алгоритм дифференциальной диагностики для верификации варианта кистозного поражения почек и выбора оптимального метода хирургического лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Манжос П. И., Иманалиева А. А., Врублевский А. С.

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Российский университет дружбы народов; Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва

Цель: улучшить результаты лечения детей с заболеваниями верхних мочевых путей, используя ретроперитонеоскопический доступ.

Пациенты и методы исследования: В МДГКБ с 2012 г. по 2016 г. ретроперитонеоскопическим доступом оперировано 28 детей (15 мальчиков – 60,7%, 13 девочек – 39,3%) с заболеваниями верхних мочевых путей в воз-

расте от 9 месяцев до 17 лет (средний возраст 7,6 лет ± 5,5 года), из них 6 (21,4%) пациентов с гидронефрозом, 11 (39,3%) – с солитарной кистой почки, 6 (21,4%) – с нефункционирующей почкой, обусловленной рефлюкс-нефропатией, 5 (17,9%) – с мочекаменной болезнью, конкрементом средней трети мочеточника. Соответственно заболеваниям детям выполнены следующие операции:

пиелопластики (n=6), резекции кист почек (n=11), нефруретерэктомии – (n=6), уретеролитотомии (n=5). Всем детям в клинике с целью диагностики проводилось комплексное обследование, включающее в себя клинические, лабораторные и инструментальные методы исследований. Ретроперитонеоскопические операции выполнялись с применением стандартного набора эндохирургического оборудования и инструментария. Для создания рабочего пространства использовали баллон-диссектор, тупфер или пальцевую диссекцию. Оперативные приемы, используемые при эндовидеохирургических операциях забрюшинным доступом в техническом исполнении не отличались от классических урологических вмешательств.

Результаты: все оперативные вмешательства были завершены в эндоскопическом варианте. Интраопераци-

онных и послеоперационных осложнений не было. Продолжительность операции в зависимости от патологии составляла от 45 мин до 220 мин (в среднем 125,6 мин). Объем кровопотери составил в среднем 19 мл (10-45). В послеоперационном периоде отмечалась ранняя активизация больных в среднем на 2,4 сутки. Длительность послеоперационного пребывания детей в стационаре составила от 3 до 8 суток, в среднем 5,9 дня.

Выводы: эндовидеохирургические операции ретроперитонеальным доступом могут быть успешно использованы в детской хирургии при заболеваниях верхних мочевых путей. Ретроперитонеоскопический доступ может расцениваться как малотравматичный, обеспечивающий хорошие результаты оперативного лечения и является перспективным методом в детской хирургии.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Выборнов Д. Ю., Анисимова Е. В., Лодыгина Е. А., Байдин С. А., Тарасов Н. И.

ГБУЗ ДГКБ№13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова. г. Москва

Остеохондропатии у детей – группа заболеваний костно-суставного аппарата, протекающих стадийно, проявляющихся асептическим некрозом субхондрально расположенных и наиболее нагружаемых участков кости, их компрессией и фрагментацией с местным нарушением кровообращения кости и её ишемией. В связи с высокими репаративными возможностями детского организма преобладает консервативное лечение, направленное на длительную разгрузку пораженной конечности с использованием комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий (ЛФК, массаж, физиотерапия), а также медикаментозной терапии. При выявлении заболевания на более поздних стадиях, показано оперативное лечение, направленное на улучшения питания, стимуляцию реваскуляризации и репаративного остеогенеза пораженного участка кости (множественные остеоперфорации, туннелизация шейки бедренной кости, введение костного аллотрансплантата). Наличие ишемии в патогенезе данной группы заболеваний явилось обоснованием для включения в комплекс восстановительной терапии сеансов гипербарической оксигенации, направленных на стимуляцию микроциркуляторных и репаративных процессов в поражённых участках кости.

За период с января 2015 по июнь 2016 гг сеансы гипербарической оксигенации были проведены 33 пациентам в возрасте от 3-х до 13 лет (более 400 сеансов ГБО) с остеохондропатиями различной локализации: 24-м де-

тям с болезнью Легга-Кальве-Пертеса, 8-и с болезнью Кенига и 1 пациенту с болезнью Левена. Сеансы ГБО проводились курсами в послеоперационном, а также в раннем восстановительном периодах. Курс ГБО включал в себя 8–10 сеансов, основной режим – 1,7АТА (корригировался в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний и индивидуальной переносимости пациентом). Из всех пациентов, получивших курс ГБО, 1 ребёнок не был прооперирован и находился на консервативном лечении. 10 детям курсовое лечение было проведено 2–3 раза в год (с интервалом 3–4 месяца) в сочетании с другими методами реабилитационной восстановительной терапии (ЛФК, массаж, физиопроцедуры). Основными методами контроля за течением восстановления данной группы пациентов были клинический осмотр, рентгенография и компьютерная томография. По данным объективных методов исследования было отмечено сокращение сроков восстановления как по данным клинического осмотра, так и по результатам инструментальных методов исследования.

Таким образом, включение сеансов ГБО в комплексную терапию остеохондропатий различной локализации помогает ускорить процессы микроциркуляции и репарации поражённого участка кости, и, как следствие, способствует скорейшему восстановлению утраченной функции сустава.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Галица В. В., Назарова И. М., Лёвочкин С. П., Мунасилов Р. Н.

БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница», г. Нижневартовск

Цель: Неудовлетворенность от результатов выжидательной тактики при лечении кистозных образова-

ний органов малого таза (КООМТ) подталкивает врача на разработку новой активной тактики лечения, позво-

ляющей улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

В нашей клинике оказывается плановая и экстренная помощь девочкам с КООМТ.

Материалы и методы: В период с 2013-2015г нами прооперированно 21 девочка (из них 8 новорожденных) с осложненным течением кистозных образований придатков матки. 19 девочек оперированы в плановом порядке, по направлению детского гинеколога. Возраст девочек от 2 мес до 17 лет. Всем девочкам была выполнена лапароскопия. Дальнейшая тактика зависела от оперативной находки.

Результаты и обсуждения: У 8 пациенток был выявлен перекрут кисты яичника или придатков матки. Четверым больным пришлось удалить придатки, в виду некротических изменений. У одной пациентки после деторсии кровообращение в придатках восстановилось, что позволило ограничиться вылушиванием кисты яичника. У 3-х девочек с разрывом оболочек фолликулярной кисты и внутрибрюшным кровотечением выполнена коагуляция, цистэктомия, санация брюшной полости. У 11 больных, оперированных в плановом порядке при гистологическом исследовании выявлены

эпителиальные опухоли, у 2х- герминогенные, у 5- ретенционные кисты, у 1-девочки склерокистоз яичников. Объем оперативного лечения ограничивался эндоскопической цистэктомией и в 1 случае частичной резекцией яичника. У 8 новорожденных диагноз был установлен антенатально. Размеры кист составляли в диаметре от 3 до 8 см. Все новорожденные оперированы на 14–28 сутки после рождения. У 6 девочек киста исходила из левого яичника. В пяти случаях отмечали наличие спаечного процесса в нижних отделах брюшной полости. У одной девочки были кистозно изменены оба яичника, правый – с перекрутом и некрозом придатков. Перекрут кисты с асептическим некрозом и кальцификатами её стенки имел место у 5 девочек, причем у 4-х из них в процесс перекрута были вовлечены придатки матки с самоотрывом маточной трубы, у 2-х кисты были отшнуровавшиеся. Интра- и послеоперационных осложнений, конверсий не было.

Выводы: Лапароскопический доступ является оптимальным и позволяет удалять КОЯ любого размера. Выжидательная тактика у новорожденных с КООМТ неоправдана, т.к. осложнения развиваются еще внутритробно.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ И ДЕФЕКТАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИК ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Гаркавенко Ю.Е.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Реабилитация детей с дефектами длинных костей после гематогенного остеомиелита представляет трудную задачу и требует многоэтапного хирургического лечения, обусловленного необходимостью восстановления целостности кости и коррекции длины поражённого сегмента конечности.

С целью анализа эффективности применения методик чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза изучены результаты лечения 10 детей, 4 мальчиков и 6 девочек в возрасте от 2,5 до 17 лет с дефектами бедренной и большеберцовой костей после перенесённого гематогенного остеомиелита.

В клинической картине у детей преобладали укорочение конечности, деформация и патологическая подвижность поражённого сегмента на фоне рубцовых изменений мягких тканей в зоне патологического процесса, нарушение функции смежных суставов. Для симптомокомплекса ложного сустава (дефекта) трубчатой кости также были характерны гипофункция и дистрофия различной степени выраженности метаэпифизарных зон роста трубчатых костей, коническое сужение, истончение и склероз расположенных под углом друг к другу концов костных фрагментов поражённой кости, выраженный ее остеопороз с признаками дистрофии II–III стадии при сохранённой, но достаточно слабо вы-

раженной остеогенной активности в концах костных фрагментов.

С 2003 по 2016 годы чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез у детей с дефектами длинных костей нижних конечностей и их последствиями применён в 21 случае. У 7 детей он использован для формирования межфрагментного диастаза, у 6 – с целью фиксации сегмента конечности после устранения дефекта кости и в 8 наблюдениях – с целью восстановления длины поражённой нижней конечности.

Для восстановления целостности кости использованы варианты костной ауто- и аллопластики, а длины – методики моно- и биллокального, а также полисегментарного дистракционного остеосинтеза бедра и голени с использованием спицевых, спице-стержневых и стержневых конструкций. Нижняя конечность удлинена на величину от 6 до 21 см при индексе дистракции от 3,9 до 10,5дн/см, частично или полностью восстановлены её длина и функция.

Применение методик чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову является вариантом выбора в реабилитации детей с дефектами длинных костей после перенесённого гематогенного остеомиелита и обеспечивает сохранение достигнутых положительных отдаленных анатомо-функциональных результатов.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Гаркавенко Ю. Е., Долгиев Б. Х.

ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» Минздрава РФ; ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, г. Санкт – Петербург

Динамически меняющиеся в период роста ребенка деформации конечностей, вследствие поражения зон роста длинных костей после перенесенного гематогенного остеомиелита, являются наиболее часто встречающейся ортопедической патологией, которая сопровождается нарушением функции конечности и её косметическими дефектами.

Цель исследования – анализ коррекции деформаций нижних конечностей у детей с использованием пассивной компьютерной навигации. В период с 2015 г. по 2016 г. в отделении костной патологии НИДОИ им. Г.И. Турнера проведено комплексное лечение 26 пациентов (15 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 8 до 16 лет с перенесенным ранее гематогенным остеомиелитом. В клинической картине преобладали сложные многоплоскостные деформации нижних конечностей на фоне анатомического или функционального укорочения.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование с последующим оперативным вмешательством

целью коррекции механических и анатомических осей и углов пораженного сегмента нижней конечности с использованием, основанного на пассивной компьютерной навигации, универсального репозиционного узла Орто-СУВ.

Для определения характера, уровня и величины деформации кости, а также планирования оперативных вмешательств использовались т.н. референтные линии и углы.

Применение модуля Орто-СУВ позволило устранить компоненты деформации во всех плоскостях без пошаговых замен унифицированных репозиционных узлов дистракционного аппарата, сократив сроки нахождения пациента в стационаре. В ряде случаев выполнялась гиперкоррекция в пределах крайних значений нормальных величин показателей референтных углов, с целью профилактики рецидива деформаций.

Использованная методика характеризуется высокой эффективностью и обеспечивает сокращение сроков реабилитации пациентов.

ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА VANTRIS

Гасанов Д. А., Барская М. А., Терехин С. С.

Самарский государственный медицинский университет, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середявина

Цель исследования: Провести сравнительный анализ эндоскопического лечения пузырно – мочеточникового рефлюкса у детей с использованием препарата Vantris.

Материалы и методы: С 2012–2015 гг., в отделении урологии ПК пролечено 1150 детей с диагнозом пузырно – мочеточниковый рефлюкс. Эндоскопическая коррекция рефлюкса препаратом Vantris выполнена 120 детям. Мальчиков 60% (72 ребёнка), девочек – 40% (48 детей). Односторонний рефлюкс выявлен у 79% (95 детей), двусторонний рефлюкс у 21% (25 детей). У 12 детей (10%) отмечался рефлюкс в обе половины удвоенной почки, при полном удвоении. Первичная эндопластика при ПМР выполнена у 80 детей (67%), у 30 детей (25%) эндопластика выполнена после предшествующей коррекции коллагеном, у 10 детей (8%) эндопластика выполнена после предшествующей внепузырной реимплантации мочеточника. Контрольную группу составили дети (N – 100), которым выполнена эндопластика коллагеном, находившиеся на стационарном лечении в период с 2005–2010 гг. Возраст детей составил от 6 месяцев до 14 лет. Средний возраст детей 4 года.

Детям с ПМР 1 степени эндопластика не выполнялась. ПМР 2 степени отмечен у 25 детей, ПМР 3 степени – 85 детей, ПМР 4 степени – 20 детей. При ПМР 5 степени эндоскопическая коррекция не выполнялась.

Результаты: По результатам микционной цистографии выздоровление отмечалось у 102 детей (85%). Рецидив ПМР выявлен у 8 детей (7%). Степень рефлюкса при рецидиве у всех детей была ниже исходной, и позволила выполнить повторную эндопластику препаратом Vantris до полного выздоровления. По данным экскреторной урографии у 10 детей (8%) выявлен обструктивный мегауретер на стороне введения Vantris, при отсутствии рефлюкса. Всем 10 детям с обструктивным мегауретером выполнен уретероцистонеоанастомоз по Козну, в сроки 6–8 месяцев после эндопластики. Развитие обструктивного мегауретера после введения коллагена нами отмечено не было.

Выводы: Эндоскопическая коррекция ПМР препаратом Vantris позволила добиться полного выздоровления у 85% детей. Развитие обструктивного мегауретера после введения препарата Vantris является следствием на-

личия у ребёнка рефлюксирующего мегауретера, не диагностированного до эндопластики. Для предупреждения развития обструкции после эндопластики, детям с ПМР

4,5 степени до введения препарата следует проводить ультразвуковое исследование с лазерной нагрузкой на уретральном дренаже до введения препарата.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ У ДЕТЕЙ

Гасанова Э.Н., Григорьева М.В., Сарухян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В.

ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы

Актуальность: Перекрут гидатиды является самой распространенной причиной «острой мошонки» у детей. Ультразвуковая диагностика в комплексе с клиническими данными позволяют определить вариант течения заболевания и выбрать оптимальное лечение.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения перекрута гидатиды яичка у детей.

Материалы и методы: За период с 2009 по 2015 гг. в НИИ НДХиТ находилось на лечении 480 мальчиков в возрасте 1–17 лет с диагнозом перекрут гидатиды. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование органов мошонки.

Результаты исследования: На основании проведенного анализа мы выделили 2 варианта течения заболевания. Неосложненное течение характеризовалось субклиническими проявлениями: локальная болезненность при движениях, отсутствие гиперемии и отека, небольшая пальпаторная болезненность, отмечалось у 104 больных (21,7%). При УЗИ мошонки определялась гидатида без вторичных воспалительных изменений органов мошонки. Было проведено противовоспалительное лечение в течение 3–5 дней с клиническим и эхографическим контролем, подтвердившим эффективность терапии. Осложненное

течение перекрута гидатиды у 372 больных (77,5%) характеризовалось гиперемией и отеком пораженной половины мошонки, резкой болезненностью при пальпации. УЗИ выявляло утолщение, слоистость оболочек яичка, скопление жидкости в полости собственной влагалищной оболочки, увеличение размеров и снижение эхогенности головки придатка. Кровоток при ЦДК был усилен в проекции оболочек яичка, головки придатка. Визуализировалась гидатида как дополнительное образование неоднородной эхоструктуры. При осложненном течении перекрута гидатиды проводилось хирургическое лечение.

Выводы: Таким образом, дифференцированный подход к хирургической тактике при перекруте гидатиды у детей предусматривает консервативное противовоспалительное лечение при неосложненном течении заболевания и хирургическое лечение при осложненном течении. При неэффективности терапии возможно отсроченное хирургическое вмешательство, что в нашем исследовании было произведено у 4 пациентов (0,8%). УЗИ является высокоинформативным методом дополнительного исследования, который в комплексе с клиническими данными позволяет дифференцировать острые заболевания яичка у детей и определить показания к хирургическому лечению.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ

Гильмутдинов М.Р., Лобашов В.В., Нурмеев И.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань; ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань

Врожденная внутренняя косолапость является одной из наиболее часто встречающихся деформаций в детской ортопедии. В настоящее время «золотым стандартом» лечения данной патологии является метод Игнасио Понсети.

Цель исследования – анализ лечения косолапости у детей младшего возраста по методу Понсети.

Материал и методы. На базе ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» в 2013–16 гг. проведено лечение 44 пациентам (76 стоп) с врожденной косолапостью в возрасте до 1 года. Из них девочек было 28 (52 стопы), мальчиков 16 (24 стопы).

Коррекция первого этапа осуществлялась при помощи гипсового материала Hartmann по методу Понсети. За первый этап лечения проведена смена 5–6 повязок. Период наблюдения составил от 3 месяцев до 3 лет. У 43 (74 стоп) пациентов наблюдалась типичная форма косолапости, у одного ребенка (2 стопы) – атипичная форма косолапо-

сти, которая характеризовалась аплазией пальцев обоих стоп. Сопутствующим пороком развития явилась синдактилия 2–4 пальцев обеих кистей, концевая форма.

Результаты: У детей в возрасте до 1 года полная коррекция компонентов деформации в результате этапного гипсования с применением метода Понсети получена у 41 (93,1%) пациента на 70 стопах, ахиллотомия выполнена у 38 детей (80%) – 62 стопы. У 3 (6,9%) пациентов (6 стоп) пришлось продолжить гипсование и повторно проводить ахиллотомию в связи с рецидивом заболевания. Все случаи рецидивов были обусловлены нарушениями режима ношения брейсов.

Выводы: метод Понсети демонстрирует высокую эффективность в лечении врожденной косолапости у детей. Результаты наблюдения за пациентами показывают, что пролеченные стопы по опороспособности не отличаются от здоровых.

КЛЕБСИЕЛЛЕЗНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ И ТРУДНОСТИ ЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Складорова Е.А., Баранов Д.А., Гаврилова М.В., Коряшкин П.В., Семина Т.Ю.

Кафедра детской хирургии ВГМУ им Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность исследования: Потребности усовершенствования ранней диагностики острого аппендицита у детей, особенно- клебсиеллезной этиологии, в сочетании с атипичным расположением червеобразного отростка и атипичным развитием заболевания, является актуальной задачей педиатрии и детской хирургии.

Цель: установить частоту клебсиеллезной этиологии острого аппендицита у детей и особенности его клинического течения при атипичном расположении червеобразного отростка, включая трудности диагностики заболевания и возможности своевременного диагноза больному.

Материал и методы: острый аппендицит диагностированный уже в стадии перфоративного перитонита клебсиеллезной этиологии (подтверждено бактериологически) обнаружен: у 4 мальчиков – и у 3 девочек. Больные были в возрасте – до 4 лет- 3 детей и от 10 до 14 лет – 4 детей, а заболевание диагностировано после 48–72 часов от начала. Перитонит был местным у 4 детей и разлитым – у 3 больных., ретроцекальное расположение червеобразного отростка – у 4 больных и тазовое – у 3 детей (установлено интраоперационно).

Результаты исследования. Клебсиеллезная этиология аппендицита в стадии аппендикулярного перфоративного перитонита выявлена за истекшее пятилетие. лишь у 7 (5,9%) этих больных детей различного возраста. У них, с клебсиеллезной диареей педиатры и хирурги не про-

гнозировали развитие острого аппендицита. Традиционно клебсиелла известна возбудителем гастроэнтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, энтерита. В последние годы, условно патогенная клебсиелла (*Klebsiellae oxytoca*), стала известна у детей как экстракишечная инфекция, возбудитель клебсиеллезного аппендицита, перитонита. Однако, поздняя диагностика аппендицита у обсуждаемых 7 детей различного возраста обусловлена отсутствием ожидания. педиатрами острого аппендицита клебсиеллезной этиологии. Трудности диагностики заболевания у них связаны и с атипичным расположением червеобразного отростка (тазовое и ретроцекальное), с атипичным течением заболевания. Все это явилось причиной трудностей и поздней диагностики острого аппендицита в стадии перитонита, Исход лечения этих 7 детей больных острым аппендицитом осложненным клебсиеллезным перфоративным перитонитом оказался благоприятным и закончился выздоровлением.

Выводы: острый аппендицит клебсиеллезной этиологии у больных детей относится к числу трудно диагностируемых заболеваний, особенно в случаях его сочетания с атипичным расположением червеобразного отростка и атипичным течением заболевания. Успешность диагностики на ранних стадиях болезни им обеспечивает неотложное применение: лапороскопии, УЗИ. РКТ, лабораторных компьютерных технологий.

АДРЕНКОРТИКАЛЬНЫЙ РАК У РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Гопиенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Белогурова М.Б., Богданов И.Ю.

Детская городская больница №1, Городская клиническая больница №31, ПСПбГМУ им.акад.И.П. Павлова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург

Цель: продемонстрировать случай редкой опухоли у ребёнка с множественными врождёнными пороками развития (МВРП), развившейся в постнатальном периоде.

Доношенный мальчик от 4х родов был переведён из родильного дома в 1е сутки жизни в связи с выявленной атрезией ануса с точечным скротальным свищом. Пренатально по УЗИ с 12 недели заподозрена подковообразная почка. Одна из предыдущих беременностей у матери закончилась анэмбрионией, старшая сестра пациента оперирована по поводу «Triton» – опухоли» груднопоясничного отдела с прорастанием в спинномозговой канал (погибла). При обследовании у мальчика выявлены сочетанные пороки развития: венечная форма гипоспадии, единственная anomальная левая почка, порок позвоночника. В 1е сутки жизни произведена двойная

колостомия. В периоде новорождённости неоднократно выполнялось УЗИ брюшной полости, не выявившее какой-либо иной патологии.

При повторном поступлении мальчика в возрасте 4 месяцев для аноректопластики по УЗИ (а затем КТ) выявлено объёмное образование забрюшинного пространства слева, 4,2 x 5,0 x 7,3 см неоднородной солидной структуры с чёткими границами и капсулой неравномерной толщины. Онкомаркёры (АФП, β ХГЧ,NSE крови, суточная экскреция ГВК, ВМК и катехоламинов с мочой) были в пределах нормы. Ребёнок оперирован: люмболапаротомным доступом полностью удалена опухоль, исходившая из левого надпочечника, произведена биопсия парааортальных и мезентериальных лимфоузлов. По результатам гистологического заключения выяв-

лен аденокортикальный рак. В окружающей клетчатке и лимфоузлах метастазы не выявлены. По данным пункции костного мозга патологические клетки не обнаружены. Гистологический вариант опухоли крайне редко встречается в детском возрасте. Ребёнок наблюдался совместно с детским онкологом. Опухоль резистентна к химио- и лучевой терапии, поэтому эти способы лечения не использовались. В возрасте 8 месяцев с разрешения онкологов мальчику выполнена радикальная

коррекция атрезии ануса (операция Пенья), в возрасте 10 месяцев закрыта колостома. В настоящее время ребёнку 1 год, растёт и развивается нормально. Рецидив опухоли не выявлен.

Вывод. Представлен случай редкой для детского возраста злокачественной опухоли с быстрым ростом. Благодаря ранней диагностике, было проведено радикальное хирургическое лечение опухоли, что позволяет надеяться на благополучный исход.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ТЕРАТОМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

Горелова Е. М., Петрикова, Игнатъев Е. М., Лысов А. Е.

Детская областная клиническая больница, г. Белгород; Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Новорождённая девочка родилась от 6 беременностей, 3 срочных родов. Беременность протекала на фоне многоводия, варикозного расширения вен нижних конечностей, патологической прибавки в весе.

При 1 и 2 скрининговом ультразвуковом исследовании патологии плода не выявлено. На 3 скрининговом УЗИ в крестцово-копчиковой области обнаружено опухолевидное образование до 7 см в диаметре. Кроме того, выявлена гепатомегалия, кардиомегалия, гидроперикард. При УЗИ-контроле в динамике отмечался рост опухоли, нарастание признаков сердечной недостаточности. Роды оперативные. Ребенок родился с массой 3920, с оценкой по Апгар 5 баллов после рождения, 7 баллов через 10 мин. В связи с тяжестью состояния ребенок находился в отделении реанимации перинатального центра, и после стабилизации на 4 сутки переведен в хирургический стационар.

При поступлении состояние тяжелое. В крестцово-копчиковой области имеется опухолевидное образование в размерах 10x12 см кистозно-солидного характера. Кожа над ним резко истончена, по краю свисает в виде «фартука». Здесь же определяется дефект кожи размером 3x3 см, через который подтекает серозное отделяемое. При проведении СКТ выявлено опухолевидное образование размерами 85x130x130 мм, исходящее из крестцово-копчиковой области, выполненное однородной жидкостью с единичными перегородками. В пресакральной области обнаружено еще одно жидкостное образование размерами 18x19x24 мм. Передний контур его интимно прилежит к заднему контуру прямой киш-

ки. Последняя оттеснена кпереди. Здесь же имеется мягкотканый компонент 18x24x22 мм.

Проведено общеклиническое обследование. Значимых изменений в клиническом и биохимическом анализе крови не выявлено. Уровень АФП – более 3000 мг/мл. По данным УЗИ сердца – персистирующие фетальные коммуникации.

После предоперационной подготовки на 6 сутки после рождения ребенок взят на операцию. Выполнен окаймляющий тератому межседалищный доступ. Выделены многокамерные кисты и солидные узлы диаметром до 8 см, интимно спаянные с задней стенкой прямой кишки и крестцом. Произведена резекция копчика. Восстановлены ягодичные мышцы. В ране оставлен страховочный дренаж.

Вес удаленной опухоли составил 950 г. При гистологическом исследовании диагностирована зрелая тератома. В раннем послеоперационном периоде проведено переливание крови по индивидуальному подбору в связи с развитием анемии. Рана зажила первичным натяжением. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время девочка находится на диспансерном наблюдении у онколога, регулярно осматривается. Послеоперационный рубец эстетичен, нарушений функции тазовых органов нет. Уровень АФП снизился до возрастной нормы.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует возможность благоприятного функционального и косметического исхода оперативного лечения доброкачественных гигантских тератом при проведении своевременного и адекватного хирургического лечения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Горемыкин И. В., Дерюгина Л. А., Краснова Е. И.

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского,

Цель: разработать критерии оценки тяжести поражения мочевыделительной системы при врожденном нерефлексирующем мегауретере на основании результатов ультразвукового, рентгенологического и биохимического методов.

Исследование уровня биомаркеров воспаления – интерлейкина-1 β (IL-1 β), моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1), фактора некроза опухоли- α (TNF- α); ангиогенного фактора – фактора роста эндоте-

лия сосудов (VEGF), профиброгенных факторов – MCP-1, матриксной металлопротеиназы-9 (MMP-9) в моче проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа у 50 детей с врожденным нерефлексирующим мегауретером и группы сравнения.

Всем детям выполнено стандартное урологическое обследование, а также оценка сократительной активности мочеточника методом ультразвуковой уретеропиелометрии с диуретической стимуляцией по модифицированной методике Сабирзяновой З.Р. (2004).

Результаты: наиболее чувствительными и специфичными диагностическими маркерами у детей с нерефлексирующим мегауретером явились MMP-9 и VEGF.

У детей с непрерывно-рецидивирующим течением пиелонефрита уровень IL-1 β был достоверно выше ($p < 0,02$).

Уровень VEGF явился основным критерием оценки тяжести ишемического повреждения почечной паренхимы, коррелируя с состоянием кровотока в подкапсульной зоне почки ($p < 0,05$). Значительное повышение уровня MMP-9 в моче достоверно отличало группу детей с низкой сократительной функцией мочеточника ($p < 0,008$).

Предложен интегративный «биохимический индекс уродинамической обструкции (БИУО)», равный отношению уровней MMP-9 и VEGF. Отмечено резкое повышение БИУО у детей с нерефлексирующим мегауретером и низкой сократительной функцией мочеточника.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Грамзин А.В., Койнов Ю.Ю., Титов Д.В.

Новосибирская областная клиническая больница, отделение детской хирургии, ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет»

Благодаря постоянному развитию медицинской науки и техники, совершенствовались методики выхаживания новорожденных в нашей стране. Это способствовало значительному увеличению выживаемости недоношенных новорожденных, и обозначило новые проблемы перед специалистами. Одна из них, это коррекция открытого артериального протока. Отдаленные результаты при хирургическом лечении открытого артериального протока в большинстве случаев хорошие. Эффективность его определяется выраженностью легочной гипертензии, которая зависит от исходного состояния сосудов малого круга кровообращения, поэтому оперативное вмешательство должно быть проведено как можно раньше. Хирургическая летальность при лечении открытого артериального протока небольшая.

Целью данного исследования послужил анализ результатов оперативного лечения недоношенных детей с низкой массой тела, с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком (ГЗ ОАП).

В период с 2014 г. на базе детского хирургического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» пролечено 77 детей с ГЗ ОАП. Во всех случаях выполнялась мини-торако-

томия слева в 3 межреберье, лигирование или клипирование протока. Среднее время оперативного вмешательства 20–25 минут.

Возраст детей на момент операции составлял от 6 дней до 1 мес. 13 дней, масса тела составляла от 597 гр. до 2000 гр., ширина протока от 3 до 5–6 мм. При анализе половой принадлежности значительную долю заняли девочки 60% (21), на долю мальчиков пришлось соответственно 40% (14).

Раньше пациенты с данной патологией оперировались в клинике Новосибирского «НИИ Патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ РФ (около 10 пациентов в год). Большие неудобства были связаны с ожиданием места, транспортировкой больных. Осложнений после операции не было. Что отразилось на хорошей выживаемости младенцев с низкой и экстремально низкой массой тела.

Проведение оперативного лечения ГЗ ОАП на базе детского хирургического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» позволило, за счет сокращения сроков ожидания оперативного вмешательства значительно снизить предоперационную летальность пациентов с ГЗ ОАП.

НЕПОЛНЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА СО СПОНТАННЫМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ РАСКРУЧИВАНИЕМ

Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Саруханян О.О., Батунина И.В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы; ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность: Полиморфизм симптомов перекрута яичка приводит к трудностям диагностики и запозданию лечению, что может привести к необратимым повреждениям яичка. Неполный перекрут яичка со спон-

танным самопроизвольным раскручиванием у детей является сложной диагностической дилеммой. Однако наш многолетний опыт подтверждает правомочность такого диагноза.

Цель: Улучшить результаты лечения перекрута яичка у детей.

Результаты: В НИИ НДХиТ с 2007 г. по 2015 г. находились на лечении 38 пациентов с перекрутом яичка. Клиническая картина характеризовалась резким началом – острая очень сильная боль в мошонке с иррадиацией в паховую область и живот, тошнота, рвота, выраженная болезненность при пальпации яичка. УЗ-картина характеризовалась как округлое яичко на фоне жидкости в небольшом количестве, головка придатка в нетипичном месте. Перекрут яичка характеризовался резким снижением или отсутствием кровотока при ЦДК. Патогномичным УЗ-симптомом перекрута яичка является спиралевидная деформация мошоночной части семенного канатика (типа «улитки») с прерыванием кровотока при ЦДК. Больным было выполнено экстренное хирургическое лечение: ревизия, деторзия, блокада семенного канатика, фиксация яичка. Орхэктомия была выполнена у 3 пациентов с некрозом яичка.

Однако у 11 пациентов 13–16 лет при осмотре в приемном отделении не отмечалось клинических и ультразвуковых симптомов перекрута яичка. За время наблюдения у них также не было выявлено данных за острое хирургическое заболевание органов мошонки и показаний к экстренной операции. По клиническим и лабораторным

данным эпидидимит и эпидидимоорхит были исключены, данных за перекрут гидатиды не было выявлено. При этом острое начало заболевания за 3–5 час до обращения с чрезвычайным характером боли вынуждало пациентов беспокоиться. При УЗИ отмечалось небольшое скопление жидкости в оболочках яичка и усиление кровотока в придатке яичка у 5 пациентов. У 4 пациентов приступы болей с той же стороны отмечались повторно с перерывом в несколько месяцев. Таким образом, на основании жалоб, анамнеза заболевания, спонтанного купирования болей, путем исключения острого заболевания яичка на момент осмотра, был установлен диагноз: Неполный перекрут яичка со спонтанным самопроизвольным раскручиванием. Для предотвращения повторного перекрута яичка с вероятным развитием неблагоприятного исхода были вынесены показания к фиксации яичка. В отсроченном порядке 3 и в плановом – 1 пациенту были произведены операции: орхопексия по разработанной методике.

Заключение: Краткосрочный анамнез перекрута яичка со спонтанным разрешением симптомов свидетельствует об аномалиях фиксирующего связочного аппарата яичка и риске повторного перекрута. На наш взгляд, повторные эпизоды должны стать показанием к профилактической хирургической фиксации яичка.

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гринь А. И., Аверин В. И.

Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Цель: оценить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом, оперированных традиционно и лапароскопически.

За последние 6 лет было пролечено 384 ребенка с аппендикулярным перитонитом. Средний возраст пациентов составил $7 \pm 2,5$ года. Более 60% детей обратились в стационар в сроке более 24 часов от момента появления болей в животе. У 78% пациентов до операции при УЗИ были выявлены признаки острого аппендицита. Лапароскопически оперирован 101 ребенок (26%) – 1-я группа, традиционно – 283 (74%) – 2-я группа. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, периоду заболевания, сроку наблюдения в стационаре, форме перитонита, объему и продолжительности операции. Бактериологическое исследование выпота из брюшной полости не выявило различий по микробному спектру. Антибактериальная терапия не различалась. Длительность применения анальгетиков у пациентов после лапароскопии составила $1,5 \pm 1,1$ дня,

после лапаротомии – $1,8 \pm 1,2$ дня. Отмечена более ранняя нормализация температуры у детей 1-й группы. Перистальтика кишечника восстановилась быстрее после лапароскопических вмешательств ($1,5 \pm 1,0$ и $2,0 \pm 1,4$ суток соответственно). Энтеральная нагрузка была начата раньше у детей 1-й группы ($2,0 \pm 0,8$ суток), в отличие от 2-й группы ($2,4 \pm 0,7$). Койко-день в первой группе составил $9,8 \pm 2,5$ суток, во второй – $13,0 \pm 4,7$. Осложнения возникли у 2,5% пациентов 1-й группы, у 3% детей 2-й группы.

Выводы: Быстрое восстановление перистальтики кишечника, возможность ранней энтеральной нагрузки, меньшие потребности пациентов в анальгетиках, сокращение сроков госпитализации, уменьшение числа послеоперационных осложнений, косметический эффект делают лапароскопические операции у детей предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопию к более широкому применению в детских хирургических стационарах.

РИГИДНОСТЬ СТЕНОЗА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РЕЗУЛЬТАТ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ И ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Губарев В. И., Зоркин С. Н., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Зеликович Е. И.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва

Современная медицина развивается по пути снижения инвазивности хирургических операций. Баллонная

дилатация высокого давления (БДВД) лоханочно-мочеточникового (ЛМС) и пузырно-мочеточникового (ПМС)

сегментов у детей эффективна в большинстве случаев, но у ряда пациентов является недостаточной.

Цель работы: выявить причину неэффективности БДВД при лечении гидронефроза и обструктивного мегаурера у детей.

Материалы и методы. Было обследовано 75 пациентов с обструкцией ЛМС и ПМС, средний возраст составил от 3-х месяцев до 3-х лет. Все дети прошли комплексное рентгеноурологическое обследование, по итогам которого 37-ти пациентам был установлен диагноз – обструктивный мегауретер и 38-м пациентам – гидронефроз соответственно. Всем детям была проведена БДВД под рентгенологическим контролем. В процессе раздувания баллона было отмечено следующее: первая группа стриктур расправлялись полностью сразу или после недолгой экспозиции баллона в зоне сужения мочеточника (до 3-х минут, давление 12 atm), о чем свидетельствовало расправление «тали» на баллоне, вторая группа стриктур оказывались ригидными и не поддавались расправлению даже при более длительной экспозиции при большем давлении (до 5-ти мин, давление 14 atm). У пациентов из последней группы у которых «талия» баллона не расправилась стентирование ЛМС и ПМС проходило с большими техническими трудностями, а в некоторых случаях было просто не воз-

можно, по сравнению с детьми из первой группы. Далее в послеоперационном периоде детям проводилась плановая терапия уросептиками. Через полтора месяца проводилась стентэкстракция, через три месяца после которой пациентам проводилось контрольное обследование.

Результаты. Результаты контрольного обследования показали высокую эффективность БДВД. Для детей с обструкцией ПМС эффективность составила 79%, для детей с обструкцией ЛМС – 77% соответственно. Остальные 21% (8 детей) и 23% (9 детей) в основном составили дети у которых не удалось добиться растяжения зоны обструкции. Из них при гидронефрозе все 8 детей (2 отрицательная динамика, 6 без динамики), при мегауретере – 8 детей (3 отрицательная динамика, 5 без динамики). У одного ребенка с мегауретером, не смотря на удовлетворительное расправление «тали» баллона в последующем потребовалась пересадка мочеточника в связи с прогрессированием обструкции после удаления стента. Детям, у которых была отмечена отрицательная динамика, были проведены классические открытые оперативные вмешательства с положительным эффектом.

Заключение. Таким образом, было показано, что расправление «тали» баллона при проведении БДВД может служить прогностическим маркером ее эффективности и наоборот.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гумеров А. А., Неудачин А. Е., Парамонов В. А., Мингулов Ф. Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница, Уфа

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения детей раннего возраста с болезнью Гиршпрунга (БГ).

Материалы и методы: в период с 2011 по 2016 годы в отделении хирургии новорожденных и детей раннего возраста Республиканской детской клинической больницы г. Уфы прооперирован 21 ребенок (мальчиков 17, девочек 4). Возраст на момент поступления от 7 сут до 2 мес.

Все дети были переведены из различных родильных домов и стационаров Республики Башкортостан с подозрением на низкую кишечную непроходимость с жалобами на рвоту, срыгивания, вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула. У всех детей на обзорной рентгенограмме выявлены резко раздутые газом петли кишечника, иногда с уровнями жидкости.

С целью дифференциальной диагностики всем новорожденным детям с клиникой низкой кишечной непроходимости (НКН) проводилась ирригография водорастворимым контрастом. При исключении НКН проводилась консервативная терапия, включающая в себя: сифонные клизмы, восстановление водно-электролитного баланса, антибактериальную терапию, физиолечение до 2–3 нед. возраста. После чего проводилась ирригография бариевой взвесью с целью окончательного установления диагноза БГ и выявления протяженности пораженно-

го участка толстой кишки и решения вопроса о сроках и методе хирургического вмешательства.

13 детям радикальное вмешательство проведено до 1 мес., 6 детям до 2 мес. возраста, 2 детям до 6 мес. возраста

Пациентов с ректосигмоидной формой было 19, с субтотальным поражением – 2. Трансанальная резекция аганглионарного участка кишки с наложением колоанального анастомоза проведена 2 больным в возрасте 1 мес.

Лапароскопическое низведение кишечника по методу Соаве-Джорджсона проведено 19 больным. В 2-х случаях пришлось наложить колостому, в связи с выраженным расширением супрастенотического участка толстой кишки и невозможностью адекватно подготовить кишечник к радикальной операции. Длительность операции составила – 80 ± 15 мин. Операция проводилась одной операционной бригадой. Интраоперационных осложнений не было. Кормление начинали на 2-3и сутки после операции. Газоотводную трубку удаляли из прямой кишки на 2–3 сутки. Самостоятельное отхождение стула наступило на 1–2 сутки. Ревизия и бужирование зоны анастомоза проводились на 12–14 сутки после операции, после чего пациенты выписывались.

У одного ребенка выявлена остаточная зона аганглиоза, что потребовало повторного низведения. Явления энтероколита в послеоперационном периоде отмечались в 5 случаях, которые купировались в течение 10–14 дней. Недержание кала

и рубцового сужения в зоне анастомоза не наблюдались. У одного пациента отмечен летальный исход в районной больнице, обострение и тяжелое течение энтероколита, с развитием эндотоксикоза через 2 недели после выписки.

Заключение. Анализ нашего материала показал, что эндохирургическое лечение БГ – малоинвазивный и эффективный метод лечения, позволяющий достичь желаемого результата в короткие сроки.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Гумеров А.А., Рахмангулов Р.Р., Парамонов В.А., Солдатов Ю.П., Сагадеев В.А.

Башкирский государственный медицинский университет; Республиканская детская клиническая больница, Россия, г.Уфа

Цель: провести анализ результатов лечения детей с инородными телами пищевода (ИТП).

Материалы и методы: С 2011 по 2015 гг. в Республиканской детской клинической больнице г. Уфы находился 271 ребенок с инородными телами пищевода. Мальчиков 140 (52%), девочек 131 (48%). Возраст детей колебался от 1 мес. До 16 лет, наиболее часто ИТП встречались в возрасте от 1 года до 14 лет 181 случай (67%).

Больные поступали в клинику, в различные сроки от 4 до 24 часов от начала заболевания поступило 145 детей (53.5%); от 24 до 72 часов – 123 (45.4%); В трех случаях отмечено длительное стояние инородных тел пищеводе от 3 до 24 суток (1,1%).

Поздняя госпитализация определялась неправильной трактовкой имеющихся клинических признаков симптомов заболевания, что явилось причиной диагностических ошибок. Характер предметов попадающих в пищевод достаточно разнообразен.

Результаты: Наиболее часто отмечены монеты – 192 случая (71%); пластиковые детали игрушек 29 случаев (10.7%); остроконечные предметы (10.1%): серьги 3 случаях, булавки 2 случаях, кнопки 2 случаях, осколки стекла в 1 случае, металлическая стружка в 1 случае и т.д.; дисковые батарейки встречались в 22 случаях (8,2%).

У большинства пациентов проглоченный предмет располагался в зоне первого физиологического сужения.

В клинической картине инородных тел пищевода у детей преобладали боли и затруднение при глотании и гиперсаливация. При наличии таких симптомов, особенно если они появились во время или после еды, а также после игры с мелкими игрушками, диагноз инородного тела пищевода не вызывает сомнений.

Диагностика ИТП осуществлялась по клиническим проявлениям, данным анамнеза и обзорной рентгенографии. Инородное тело пищевода во всех наблюдениях явилось показанием для проведения поднаркозной мануальной – удаления по экстренным показаниям.

Осложнения пребывания инородных тел в пищеводе возникли в 7,9 (29,1%) наблюдениях. Наиболее опасными были пролечены язвы, ожоги слизистой при проглатывании батареи выявлены в одном случае развился стеноз пищевода, которым потребовалась бужирование длительное время.

Заключение. Детям с подозрением на инородное тело ВОПТ необходима срочная рентгенография грудной клетки с обязательным захватом области шеи.

Таким образом, инородные тела пищевода должны диагностированы в ранние сроки и удалены вовремя с целью избегания осложнений.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ

Давлятов С.Б., Асадов С.К.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения», Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Изучение функции печени у 110 больных с сочетанным эхинококкозом. Больные в зависимости от объема, количества, локализации и типа осложнений ЭК были разделены на 3 группы: 1-я группа – 52 больных с сочетанным эхинококкозом и одиночными ЭК печени, 2-я группа – 46 пациентов с сочетанным эхинококкозом и множественным ЭК печени и 3-я группа – 12 детей с сочетанным эхинококкозом и осложненным ЭК печени.

Функциональное состояние печени было изучено по следующим пробам: индикаторы цитолитического (АсАт, АлАт), гепатодепрессивного (галактозная проба, альбумин, протромбиновый индекс, холестерин, холинэстераза), мезенхимально-воспалительного (тимол-веро-

наловая и сулемовая пробы, гамма-глобулин и иммуноглобулины А, М и G), холестатического (ЩФ, билирубин, холеглицин) показателей.

У 30 (57,7%) детей из 52 первой группы одиночные ЭК имели периферическую локализацию в 5, 6, и 3 сегментах печени. Снижение функциональных проб печени не превысило 5% по сравнению с контрольной группой. У 22 (42,3%) из 52 детей с центрально расположенными гигантскими (8 (36,3%)) и средними ЭК (14 (63,7%)) в 4 и 7 сегментах печени отмечались изменения со стороны цитолитических, мезенхимально-воспалительных и холестатических проб на 12% по сравнению с практически здоровыми детьми. У этих детей при биопсии

ткани печени из непораженной доли были выявлены застойные и воспалительные изменения, которые связаны со сдавлением сосудов и секторальных ходов печени за счет центрального расположения ЭК.

У 7 (15,2%) из 46 больных второй группы не наблюдали нарушения функциональных проб печени. У 39 (84,8%) отмечалось увеличение показателей цитолитических проб на 13%, мезенхимально-воспалительных – на 28%, гепатодепрессивных – на 21% и холестатических – на 15%. На биопсии у этой группы больных выявили хроническое воспаление и цирротические изменения.

В третьей группе больных наблюдалось выраженные изменения: увеличение показателей цитолитических

проб на 52%, мезенхимально-воспалительных и холестатических – на 25% и 27% соответственно, снижение гепатодепрессивных показателей более чем на 32%. Следует отметить, что у детей с эхинококкозом сердца, перикарда и осложненным ЭК легких наблюдались более выраженные изменения со стороны функциональных проб печени.

Всем больным проведена дифференцированная предоперационная подготовка с учетом имеющихся изменений. В результате коррекции имеющихся изменений как в пред- так и в послеоперационном периодах удалось снизить число послеоперационных осложнений до 1,6%.

ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Детярев Ю.Г., Аверин В.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Минск

Цель: определить уровень подготовки детских хирургов в Республике Беларусь и наметить пути ее совершенствования.

Метод основан на сравнительном анализе обеспеченности и первичной подготовки детских хирургов в соответствии с международными стандартами. В Республике Беларусь имеется РНПЦ детской хирургии, 6 областных хирургических отделений и 5 межрайонных отделений (общее число коек – 618). Кроме этого, развернуты детские койки в 6 крупных районных хирургических отделениях для взрослых (47 коек). Общее число общехирургических коек для детей составляет 665. Количество коек на 100.000 детского населения в Беларуси составляет 40,5, Польше – 26, Франции – 24,6. В детских хирургических стационарах работает 116 детских хирургов, в поликлиниках – 27 врачей. Всего в Республике имеется 137 практических детских хирургов. Кроме этого имеются 3 кафедры детской хирургии (БГМУ, БелМАПО, г. Минск и Гродненский медицинский университет) и курсы детской хирургии в Витебском, и Гомельском медицинских университетах, на которых так же проводится лечебно-консультативная работа. Общее число сотрудников кафедр – 22. В детской хирургии в Республике Беларусь работает 159 врачей (без учета урологов, нейрохирургов, травматологов, онкологов). В Республике Беларусь на 100.000 детского населения приходится 9,6 детских хирургов; в Польше – 7,6; во Франции – 2,67; в США – 1,75. В 2015 году в детских хирургических

стационарах было выполнено 19212 операций. Из них 651 высокотехнологичных и 217 сложных. Белорусский детский хирург выполняет в среднем 120 операций в год, польский – 150, французский – около 500. Следует отметить, что еще около 29,1% операций детям выполняется во взрослых стационарах. В 2015 г. 38,2% операций у детей в РБ выполнили взрослые хирурги в районах.

Подготовка детского хирурга начинается с работы студента в кружке на кафедре детской хирургии. Следующим этапом является субординатура по детской хирургии, которая осуществляется на 6 курсе университета. Ежегодно в ней обучаются 17–23 человека. Нормативным документом, регламентирующими подготовку стажеров (интернов) являются Постановление министерства здравоохранения «Об утверждении положения о порядке прохождения стажировки выпускниками высших медицинских учреждений образования в Республике Беларусь». Ежегодно в республике проходят интернатуру 7–12 человек. Интерн за год подготовки выполняет $12 \pm 3,6$ самостоятельных операций. В большинстве случаев в нашей стране клинические кафедры не имеют собственных (университетских) клиник, а располагаются на базе городских, республиканских ЛПУ. В прошлом такой союз кафедр и клиники считался оптимальным. В правовом отношении это отражалось в «Положении о клинической больнице». В настоящее время вопросы преподавания приобретают порой обостренный характер, которые нуждаются в правовом регулировании.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Демин Н.В.

ЦДКБ ФМ-БА; Кафедра эндоскопической урологии РУДН, Москва

Введение Гидронефроз возникает в результате обструкции в области лоханочно-мочеточникового сегмен-

та и является достаточно частым врожденным заболеванием у детей. Длительное время основным способом

лечения являлась открытая операция по Хайнесс-Андерсену с резекцией измененного участка пиелoureтерального сегмента. По данным различных авторов эффективность данной операции составляла более 90%. За последние два десятилетия в детской практике активно стала применяться лапароскопическая пиелопластика, продемонстрировавшая максимальную эффективность 96% и более.

В настоящее время лапароскопическая пиелопластика является альтернативой открытым операциями и эндопиелотомии. В данной работе мы хотели бы продемонстрировать наш предварительный опыт данных операций и проанализировать собственные результаты.

Цель работы Улучшение результатов лечения детей с гидронефрозом, путем внедрения в практику детской урологии лапароскопических методик.

Материалы и методы С 2014 по 2015 г. в Центральной детской клинической больнице лапароскопическая пиелопластика была выполнена 29 детям с гидронефрозом различной степени. Среди них было 17 мальчиков и 12 девочек. Возраст пациентом составил от 5 месяцев до 17 лет. Левосторонний гидронефроз отмечался у 15 пациентов, правосторонний у 12, гидронефроз левой половины подковообразной почки у 2 пациентов. У трех пациентов помимо гидронефроза отмечалось так же наличие конкремента в измененной почке.

Всех больным проводилось стандартное обследование, включавшее экскреторную урографию, микционную цистоуретрографию, УЗИ почек и мочевого пузыря. При необходимости выполнялась компьютерная томография почек, УЗИ с лазерной нагрузкой и статическая нефросцинтиграфия. У всех оперированных больных выполнялась установка внутреннего стента. Стент устанавливался интраоперационно ретроградным путем

под контролем цистоскопа. Для анастомоза использовалась нитка викрил 5/0, у двух пациентов ПДС 6/0. После операции оставлялся страховочный дренаж в ложе почки и уретральный катетер возрастного диаметра в мочевом пузыре. В послеоперационном периоде назначалась стандартная антибактериальная терапия по результатам посева мочи, симптоматическая, инфузионная терапия. Уретральный катетер удалялся на 5 сутки. Мочеточниковый стент удаляли через 1.5–2 месяца. Контрольное обследование проводилось через 5–6 и 12 месяцев после операции, включавшее урографию и УЗИ. Скрининговое УЗИ почек выполнялось каждые 2 месяца после операции.

Результаты Интра- и послеоперационные осложнения, при которых требовалась конверсия, отсутствовали. У двух пациентов отмечалось обострение хронического пиелонефрита на фоне установки внутреннего стента. Длительность операции колебалась от 90 до 150 минут. Послеоперационный период в стационаре составил 5–7 дней. У 28 пациентов отмечалась полная проходимость пиелoureтерального сегмента и контрастирование мочеточника дистальнее анастомоза по данным урографии. По данным УЗИ почек наблюдалось увеличение функционального слоя почки, а так же, улучшение кровотока по данным доплерографии почек. У одного пациента отмечался рецидив гидронефроза, что потребовало повторного стентирования с хорошим результатом, что позволило избежать повторной операции. Эффективность лапароскопической пиелопластики у 28 пациентов составила 96%.

Заключение Таким образом, лапароскопическая пиелопластика у детей демонстрирует прекрасный результат и может являться операцией выбора у пациентов с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ

Демин Н. В.

Центральная детская клиническая больница ФМБА; Кафедра эндоскопической урологии РУДН, Москва, Россия

Введение К скрытому половому члену относится половой член, который визуально выглядит небольшим, но при этом имеет нормальную возрастную длину кавернозных тел и диаметр. Данное состояние может быть врожденным или приобретенным, вызывая чрезмерную тревогу у родителей.

Врожденная форма скрытого полового члена характеризуется: наличием короткой связки, подвешивающей половой член, плотной фиксацией пенильной кожи к более глубоким тканям полового члена, недостаток наружного листка, при избыточно развитом внутреннем листке крайней плоти.

Приобретенные формы скрытого полового члена возникает у старших детей и подростков из-за ожирения и избыточного накопления предлобного жира, скрывающего половой член. Другие факторы, приводящие к возникновению приобретенных форм это наличие су-

женного кольца по внутреннему листку крайней плоти, возникающего из-за рубцевания крайней плоти после выполненного обрезания.

Хирургическому лечению по оригинальной методике подвергались пациенты, имеющие истинно скрытый половой член, так как при данной форме имеются анатомические предпосылки к возникновению данной проблемы.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения детей с истинно скрытым половым членом.

Материалы и методы С 2009 по 2015 год нами было прооперировано 19 детей с истинно скрытым половым членом. Возраст детей составил от 6 месяцев до 5 лет. Операция выполнялась с применением оптического увеличения, микрохирургического инструментария и рассасывающегося шовного материала. Выполнялся окаймляющий разрез вокруг головки полового члена,

декутанезация. Если после не происходило выведение полового члена, то связка, подвешивающая половой член частично пересекалась и в максимально выведенном положении половой член фиксировался за белочную оболочку на 9, 3 и 6 часах условного циферблата, рассасывающейся ниткой vicryl 4/0 или 5/0. Устанавливался уретральный катетер возрастного диаметра в мочевой пузырь. На член накладывалась компрессионная повязка.

Результаты У пролеченных детей не отмечалось каких-либо хирургических осложнений и рецидивов. Увеличение длины полового члена наблюдалось у всех пролеченных пациентов.

Заключение Таким образом, использование оригинальной методики в лечение истинно скрытого полового члена позволяет получить превосходный функциональный и косметический результат, избежав осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПО ONLAY-TUBE И ДВУХЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ BRACKA

Демин Н. В.

Центральная детская клиническая больница ФМБА; Кафедра эндоскопической урологии РУДН, Москва, Россия

Введение Наиболее частой патологией полового члена у мальчиков несомненно является гипоспадия. Частота возникновения данной патологии, по данным различных авторов, увеличивается и составляет 1:125. Проксимальная гипоспадия встречается реже с частотой 1:1200 новорожденных мальчиков.

Оперативное лечение проксимальных форм гипоспадии представляет задачу более сложную, чем дистальных. Так как помимо перемещения наружного отверстия мочеиспускательного канала на верхушку головки полового члена, необходимо распрямить кавернозные тела, устранить дисплазированные ткани, которые могут привести к вторичному искривлению в более старшем возрасте.

В зависимости от опыта хирурга и предпочтении хирургическая коррекция проводится либо с использованием одноэтапных, либо двухэтапных методик.

Цель исследования Улучшение результатов оперативного лечения проксимальных гипоспадии.

Материалы и методы За период с 2009 по 2016 гг. было прооперировано 59 пациентов с данной патологией. Возраст пациентов составил от 5 месяцев до 17 лет. Пациентов с члено-мошоночными и мошоночными формами гипоспадии было 40, с промежностной 12. В данную группу были включены пациенты с первичной гипоспадией, не оперированной ранее. По методике Onlay-tube было оперировано 38 пациентов, Bracka 14 больных. Всем пациентам перед операцией назначались гормо-

нальные мази на головку полового члена и крайнюю плоть для увеличения запасов пластического материала. В обеих группах для ушивания тканей использовался ПДС 7.0. Мочевой пузырь катетеризировался уретральным катетером возрастного диаметра. При двухэтапных операциях по методике Bracka, после фиксации свободного лоскута давление на него оказывалось с помощью специального «пелота» с целью приживления. Вторым этапом проводился через 5–6 месяцев.

Результаты В группе пациентов, оперированных по одноэтапной методике отмечалось 10% осложнений. В числе этих осложнений были свищи, дивертикулы уретры, смегмальные камни. Определенный процент пациентов потребовал второго этапа, так как им удалось сформировать уретру только до венечной борозды или же размеры головки полового члена были недостаточны для замыкания.

Пациенты, оперированные по двухэтапной методике имели около 4% осложнений. В подавляющем большинстве это были свищи уретры. Всем пациентам оценивались уродинамические характеристики, которые показали большую среднюю скорость мочеиспускания у пациентов после операции Bracka.

Выводы Таким образом, использование двухэтапных методик для коррекции проксимальных форм гипоспадии, позволяет получить меньший процент осложнений и лучшие уродинамические характеристики.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Денис А. Г., Абушкин И. А., Румянцев В. А., Галиулин М. Я., Иванова Н. А., Лапин В. О., Бревдо Ю. Ф.

Тверской государственной медицинской университет, г. Тверь; Южно-уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск; Тверская областная детская клиническая больница, г. Тверь; Челябинская областная детская клиническая больница, г. Челябинск

Актуальность: Младенческая гемангиома (МГ) относится к доброкачественным сосудистым опухолям исходящие из гиперплазированного эндотелия. Частота распространения МГ составляет до 12%. Локализуется МГ преимущественно (60–80%) в области головы/лица и шеи. При этом не менее 10% гемангиом в этой области носит

деструктивный характер на фоне изъязвления, что приводит к потере органа (губы, ушная раковина, нос), формированию уродства и создает большую психологическую проблему для родителей, а в последующем и для ребенка.

Цель: улучшение результатов лечения МГ в области головы и шеи.

Материалы и методы: Показанием к лечению были МГ с риском развития осложнений, в стадии пролиферации с быстрым ростом, в стадии персистенции с уже сформированным косметическим дефектом. Остальных детей с МГ просто наблюдали. В период с августа 2001 г. до мая 2016 г. лечили 1762 ребенка с МГ головы и шеи. Преобладали девочки (74,7%). Для диагностики стадии процесса и контроля эффективности лечения МГ наряду с общепринятыми методами (фотоконтроль, ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием) изучали локальную гемодинамику с помощью тепловидения, чрескожного измерения напряжения кислорода, спектроскопии. Первая группа – 705 детей проведена бесконтактная и внутритканевая термотерапия МГ с помощью полупроводниковых лазеров, с длиной волны излучения 970 и 1060 nm. Вторая группа – 592 ребенка принимали энтерально препарат «Анаприлин 10 мг», действующее вещество пропранолол. 468 детей с выраженным кровотоком в гемангиоме лечили комбинированно «Анаприлин» в сочетании с лазерной термотерапией (третья группа). Группы были идентичными ($X^2 < 3,841$) и отличались только методом лечения.

Результаты: Лазерная монотермотерапия МГ головы и шеи (первая группа) – стойкая инволюция МГ у 99,4% детей (достоверность различий со второй группой $p < 0,01$); отличные и хорошие результаты (косметического дефекта нет) – 94,2%, удовлетворительный результат (остался косметический дефект) – 5,8% пациентов. Монотерапия пропранололом (вторая группа) – стойкая инволюция МГ у 46,8%, отличные и хорошие результаты – 93,8%, удовлетворительный результат – 6,2% детей. Комбинированное лечение (третья группа) – стойкая инволюция в 99,4% (достоверность различий со второй группой $p < 0,01$), отличные и хорошие результаты – 97,5%, удовлетворительный результат – 2,5%. Удовлетворительные результаты обусловлены уже имеющимся косметическим дефектом на момент начала нашего лечения.

Выводы: Подход к лечению МГ головы и шеи должен быть дифференцированным, с учетом локализации, распространенности, стадии процесса и параметров локальной гемодинамики. Комбинированный метод лечения показан при выраженной локальной гемодинамике в МГ и позволяет у данных больных в 97,5% достигнуть отличный и хороший результат.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дженалаев Д. Б., Біләл Р. Ә., Рустемов Д. З.

Филиал КФ «УМС» Национальный научный центр материнства и детства. Республика Казахстан, г. Астана

Врожденная обструкция двенадцатиперстной кишки составляет до 50% всех атрезий кишечника и является довольно распространенной хирургической проблемой у новорожденных. Среди всех пороков развития верхних отделов желудочно-кишечного тракта дуоденальная непроходимость встречается наиболее часто – от 1:10000 до 1:6000 новорожденных.

Лечение дуоденальной непроходимости состоит в хирургической коррекции порока, целью которой является восстановление проходимости верхнего отдела желудочно-кишечного тракта путем создания межкишечного анастомоза. В последнее время все чаще в коррекции врожденных пороков развития стали применяться малоинвазивные, эндовидеохирургические методы лечения.

Цель: провести сравнительный анализ результатов лечения детей с врожденной атрезией двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: в условиях нашего центра с 2015 г. стали проводиться лапароскопические вмешательства при врожденных пороках развития у новорожденных. Мы провели сравнительный анализ 23 пациентов с дуоденальной атрезией, которым проводились открытые (17 пациентов) и эндовидеохирургические операции (6 пациентов). Техника лапароскопического ромбовидного анастомоза Кимура не отличалась от таковой, применяемой при открытой операции. Технология эндоскопического анастомоза Кимура заключалась в использовании отдельных

швов (PDSII 5–0), накладываемых первоначально на заднюю и затем на переднюю стенку дуоденального соустья. В случаях обнаружения кольцевидной поджелудочной железы анастомоз перекидывался в виде «моста» над зоной эктопированной железистой ткани, образуя своеобразный дуоденальный байпас, обеспечивающий транзит дуоденального содержимого в обход сужения.

После проведения оперативного вмешательства пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течении в течении 4 суток, энтеральная нагрузка начата с 5 суток. Дети получали парентеральное питание, инфузионную и антибактериальную терапию, выписаны из стационара на 10–12 сутки.

Результаты и обсуждения: через 6 месяцев после операции дети поступили для планового обследования. Состояние детей удовлетворительное, жалоб не предъявляют. При проведении рентгенконтрастного исследования ЖКТ пассаж контраста удовлетворительный, на УЗИ расширения двенадцатиперстной кишки не определяется.

Исследование показало, что лапароскопическая хирургия является эффективным методом лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных, преимуществом которой является превосходная визуализация и сохранение целостности мышц передней брюшной стенки. Детализация анатомии и панорамный вид обеспечили преимущества лапароскопии, которые выразились в виде сокращения длительности оперативного вмешательства,

быстрого восстановления функции пищеварения и сокращения длительности пребывания пациента в стационаре.

Таким образом, проведенный анализ данных свидетельствует о том, что эндовидеохирургический метод

коррекции дуоденальной атрезии в настоящее время является весомой альтернативой открытым операциям, а имеющийся практический опыт диктует необходимость его широкого внедрения в клиническую практику.

РОЛЬ ПОЗИЦИИ СТОПЫ В ГЕНЕЗЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Домарёв А. О., Крестьяшин В. М., Крестьяшин И. В., Гришин А. А.

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

Боль в нижних конечностях нетравматического генеза является полиэтиологичным симптомом у детей и встречается до 40–50% среди жалоб в различных периодах детства.

Цель: выявить дифференциально-диагностические критерии болевого синдрома с локализацией в дистальных отделах нижних конечностей у детей, оптимизировать диагностические и лечебные процедуры.

Проанализировано 182 клинических случая у детей в возрасте от 2-х до 12 лет, обратившихся к ортопеду по поводу болей в стопе и голени. Направляющими диагнозами являлись: плоскостопие, «боли роста», артралгии, миалгии, остеохондропатии, транзиторный синовит, бурситы, артриты, ангиопатии, «маршевые» переломы, новообразования.

Методы исследования: клинические тесты, антропометрические исследования, биохимический статус, рентгенография, сонография с доплеровским сканированием, КТ, МРТ. Для консультаций и интерпретации исследований привлекались педиатры, неврологи, генетики.

В случаях отсутствия деструктивных и пролиферативных изменений, выявлена определенная закономерность, а также зависимость характера и топика болей от преморбидного фона: анатомическая предрасположенность (различные варианты статической дисфункции), изменение сосудистой перфузии, гипермобильность суставов, повышенная физическая нагрузка. Не выявлена прямая зависимость болей от динамики роста конечности, в связи с чем представляется возможным рекомендовать заменить термин «боли роста» на иной, более соответствующий этиологии.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Донской Д. В., Ионов Д. В., Соловова В. П., Коровин С. А., Соколов Ю. Ю.

Российская медицинская академия последипломного образования; Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 508 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, поступивших в детскую городскую клиническую больницу св. Владимира и детскую городскую клиническую больницу им. З.А. Башляевой за период с 2005 по 2015 годы. Возраст пациентов составил от 8 месяцев до 14 лет. Сроки поступления в стационар варьировали от 3-х часов до 2 месяцев от момента попадания инородного тела в ЖКТ. Учитывая многолетний опыт работы и проведенные исследования, нами предложено распределение инородных тел, основанное на их индивидуальных свойствах, способных оказывать различное патологическое воздействие на организм пациента. В дополнение к существующим классификациям по локализации, R-контрастности и количеству, мы разделили инородные тела ЖКТ по динамике продвижения: мигрирующие, свободные, фиксированные и по патологическому воздействию на стенку органа:

– Инертные инородные тела (ИИТ), не оказывающие выраженного патологического действия на стенку

органа – монеты, мелкие игрушки, клипсы, стеклянные и металлические шарики и т. д.

- Химически активные инородные тела (ХАИТ), вызывающие химические и гальванические ожоги вплоть до образования перфораций стенки органа – батарейки таблеточного типа.
- Физически активные инородные тела (ФАИТ), оказывающие выраженное физическое (компрессионное) воздействие на стенку органа – магниты.
- Механически активные инородные тела (МАИТ), оказывающие повреждающее механическое воздействие на стенку органа – иголки, булавки, саморезы и т. д.
- Инородные тела с комбинированным воздействием (ИТКВ) оказывающие механическое (обтурация) и химическое воздействие на стенку органа – безоары.

На основании предложенной систематизации мы определяли сроки и способы удаления инородных тел ЖКТ. Показаниями к эндоскопическому удалению ино-

родных тел, находящихся выше дуодено-еюнального перехода, служили их фиксация или отсутствие продвижения по желудочно-кишечному тракту в течение 24 часов. При наличии инородных тел, фиксированных ниже дуодено-еюнального перехода, выполняли лапароскопию,

в ходе которой удаляли инородные тела и восстанавливали целостность кишечной стенки. В случаях развития острой кишечной непроходимости и клиники разлитого перитонита полный объем хирургического лечения возможен только в ходе срединной лапаротомии.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Доронин Ф. В., Минаев С. В., Быков Н. И., Тимофеев С. В., Герасименко И. Н., Романеева Н. В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

При реабилитации детей с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) ликвидация рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений является одной из главных и трудно решаемых задач. Хирургические методы лечения не всегда дают желаемый результат. Диспансерное наблюдение за больными с ВПГ, как правило, проводится по месту их жительства врачами-педиатрами общей практики без использования современных диагностических и терапевтических технологий.

Нами разработана и внедрена система диспансерного контроля за детьми с ВПГ в условиях хирургического стационара, включающая комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Основу диагностического комплекса, помимо традиционного клинико-лабораторного обследования, составляют регулярные эндоскопические (ЭГДС) и доплерографические (УЗДГ сосудов портальной системы) исследования, позволяющие наиболее объективно оценивать результаты проводимого лечения и прогнозировать дальнейшие

изменения портальной гемодинамики. Лечебный комплекс, включает в себя флеботропную терапию (детралекс), сопутствующую антацидную (квamatел, фосфалюгель) терапию и, компрессионное бинтование живота. Контрольные госпитализации проводятся с периодичностью 2-4-6-12мес. и далее ежегодно с момента первого обращения.

В настоящее время активную диспансеризацию проходят 84 ребенка, из них у 40 – ранее выполнены операции порто-системного разобщения, у 44 – проводилось этапное лечение по разработанной схеме. Сроки наблюдения составляют от 2-х до 18 лет.

Многолетнее диспансерное наблюдение за детьми с ВПГ показало, что наилучшие результаты в плане ликвидации пищеводно-желудочного варикоза, развития «полезных» коллатералей и улучшения портопеченочного кровотока получены в группе больных, у которых мероприятия лечебного комплекса дополняли различные хирургические вмешательства.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Жидовинов А. А., Пермьяков П. Е., Пирогов А. В.

Астраханский государственный медицинский университет

Под понятием гидронефроз подразумевается стойкое и прогрессивно нарастающее расширение лоханки и чашечек, сопровождающееся нарушением эвакуации мочи из почки, которое обусловлено препятствием, возникающим в результате органического или функционального поражения мочевых путей, что в дальнейшем ведет к вторичной атрофии почечной паренхимы.

Цель: Оптимизация хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей с использованием эндоскопических методов коррекции.

Материалы и методы: За период с 2013 по 2015 гг. в хирургическом отделении ОДКБ им. Н.Н. Силищевой г. Астрахани находилось на лечении по поводу гидронефроза 68 детей. Возраст поступивших на лечение детей составил от 2 месяцев до 16 лет, при этом преобладают мальчики – 41 (60,3%), девочек было 27 (39,7%). Основным методом диагностики являлась экскреторная урография или компьютерная томография с контрастированием.

У всех пациентов (100%) процесс был односторонним, в 22 случаях (32%) отмечалось поражение правой почки, в 46 (68%) – левой. Характер оперативного вмешательства был следующим: пластика лохано-мочеточникового сегмента составила 63 случая (92,6%). В 5 (7,4%) случаях функция почки была признана нежизнеспособной, все связи с чем выполнена нефрэктомия.

Для эндоскопической коррекции использовалась стержневая оптика 30' (HOPKINS II) 4 мм, 18 см.

Результаты: Оперативное вмешательство проводилось путем эндовидеоскопической коррекцией лохано-мочеточникового сегмента. Операция выполнялась по методу Андерсена-Хайнса. Интраоперационная ревизия почек позволила выявить следующие причины гидронефротической трансформации: истинный стеноз лохано-мочеточникового сегмента – 39 (58%), нижнеполярные сосуды – 11 (16%), периуретеральные эмбриональные спайки – 9 (13%), высокое отхождение

мочеточника – 9 (13%). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Отдаленные результаты (от 6 мес. до 3 лет) не выявили обострений вторичного пиелонефрита и клинико-рентгенологического прогресса гидро-нефротической трансформации.

Выводы: Эндовидеоскопическая коррекция гидро-нефротической трансформации является малотравматичной, что позволяет добиться положительного результата. Эндовидеоскопическое вмешательство является методом выбора коррекции данной патологии.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Журило И.П., Черногоров О.Л., Жиронкина В.К., Сергиенко М.В., Толкач Н.С.

Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой, г. Орел

Цель: обобщение собственного опыта лапароскопических вмешательств у детей с гинекологической патологией и оценка результатов лечения.

За период с 2010 по 2016 год в хирургическом отделении нашей клиники находилось на лечении 115 больных с различными формами гинекологической патологии брюшной полости (кисты, апоплексии яичников, кистомы, перекруты придатков и др.) Возраст больных от 1 месяца и до 17 лет, включительно, из них 22 девочки до 13 лет. 8 детей поступали в клинику в удовлетворительном состоянии для выполнения планового оперативного вмешательства, остальные в ургентном порядке, в состоянии средней степени тяжести. Давность заболевания на момент поступления составила от 1 часа и более. 9 детей госпитализированы в клинику и оперированы по поводу острого аппендицита, однако интраоперационно у этих пациентов обнаружена сопутствующая гинекологическая патология, которая была оперативно разрешена. Всем детям оперативные вмешательства выполнялись лапароскопически, конверсий и осложнений не было. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 10,1 койко-дня. Максимальный

срок пребывания в стационаре составил 34 койко-дня у ребенка 1 месяца с кистой левого яичника больших размеров и сопутствующим диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение головного мозга II ст., синдром угнетения, врожденный ВПС (дефект в аневризме МПП, НК0). Оценивая результаты лечения следует указать, что с выздоровлением выписалось 104 ребенка (90,4% от общего числа оперированных больных). Оставшиеся дети выписаны с улучшением. Эти пациенты требовали наблюдения и дальнейшего лечения под контролем гинеколога по месту жительства.

В последние 5 лет мы перешли на 100% лапароскопический доступ при гинекологической патологии у детей. Такой подход способствует адекватной визуализации патологического процесса в малом тазу, значительно уменьшает травматичность оперативного вмешательства и сокращает продолжительность реабилитационного периода. Кроме того, данные катамнестического наблюдения за оперированными больными свидетельствуют об отсутствии послеоперационных осложнений, встречающихся при открытых оперативных вмешательствах и связанных с проявлениями спасечной болезни.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Журило И.П., Толкач А.К., Толкач Н.С.

Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой, г. Орел

Цель настоящей работы – оптимизация диагностики и тактики лечения при полипах и полиповидных образованиях пищевода у детей.

С 2014 по 2016 годы в НКМЦ им.З.И. Круглой находилось на лечении 127 детей с полипами и полиповидными образованиями пищевода, Возраст пациентов составил от 1 года до 17 лет. Мальчиков было 72, девочек – 55. Диагностика данной патологии осуществлялась на основании клинических проявлений, данных ЭФГДС и результатах гистологического исследования биопсийного материала. Начальным симптомом заболевания в большинстве случаев являлась боль, которая локализовалась в эпигастральной области и появлялась после приема пищи. В дальнейшем болевой синдром приобретал постоянный характер. Следует подчеркнуть, что в от-

дельных случаях опухолевидные образования пищевода, даже при крупных размерах, длительное время не давали клинических проявлений и явились случайной находкой при выполнении ЭФГДС. Размеры выявленных полипов и полиповидных образований колебались от 0,5 до 1,5 см. Полипы пищевода имели широкое основание, папилломы – узкое. Окраска полипов варьировала от бледно-розовой до ярко-красной, в ряде случаев на прилежащих к образованиям участках слизистой имелись эрозивные изменения с налетом фибрина. Консистенция образований чаще была эластичной. При обнаружении полиповидных образований в обязательном порядке проводилась биопсия с последующим гистологическим исследованием. Лечение начинали с консервативной противовоспалительной антацидной терапии, а при выявле-

нии *h.pylori* назначали антихеликобактерные препараты. Через 3–6 месяцев после окончания курса комплексного лечения у 54 детей (42,5%) отмечена полная регрессия полипы и уменьшение воспалительных изменений со стороны слизистой пищевода. У 22 пациентов, в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения, выполнены полипэктомии. Все оперативные вмешательства проводились эндоскопическим способом под общим обезболиванием с использованием: фиброэзофагогастродуоденоскопа «Pentax» FG29VA113873, диатермокоагулятора

«ERBE ICC 200», диатермокоагуляционной петли, зонда или биопсийных щипцов. Гистологическое исследование выявило железистые полипы у 18 детей, плоскоклеточную папиллomu – у 4 детей. При контрольных ЭФГДС рецидивов не отмечено. В настоящее время 51 пациент с полипами пищевода находится под наблюдением и/или получают консервативное лечение.

Учитывая высокую эффективность консервативного лечения, оправдана выжидательная тактика при определении показаний к оперативному лечению.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Завьялкин В. А., Барская М. А., Варламов А. В., Быков Д. В., Кузьмин А. И., Бородин Р. В., Родионов В. Г., Шухина М. И., Фролова Ю. В., Терехина М. И.

Самарский государственный медицинский университет, Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина

Цель исследования. Улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита у детей с помощью оптимизации терапии.

Материал исследования. Обследовано 269 детей в возрасте от 1 до 15 лет с распространенным гнойным перитонитом, находившихся на лечении в детских хирургических отделениях г. Самары с 2001 по 2016 год. В основную группу вошли 179 детей, у которых применялась оптимизированная патогенетическая терапия. Все дети основной группы получали нутритивную поддержку (трофическое питание), в хирургическом лечении использовалась лапароскопическая санация брюшной полости. Комплексное обследование включало изучение динамики уровня лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации, СОЭ, температуры, общей концентрации альбумина, уровня трансаминаз, С-реактивного белка, уровня прокальцитонина. Разработаны рекомендации детям, перенесшим распространенный гнойный перитонит включающие в себя не только диету и длительную противоспаечную терапию, но и лечение, направленное на предупреждение эндотелиальной дисфункции в последующем. У 48 пациентов перенесших распространенный перитонит проведено исследование комплекса интим-медиа в проекции базилярной плечевой и бедренной артерий

Результаты: сравнивая показатели основной и контрольной групп, выявили более быстрое снижение симптомов интоксикации (лейкоцитоза, ЛИИ, температуры тела, С – реактивного белка, РСТ), исчезновение энтеральной недостаточности, восстановление белково-синтетической функции печени, уменьшение цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов в основной группе. Обнаружено значимое увеличение комплекса интим-медиа крупных сосудов у всех пациентов перенесших перитонит. У детей, выполнявших в дальнейшем специализированные рекомендации, через 3 года выявлена нормализация данного показателя, в отличие от пациентов, не получавших данную терапию.

Выводы: Оптимизация лечения распространенного гнойного перитонита у детей и внедрение лапароскопической санации брюшной полости позволило добиться улучшения результатов терапии распространенных гнойных перитонитов у детей. Выявлено, что у пациентов перенесших распространенный перитонит имеются признаки эндотелиальной дисфункции (соответственно у них высок риск развития сосудистой патологии). Разработанные клинические рекомендации уменьшают развитие признаков эндотелиальной дисфункции.

УРОФЛОУМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Заугарова К. М., Киреева Н. Б., Хафизова Л. А., Заугаров М. Ю.

ГБОУ ВПО «НижГМА», ГБУЗ НО «НОДКБ», г. Нижний Новгород

Введение. Комплексное уродинамическое исследование, включающее проведение урофлоуметрии, используется для диагностики различных расстройств мочеиспускания и оценки результатов лечения пациентов с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП), энурезом, гипоспадицей, инфравезикальной обструкцией (ИВО). Данное обследование применяется в клинике детской хирургии НижГМА на базе хирургического отделения НОДКБ с 1993 года.

Цель: провести оценку данных урофлоуметрии для определения количества и типа нарушений мочеиспусканий у урологических больных.

Материал и методы. Исследование выполнялось на аппаратах «Рельеф» (производство г. Казань) до 1998 года, «Nicki» (производство Канада) с 1994 г. по настоящее время, «Delphis Laborie» (производство Канада) с 2006 г. по настоящее время. Проведена оценка 463 урофлоу-

грамм у 450 детей в возрасте от 4 до 17 л. (средний возраст – 8 л.), из них девочек было – 273 (59%), мальчиков – 190 (41%). Все расстройства мочеиспускания были разделены на 4 типа по виду кривых: нормальная кривая в виде перевёрнутого купола, мочеиспускание типа «стакато» у пациентов с детрузорно-сфинктерной диссинергией (ДСД), стремительное – при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП), обструктивная кривая при ИВО.

Результаты. На урофлоуметре «Рельеф» было оценено мочеиспускание 75 детей, из них 52 девочек (69%) и 23 мальчиков (31%). Нормальное мочеиспускание выявлено у 49 детей (65%), отклонения от нормы – у 26 человек (35%). Из них прерывистый тип мочеиспускания – у 20 детей (27%), стремительный – у 3 (4%), обструктивный – у 3 (4%). На аппарате «Nicki» оценены данные урофлоуметрии у 335 детей – 198 девочек (59%) и 137 мальчиков (41%). Получены результаты: нормальная кривая – у 226 детей (68%), патология мочеиспускания –

у 109 (32%). Из них прерывистый тип мочеиспускания отмечен у 78 человек (23%), стремительный – у 16 (5%), обструктивный – у 15 детей (4%). На аппарате «Delphis Laborie» проведена оценка данных у 53 детей, из них у 30 девочек (57%) и 23 мальчиков (43%). Нормальное мочеиспускание было у 31 ребенка (58%), расстройства мочеиспускания выявлены у 22 детей (42%). Из них прерывистое мочеиспускание имело место у 11 человек (21%), стремительное – у 8 (15%), признаки ИВО – у 3 (6%). На аппарате «Delphis Laborie» дополнительно оценивали скорость потока на 2 секунде и ускорение потока, что позволило уточнить характер патологии.

Выводы:

1) у трети детей с урологическими заболеваниями были нарушения мочеиспускания по результатам урофлоуметрии,

2) в структуре патологии преобладали прерывистый (до 27%) и стремительный (до 15%) типы мочеиспускания.

РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОСТОМ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Захаров А. И., Коварский С. Л., Струянский К. А., Склярова Т. А., Текотов А. Н., Соттаева З. З., Петрухина Ю. В., Агеева Н. А.

ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова г. Москва; РНИМУ им. Н. И. Пирогова г. Москва

Гидронефроз в детском возрасте остаётся одним из самых частых заболеваний хирургического профиля, являющийся причиной нарушения функции почек. Частота встречаемости составляет 1: 500, 1: 800. Современные эндохирургические методы лечения первичного гидронефроза у детей приобретают все больше сторонников. Наибольшее распространение, в настоящее время, получил трансперитонеальный доступ к почке, однако нет существенных объективных критериев при выборе оптимального доступа.

К примеру, прямой, ретроперитонеоскопический доступ может предложить хирургу ряд преимуществ, отсутствие необходимости мобилизации кишечника или вскрытия брыжейки кишки, прямой доступ к задней поверхности почки или оптимальную визуализацию пиелоретерального сегмента при ротации почки. Предыдущие операции на органах брюшной полости или наличие перитонеального шунта, подвигают к выбору трансперитонеального доступа.

Методы: С 2008 г. по 2016 г. в отделение урологии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова по поводу простого врожденного гидронефроза выполнено 326 эндоскопических операций у 320 детей (91 девочек, 229 мальчик) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, ретроперитонеальный доступ использовался у 26 детей (возраст 25 ± 11 недель).

Ретроперитонеальный доступ начинался в положении больного на боку, путем искусственного формирования паранефрального рабочего пространства в поясничной области. После установки трех троакаров – с 10 мм оптикой и двух 3 мм манипуляторов, мобилизовывался пиелоретеральный сегмент и выполнялась частичная резекция лоханки с продольным рассечением мочеточ-

ника (принцип Anderson – Hynes). Пиелоретеральный анастомоз накладывался с помощью непрерывного шва нитью PDS 6–0. Дренирование осуществлялось путем антеградной установки JJ – стента. Продолжительность операции составила 150 ± 40 минут. Контрольное УЗИ проводилось на 2 и 5 сутки после операции. Уретеральный стент удалялся через 6–8 недель после операции. Продолжительность госпитализации составила 5–7 дней.

Результаты: Дальнейшее наблюдение за детьми осуществлялось на уровне амбулаторного урологического центра. Кратность обследования составила 1-3-6-12 месяцев. Анализ лабораторных данных подтвердил отсутствие инфекционных осложнений. При УЗИ у всех детей отмечено сокращение размеров ЧЛС, при доплерографической оценке внутривисцерального кровотока признаков его ухудшения не зарегистрировано, сохранность почечной функции подтверждена и данными радиоизотопной ренографии. Результаты обследования демонстрируют адекватный пассаж мочи через пиелоретеральный сегмент и могут быть расценены как хорошие.

Заключение: Несмотря на недостаточное количество наблюдений и невозможность пока сравнительной оценки эффективности ретроперитонеального и трансперитонеального доступа при простом врожденном гидронефрозе у детей, можно сделать вывод о сопоставимости результатов лечения. Отсутствие травматизации органов брюшной полости и угрозы мочевого затека в брюшную полость делают ретроперитонеальный доступ при лапароскопическом лечении врожденного гидронефроза наиболее оптимальным, особенно у детей младшего возраста.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Злобин С. Б., Ситко А. Л., Ларкин И. И.

Городская детская клиническая больница № 3, г. Омск

Несмотря на существующую систему раннего выявления сколиотических деформаций позвоночника, основной контингент оперированных больных составляют дети с III–IV степенью сколиоза, зачастую с запущенными формами деформаций.

Это объясняется большой частотой быстро прогрессирующих форм этого заболевания, а также большой сложностью прогнозирования возможной динамики сколиоза у детей, которая до настоящего времени основана, в основном, на клиническом опыте врача и длительном динамическом наблюдении нарастания деформации.

Цель исследования: внедрить компьютерную программу, которая позволит врачам на ранних стадиях сколиоза прогнозировать характер возможной прогрессии деформации позвоночника у детей и на основании этого выбрать адекватную тактику лечения.

Содержание исследования: нами совместно с математиками и программистами ОмГТУ создана компьютерная программа, за основу которой взято геометрическое мате-матическое моделирование многопараметрических процессов сколиотической деформации позвоночника у детей и подростков. Данная программа основана на массиве паспортных и анкетных данных. Анкетная часть состоит из 65 вопросов, в которые входят данные клинико-генетического и физикального исследований, анамнеза, результатов р-логических, МРТ и МСКТ, оцениваемых по 10-балльной прогностической значимости для оценки прогрессирования сколиоза.

Программа позволяет:

- 1) проводить детальное тестирование больного с возможностью удаления и изменения анкетных данных;

- 2) вести автоматизированный банк данных пациентов;

- 3) вести статистическую отчетность внесенных данных.

Также позволяет выявлять ранние стадии сколиотических деформаций позвоночника у детей, позволяющая, в результате первичного ортопедического обследования пациента, установить степень тяжести развития локализации деформации позвоночника и, соответственно, правильно определять прогноз и процесс развития сколиотического заболевания и характер лечебных пособий.

Разработанная программа компьютерно-математического моделирования позвоночника с целью прогнозирования течения сколиоза апробирована в течение 5 лет в работе Омского городского детского вертебрологического центра БУЗОО «ГДКБ № 3» клиники кафедры детской хирургии ОмГМА. В основу математического и компьютерного анализа положены результаты обследования и динамического наблюдения 486 детей с нарушениями осанки и сколиозом различных степеней. Прогностическая значимость разработанной программы выявления возможной прогрессии деформации позвоночника составила: при I–II степенях сколиоза – 92,5%, при III степени – 96,2%, при IV степени – 98,9%.

Заключение. Таким образом, использование компьютерно-математического прогнозирования позволяет уже при первичном осмотре ребенка с нарушениями осанки или сколиозом выявить возможный характер динамики сколиоза, рекомендовать адекватную лечебную тактику и своевременно определить показания к хирургической коррекции.

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕНА У ДЕТЕЙ

Зорин В. И., Жила Н. Г.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Цель: Провести анализ эффективности диагностики повреждений коленного сустава у детей.

Материалы: Проведен анализ группы пациентов, проходивших стационарное обследование и лечение с травмой коленного сустава – 84 ребенка, средний возраст 13 лет. Структура: ранения – 15 (17%), закрытые внутрисуставные повреждения с давностью до 1 месяца – 51 (60%), травмы давностью более 1 месяца – 13 (15%), застарелые повреждения, сочетающиеся с патологией нетравматического характера – 5 (0,06%). Проведен

анализ данных клинического обследования, рентгенографии, УЗИ, КТ, МРТ коленного сустава. В качестве основного лечебно-диагностического мероприятия проводилась артроскопия.

Результаты: В группе закрытых повреждений и их последствий – 69 детей в 29 (42%) случаях отмечалось несоответствие диагноза при поступлении заключительному. Отсутствие специфической клинической симптоматики заключительному диагнозу отмечено у 15 (22%) детей. УЗИ у 42 пациентов показало ложноположительную сим-

птоматику, не соответствующую данным артроскопии, в 17 (40,5%) случаях. Для рентгенографии указанное несоответствие отмечено в 3 (4,3%) случаях. СКТ проведено 5 пациентам с суставной костной травмой, во всех случаях изменения подтверждены. Анализ результатов МРТ в 7 (77%) из 9 наблюдений выявил описания повреждений, которые не нашли своего подтверждения при артроскопии. Артроскопия проведена 58 детям, в 8 (14%) случаях тяжесть внутрисуставных повреждений не превышала разрыва синовиальной оболочки, при этом на предоперационном этапе результаты обследования указывали на грубую патологию. В остальных случаях диагностированы более тяжелые повреждения, в 32 (64%) случаях из 50 диагностированы множественные травмы в виде повреж-

дений покровного хряща, внутрисуставных переломов, повреждений связок, менисков. В 19 (38%) наблюдениях имелись суставные повреждения, характерные для вывиха надколенника в виде его остеохондральной травмы, и повреждения наружного мыщелка бедра, у 12 (24%) детей отмечены разрывы менисков, в 7 (14%) случаях разрыв ПКС, у 4 (8%) детей выявлен перелом межмышцелкового возвышения. В остальных случаях имелась гипертрофия синовиальных складок и жирового тела.

Заключение: артроскопия остается наиболее объективным методом диагностики повреждений коленного сустава и указывает на целесообразность разработки догоспитальных, диагностических алгоритмов в оказании помощи детям с суставной травмой.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОГО РЯДА И НЕФРОСКЛЕРОЗА ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ

Зоркин С. Н., Шахновский Д. С.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс является главной причиной ХПН у детей, которая обусловлена склерозированием почечной паренхимы. Но не у всех детей с ретроградным забросом мочи возникает повреждение почечной паренхимы, а только в 30–60% всех случаев ПМР. Можно ли предугадать прогрессирование нефросклероза у таких пациентов?

На сегодняшний день нам известно, что возникновение очагов склерозирования является иммуногенно обусловленным, т.к. риск склерозирования напрямую связан с интенсивностью постинфекционного воспалительного ответа. Модуляция уровня воспалительного ответа осуществляется с помощью цитокинов. Цитокины представляют собой регуляторные пептиды с различными функциями, уровень экспрессии которых зависит от полиморфизмов в регуляторных участках генов. Полиморфизм генов цитокинового ряда может приводить как к снижению, так и к повышению уровня их экспрессии.

По данным последних исследований, известно, что ряд однонуклеотидных полиморфизмов трансформирующего фактора роста бета (TGF- β 1), интерлейкина 6 (IL-6), интерлейкина 10 (IL-10), интерферона гамма (IFN γ), трансформирующего фактора роста альфа (TNF α) влияют на уровень их экспрессии и, как следствие, концентрацию данных цитокинов в плазме крови. Также доказана ассоциация данных полиморфизмов с повышенной чувствительностью к развитию склерозирования паренхимы при ПМР, чем можно объяснить развитие нефросклероза только у части детей с этим заболеванием.

По всей видимости, именно эти данные будут основными при прогнозе развития нефросклероза, что позволит выбрать более активную тактику у этих больных. Однако, несомненно, необходимы дальнейшие исследования для выявления других генетических полиморфизмов, влияющих на развитие нефросклероза при ПМР.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПРИ УДВОЕНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Зоркин С. Н., Шахновский Д. С., Акопян А. И., Маликов Ш. Г., Губарев В. И., Сальников В. Ю.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Введение: отсутствие разработанных и описанных техник введения объемобразующих веществ при удвоении верхних мочевых путей, имеющих высокую степень доказательств, свидетельствует о сохраняющейся актуальности данного вопроса.

Цель исследования: целью данного исследования явилась оценка эффективности метода эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса при удвоении верхних мочевыводящих путей

Материалы и методы: с 2010 по 2015 г. мы используем 2 варианта введения объемобразующего вещества. Первый вариант: после предварительного проведения гидродилатации устьев удвоенных мочеточников определялась степень их расширения. При интимном прилегании устьев мочеточников (до 1,5–2 см) – выполнялась методика STING (если гидродилатация не превышала II степень) под устье мочеточника верхнего сегмента (расположенное медиальнее и ниже устья в мочеточник

которого был ретроградный заброс). Если степень гидродилатации была выше II степени, то использовалась техника НИТ или НИТ-2. В тех случаях, когда расстояние между устьями было более 2,0 см – инсуфляция выполнялась только под устье мочеточника нижнего сегмента.

Результаты: результат оценивался после проведения одной инъекции полимера. Полимер был единым для всех детей – Уродекс. Объем введенного препарата варьировался от 0,3 до 1,2 см³ (в среднем 0,77). Эндоскопическая коррекция была проведена 80 пациентам с удвоением верхних мочевыводящих путей. У 10 пациентов удвоение было двусторонним. Всего эндоскопическая коррекция была проведена на 90 мочеточниках. Распределение па-

циентов по степеням было следующим: рефлюкс II степени – 20 мочеточников; III степени: 40 мочеточников; IV степени 20 мочеточников; и V степени: 10 мочеточников. Положительный результат при инсуфляции геля под оба устья составил 67,4%, при введении только под устье рефлюксирующего мочеточника был несколько ниже – 62,8%.

Заключение: эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса при удвоении верхних мочевыводящих путей возможна, обладает несколько низким процентом положительных результатов, что требует разработки более усовершенствованной техники выполнения данного метода лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

НАШ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С УРЕТЕРОЦЕЛЕ ПРИ УДВОЕНИИ СОБИРАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Зоркин С.Н., Борисова С.А., Акопян А.В., Шахновский Д.С., Апакина А.В.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Введение. Выбор тактики ведения больных с удвоением собирательной системы и наличием уретероцеле до сих пор сохраняется неоднозначным. Тренды последнего времени полярны – от малоинвазивных вмешательств в объеме трансуретральной эндоскопической инцизии уретероцеле и просто наблюдения до проведения радикальных операции для исключения повторных вмешательств в последующем.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения больных и целесообразность выполнения первичной эндоскопической инцизии стенки уретероцеле у детей с удвоением собирательной системы и наличием уретероцеле.

Материалы и методы. Оценивались результаты лечения 24 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, находившихся в отделении урологии в период с 2008 по 2014 гг. При анализе учитывались: функциональное состояние паренхимы сегмента, степень дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточника, положение уретероцеле (внутрипузырное или эктопия), наличие рефлюкса со стороны удвоения или с контрлатеральной стороны и их динамика в послеоперационном периоде.

Результаты. В исследуемой группе преобладали девочки (62,5%), эктопия уретероцеле в шейку или уретру выявлена в 7 случаях (29%), рефлюкс в нижний сегмент определялся у 5 детей (21%), функция верхнего сегмента отсутствовала или была значительно снижена у 18 детей (75%), у 6 детей (25%) – была достаточной (по результатам DMSA). Эндоскопическое рассечение стенки уретероцеле оказалось эффективным в 33%, в остальных случаях (67%) в связи с наличием рецидивирования ИМВП (59%), сохраняющимся рефлюксом (30%), дилатацией собирательной системы (24%) – выполнено повторное оперативное лечение – радикальная коррекция, повторные эндоскопические манипуляции не проводились. Ни в одном из случаев при выраженном снижении функции сегмента – эндоскопическое рассечение уретероцеле не привело к появлению или улучшению работы сегмента.

Заключение. Опираясь на полученные результаты и опыт лечения данных пациентов, мы считаем проведение первичного оперативного лечения без трансуретральной пункции стенки уретероцеле более целесообразным, особенно в случае сочетания с эктопией, наличием рефлюкса и нарушением функции сегмента.

ОСОБЕННОСТИ УРОПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Зузова А.П., Тарасов А.А.

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

Цель: оценить структуру возбудителей, уровень резистентности и факторы, влияющие на ее формирование, при хирургических заболеваниях мочевыводящей системы у детей.

Материалы и методы: исследованы клинические образцы (моча), полученные при свободном мочеиспускании и из нефростомы, до диагностических и хи-

рургических манипуляций и после их выполнения. Идентификация микроорганизмов проводилась с использованием общепринятых методик, чувствительность аэробов к антибиотикам – диско-диффузионным методом по рекомендациям МУК4.21890-04.

Результаты: в клинике детской хирургии СГМУ в течение 2014–2015 лет находились на обследовании и лечении

139 пациентов в возрасте от 1 месяца до 14 лет с хроническим пиелонефритом на фоне мегауретера 55 (39,6%), гидронефроза 41 (29,5%), пузырно-мочеточникового рефлюкса 36 (25,9%), мочекаменной болезни 7 (5%). Хирургические вмешательства были выполнены у 79 (56,8%). Количество лейкоцитов (анализ мочи по Нечипоренко) составило от 750 до 3,5–5 тыс. в 1 мл. Бактериурия отсутствовала в 49,8% случаев. Микробиологические исследования проведены у 70 (50,2%) пациентов до (80%) и после (20%) инструментальных исследований и хирургических вмешательств. Положительные результаты получены у 30 (42,8%) пациентов. Выделены штаммы уропатогенов: *E.coly* (ESBL+) – 4 (чувствительность сохранялась к амикацину, фосфомицину), *E.coli* (ESBL-) – 8 (чувствительность к ингибиторозащитным аминопенициллинам, фосфомицину), *Enterococcus spp.* (чувствительность к ванкомицину, амикацину) – 11, *P.mirabilis* – 3 (чув-

ствительность к аминопенициллинам, цефалопоринам), *P.aeruginosa* – 3 (чувствительность к амикацину), *S.aureus* – 2, *S.epidermitis* – 2. Количество лейкоцитов (анализ мочи по Нечипоренко) составило от 750 до 3,5–5 тыс. в 1 мл. Пациенты получали длительную антибактериальную терапию в амбулаторных условиях и предыдущих госпитализациях (макролиды – азитромицин, пенициллины – амоксициллин, цефалоспорины – цефиксим, цефтаксим, цефтриаксон, нитрофураны – фурагин). В условиях стационара назначались цефтриаксон (профилактика и терапия), фурагин (терапия).

Выводы: отсутствие планомерного микробиологического мониторинга в стационаре, широкое и длительное применение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон) сопровождается ростом полирезистентных штаммов энтерококка и *E.coly* (ESBL+) у детей с хирургической патологией мочевыделительной системы.

НАРУШЕНИЕ НЕРЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОНКОЙ КИШКИ

Ибодов Х. И., Икромов Т. Ш., Рофиев Р., Джонгирхонов Л. М.

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, г. Душанбе

Цель исследования. Изучить нарушение нереспираторной функции легких у детей с острыми хирургическими заболеваниями тонкой кишки (ОХЗТК).

Материал и методы исследования. Нереспираторные функции легких (НФЛ) изучено у 85 (81,7%) из 104 больных с синдромом энтеральной недостаточности (СЭН). В возрасте от 1 до 3 лет было 10 (11,8%) больных, 4–7 лет – 23 (27,1%), 8–10 лет – 28 (32,4%) и 11–15 лет – 24 (23,2%). Дети были с инвагинацией кишки (32–37,8%), перфорации тонкой кишки (36–42,4%), ущемленной внутренней грыжи (5–5,8%), заворот тонкой кишки (5–5,8%) и перфорации дивертикулы Мекели (7–8,2%). Детоксикационная функция легких изучена по показателям молекул средних масс (МСМ) и время выживаемости парамедий (ВВП).

Результаты исследования и их обсуждение. На основании сравнительной оценки данных показателей смешанно венозной крови (СВК) и оттекающей артериальной крови (ОАК) у практических здоровых детей (ПЗД) и детей с ОХЗТК синдром нарушений негазообменных функций легких (СННФЛ) разделен на три степени: I ст. компенсированная, показатели НФЛ у больных снижены от 80%

до 60%. II ст. – субкомпенсированная, отклонение ниже 60% или имеется отсутствие разницы показателей, то есть легкие в метаболических процессах не участвуют. III ст. – декомпенсированная, проявляющаяся обратными показателями в СВК и ОАК, по сравнению с показателями НФЛ у ПЗД, то есть порочное нарушение НФЛ. СННФЛ завесили от стадии СЭН, эндогенной интоксикации, осложнений, дегидратации, сепсиса, распространенности и стадии активности воспалительного процесса. У детей младшего (до 7 лет) возраста СННФЛ были более выраженными. СННФЛ I ст. наблюдался у 19 (22,4%), II ст. у 41 (48,2%) и III ст. у 25 (29,4%) больных. У 25 больных с несформированными НКС с III ст. СННФЛ представляют собой крайне тяжелый контингент, у них имеются выраженные проявления синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) с острым воспалительным процессом с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью.

Таким образом, изучение СННФЛ у детей СЭН даст возможность установить степень его нарушения и провести ее коррекцию. Все это способствует прогнозировать и проводить профилактику развития тромбогеморрагических осложнений.

НАРУШЕНИЕ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ И ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Ибодов Х. И., Азизов Б. Дж., Рофиев Р., Давлатов С. Б., Убайдуллоев В. Р.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, г. Душанбе.

Цель работы. Изучить детоксикационную функцию легких у детей с абдоминальным сепсисом и отработать способ её коррекции.

Материал и методы. Детоксикационная функция легких (ДФЛ) изучена у 42 детей с абдоминальным сепсисом (АС). В возрасте от 6 мес. до 3 лет – 7, 4–7 лет –

19 и 8–14 лет – 16 детей. Причиной развития АС были диффузный (14) и разлитой (28) перитонит (вследствие язвенно-некротического энтероколита – у 7, деструктивного аппендицита – у 19 и кишечной непроходимости – у 16 детей). У 13 детей перитонит был в токсической и у 29 – в терминальной стадии. ДФЛ изучен по показателям массы средних молекул (МСМ), время выживаемости парамеций (ВВП), перекисного окисления липидов (ПОЛ), малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной защиты (АОЗ) по супероксиддисмутазы (СОД) и аскорбиновой кислоты (АК) в смешанно-венозной (СВК) и оттекающей артериальной крови (ОАК). Больные в зависимости от характера проводимой коррекции ДФЛ разделены на две группы. I группа (контрольная) – 20 больных, которым проводились традиционные способы инфузионной терапии (10% глюкоза, раствор Рингера, реополиглюкин) и II группа (основная) – 22 детей, которым в коррекции ДФЛ применялись – сорбиакт, реосорбиакт, реамбирин, раствор Рингера и 10% глюкозы 1:1.

Результаты и их обсуждение. У всех больных при поступлении наблюдались метаболические изменения на ЭКГ, тахикардия (ЧСС – 132 ± 15 уд. в мин) и одышка (ЧД – 62 ± 6 дых. движения в мин), увеличение PCO_2 до $52 \pm 4,3$ мм рт. ст. У 36 больных отмечалось поражение печени (увеличение печени на 3–4 см из под края реберных дуг, АсАт – $2,91 \pm 0,26$, АлАт – $1,81 \pm 0,31$, ЛТИ – $4,8 \pm 0,8$, СОЭ – $42 \pm 5,12$). У 34 детей отмечалась гипертермия (t° – $38,8 \pm 0,5$), у остальных был

субфебрилитет. У всех детей с АС статистически достоверно отмечалось увеличение МДА (разница в СВК и ОАК –12%) и снижение СОД, АК, ВВП и МСМ (разницы в СВК и ОАК – 18%, – 12,3%, – 12% и –25% соответственно) с нарушением детоксикационной функции легких. У основной группы больных на 4 сутки отмечалось достоверное снижение МСМ и МДА (разница СВК и ОАК – 2%), увеличение СОД, АК и ПЖП (отсутствием разницы в СВК и ОАК), хотя детоксикационная функция оставалась в стадии субкомпенсации. На 7 сутки отмечалось восстановление функции легких в метаболизме МДА (разница в СВК и ОАК – 5%) и АОЗ (разница СОД в СВК и ОАК – $\pm 5,7\%$, АК – $\pm 4,5\%$ и ВВП – $\pm 5\%$) соответствующие стадии компенсации. Но полное восстановление функции легких в метаболизме ПОЛ и АОЗ не происходило, что потребовало проведение в дальнейшем реабилитационных мероприятий. У детей основной группы на 7 сутки лечения, наряду с восстановлением функции легких отмечалось улучшение функции печени. Введение реамбирина и реосорбиакта сопровождалось умеренным диуретическим эффектом, соответственно усиливалось и детоксикационное действие. У контрольной группы больных на 4 сутки лечения отмечалось улучшение функции легких ПОЛ и АОЗ и равно данным I сутки основной группы. У этих детей на 7 сутки функции легких были в стадии субкомпенсации и отмечались признаки функциональной недостаточности печени. Летальный исход наблюдался у 1 (4,5%) ребенка основной и у 3 (15%) контрольной группы

ПРОФИЛАКТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОСКУТОВ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У ДЕТЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ

Ибодов Х., Асадов С. К., Рофиев Р., Давлатов С. Б., Ибодов Н. С.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Цель работы. Профилактика микроциркуляторных нарушений при одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии с использованием лоскутов крайней плоти у детей.

Материалы и методы исследования. Оперировано 127 мальчиков. В возрасте от 1 до 3 лет было 59 детей; от 4 до 7 лет – 32; 8–10 лет – 19 и 11–15 лет – 17. По формам гипоспадии больные распределялись следующим образом: стволовой – 52, мошоночной – 43 и промежуточной – 32. У 127 больных изучены метаболическая активность легких в гипокоагуляции и детоксикации артериальной крови путем анализа смешанной венозной крови (СВК), «притекающей к легким» и оттекающей от легких артериальной крови (ОАК) – катетеризацией бедренной артерии. Больные разделены на 2 группы в зависимости от методов исследования и профилактики нарушений микроциркуляции.

Результаты исследования и их обсуждение. У II группы (основная) больных по сравнению с I группы (кон-

трольной) статистически достоверно ($P < 0,05$) отмечались снижение периферического сосудистого сопротивления (ПСС) на $10,9 \pm 0,8\%$, легочное сосудистое сопротивление (ЛСС) – $12,7 \pm 0,6\%$, фибриногена – $17,5 \pm 0,5\%$, свертываемости крови – $18,0 \pm 0,7\%$. Отмечалось увеличение ударного (на $11,5 \pm 1,2\%$) и минутного (на $9,0 \pm 1,3\%$) объема сердца, давления в легочной артерии (на $4,6 \pm 0,4\%$), минутного диуреза ($12 \pm 1,2\%$). PO_2 составляло – $93 \pm 1,8$ мм рт. ст., PCO_2 – $30 \pm 1,4$ мм рт. ст. и Sat. O_2 – $97,8 \pm 0,6\%$, легочной шунт – $1,0 \pm 0,5\%$. Время выживаемости парамеций (ВВП) – $32 \pm 2,1$ мин. У 52 (63,4%) из 82 детей нарушения нереспираторной функции легких (НФЛ) не наблюдались, у 19 (23,2%) I ст. и у 11 (13,4%) из 82 детей наблюдались II ст. синдромом нарушения нереспираторной функции легких (СННФЛ). С целью коррекции I ст. СННФЛ (19) и профилактики микроциркуляторных нарушений всем детям в течение 2 суток проводилась инфузия раствором латрена по 10–12 мл на кг массы ребенка. Детям с II ст. СННФЛ в течение 2 суток наряду

с раствором латрена назначали фраксипарин и преднизолон в возрастной дозировке. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (3,7%) в виде не большого свища у которых использовали коагулятор. У одного ребенка свищ закрылся самостоятельно, а двое оперированы через три месяца, с хорошим результатом.

Таким образом, у II группы, благодаря проводимой умеренной гипervолемической гемодилюции (УГГ) с применением растворов многоатомного спирта (сорбилакт, реосорбилакт и латрен) и плазмы с дезагрегантами удалось предупредить развития проявления операционно-

анестезиологических агрессии в виде гемодинамических, микроциркуляторных, вазоканстриктивных и нарушение гемокоагулирующих функций легких и регуляции гемореологии. С назначением латрена, фраксипарина и гормона удалось корригировать I и II ст. СННФЛ. Поэтому у 2 группы по сравнению с I группы проводимые лечения и профилактические мероприятия оказались достоверно эффективны. У этих больных достигались улучшение микроциркуляции, работы сердечно-сосудистой системы и сохранение баланса свертывающей и антисвертывающей системы крови.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФЕНЕСТРАЦИИ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Кривулин С. П., Трофимов К. С., Тома А. Н., Фролов Б. Ф.

Детская областная клиническая больница, г. Белгород

Кистозное поражение почек в детском возрасте встречается достаточно часто. В структуре кистозных поражений данного органа преобладают солитарные кисты, образование и рост которых может приводить к дистрофическим изменениям почечной паренхимы, нарушению уродинамики, присоединению воспаления и другим осложнениям. В настоящее время для лечения данной патологии применяются открытые операции, лапаро- и ретроперитонеоскопические методики, а так же пункционная склерозирующая терапия под УЗ-контролем.

В областной детской клинической больнице г. Белгорода с 2013 г. по настоящее время проведено 16 операций по поводу солитарных кист почек, всем проведена лапароскопическая фенестрация кисты.

Возраст детей на момент выявления кистозного образования – от 3 до 16 лет. Соотношение полов примерно одинаковое (9 девочек и 7 мальчиков). Чаще встретилась левосторонняя локализация – у 11 пациентов (68,8%). Максимальный размер достигал до 9 см в диаметре. У большинства детей имелось субкапсулярное – в 5 наблюдениях (31%) и интракортикальное – у 10 пациентов (62,5%) расположение кисты, один ребенок оперирован с парапеливикальной солитарной кистой больших размеров. Двустороннего поражения почек за указанный период мы не встретили.

У большинства пациентов киста почки выявлена случайно, у 4-х (25%) – имел место болевой синдром, и у 2-х детей (12,5%) – воспалительные изменения в общем анализе мочи. При физикальном осмотре пропальпировать опухолевидное образование живота удалось только в одном наблюдении. Изменений в биохимических показателях крови мы не встретили.

Показаниями к операции считали деформацию ЧЛС с нарушением уродинамики, изменения в анализах мочи, болевой синдром, размеры кисты больше 5 см, а также наличие роста в динамике. В диагностический алгоритм входили общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови. УЗИ, МРТ. Для дифференциальной диагностики солитарной кисты и каликоэктазии выполняли экскреторную урографию и УЗИ с введением фуросемида.

При выполнении фенестрации кисты из лапароскопического доступа мы не встретили серьезных интра- и послеоперационных осложнений. Все дети выписаны из стационара через 11±2 суток. Катамнез более года прослежен у 13 больных, рецидивов не отмечено.

Вывод: лапароскопическая фенестрация солитарных кист почек является безопасным и эффективным методом хирургического лечения данной патологии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛИМФАНГИОМАМИ БРЫЖЕЙКИ КИШЕЧНИКА

Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Петрикова Н. И., Горелова Е. М., Шведова О. В., Косякин В. Н.

Детская областная клиническая больница, г. Белгород

Лимфангиомы – доброкачественные сосудистые опухоли с лимфатической дифференцировкой. По данным разных авторов, менее 3% данных образований локализуется в брюшной полости большая часть из которых локализуется в брыжейке, протекая бессимптомно, или вызывая острую кишечную непроходимость.

За последние 5 лет в областной детской клинической больнице г. Белгорода прооперировано 7 детей в возрасте от 2-х месяцев до 16 лет с лимфангиомами брыжейки кишечника различных размеров и локализаций. У двух пациентов заболевание проявилось клиникой острой кишечной непроходимости и диагноз установлен интраоперационно, у одного – единственной жалобой явилось

увеличение живота, у остальных четырех – лимфангиомы протекали бессимптомно и выявлены случайно, у одного из них – на внутриутробной скрининговой сонографии. Предоперационное обследование включало УЗИ, в ряде случаев СКТ брюшной полости.

Дети с клиникой непроходимости оперированы лапаротомным доступом. Плановые операции мы начинали с лапароскопии, оценивали характер, размеры и локализацию кистозного образования, а также возможность его удаления через минилапаротомию. У 4 пациентов в качестве минилапаротомного доступа использовали поперечную лапаротомию в правой или левой подвздошных областях. У одного ребёнка в связи с большими размерами лимфангиомы сигмовидной кишки проведена срединная лапаротомия.

В двух наблюдениях лимфангиомы локализовались в брыжейке тощей кишки, у 4 больных – в брыжейке подвздошной и у одного пациента – в брыжейке нисходящей ободочной и сигмовидной кишок.

Во всех наших наблюдениях удалить образования с сохранением мезентериальных сосудов не представлялось возможным, в связи с чем, потребовалась резекция петель кишки, несущих лимфангиому с наложением прямого анастомоза. Таким образом, лимфангиомы удалены радикально. Гистологические данные подтвердили диагноз лимфангиомы. Мы не отметили осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Катамнез более года прослежен у 5 больных – рецидивов не возникло.

Выводы. Учитывая относительную редкость интраабдоминальных лимфангиом, каждый клинический случай представляет безусловный интерес и требует индивидуального подхода к оперативному лечению, которое, считаем, во всех случаях целесообразно начинать с лапароскопии, активно используя видеоассистированные техники, которые позволяют добиться выздоровления и удовлетворительного косметического результата.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЙ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ОДНОСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ

Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Азизов Б. ДЖ., Каимова М., Ибодова Г.Х.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. г.Душанбе, Таджикистан

Цель. Оптимизация диагностики изменения контралатеральной почки при одностороннем нефролитиазе.

Материал и методы исследования. Допплерография выполнено 40 больным с односторонним нефролитиазом и 20 здоровым детям, в качестве группы сравнения. Возраст детей варьировал от 3 до 15 лет. Солитарный камень у 20 (50%) пациентов, множественные у 11 (27,5%), каралловидно-множественные у 9 (22,5%). У основной группы калькулезный пиелонефрит (КП) I у 13 (32,5%), II-у 16 (40%), III-у 11 (27,5%). Хронический пиелонефрит контралатеральной почки (КЛП) выявлен у 31 (77,5%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. При доплерографии выявлено повышение индекса резистентности (ИР) пораженной почки ($0,777 \pm 0,003$), по сравнению со здоровой ($0,6 \pm 0,003$) и пульсационного индекса (ПИ) до $1,072 \pm 0,006$ ($0,98 \pm 0,005$). На уровне основного ствола почечной артерии (ПА) повышение систолического отношения (СДО) до $3,6 \pm 0,02$ ($2,96 \pm 0,02$), увеличение максимальной скорости кровотока (V_{\max}) ($P > 0,05$) в систоле в почке в среднем до $96,8 \pm 7,1$ см/сек., по сравнению со здоровыми пациентами – $85,13 \pm 1,35$ см/сек. Достоверное увеличение диаметра ПА до $6,5 \pm 0,33$ мм ($4,55 \pm 0,02$ мм) и уменьшение конечной скорости диастолического кровотока в почке ($V_{\text{к.д.}}$) до $22,9 \pm 0,9$ см/сек ($29,35 \pm 0,27$ см/сек). В междольевых артериях пораженной почки наблюдалось уменьшение V_{\max} до $37,9 \pm 2,5$ см/сек., по сравнению с почками здоровых детей ($39,71 \pm 0,37$ см/сек.), а $V_{\text{к.д.}}$ в пораженной почке уменьшилась до $14,2 \pm 0,7$ см/сек. Все это харак-

терно для пиелонефротичеки измененной почки. У 7 пациентов были повышены показатели ИР до $0,670 \pm 0,017$, ПИ до $0,971 \pm 0,022$ и СДО $2,97 \pm 0,09$ по сравнению с показателями здоровых детей. Установлено выраженное насыщение паренхиматозного кровотока у 9,1% больных, а у большинства резкая слабость или отсутствие сосудистого рисунка. Сосудистая плотность у 9,1% была нормальной (4,0 см²), у 2 – усиленной, у 3-редкая сосудистая плотность (в среднем $1,11 \pm 0,22$ см²). Однако у 11,2% пациентов отмечалось увеличение диаметра ПА до $5,56 \pm 0,15$ мм ($5,00 \pm 0,02$ мм) на уровне ее стволовой части. Увеличение V_{\max} до $43,65 \pm 0,76$ см/сек. ($39,71 \pm 0,37$ см/сек.) на уровне паренхиматозных артерий выявлено у всех больных. ЦДК и ЭД выявили в участках деструкции отсутствие кровотока или наличие реверсивного спектра в паренхиматозных сосудах. При сравнении доплеровских показателей пораженной и КЛП выявлены достоверные различия друг от друга ($P < 0,001$; $0,01$). Допплеровское исследование КЛП показало, что при КП I в период ремиссии функциональные, структурные и гемодинамические показатели не отличаются от возрастной нормы. Во II ст. КП отмечается увеличение площади КЛП до $13 \pm 2,5\%$, по отношению к возрастной норме, что связано с компенсаторной ее гипертрофией. При КП III в связи со снижением функциональных показателей пораженной почки ее функцию берет на себя контралатеральная почка. Отмечается вякарная гипертрофия этой почки до $23 \pm 1,9\%$.

Все эти изменения указывают на формы пиелонефрита как пораженной, так и контралатеральной почки.

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Индрокова С. Б., Смирнова А. Р., Смирнов В. А.

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ КБР, г. Нальчик

Цель работы: оптимизировать тактику лечения инвагинации кишечника у детей. Материалы и методы: в нашей клинике с 2011 по 2015 гг проходили лечение 39 детей с инвагинацией кишечника. Из них до 6 месяцев – 10 (25,6%), до 1 года – 16 (41%), до 3х лет – 10 (25,6%), старше 3х – 3 (7,8%). Соотношение девочек и мальчик было 1:3. С давностью заболевания до 6 часов поступили 7 детей (18%), до 12 часов – 10 (25,6%), до 24 часов – 15 (38,4%), свыше 24 часов – 7 (18%). Из 39 детей лишь у 4 была тонко-тонкокишечная инвагинация, у всех остальных – илеоцекальная. Выбор лечебной тактики мы проводили на основании имевших место клинических данных, результатов диагностических исследований. При этом учитывали: длительность заболевания, вид инвагинации, состояние больного. Дети с тонкокишечной инвагинацией были оперированы сразу после установления диагноза. Решающую роль в диагностике имело УЗИ исследование брюшной полости (наличие характерных для инвагинации симптомов «псевдопочки», «мишени»). У 35 пациентов с илеоцекальной инвагинацией использовали: 1. консервативный метод лечения (расправление инвагината с помощью воздуха с созданием пневмопрессии в толстой кишке до 80–100 мм рт ст), 2. гидроэкоколоноскопию (создание давления в толстой кишке с помощью ректального введения физиологического раствора под контролем УЗИ), 3. оперативные методы лечения,

объем которых зависел от оперативной находки. Добиться излечения методом пневмоколон удалось у 29 детей. Манипуляция проводилась под наркозом в рентгеновском кабинете, где делали всего два рентгеновских снимка – в начале нагнетания воздуха с целью подтверждения наличия инвагината, и после расправления, которое проводилось под контролем руки хирурга, пальпировавшего брюшную полость. Всем детям в обязательном порядке проводилось в последующем рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Оперированы 10 детей. У 4 детей ввиду позднего поступления имел место некроз инвагината, что потребовало проведение резекции илеоцекального угла. Двоим детям были выведены илеостомы, двоим наложен илео-колоанастомоз конец-в-бок с антирефлюксным механизмом. Двое детей оперированы в связи с осложнениями консервативной терапии – перфорацией кишки во время пневмоколон. В обоих случаях точечные отверстия на толстой кишке были ушиты, произведена дезинвагинация. Все дети выздоровели. У одного в катамнезе развилась тяжелая спаячная болезнь. Таким образом, по результатам нашего анализа, необходимо шире использовать современные методы консервативного лечения инвагинации кишечника. Своевременный оперативный подход при осложнениях и поздних поступлениях детей с инвагинацией кишечника позволяет добиться выздоровления.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ

Исаев В. Ю., Сафин Д. А., Глизнуцин О. Е., Белкина Е. В.

ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», г. Москва

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой эпителиальное погружение в виде узкого канала, расположенного под кожей крестцово-копчиковой области и открывающегося на коже одним или несколькими точечными отверстиями строго по средней линии между ягодицами. Причиной первичной госпитализации у детей с данной патологией в большинстве случаев служит нагноение кисты.

Цель: проанализировать результаты лечения детей с ЭКХ.

Материалы и методы. За последние 5 лет (с 2010 по 2015 год) в ДГКБ св. Владимира находились на лечении 119 детей нагноившимися кистами копчика. Средний возраст составил 16 лет (8 лет – 17 лет). Распределение по полу составило 47 девочек и 72 мальчика (1:1,5). В 8% случаев отмечалось самопроизвольное дренирование кисты через широкое свищевое отверстие, что не требовало оперативного вмешательства в виду

адекватного оттока гноя, проводилась комплексная противовоспалительная терапия. 92% детей выполнена операция – разрез, дренирование гнойного очага. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, курс ФЗТ, проводилось местное лечение. После стихания явлений воспаления дети выписывались и поступали для планового оперативного лечения через 1 месяц. После предоперационной подготовки выполнялось оперативное лечение под интубационным наркозом. В положении на животе, производилась маркировка свищевых ходов раствором бриллиантового зеленого. Далее иссекали кисту в пределах здоровых тканей под визуальным контролем. Производили дренирование раны дренажом типа «Редон», выполняли послойное ушивание раны. Резекция копчика выполнена по показаниям 4 (5,2%) детям. В одном случае операция проведена по поводу рецидива ЭКХ (ребенок ранее оперирован в другом ста-

ционаре). В послеоперационном периоде с профилактической целью назначалась антибактериальная терапия и курс ФЗТ. С целью предупреждения расхождения краев послеоперационной раны детям запрещалось садиться. Таким образом оперированы 76 детей. Осложнения в виде расхождения краев послеоперационной раны наблюдались в 7 (9,2%) случаях. Этим детям повторная операция не потребовалась, раны зажили вторичным на-

тяжением. Средний срок госпитализации после плановой операции составил 20 дней (16–48 дней). Все дети выписаны по выздоровлению. Проводилось катамнестическое наблюдение, рецидивов ЭКХ не отмечено.

Выводы. Резекция копчика выполняется индивидуально строго по показаниям. Установление дренажа «Редон» обеспечивает оптимальное заживление раны, что позволяет сократить сроки послеоперационного периода.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Исаев В. Ю., Сафин Д. А., Глизнуцин О. Е., Белкина Е. В.

ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», г. Москва

Цель: анализ опыта лечения детей с острым и хроническим парапроктитом.

Материалы и методы. За последние 5 лет в 2-м отделении детской хирургии ДГКБ св. Владимира находились на лечении 192 ребенка с острым парапроктитом. Средний возраст составил 9 месяцев. Распределение по полу: 183 мальчика (95,3%) и 9 девочек (4,7%). При поступлении детям, после сбора анамнеза, проводился осмотр области ануса, выполнялось ректальное исследование, УЗ трансперинеальный скрининг. В случае самопроизвольного дренирования у 18 (9%) детей проводилось консервативное лечение. При подтверждении абсцедирования (91% случаев) выполнялась saniрующая операция (разрез и дренирование) под местным или общим обезболиванием. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная и физиотерапия, местное лечение. Учитывая особенности этиопатогенеза, всем детям проводилось исследование кала на дисбактериоз и УПФ. Более чем у 98% пациентов выявлен дисбиоз кишечника. Детям старше 5 лет проводилась колоноскопия под наркозом с целью исключения ВЗК с перианальным поражением (болезнь Крона).

Во всех случаях после проведенного лечения острые явления воспаления купировались, однако, 106 (55%) детей через 5–180 дней обратились в стационар повторно, в связи с рецидивом воспалительного процесса на фоне формирования параректального свища. При повторных осмотрах в области послеоперационного рубца выявлялось точечное наружное отверстие свищевого хода. Проводилось зондовое исследование. В случае если выявлялось внутреннее отверстие свища (7 детей), свищ расценивался как сформированный, что требовало опе-

ративного вмешательства (рассечение свища под общим обезболиванием). Если внутреннее отверстие свища при зондовом исследовании не выявлялось (несформированный параректальный свищ), госпитализация и антибактериальная терапия не требовались, назначалось консервативное амбулаторное лечение – склерозирующая терапия и активное лечение дисбактериоза кишечника. Длительность курса консервативного лечения составляла 9–14 дней. На фоне терапии у 83 (84%) детей свищевой ход рубцевался без оперативного лечения, у 16 (16%) детей отмечено формирование полного параректального свища (выявлено внутреннее свищевое отверстие), что требовало оперативного лечения (рассечение свищевого хода без ушивания под наркозом). В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная и физиотерапия. Средний срок госпитализации после операции составил 14 дней. Клиническое выздоровление отмечено в 100% случаев, рецидивов формирования свища и послеоперационной недостаточности анального сфинктера не выявлено.

Выводы. Острый и хронический парапроктит являются стадиями одного и того же заболевания, что объясняет высокий процент повторных обращений детей по поводу рецидива парапроктита. Экстренное оперативное вмешательство в дебюте заболевания выполнялось в 91% случаев в связи с абсцедированием, однако при лечении хронического рецидивирующего парапроктита, консервативное лечение является предпочтительным и эффективным в 83,8% случаев. При выявлении сформированного параректального свища, лечение только оперативное, с выздоровлением в 100% случаев.

НЕКРОЗ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Караваева С. А., Котин А. Н., Леваднев Ю. В., Горелик Ю. В., Соловьева О. А.

ДГБ№1, Санкт-Петербург

Некроз и перфорация желудка является редким заболеванием периода новорожденности. Главные причины этого – влияние внутриамниотических инфекций или последствия централизации кровообращения на фоне гипоксии в родах.

Цель: определить группу риска и показать клинические характеристики новорожденных с некрозом желудка, особенности диагностики и лечения этой группы пациентов.

Материалы и методы. С 2006 по 2015 год в детской городской больнице №1 г. Санкт-Петербурга лечились 25 детей с некрозом и перфорацией желудка. В эту группу не вошли 3 ребенка со спонтанной перфорацией желудка. Из 25 детей 15 родились недоношенными (62%). У 5 из 10 доношенных малышей масса превышала 4000 г. Средняя масса тела составила 1980 ± 34 г. В 43% случаев дети перенесли гипоксию в родах, у 38% зарегистрирована внутриамниотическая инфекция. Все пациенты поступили в стационар в первые 3-е суток жизни с различными диагнозами – респираторный дистресс-синдром, асфиксия в родах, геморрагическая болезнь новорожденных, кишечная непроходимость и другие. Диагноз перфорации полого органа изначально был установлен только у 57% больных. У остальных детей в клинической картине преобладали симптомы желудочного кровотечения, кишечной непроходимости. На обзорных рентгенограммах, сделанных до развития перфорации желудка, отмечалось снижение пневматизации кишечных петель и значительное расширение желудка. Для перфорации желудка оказалось характерно значительное количество свободного газа и жидкости в брюшной полости, а также отсутствие газового пузыря в желудке. Все дети с некрозом желудка были прооперированы.

Во всех наблюдениях обнаружен некроз передней стенки желудка (бассейн левой желудочной артерии) от кардиального отдела до привратника с сохранением жизнеспособности задней стенки. Всем детям выполнена атипичная резекция желудка в пределах здоровых тканей с формированием желудочной «трубки» из задней стенки желудка на дренирующем зонде. У одного ребенка зона некроза распространялась на абдоминальный отдел пищевода, поэтому кроме передней стенки желудка была резецирована некротизированная часть пищевода. Выжили 22 ребенка (88%). В раннем послеоперационном периоде умер один ребенок, родившийся с критически низкой массой тела. Двое больных погибли в возрасте 2 и 4 месяцев на фоне полиорганной недостаточности в структуре тяжелого постасфиктического синдрома. Отдаленные результаты изучены у 11 детей. Объем желудка восстановился у всех пациентов к концу первого года жизни. В одном случае потребовалось выполнить фундопликацию по Ниссену.

Выводы. Всем новорожденным детям с некрозом желудка удалось выполнить органосохраняющие операции. Благодаря высоким пластическим возможностям новорожденного ребенка, объем и функция органа восстановились полностью.

МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Карасева О.В., Тимофеева А.В., Брянцев А.В., Граников О.Д., Горелик А.Л., Капустин В.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия

Цель: Описать клиническую картину и представить хирургическую тактику при магнитных инородных телах (МИТ) ЖКТ

Материалы и методы: За 5-ти летний период в НИИ НДХиТ обратились 33 ребенка с МИТ ЖКТ. Средний возраст детей составил $6 \pm 5,8$ лет. Девочки обращались чаще (66,7%). При единичном МИТ (21,2%) и отсутствии клинических проявлений после выполнения обзорной рентгенографии органов брюшной полости ребенка отпускали домой с рекомендациями, при множественных МИТ (78,8%) – детей госпитализировали.

Результаты: Срок заболевания составил от нескольких часов до 4 суток. Указание в анамнезе на факт проглатывания магнита было у 60,6% (20) детей. В 33,3% случаев отмечались жалобы на слабую болезненность в правой подвздошной области. В 25% случаев имела место клиника «острого живота» и непроходимости кишечника. В 41,7% случаев поводом обращения стало отсутствие МИТ в стуле. Обзорную рентгенографию выполняли при указании на проглатывание ИМТ. При множественных МИТ они, как правило, визуализировались в правой подвздошной области в виде «цепочки». УЗИ выполняли всем детям с клинической картиной «острого живота». В 75% визуализировались аперистальтичные фрагменты кишечника и свободный выпот.

7-м детям была выполнена ЭГДС, при которой при помощи зажима «крысиный зуб» было извлечено

от 3 до 42 магнитов. 10-м детям выполнена лапароскопия: 1- лапароскопическая аппендэктомия, так как магниты локализовались в червеобразном отростке; 1-лапароскопическое разобщение тонкотолстокишечного соустья; 3 (с развитием перитонита) – лапароскопическое ушивание перфораций тонкой и слепой кишок кистными и узловыми швами, санация и дренирование брюшной полости. Показанием к конверсии на лапаротомию (4) во всех случаях явилось наличие конгломерата примигнированных петель кишок с множественными перфорациями. Осложненное течение, т.е. наличие перфорации стенки кишки, имело место в 7 случаях (43,8%). Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко

Десятерым детям с множественными МИТ оперативное лечение не потребовалось, так как их эвакуация произошла естественным путем. Через 24 часа выполняли рентгенологический контроль продвижения МИТ по ЖКТ. Следует обратить внимание, что такая тактика возможна только, если ребенок проглотил МИТ одномоментно, что обеспечивает их пассаж по ЖКТ как единого инородного тела.

Выводы: Инородные магнитные тела ЖКТ имеют высокий риск развития осложнений за счет притягивания на различных уровнях кишечного тракта и формирования пролежней стенок кишок. Рентгенография брюшной полости позволяет выявить инородные тела, но не дает

картину их истинной локализации. Эндоскопические методы обеспечивают не только достоверную диагно-

стику данной патологии, но и возможность ее малоинвазивного устранения.

ПУНКЦИОННО-ДИЛЯТАЦИОННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ: КАК Я ЭТО ДЕЛАЮ

Карасёва О. В., Горелик А. Л., Харитонов А. Ю., Коваленко М. И.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность: Обеспечение проходимости дыхательных путей и защита от аспирации в детской реанимации в настоящее время является стандартом оказания помощи при целом ряде заболеваний и критических состояний. Выбор метода протекции дыхательных путей зависит от опыта и навыков врачей, принимающих решение и технических возможностей стационара. В ряде ситуаций трахеостомия не имеет альтернатив. Малоинвазивные пункционные методики прочно завоевали свое место в выборе способа трахеостомии у взрослых пациентов.

Пациенты и методы: В исследование вошли 68 детей в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст $-10,3 \pm 5,5$ лет), находившихся на лечении в НИИ НДХиТ в период с 2012 по 2016 гг. Мальчики составили 60% (40), девочки 40% (28). Основными показаниями к трахеостомии являлись: нейрогенная дисфагия на этапах восстановления сознания после выхода из комы при ТЧМТ, тяжелая краниофациальная травма нижней зоны лица. Ввиду отсутствия на рынке трахеостомических наборов с размерами канюль менее 7,0 использовали зажим Хорварда с отдельными расходными материалами, соответствующего возрасту пациента размерами.

Результаты: Пункционно-дилатационную трахеостомию выполняли в условиях операционной под общим обезболиванием, через ларингиальную маску или инту-

бационную трубку под контролем фибробронхоскопии по методике Григза. Манипуляцию заканчивали санационной бронхоскопией. С внедрением методики длительность операции трахеостомии сократилась до $4 \text{ минут} \pm 0,7$. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Видеоассистенция позволяет безопасно выполнить пункционную трахеостомию, в том числе, у детей младшей возрастной группы и предотвращает развитие опасных осложнений (перфорация задней стенки трахеи, паратрахеальная установка трахеостомы, повреждение перстневидного хряща, кровотечение с аспирацией крови). Относительным противопоказанием считаем возраст детей до одного года. Поскольку эластичность колец трахеи и ее малый диаметр приводит к смыканию просвета трахеи при бужировании пункционного отверстия, что создает угрозу повреждения задней стенки. Через месяц от момента операции, а также при регрессе псевдобульбарной симптоматики под эндоскопическим контролем выполняли ревизию стояния трахеостомы с заменой канюли или деканюляцией. Стенозов трахеи не было.

Выводы: Пункционно-дилатационная трахеостомия с видеоассистенцией является миниинвазивной и безопасной манипуляцией у детей старше 1 года и должна являть методом выбора при трахеостомии у детей.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ

Карпова И. Ю., Паршиков В. В., Царева Л. А., Пятова Е. Д.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородский клинический диагностический центр, г. Нижний Новгород

Цель: представить данные пренатальной диагностики крестцово-копчиковых тератом в Нижегородской области.

В Медико-генетическом консультативном центре на базе ГБУЗ НО «Клинический

диагностический центр» при проведении ультразвукового сканирования в период с 2013 по 2015 гг. выявлено 13 плодов с признаками крестцово-копчиковых тератом (ККТ).

Исследования выполняли на УЗИ аппарате экспертного класса Voluson E8 с конвексными датчиками 4–5 МГц в режиме 3-4D изображения (Австрия).

В диагностический центр пациенток направляли из областных ($n=8$) и городских женских консультаций ($n=5$). Возраст обследованных был от 24 до 33 лет жизни. Сроки беременности варьировали от 12 до 32 недель, однако в 90% случаев пороки диагностировали во II триместре.

В 7 случаях врожденная патология развивалась при 2-й беременности (Б2), однако

ККТ встречали при Б1 ($n=3$) и Б3 ($n=3$).

В анамнезе будущих мам отмечали соматические болезни (пиелонефрит, сахарный диабет, гинекологические заболевания), токсикозы и угрозы прерывания в первом и третьем триместрах беременности. Вредные привычки (табакокурение, алкоголь) были у 3-х обследованных.

Множественные врожденные пороки развития (ВПР) выявили у 6 плодов. На первом месте среди ВПР констатировали патологию сердечно-сосудистой системы, почек, челюстно-лицевой области. Прерывание беременности по медицинским показаниям рекомендовали 3 пациенткам, 10 женщин получили направление для родоразрешения в нижегородские перинатальные центры.

К ЛЕЧЕНИЮ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ

Касымжанов А. Н., Ангелов А. В., Сулейменов Ж. Б., Хамитов М. К., Хужахмедова Р.

АО «Медицинский университет Астана»; Городская детская больница №2, г. Астана

Введение. Чрезмыщелковые переломы у детей являются одной из самых распространенных и составляют 65,8–85,5%. Разгибательные чрезмыщелковые переломы встречаются чаще, чем сгибательные. Свыше 90% чрезмыщелковых переломов ввиду значительного смещения костных отломков, требуют репозиции. Разработаны различные виды репозиций, и наиболее распространенными являются одномоментная закрытая репозиция, скелетное вытяжение и закрытая репозиция с остеосинтезом спицами Киршнера по Паппу. Закрытая репозиция нередко сопровождается вторичным смещением и посттравматической деформацией.

Цель исследования – улучшение результатов лечения чрезмыщелковых переломов у детей с использованием остеосинтеза спицами Киршнера по Паппу.

Материалы и методы. За период 2015 г. и 6 мес. 2016 г. с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости находилось на стационарном лечении 116 детей. Мальчиков было – 85 (73,2%), девочек – 31 (26,8%). Чрезмыщелковые разгибательные переломы наблюдались в 89 (76,7%) случаях, а сгибательные – 27 (23,3%).

Чаще отмечались уличные и бытовые травмы. Механизм травмы – падение с забора и деревьев, с высоты роста и во время спортивных игр.

Учитывая, что одномоментная закрытая репозиция отломков, как правило, осложняется вторичным смещением, репозиция выполняется под общим обезболиванием, под контролем ЭОП и остеосинтез спицами. Спицы проводились в асептических условиях через медиальный и латеральный надмыщелки. В каждом случае достигну-

то удовлетворительное положение. Больные находились на стационарном лечении в течение одной недели, затем выписывались.

Срок иммобилизации составлял 16–18 дней. После снятия гипсовой лонгеты и контрольной Р-графии, удалялись спицы и начинали разработку конечности.

Результаты. Оценка результатов лечения детей с переломами плечевой кости прослежена в сроки от 6 мес до 1 года после травмы. Оценивали анатомический и функциональный результат по модифицированной схеме Г.А. Баирова. Исходы лечения данных переломов сопровождалась контрактурами локтевого сустава, что требовало проведения физиолечения, ЛФК и активной разработки. Объем движений в локтевом суставе восстанавливался в течение 1,5–2,5 месяцев в зависимости от возраста и характера перелома. Осложнения в виде неврита срединного, лучевого и локтевого нервов отмечены у трех больных. В одном случае нарушение функции нерва связано с тяжестью травмы (значительное смещение костных отломков), в двух – имела место ятрогения. После проведенного лечения функция нервов у этих больных полностью восстановилась.

Заключение. Остеосинтез по Паппу при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей позволяет достигнуть наилучшего функционального и косметического результата. Применение данной методики обеспечивает анатомичное сопоставление отломков и приступить к ранней реабилитации пациентов, получить отличные и хорошие результаты лечения.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Киргизов И. В., Линник А. В., Шишкин И. А., Сырыгина Л. В.

ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва; ГБУЗ ПК «Городская детская клиническая поликлиника №1», г. Пермь

Цель исследования: определить клинико-anamнестические особенности болезни Гиршпрунга у детей с первично установленным диагнозом.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 74 ребёнка с ректальной и ректосигмоидной формами болезни Гиршпрунга в возрасте от 2 до 17 лет. Из них было 74,3% (n=55) мальчиков и 25,7% девочек (n=19).

При обращении к детскому хирургу клинический осмотр каждого ребёнка начинался с подробного сбора анамнеза, где обращалось внимание на жалобы родителей и самих детей, клинические симптомы заболевания, течение беременности, родов и постнатального периода у матерей пациентов.

Патологическое течение беременности было выявлено у 95,9% матерей обследуемых детей и часто носило сочетанный характер. Антенатальный период протекал

с ранним и поздним токсикозом у 14,9% матерей, перенесёнными воспалительными заболеваниями у 24,3%, анемией у 44,6%, фетоплацентарной недостаточностью у 8,1% и угрозой прерывания беременности у 33,8%. Аборты и выкидыши имелись в анамнезе у 52,7% женщин. В 5,4% случаев дети рождались недоношенными.

Неблагоприятное течение беременности сопровождалось постнатальной энцефалопатией, которая проявлялась ранней детской неврозностью. Так, на учёте у врача невролога на первом году жизни находилось 52,7% пациентов. Гипертензионный синдром диагностирован у 12,2% детей, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость у 47,3%, а двигательные расстройства у 31,1%. Также регистрировался высокий процент сочетанной патологии. Так, аллергические заболевания были выявлены у 32,4%

пациентов, патология органов носоглотки у 39,2%, верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у 40,5%.

Анализ симптоматики проводился согласно классификации Лёнюшкина А.И. (1999). У 36,5% больных наблюдалась компенсированная стадия БГ, у 47,3% – субкомпенсированная стадия заболевания, у 16,2% – декомпенсированная стадия. Дети с компенсированной стадией практически не отличались от здоровых сверстников, задержки опорожнения кишечника носили периодический характер. Затрудненное отхождение мекония после родов наблюдалось лишь у 22,2% пациентов, стойкое нарушение дефекации возникало после перехода на грубую пищу. Плотные каловые массы в дистальном отделе определялись у 29,6% пациентов. Консервативное лечение (употребление повышенного количества клетчатки, слабительные, курсы очистительных клизм) приводило к улучшению, нормализации дефекации. При субкомпенсированной форме БГ у 60% пациентов отмечалась задержка отхождения мекония в течение первых суток после рождения, его получили у 37,1% детей с помощью очистительной клизмы. Благоприятное течение заболевания до возраста 1 года наблюдалось у тех детей, кому удавалось сохранить грудное вскармливание

(77,1%). При расширении диеты акты дефекации становились реже, что приводило к увеличению размеров живота. У 11,4% обследованных данной группы упорные запоры сопровождались парадоксальными поносами. При декомпенсированной стадии БГ клиническая картина протекала достаточно ярко, задержка отхождения мекония выявлена у 91,7% детей, упорные запоры сопровождались вздутием живота, метеоризмом, эти симптомы определялись у 100% обследованных, каловые завалы регистрировались у 83,3%. Отсутствие самостоятельного стула сопровождалось периодическими рвотами и парадоксальными поносами в 33,3% случаев.

Таким образом, при изучении сведений о росте и развитии детей с болезнью Гиршпрунга нами были изучены факторы, способствующие развитию у детей этой патологии и появлению тяжёлых клинических форм заболевания. Нами установлено, что у детей с болезнью Гиршпрунга развиваются стойкие нарушения деятельности толстой кишки, которые сопровождаются упорными запорами, увеличением размеров живота, сопутствующими функциональными изменениями деятельности органов брюшной полости, причём дисфункция напрямую зависит от формы БГ и степени её компенсации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА У ДЕТЕЙ

Киргизов И. В., Линник А. В., Шишкин И. А., Сырыгина Л. В.

ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва; ГБУЗ ПК «Городская детская клиническая поликлиника № 1», г. Пермь

Хронический толстокишечный стаз (ХТКС) как нарушение акта дефекации у детей представляют собой актуальную и не решённую в полной мере проблему детской хирургии.

Цель исследования: определить факторы риска, влияющие на развитие у детей симптомов хронического толстокишечного стаза.

Методы исследования: факторы риска определялись путём анкетирования родителей 80 детей с различными клиническими формами ХТКС в возрасте от 2 до 17 лет. Родителями заполнялась специально разработанная «Карта социально-гигиенического исследования детей с ХТКС».

Результаты и их обсуждения. Установлено, что одной из основных причин способствующих развитию задержки опорожнения кишечника явилось проживание ребёнка в неполной семье, которая определялась у 22,5% респондентов. Смешанные семьи составляли 10%. При анализе материальной обеспеченности семей установлено, что 81,2% опрошенных имеют средний до-

статок, при этом высокий уровень обеспеченности составлял всего 5%. В семьях детей с декомпенсированной формой ХТКС преобладал низкий уровень материальной обеспеченности, семей с высоким уровнем достатка при этой форме заболевания не было вообще.

При исследовании жилищных условий обнаружено, 20% семей проживают в неблагоустроенной квартире, частном доме или комнате. Доля неблагополучных семей по психологическим отношениям (ссоры, конфликты) семей также составила 20%. Среди причин возникновения конфликтов в семье большинство матерей отметили материально-бытовые вопросы (67,5%), жилищные проблемы (43,8%), злоупотребление алкоголем и табаком (13,8%).

Выводы: появление симптомов ХТКС у детей и его течение зависит в той или иной степени от низкой материальной обеспеченности семьи, воспитания ребёнка в неполной семье, стеснённости жилищных условий, неблагоприятная психологическая обстановка в семье.

ЭВОЛЮЦИЯ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ОТ ДЕТЕЙ К ВЗРОСЛЫМ

Киреева Н. Б., Хафизова Л. А., Киреев Д. А., Строганов А. Б., Марковский А. В., Заугаров М. Ю., Фоголева А. А., Звягинцев А. А.

ГБОУ ВПО «НижГМА», ГБУЗ НО «НОДКБ», г. Нижний Новгород

Цель: определить динамику микрофлоры у детей и взрослых на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Проведён анализ результатов посевов мочи у 232 детей на амбулаторном лечении в клинике «Здоровёнок» и у 254 детей на стационарном ле-

чении в хирургическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ», 2877 взрослых амбулаторных больных в клинике «Садко» и 2700 больных урологических отделений КБ №1 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА, 54 пациентов БСМП г. Дзержинска.

Результаты. У амбулаторных пациентов детей ведущим патогеном была кишечная палочка – 51,7%. Обнаружено 11 полирезистентных штаммов *E.coli*. Положительная флора в посевах мочи найдена в 23,3% случаев. У 25 больных (10,8%) выявлена микст-флора. Из 254 пациентов хирургического отделения ГБУЗ НО «НОДКБ» оперированы 250 больных (98%). В посевах мочи преобладали грамотрицательные бактерии – 54,5% наблюдений, в 33,9% случаев выделены грамположительные бактерии, в 11,6% – грибы. У 18 больных обнаружена микст-флора. Лидирующим патогеном была *E.coli* (41%). В 56% случаев роста флоры не было. Среди выявленных микроорганизмов в 25% наблюдений диагностировали множественную лекарственную устойчивость.

В посевах мочи амбулаторных взрослых больных преобладала кишечная палочка (56,2% случаев), резистентная к амоксициллину в 28,1% случаев, ампициллину – в 49,4%, цефотаксиму – в 14,6%. Устойчивости к амикацину не было. В посевах мочи 54 взрослых пациентов с ургентной урологической патологией в 64,7%

случаев была грамотрицательная флора с превалированием кишечной палочки (35,3%). В 76,5% наблюдений диагностировали множественную лекарственную устойчивость.

Наиболее сложной была группа больных, получавших высокотехнологическую помощь в стационаре четвёртого уровня. Это пациенты, ранее оперированные в других стационарах, получавшие антибиотикотерапию в течение длительного времени. Пациенты, перенесшие различные оперативные вмешательства, составили основную группу – 2106 (78%) человек. В общей структуре выявленных возбудителей преобладали грамотрицательные бактерии (75,2%). В 19,2% случаев выделялись грамположительные бактерии, в 4,7% – грибы. В половине исследований этиологически значимых возбудителей не выявлено. Среди лидирующих патогенов выделили *E.coli* с уровнем БЛРС до 78,4%. В 80,4% наблюдений диагностировали множественную лекарственную устойчивость. Таким образом,

- 1) кишечная палочка остаётся лидирующим патогеном во всех возрастных группах при инфекции мочевых путей,
- 2) отмечается устойчивый рост антибиотикорезистентности микрофлоры на этапах лечения урологических больных.

СИНДРОМ КЛИППЕЛЬ-ТРЕНОНЕ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Кобяцкий А. В., Поляев Ю. А., Гарбузов Р. В., Сухов М. Н., Исаева М. В., Лыбина И. П., Мустафа А. Х., Нарбутов А. Г., Дроздов А. В.

Российская Детская Клиническая Больница Минздрава России, г. Москва

Введение: Синдром Клиппель-Треноне является тяжелой врожденной сочетанной патологией лимфо-венозной системы конечностей, нередко приводящей к инвалидизации. Прогрессирующий лимфо-венозный застой часто сопровождается эндovasкулярными воспалительными явлениями и как следствие, к ухудшению трофики тканей с образованием трофических язв и интоксикации организма. Наличие дермальных повреждений (гиперкератоз, васкулярные папилломатозные разрастания) и кровоточивость из последних, способствуют развитию хронической анемизации.

Попытки хирургической коррекции данного порока (удаление эмбриональной вены, рассечение перивазальных эмбриональных спаек) не приносят желаемого эффекта, а в ряде случаев усугубляют патологию.

Методы: С 1995 года, в отделении проходят этапное обследование и лечение 60 пациентов с синдромом Клиппель-Треноне. Для топической диагностики использованы: ангиография, ультразвуковое ангиосканирование, реовазография (РВГ), КТ-ангиография. При первичном обследовании: у всех пациентов отмечены явления лимфо-венозной недостаточности У9 пациентов определена тотальная гипоплазия глубоких вен конечности, у 15 пациентов – гипоплазия глубоких вен голени и подколенной вены, у 12 пациентов – локальная гипоплазия подколен-

ной вены, у 13 пациентов – гипоплазия бедренной и подколенной вены, у 11 пациентов – сегментарная гипоплазия бедренной вены. У всех детей выявлено наличие эмбриональной вены, но с различным топическим расположением: 1) по медиальной или латеральной поверхности конечности от стопы до подвздошной области с впадением в бедренную вену на разных уровнях; 2) по медиальной или латеральной поверхности конечности от стопы до подколенной области с впадением в подколенную вену; 3) структурно-гемодинамическая «симуляция» наличия эмбриональной вены непосредственно большой и малой подкожными венами конечности. С целью улучшения лимфо-венозного дренажа и улучшения кровотока по глубоким венам конечности использован комбинированный метод лечения включающий: магнитотерапию, гидротерапию, ЛФК, лазеротерапию, лимфотоником дренаж аппаратом «лимфопресс» по 10 сеансов каждые 3 месяца. Всем детям стационарно и в домашнем режиме назначались курсы венотоников, лимфотоников, непрямых дезагрегантов и постоянное ношение компрессионного трикотажа.

Результаты: После проведения курсов комбинированного консервативного лечения – значительное улучшение кровотока по глубокой венозной системе (по данным УЗ-ангиосканирования и КТ-ангиографии) и купирование явлений лимфо-венозной недостаточности (по данным клини-

ческого осмотра, доплерографии) достигнуто через 2 года у 25 пациентов, через 5 и более лет – еще 35 пациентов. Оперировано 19 детей, из них: удаление эбриональной вены – 6 пациентов, удаление перфорантных вен системы эбриональной вены – 13 пациентов. Детям с дермальными папилломатозными разрастаниями проведена плазмодесрукция в сочетании с радиоволновой деструкцией последних.

Выводы: 1. Первостепенным в лечении синдрома Клиппель-Треноне у детей, является проведение курсов

комбинированного консервативного лечения, направленного на улучшение лимфо-венозного дренажа и стимуляцию кровотока по глубоким венам конечности.

2. Вопрос о возможности проведения оперативных вмешательств на венозном русле должен рассматриваться только после получения стойкого положительного эффекта от проводимого консервативного лечения, на основании комплексного диагностического подхода (клиника, УЗДГ, КТ-ангиография, ангиография).

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ковалева О. А., Опенышева А. В., Рудакова Э. А., Горковец К. И.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера; Краевая детская клиническая больница, г. Пермь

Цель исследования – определить особенности лечения новорожденных с энтероколитом, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации 23 новорожденных детей с энтероколитом, родившихся с массой тела от 480 до 890 граммов (в среднем 693 грамма), гестационный возраст у всех пациентов составлял от 22 до 28 недель. Возраст детей на момент госпитализации составлял от 9 суток до 1 месяца 12 дней. В анамнезе у 14 новорожденных лигирование гемодинамически значимого ОАП. В 13 случаях – внутрижелудочковые кровоизлияния III–IV степени. При поступлении в хирургический стационар у 6 пациентов отмечали признаки низкой кишечной непроходимости, осложненной серозным перитонитом. В 17 наблюдениях имела место клиника перфоративного перитонита, причем в 5 случаях процесс был отграниченным. В эту группу вошли все новорожденные с перенесенным в анамнезе кардиохирургическим вмешательством. Тяжелое состояние новорожденных потребовало проведения оперативного лечения в минимальном объеме (лапароцентез) у 18 детей, в расширенном объеме (лапаротомия «на месте») после стабилизации витальных функций – у 16 пациентов, наложение разгрузочных энтеростом (от одной до четырех) на различных отделах тонкой кишки у 11 детей, выведение цекостомы или аппендикостомы у 5 новорожденных.

Результаты. Особенностью проведения периоперационного сопровождения этой категории больных было продолжение обеспечения качественной вентиляционной поддержки, инотропной терапии и метаболической коррекции. Всем детям продолжали инфузионную терапию в условиях инотропной поддержки, задачами которой были коррекция волевических, электролитных нарушений, проведение парентерального питания. Особую сложность представляли дети с «высокими» энтеростомами. В связи с тем, что жидкостная нагрузка у этих пациентов составляла 1,5–2 объема физиологической потребности в сутки, требовался обязательный контроль сократительной способности миокарда. При проведении парентерального питания использовали современные протоколы: назначали специальные смеси аминокислот (аминовен инфант 10%), жировые эмульсии, обогащенные незаменимыми жирными кислотами и ω -3 жирными кислотами (СМОФ-липид), водо- и жирорастворимые витаминные комплексы, а также дипептивена (дипептида глутамина). Летальность в этой группе пациентов составила 68,23%.

Выводы. Таким образом, основные резервы по снижению летальности в этой группе пациентов следует рассматривать в качественном периоперационном сопровождении и послеоперационном ведении, а также в проведении соответствующей терапии сопутствующей патологии перинатального периода.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Барадиева П. Ж.

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

Введение. После установки гастростомической трубки существует риск возникновения гастроэзофагального рефлюкса. Цель научного исследования состоит

в том, чтобы оценить эффект лапароскопической гастростомии на возникновение рефлюкса у лабораторных животных.

Материал и методы. Простая когорта из 30 кроликов породы Калифорнийская, вес которых составлял от 2300 до 2700 г, использовалась в качестве объекта эксперимента. Все экспериментальные животные были распределены на равновеликие группы по 10 кроликов в каждой в зависимости от того, где на передней стенке желудка располагалось отверстие для установки гастростомической трубки: Группа 1 – отверстие находилось в дне желудка; Группа 2 – в теле желудка; Группа 3 – в антральном отделе желудка. В заключительной части эксперимента были проанализированы данные рентгеновского исследования желудка лабораторных животных до и после операции и сделаны выводы о влиянии лапароскопической гастростомии на возникновение гастроэзофагеального рефлюкса.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений у всех животных. После анализа кон-

трастных рентгенограмм желудка были установлены следующие факты: – у всех животных группы 2 и 3 обратный заброс контраста из желудка в пищевод отсутствовал; – у 8 из 10 животных группы 1 отмечался обратный заброс контрастного вещества из желудка в пищевод, демонстрирующий гастроэзофагеальный рефлюкс. Рентгенконтрастное исследование желудка ясно показало, что случаи возникновения гастроэзофагеального рефлюкса после выполнения лапароскопической гастростомии были ограничены животными, у которых гастростомическая трубка размещалась в дне желудка.

Заключение. Результаты нашего исследования продемонстрировали, что гастростомия с установкой трубки в тело желудка может быть выполнена с меньшим числом осложнений, чем установка гастростомической трубки в дно желудка.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

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

Введение. Целью настоящего исследования является обсуждение проблемы лечения атрезии толстой кишки в условиях регионального центра хирургии новорожденных в Российской Федерации.

Материал и методы. В период между 2006–2015 гг. в нашем госпитале на лечении находилось 12 пациента (8 мальчиков и 4 девочки) с атрезией толстой кишки. Распределение анатомических типов атрезии толстой кишки представлено следующим составом пациентов: тип I (мембрана) – 3 больных; тип II (разобщение сегментов, соединенных фиброзным тяжем) – 3 больных; тип III (разобщение сегментов с V-образным дефектом брыжейки) – 6 младенцев. Наиболее часто врожденное препятствие толстой кишки локализовалось в области поперечно-ободочной кишки – 7 пациентов. Затем по мере уменьшения встречаемости расположились больные с атрезией на уровне нисходящего отдела (3 больных) и восходящего сегмента (2 больных) толстой кишки. Авторы статьи сообщают об использовании 2 технологий хирургического лечения толстокишеч-

ной атрезии: прямой анастомоз «конец-в-конец» – 10 больных; анастомоз «конец-в-бок» с формированием наружной колостомы Bishop-Coop (группа 3) – 2 больных.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции составил 2 дня – 2 ± 0.28 суток (диапазон: 1–4 суток). Гестационный возраст больных составил 38 недель – 38.2 ± 0.28 недель (диапазон: 34–40 недель). Вес пациентов на момент операции – 3054 ± 258 грамм (диапазон: 1200–4800 грамм). Среднее время хирургических вмешательств составило 55 ± 6 минут (диапазон: 50–60 мин). Операции не сопровождалась кровопотерей. Длительность пребывания пациентов в хирургическом госпитале составила в среднем 16 дней (диапазон: 8–28 дней). В раннем послеоперационном периоде наблюдений за больными мы не регистрировали осложнений, связанных с операцией.

Заключение. Способы лечения атрезии толстой кишки остаются спорными, но анастомоз любого дизайна является одним из наилучших вариантов коррекции этого состояния.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Козлов Ю. А., Распутин А. А., Звонков Д. А., Тимофеев А. Д., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Михайлов Н. И., Барадиева П. Ж., Ус Г. П., Кузнецова Н. Н.

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

Введение. Пациенты с комбинацией атрезии пищевода (АП) и атрезии двенадцатиперстной кишки (ДА) представляют сложную хирургическую пробле-

му. Цель исследования заключается в демонстрации таких больных и поиске оптимальной хирургической стратегии.

Материал и методы. В период времени между 2002 и 2015 годами мы наблюдали в общей сложности 111 пациентов с атрезией пищевода, у 7 из которых была обнаружена дуоденальная атрезия. Лечение пациентов с сочетанными атрезиями верхних отделов пищеварительного тракта выполнялось с использованием двух известных стратегий. У 6 пациентов предпринята одноэтапная коррекция эзофагеальной и дуоденальной атрезии, заключающаяся в конструкции двух анастомозов в ходе одной операции. Двухэтапный подход, состоящий в первоначальном создании пищевода анастомоза и гастростомии и последующем производстве дуоденального соустья, использован только у 1 больного.

Результаты. Комбинация с дуоденальной атрезией наблюдалась у 6,3% пациентов с атрезией пищевода (7:111). Гендерный состав пациентов был представлен 4 мальчиками и 3 девочками. Средний возраст больных

на момент операции составил 2.28 ± 1.14 дня. Ранние осложнения (несостоятельность анастомоза, стеноз пищевода соустья) были зарегистрированы у 5 детей (71,4%). Несостоятельность анастомоза регистрировалась у 2 больных (28,5%). Стеноз анастомоза выявлен у 3 (42,9%) пациентов. Выживаемость пациентов с атрезией пищевода составила 85,7%. В позднем послеоперационном периоде наблюдений после коррекции атрезии пищевода у 5 пациентов (71,4%) развился гастроэзофагеальный рефлюкс, который потребовал выполнения фундопликации Ниссена.

Заключение. Публикация серии случаев сочетания атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки показала, что инновационные технологии лечения и выхаживания новорожденных позволяют производить одновременную коррекцию сочетанных атрезий кишечника и могут улучшить исходы лечения.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА В СОСТАВЕ VACTERL АССОЦИАЦИИ

Козлов Ю. А., Звонков Д. А., Тимофеев А. Д., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Михайлов Н. И., Барадиева П. Ж., Ус Г. П., Кузнецова Н. Н.

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

Введение. Атрезия пищевода может быть компонентом VACTERL ассоциации. Лечение этого синдрома обычно ограничивается хирургическими вмешательствами, необходимыми, чтобы восстановить пищевод, анус, устранить аномалии сердца, почек и конечностей. Научная работа служит изучению окончательных исходов лечения VACTERL ассоциации.

Материал и методы. Мы сообщаем данные 24 пациентов с атрезией пищевода, которые находились в составе VACTERL ассоциации. В зависимости от количества обнаруженных признаков этого синдрома все больные были условно разделены на несколько групп. Неполная форма VACTERL синдрома, включающая три базовых признака – аномалию позвонков, трахеопищеводный свищ, анальную атрезию – регистрировалась у 7 пациентов (29,17%). Перечисленные основные признаки были обнаружены в комбинации с аномалиями почек (VATER) – у 4 больных (16,6%), в сочетании с пороками сердца (VACTER) – у 4 (16,6%) пациентов, в совокупности с мальформациями конечностей (VACTERL) – у 5 младенцев (20,83%). В исследовании из-

учено влияние сопутствующих аномалий на исход заболевания. Определены тактические шаги, детерминирующие последовательность коррекции врожденных пороков развития. Отслежены исходы болезни и определены слабые стороны знаний о VACTERL ассоциации.

Результаты. В целом, установлено, что большинство мальформаций, входящих в VACTERL синдром, в настоящее время доступно этапной и окончательной коррекции. Результаты хирургической коррекции атрезии пищевода у пациентов с VACTERL синдромом являются благоприятными и практически не отличаются от итогов лечения в когорте обычных пациентов. Исходы заболевания зависят в основном от результатов коррекции пороков пищевода, сердца, почек и прямой кишки. Другие аномалии (позвоночник, мальформации конечностей) не изменяют прогноз болезни.

Заключение. Современные технологии выполнения операций у новорожденных и успехи в неонатальной интенсивной терапии позволили достигнуть позитивных итогов в лечении пациентов с VACTERL синдромом.

СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА (ПОСТ-НЭК СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА)

Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Сидоренко Д. А., Барадиева П. Ж., Тимофеев А. Д., Распутин А. А., Ус Г. П., Кузнецова Н. Н.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; Иркутский государственный медицинский университет; МАУЗ Детская городская клиническая больница, г. Кемерово; Краевая детская больница, г. Красноярск; Детская больница, г. Южно-Сахалинск

Введение. Некротизирующий энтероколит (НЭК) является одним из наиболее тяжелых заболеваний, воз-

никающих в неонатальном периоде. Это состояние сопровождается высокой смертностью и продолжительным

течением, включая развитие в послеоперационном периоде пост-НЭК стриктуры кишечника. Задачами данного исследования являются: 1) демонстрация пациентов с некротизирующим энтероколитом, у которых в позднем периоде наблюдений развилось сужение кишечной трубки, и 2) поиск факторов риска возникновения этого состояния.

Материал и методы. В научной работе обобщены данные 12 пациентов (Группа I) с диагнозом пост-НЭК стриктуры кишечника, находившихся на лечении в центре хирургии новорожденных г. Иркутска на протяжении последних 6 лет, начиная с 1 января 2010 года. Эти больные были противопоставлены 48 пациентам с некротизирующим энтероколитом (Группа II), у которых период восстановления после операции протекал без формирования стеноза кишечника. В научной работе исследованы частота возникновения и факторы риска появления стриктур кишечника в результате перенесенного некротизирующего энтероколита.

Результаты. Средняя частота развития пост-НЭК стриктуры кишечника в указанный период времени составила 20% (N = 12/60). У больных со стенозом кишечника чаще, чем в группе пациентов без стриктур, регистрировалось развитие системного воспалительного ответа в острой фазе НЭК. Маркеры воспаления острой фазы НЭК – тромбоцитопения (<50000 / мм³ тромбоцитов), повышенные концентрация С-реактивного белка (более 10 мкг/мл) и прокальцитонина (более 10 мкг/л) плазмы крови – достоверно чаще определялись в группе пациентов, у которых впоследствии развились стриктуры кишечника.

Заключение. Итоги исследования демонстрируют распространенность сужений кишечника после перенесенного некротизирующего энтероколита. Научная работа установила прогностические факторы возникновения пост-НЭК стриктур у новорожденных, связанные с маркерами системного воспалительного ответа.

МЕХАНИЧЕСКИЕ КИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕПЛЕРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Барадиева П. Ж., Мочалов М. Н., Распутин А. А., Ус Г. П., Кузнецова Н. Н.

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

Введение. В научном исследовании продемонстрирован опыт выполнения механических кишечных анастомозов у детей первого года жизни с применением сшивающих устройств. Цель данной работы – определить клиническую эффективность механического интестинального анастомоза путем сравнения двух базовых способов формирования кишечного соустья.

Материал и методы. В период с августа 2009 года по декабрь 2015 года у детей первого года жизни было выполнено 86 механических анастомозов (I группа) и 66 кишечных соустьев, произведенных вручную (II группа). Конструкция механического анастомоза осуществлялась с помощью линейного эндоскопического степлера с 2,5-мм скобками (Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, OH). Произведено сравнение демографических данных пациентов обеих групп, а так же интра- и послеоперационных показателей.

Результаты. Различия в предоперационных параметрах (возраст и масса тела) между двумя группами не выявлены. Пациенты обеих групп имели схожие показатели

возраста (40,7 дня против 56,7 дней; $p=0,062$) и среднего веса (2972,9 г против 3069,6 г, $p = 0,756$). Среднее время операции в группе I составило 60,6 мин. Средняя продолжительность конструкции анастомоза в группе II составила 74,4 мин. Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$). Среднее время перехода к полному энтеральному питанию у больных с механическим и ручным способом формирования анастомоза не отличалось (12,1 дня против 13,3 дней, $p = 0,428$). Статистически идентичной была продолжительность пребывания пациента в стационаре (13,3 дня против 14,1 дней, $p = 0,852$). У 1 больного после применения степлера возникла несостоятельность анастомоза. Все оставшиеся анастомозы после окончания исследования были полностью функциональны.

Заключение. Наше исследование подтверждает возможность применения механических сшивающих устройств для конструкции анастомозов у новорожденных и младенцев.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Чубко Д. М., Краснов П. А., Распутин А. А., Барадиева П. Ж., Тимофеев А. Д., Звонков Д. А., Мочалов М. Н., Очиров Ч. Б., Ус Г. П., Кузнецова Н. Н.

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

Введение. Целью этого исследования являлась оценка эффективности лапароскопической технологии паховой

герниорафии у детей раннего возраста с ущемленной паховой грыжей в сравнении с открытой хирургией.

Материал и методы. С января 2002 г. по декабрь 2015 г. было прооперировано 705 пациентов с диагнозом паховая грыжа, из них 45 (6,38%) – с ущемленными паховыми грыжами. Использовались хирургические технологии открытой герниотомии (Группа II – 18 пациентов) и лапароскопической экстраперитонеальной герниорафии (Группа I – 27 пациентов). Произведено сравнение демографических данных, интра- и послеоперационных результатов в двух группах пациентов.

Результаты. Обнаружена разница в длительности операции, количестве доз анальгезии и продолжительности пребывания в стационаре у пациентов сравниваемых групп. Среднее время операции у пациентов I группы составило

15,85 мин. В противоположность, у пациентов II группы – 29,53 мин. Количество доз послеоперационной анальгезии составило 1,03 и 2,24 соответственно ($p < 0,001$). Длительность пребывания в госпитале у пациентов I группы составила 8,22 часов и 55,31 часов у больных группы II. Только в группе открытых операций отдаленном периоде наблюдений регистрировались осложнения – 1 рецидив и 1 гидроцеле.

Заключение. Мы констатируем превосходство лапароскопии в лечении ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста, заключающееся в быстром послеоперационном восстановлении больных и лучших послеоперационных результатах.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Кокоталкин А.А., Швецов И.В., Аксельров М.А.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень; ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ», г. Ноябрьск

Желчнокаменная болезнь – многофакторное обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием конкрементов в печеночных желчных протоках, общем желчном протоке, желчном пузыре.

При неэффективности консервативной терапии показана операция.

Цель работы: определение оптимального метода оперативного лечения желчнокаменной болезни у детей.

За период с 2013 по 2016 г. в условиях ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ» было выполнено 18 плановых оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни у детей. Среди прооперированных было 6 мальчиков и 12 девочек. Показанием к оперативному лечению являлось: обнаружение камней в желчном пузыре по УЗИ (100%), неэффективность консервативного лечения у педиатра и детского гастроэнтеролога (100%), наличие болевого синдрома (30%). Возраст детей варьировал от 4 до 18 лет (14;16;17).

Оперативное лечение проводилось из четырех лапаротомов. Первый троакар заводился методом открытой лапароскопии по нижней или верхней умбиликальной складке, через него инсуффировали углекислый газ и вво-

дилась оптическая система 5 мм, 30 гр. Рабочие троакары вводили эпигастральной области (10 мм), в правом подреберье и справа от пупка по средней ключичной линии (5 мм). Выделение пузырного протока и пузырной артерии производилось монополярной коагуляцией, пересечение их выполняли после наложения титановых клипс. Пузырь извлекался из брюшной полости через место установки троакара в эпигастральной зоне. Всем пациентам операцию заканчивали дренированием ложа пузыря перфорированной силиконовой трубкой.

В послеоперационном периоде длительность болевого синдрома колебалась от 1 до 4 суток (требовалось введение анальгетиков). У одного пациента, по дренажу, отмечалось в течении 4 дней, желчеистечение (прекратилось самостоятельно, вероятно ходы Люшка). Других осложнений не отмечено. Все пациенты выписаны на 7 сутки после операции.

Катамнез прослежен у 8 детей. Постхолецистэктомический синдром отмечен лишь у одного ребенка. Боли в эпигастральной области, после физической нагрузки, отмечали 6 пациентов.

Лапароскопия может считаться выбором при оперативном лечении детей с желчнокаменной болезнью.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАРАНЕКРОЗА И НЕКРОБИОЗА УЧАСТКОВ КИШКИ ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ИХ СВЕЧЕНИЯ В ВЫСОКОЧАСТОТНОМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОМ ПОЛЕ

Колесников Е.Г., Тараканов В.А., Терещенко О.А., Стрюковский А.Е., Левченко И.С., Пелипенко Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Цель: выяснение возможности дифференциальной диагностики паранекроза и некробиоза участков кишки по параметрам их свечения в высокочастотном электрическом поле.

Метод основан на визуализации свечения в высокочастотном электрическом поле участков биоптатов, взя-

тых из удаленных отделов кишки у 10-ти новорожденных в возрасте 3÷37 дней, страдающих некротическим энтероколитом II–III степени (по Bell). Газоразрядную визуализацию осуществляли 15 секунд сканером КЭЛСИ («ЭЛСИС» г. Санкт-Петербург»). Свечение сканировали, увеличивали встроенным в сканер микроскопом,

регистрировали фото-телекамерой (до 1000 кадров/сек; разрешающая способность 2048x1536) и анализировали на ПК. Воспроизводили изображение на экране монитора в виде снимков и видеоролика, затем строили гистограммы яркостей свечения и гистограммы длин волн.

Обсуждение. В процессе развития некроза выделяют три стадии: паранекроз – состояние обратимых изменений; некробиоз – перестройка клетки с необратимыми изменениями; собственно гибель клетки и процессы аутолиза. В участках паранекроза и некробиоза, в высокочастотном электрическом поле, наряду с краевым, наблюдалось и внутреннее свечение. На поздних стадиях некроза оно исчезало. При некробиозе площадь внутреннего очага свечения на 79,4% была больше, чем при паранекрозе; общая яркость свечения превышала таковую на 19,5%; наибольшая

яркость свечения была интенсивнее аналогичной на 16,4%. Диапазон длины волн свечения участка некробиоза превосходил таковой на 4,9%; медиана диапазона длины волн свечения участка некробиоза на 14,0% превышала медиану диапазона длины волн свечения участка паранекроза.

Паранекротические изменения участка стенки кишки и начальная стадия некроза протекают с высвобождением энергии. Это высвобождение энергии, по-видимому, усиливается высокочастотным полем, что и проявляется очагами свечения в этих участках. Можно допустить, что при парабактериальных изменениях в стенке кишки выделение энергии меньше, чем при некробиозе. На основании разной интенсивности свечения создается возможность определения границы паранекроза и гибели участка кишки. Последний подлежит удалению.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Комиссаров И. А., Колесникова Н. Г., Филиппов Д. В.

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет

Цель: Изучить частоту и варианты повторных операций при лечении болезни Гиршпрунга у детей, а также оценить сравнить результаты классических и современных трансанальных малоинвазивных операций при этой патологии.

Материалы и методы: С 2010 по 2015 года в клинике СПбГПМУ было обследовано 40 пациентов после коррекции болезни Гиршпрунга.

Результаты: Классические операции были выполнены 25 пациентам, современные трансанальные малоинвазивные операционные вмешательства проведены 15 детям (из них - в 13 случаях была лапароскопическая ассистенция).

У 16 детей были стойкие запоры, плохо поддающиеся консервативному лечению (12 пациентов были после классической операции, 4 – после малоинвазивной).

У 2 детей было органическое недержание кала из-за повреждения сфинктерно-леваторного комплекса (после классической операции).

У 24 пациентов были транзиторные дисфункции толстой кишки и аноректальной зоны (у 16 детей – запоры, легко поддающиеся консервативному лечению, у 5 больных – дефекация жидкими каловыми массами, в 3 слу-

чаях – риск возникновения стеноза колоректального анастомоза). Количество пациентов после классических и малоинвазивных операций было одинаковым.

Из 25 пациентов после классических операций 14 детям были выполнены 17 повторных операций: повторное низведение – у 1 ребенка, коррекция перегородки – в 12 случаях, задняя внутренняя сфинктеромиоэктомия – у 1 больного, ботулотоксинотерапия мышечного комплекса тазового дна – у 1 ребенка, ликвидация выстоящей слизистой – у 1 пациента, гелевая пластика анального канала – в 1 случае).

Из 15 детей после трансанальных малоинвазивных операций 5 пациентам были выполнены 6 повторных операций (ликвидация стеноза – 1 операция, повторные низведения – 4 операции, задняя внутренняя сфинктеромиоэктомия – 1 операция).

Выводы: В настоящее время количество пациентов, нуждающихся в повторных вмешательствах при лечении болезни Гиршпрунга сохраняется значительным. Отмечено примерно одинаковое количество пациентов, которым требуется повторная коррекция – после классических и малоинвазивных трансанальных операций.

НЕКРОТИЧЕСКИЕ ЭПИФАСЦИАЛЬНЫЕ ФЛЕГМОНЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Коновалов А. К., Петлах В. И., Сергеев А. В., Федоров А. К., Кистенева А. А.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Детская городская клиническая больница №9 им. Г. Н. Сперанского, Москва

Цель работы – улучшение результатов лечения некротической флегмоны при ветряной оспе у детей.

Материал и методы исследования. За 2012–2016 в клинике находились на лечении 98 пациентов, у которых на фоне ветряной оспы имелись сопутствующие заболевания (ОРВИ, трахеобронхит, инфекция мочевыводящих

путей и др.). Осложнения в виде некротических эпифасциальных флегмон выявлены у 7 (7,1%) детей в возрасте от 7 месяцев до 5 лет. Среди них были 5 девочек и 2 мальчика. Все пациенты госпитализировались в экстренном порядке с уже развившимися гнойными осложнениями ветряной оспы – эпифасциальными флегмонами. Обследова-

ние, наряду с общеклиническими методами, включало дополнительные лабораторные исследования: определение прокальцитонина, ПЦР крови. Для локализации границ флегмоны и выбора места разрезов применяли эхографию аппаратом «Voluson EВ» («General Electric» США) с линейным мультислотным датчиком 7,25 МГц. Оперативные вмешательства заключались в нанесении разрезов-насечек в шахматном порядке; полученное при операции отделяемое направлялось на микробиологическое исследование. Медикаментозная терапия состояла из антибиотиков широкого спектра действия, противовирусных препаратов (ацикловир), иммунокорректоров (пентаглобин), инфузии кристаллоидных растворов.

Результаты. При лабораторном обследовании у всех больных отмечалось повышение СОЭ ≥ 40 мм/ч, СРБ ≥ 130 мг/л, лейкоцитоз до 19,8/л, прокальцитонин ≥ 20 нг/мл. ПЦР крови: герпес вирус 6 тип, Varicella-Zoster virus – слабоболожительный. Наиболее часто (4) флегмоны локализовались на волосистой части головы, у 2-х в поясничной об-

ласти и у одного на надплечье. После установления наличия флегмоны выполняли оперативное пособие: нанесение разрезов-насечек. Место нанесения разрезов-насечек выбирали исходя из расположения флегмон и учитывая данные ультразвукового исследования. В посевах содержимого из очага поражения в 3-х случаях высеивался золотистый стафилококк, в одном – гемолитический стрептококк, в одном – синегнойная палочка и в 2-х наблюдениях отмечено отсутствие роста микрофлоры. Место применялись повязки с левомеколом до эпителизации ран. Длительность госпитализации в послеоперационном периоде составила 12 ± 3 койко-дня и зависела от степени распространенности флегмон.

Заключение. Комплексный способ лечения эпифасциальных некротических флегмон при ветряной оспе предполагает активные действия в очаге поражения (разрезы-насечки аналогично флегмоне новорожденных) после ультразвукового исследования в сочетании с антибактериальной, противовирусной терапией, иммунокорректирующими препаратами.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРЕКРУТАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Коровин С. А., Дворовенко Е. В., Дзядчик А. В., Стоногин С. В., Коренькова О. В., Тимохович Е. В., Донской Д. В., Соколов Ю. Ю.

Российская медицинская академия последиplomного образования; Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, г. Москва

Цель работы: определить частоту встречаемости перекрутов придатков матки у девочек в структуре экстренно оперированных больных и возможности применения лапароскопических вмешательств у девочек с перекрутами придатков матки.

Материалы и методы: С 2005 по 2016 годы в клинике лапароскопическая деторзия была выполнена 61 девочке с перекрутами придатков матки. Возраст детей был от 1 месяца до 18 лет. Догоспитальный период составил от 2 до 240 часов. Дооперационное время составило от 2 до 10 часов. Всем детям при госпитализации было выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости. Обзорная рентгенография компьютерная томография брюшной полости были выполнены в 2 наблюдениях при подозрении на тератоидные образования яичников. При лапароскопии был использован трехпортовый доступ. Оперативное лечение предполагало лапароскопическую деторсию придатков матки, устранение органической причины перекрута, по показаниям, фиксацию придатков.

Результаты: Лапароскопические вмешательства были эффективны у всех больных. Лапароскопическая деторзия придатков матки была дополнена пункцией, аспирацией ретенционных кист (21), удалением параовариальных кист (12), резекцией тератоидных образований (8). Сальпинго-оофорэктомия была выполнена при очевидном некрозе придатков матки (8). Фиксация придатков матки (4) была выполнена была выполнена при левостороннем (2), рецидивирующем (1) перекрутах придатков матки, а также при удлиненной связки матки (1).

Осложнений в ходе операций и послеоперационном периоде не было. По результатам гистологических исследований все удаленные кистозные новообразования имели доброкачественную природу. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал гладко во всех случаях. Дети были выписаны под наблюдение детского гинеколога.

Выводы: Лапароскопия является эффективным методом устранения перекрутов придатком матки у девочек любого возраста.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Котин А. Н., Караваяева С. А., Попова Е. Б., Кесаева Т. В.

ДГБ№1, г. Санкт-Петербург

Тотальный аганглиоз толстой кишки (ТА) до настоящего времени характеризуется поздней диагностикой, большим числом осложнений, высокой летальностью и широким спектром мнений относительно наиболее рациональных методов и сроков хирургического лечения.

Цель: показать разнообразие клинических проявлений ТА и сложность диагностики и лечения этой группы пациентов.

Материалы и методы. С 2002 по 2015 год в Детской городской больнице №1 г. Санкт-Петербурга проопе-

рировано 23 ребенка с тотальным аганглиозом толстой кишки (из СПб и других городов). У 16 детей (69%) клиника кишечной непроходимости возникла с 1-х дней жизни, что потребовало перевода в специализированный стационар и оперативного лечения. Из 16 прооперированных детей лишь 11 детям диагноз ТА установлен после первичной операции. У 5 детей, оперированных в периоде новорожденности, ТА не был заподозрен. У 8 детей диагноз установлен до 6 месяцев, у 3-х детей – до 1 года, у 1 ребенка ТА диагностирован после 1 года. 6 детей подверглись многократным оперативным вмешательствам (от 3 до 8), прежде чем был установлен диагноз ТА. У 1 ребенка сформировался синдром короткой кишки (осталось 28 см тонкой кишки), что потребовало проведение Z-образной пластики тонкой кишки. 1 ребенок страдал тяжелыми запорами, в 10 месяцев была заподозрена ректосигмоидная форма БГ, наложена двойная колостома, однако клиника кишечной непроходимости сохранялась и было выполнено еще 3 операции, прежде, чем был установлен правильный диагноз.

До 2012 года в нашей клинике 15 детям в возрасте от 4 месяцев до 5 лет выполнена операция Дюамеля-Мартина. 1 ребенку выполнена операция Дюамеля в возрасте

5 месяцев (ранее в другом стационаре произведена колэктомия). 3 детям выполнен 1-й этап операции Кимура, одному из них в возрасте 3-х лет наложен илеоанальный анастомоз. 4 ребенка (возраст до 1 года) живут с энтеростомой, двум из них выполнялась реконструкция энтеростомы в связи с частой эвагинацией приводящей кишки.

В послеоперационном периоде после радикальной операции отмечались особенности течения в виде частого жидкого стула, рецидивов энтероколита, частичного недержания. В 1 случае операция Дюамеля-Мартина осложнилась перфорацией тонкой кишки, что потребовало наложения двойной энтеростомы, которая впоследствии была закрыта. 4 ребенка находились на длительной инфузионной терапии с парентеральной поддержкой, которая полностью отменена в течение 2–5 месяцев.

Выводы. Основой своевременной диагностики ТА является знание особенностей клинической и рентгенологической картины заболевания. Радикальная операция должна выполняться в клиниках, имеющих опыт лечения детей с ТА толстой кишки. Успех в лечении детей с ТА достигается коллективным трудом специалистов разных специальностей, имеющих соответствующие знания и опыт оказания помощи этой тяжелой группе пациентов.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА

Котин А.Н., Караваева С.А., Зарова И.И.

Детская городская больница № 1, г. Санкт-Петербург

Цель: выделить варианты клинического проявления кист холедоха у детей разного возраста, разработать алгоритм оптимального обследования и лечения.

Материалы и методы: В 2009–2016 в ДГБ № 1 г. Санкт-Петербурга лечилось 16 детей с кистами холедоха (КХ). Дети поступили в стационар в возрасте от 1-х суток до 11 лет. В 4 случаях патология была выявлена антенатально. Клинически заболевание проявлялось в виде холестаза (у 2 детей), панкреатита (1), болями в животе в сочетании с рвотой (6). Два ребенка поступили с перитонитом на фоне перфорации КХ, одному ребенку в другом стационаре был поставлен диагноз атрезии желчных ходов, билиарный цирроз. Обследование включало в себя УЗИ, МРТ-холангиографию. Раннее хирургическое лечение проводилось детям с большими кистами холедоха и нарушением пассажа желчи – 13 паци-

ентам выполнено удаление кисты и наложение гепатикоюноанастомоза на длинной петле. Трое детей, имеющих небольшие кисты общего желчного протока без клинических проявлений, наблюдаются. Все прооперированные пациенты с КХ выжили. У 2 детей в раннем послеоперационном периоде развился реактивный панкреатит, с которым удалось справиться консервативно. В одном случае через 2 месяца после операции диагностирован холангит (консервативное лечение). У 1 ребенка через 2 года диагностирована портальная гипертензия.

Выводы: Кисты холедоха могут быть выявлены антенатально. В случае отсутствия антенатальной диагностики они должны подозреваться у детей с холестазом, панкреатитом, рецидивирующими болями в животе. Операция гепатикоюноанастомоза дает хорошие результаты.

ВСЕ ЛИ ЯСНО В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Котлубаев Р.С., Афукон И.В., Арестова С.В., Мельцин И.И., Калинина Ю.А.

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

«Не дай вам Бог жить в эпоху перемен» (китайская пословица)

Последние два десятилетия в медицинском образовании похожи на действия боксера, получившего сокрушительный удар от противника. Кто же этот противник? Складывается впечатление, что это тот орган, который при-

зван «рулить» здравоохранением. Что на деле? «Бумагооборот» – вот что сейчас является лицом медицины. В бумаготворчестве погрязли и теоретические и клинические кафедры. Тысячестраничные рабочие программы по спе-

циальностям являются неотъемлемой и абсолютно необходимой частью работы всех без исключения кафедр вузов. «Урезание» часов на непосредственную работу интернов с больными – это сегодняшний день, а уже завтра клинические кафедры ждет наплыв в ординатуру для подготовки специалистов без должного просчета потребности в этих специалистах и, что печально, без кадрового обеспечения этой весьма своеобразной и очень трудоемкой работы.

Действия по реформированию здравоохранения и медицинского образования в том числе очень напоминают тезис революционного гимна: «весь мир ... разрушим до основания ... мы новый мир построим». Не в далекой перспективе, а в ближайшее время нам будут нужны универсальные хирурги, которые способны оказывать помощь и взрослым и детям, т.к. штатное расписание

практически всех районных больниц нашей необъятной страны не позволяет такой роскоши, как отдельные ставки детских хирургов. Поэтому и пути решения проблемы подготовки детских хирургов – это целевая специализация в объеме около 500 часов с последующей возможностью тематических усовершенствований.

В додипломной подготовке врачей грубой ошибкой является отказ от субординатуры по основным врачебным направлениям – терапия, хирургия, педиатрия, акушерство, тем более переход на выпускном курсе на четырехчасовые практические занятия. Ведь именно эта модель приближала студентов-«теоретиков» к азам практической подготовки, что является залогом успешной самостоятельной работы выпускника медицинского вуза.

НАДМОШОНОЧНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ПАТОЛОГИИ ЯИЧКА И ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кравцов Ю. А., Сичинава З. А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет; Городской центр амбулаторной хирургии. г. Владивосток

Цель работы – создать универсальный доступ к яичку и семенному канатику, при котором устраняются недостатки известных доступов для операций на яичке, с возможностью оперировать одновременно варикоцеле, водянки оболочек яичка, семенного канатика, выполнять орхиопексию и лечить острые заболевания яичек.

Метод. В предлагаемом способе («Универсальный хирургический надмошоночный доступ для оперативного лечения патологии мошонки по Ю.А. Кравцову», № 2013100539) оперативный доступ к яичку и семенному канатику осуществляют путем разреза в надмошоночной области параллельно складке на границе кожи мошонки и живота. Разрез проводят по коже живота, отступив 0,5 см. от кожи мошонки, на стороне поражения, отступив от основания полового члена на 1–1,5 см., в зависимости от возраста. Протяженность разреза соответствует диаметру яичка в случае водянки оболочек яичка; при варикоцеле длина разреза составляет 2 см. Паховый канал не вскрывают. После мобилизации семенного канатика и перевязки вагинального отростка, либо перевязки вен при варикоцеле, выворачивания оболочек яичка по Винкельману при водянке яичка, в мошонке подкожно между мясистой оболочкой и подкожным слоем формируют неглубокий «карман» для яичка, куда последнее легко вправляется. После выполнения основного этапа операции ушивают подкожную фасцию и кожу, дренирования мошонки не требуется.

С помощью надмошоночного доступа в Городском амбулаторном хирургическом центре г. Владивостока оперировано по поводу варикоцеле 85 пациентов в возрасте от до 18 лет по способу Мармара (микрохирургическая варикоцелэктомия); симультантные оперативные вмешательства из одного оперативного доступа – 13 операций (15,3%). Это были оперативные вмешательства по поводу водянок оболочек яичка (3), кист придатка яичка (4), гидатид (6). Оперировано 26 детей с 2-летнего возраста, с сообщаемыми водянками яичка, семенного канатика, гидатидами яичка, крипторхизмом. Воспалительных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. Пациенты проводили в амбулаторном центре после операции 1,5–2 часа.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 4 лет после операции. Отмечен хороший косметический эффект операции, послеоперационный рубец не заметен. Количество рецидивов при варикоцеле составило 2,35%, рецидивов водянок яичка и другой патологии – не было.

Способ отличает наличие четких кожных ориентиров для разреза; при этом возможно одномоментное оперативное вмешательство на яичке и проксимальном отделе семенного канатика; в случае сообщающейся водянки оболочек яичка у детей это позволит обработать водяночную полость и перевязать вагинальный отросток брюшины, возможность косметических видов закрытия послеоперационной раны. Возможно применение заявляемого способа в амбулаторных условиях.

МЕТОД ЭКСТРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ПЕРЕСАДКИ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кравцов Ю. А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток

Цель: создать способ, который позволил бы осуществлять пересадку мочеточника при удвоении почек, снижении травматичности оперативного вмешатель-

ства, исключения разрезов стенки мочевого пузыря, перекрута и стеноза мочеточника при первичной операции.

Метод основан на том, что предварительно по средней линии в надлобковой части проводят троакарную пункционную цистостомию под контролем УЗИ с введением в полость мочевого пузыря дренажной трубки – интубатора с перфорацией по спирали на дистальном ее конце, операционный доступ к мочеточнику выполняют латеральнее обычного надлобкового поперечного доступа в паховой области, далее отсекают мочеточник от мочевого пузыря, затем проводят через тоннель, интубированный трубкой, обуженный мочеточник, после чего фиксируют мочеточник к стенке мочевого пузыря, причем пересадку осуществляют вершиной среза в сторону уретры, слизистую мочеточника сшивают у основания косога среза двумя швами, а остальную часть среза мочеточника помещают в просвет мочевого пузыря и фиксируют в растянутом положении по типу лепестков в трех разных направлениях П-образными «якорными» швами, накладываемыми из просвета мочевого пузыря наружу, через все слои стенки мочевого пузыря с последующей протяжкой мочеточника вовнутрь мочевого пузыря. Если имеется удвоение мочеточника, предварительно накладывают межмочеточниковый анастомоз в области дистального конца, либо проводят выделение одного из мочеточников из общего

футляра и его перевязку в сочетании с геминефрэктомией, при гибели почечной паренхимы удвоенной почки.

Результатом применения уретероцистоанастомоза по Ю.А. Кравцову является возможность осуществлять дренаж чашечно-лоханочной системы почки, исключить вероятность возникновения стриктур мочеточника, его излишней длины, избежать развития мочевого затека, сохранить антирефлюксную методику формирования мочепузырного анастомоза, предупредить возможность дополнительного оперативного вмешательства на мочевыводящих путях. Оперативный доступ над дистальным отрезком мочеточника позволяет провести его полноценное выпрямление, обуживание и резекцию, обеспечивает быстрое восстановление его функции и сокращает длительность послеоперационной гематурии.

Новизна предлагаемого метода подтверждена получением патента на изобретение (Способ пересадки мочеточника. Патент РФ № 2415649 от 10.04. 2011 г., автор Ю.А. Кравцов)

По предлагаемой методике прооперировано 6 пациентов. В послеоперационном периоде не выявлено осложнений, связанных с недостаточностью швов, отсутствовали мочевые затеки.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ И ОСТЕОПАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Крестьяшин В.М., Крестьяшин И.В., Зимица О.Ю., Домарев А.О., Стамболцян О.В.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова

Врожденная патология тазобедренных суставов занимает одно из первых мест среди врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Данный порок развития захватывает все элементы тазобедренного сустава: вертлужную впадину, головку бедренной кости с окружающими мышцами, связками, капсулой – и заключается в недоразвитии этих тканей. Важным является всесторонний, целостный подход в лечении данной проблемы, использование различных методик наряду с общепринятым ортопедическим протоколом лечения.

В настоящее время использование остеопатических методов лечения является весьма перспективным направлением в педиатрической практике, так как является неинвазивным, немедикаментозным, безболезненным, основанным на целостном подходе к организму и может применяться как самостоятельный, так и как вспомогательный метод. Применение методики остеопатического лечения дает возможность на любом этапе консервативного лечения врожденной патологии тазобедренных суставов у детей первого полугодия жизни выбрать оптимальную тактику лечения, позволяя сократить сроки формирования костных элементов тазобедренного сустава, не задерживая вертикализацию ребенка и его статико-динамическое развитие. Использование остеопатических техник направлено на устранение нарушений кровообращения в области диспластического сустава и стимуляцию репаративных процессов. Реализация предложенной программы позволяет повысить эффективность консервативного лечения детей первого полу-

года жизни с врожденной патологией тазобедренных суставов.

В данной работе представлены результаты обследования и лечения 54 детей с предвывихом 32 (59%) и подвывихом 22 (41%) головки бедренной кости. Соотношение девочек и мальчиков 81% к 19% соответственно. Цель исследования заключалась в разработке схемы остеопатического воздействия и оценке эффективности лечения. В основной группе 24 (44%) проводилось ортопедическое лечение в комплексе с остеопатическим. Контрольной явилась группа 30 (56%), не получавшая остеопатического лечения.

Была проведена оценка эффективности техник остеопатической коррекции, направленных на формирование элементов тазобедренного сустава при предвывихе и подвывихе головки бедренной кости у детей первого полугодия жизни. Выявлено, что применение остеопатического лечения в сочетании с ортопедическим протоколом приводит к улучшению соотношений костных элементов тазобедренного сустава, уменьшает сроки их формирования при данной патологии, снижает сроки фиксации ребенка в отводящих шинах, что немаловажно для ребенка и его родителей.

Проведенное исследование показало, что остеопатическое лечение эффективно и может применяться в комплексе с ортопедическим лечением.

В результате сочетания остеопатического лечения с традиционным ортопедическим протоколом позволило сократить сроки лечения в абдукционных шинах-распорках в среднем на 15% от общего срока лечения в контрольной группе.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕС ЖИЗНИ

Крестьяшин В. М., Зимина О. Ю., Гуревич А. И.

РНМУ ИМ.Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии; ДГКБ 13 им. Н.Ф. Филатова

С 2010 по 2015 гг на базе Центра амбулаторной ортопедии филиатовской больницы были исследованы 1770 детей в возрасте от 0 до 6 мес жизни. Всем пациентам было проведено клиническое обследование и УЗИ тазобедренных суставов. Из них 1300 был поставлен диагноз дисплазия тазобедренных суставов (предвывих, подвывих, вывих). Среди обследованных пациентов особого внимания заслуживают «опасные» для врача дети с клинически бессимптомным течением патологии. Из 1300 детей 97 не имели клинических проявлений, и только благодаря УЗИ-скринингу в 1 мес была выявлена врожденная патология. Всем пациентам с диагнозом Дисплазия проводился УЗИ-контроль через 1 мес и рентгенологическое исследование после 3 мес жизни. Метод ультразвукового исследования был проведен на аппарате Logiq линейным датчиком с частотой 7–12 МГц.

Необходимо внести ясность по классификации патологии тазобедренных суставов у детей от 0 до 6 мес жизни. Истинная дисплазия является врожденным заболеванием, в котором важную роль играют такие факторы, как семейный анамнез, ягодичное предлежание и сочетание с другими ортопедическими заболеваниями. Она встречается в 4 раза чаще у девочек, чем у мальчиков, и подразделяется на предвывих, подвывих и вывих.

Но наряду с общераспространенной классификацией, существует такое понятие, как незрелость тазобедренных суставов (до 2 мес жизни проходит самостоятельно, не имеет преимущественного распределения по полу) и транзитный диспластичный тип строения суставов (на рентгенограмме ацетабулярный индекс может быть в пределах нормы, но впадина плоская и скошен наружный костный край как на рентгенограмме, так и по данным УЗИ).

Нами был проведен анализ взаимоотношений в тазобедренном суставе всех его элементов (центрацию головки бедренной кости, покрытие головок крышами вертлужных впадин, скошенность наружного костного края, углы альфа и бета. Оценив все параметры, мы определяли тип дисплазии тазобедренного сустава в соответствии с методикой Graf. Особо важную информацию имеет УЗИ до появления ядер окостенения головкой бедренных костей.

Таким образом, у детей первых 6 мес жизни важную роль в диагностике и выборе тактики лечения играет сочетание клинического, УЗИ и при необходимости рентгенологического методов исследования. Существуют транзитные варианты строения тазобедренных суставов, требующие только динамического наблюдения.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кузнецов А. С., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Калинина Ю. А., Арестова С. В., Мельцин И. И.

Оренбургская государственная медицинская академия; МГКБ № 52, г. Оренбург

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – одно из распространенных заболеваний детского возраста, проявляющееся забросом мочи из мочевого пузыря в мочеточники и коллекторную систему почек. ПМР выявляется у 40–60% детей, страдающих хроническим пиелонефритом, и рассматривается как патологический процесс, приводящий к ренальной гипертензии и хронической почечной недостаточности. В настоящее время на смену различным способам хирургического устранения ПМР пришел метод эндоскопической коррекции патологии устья мочеточников.

Цель. Провести анализ результатов эндоколлагенопластики устья мочеточников у детей, страдающих ПМР.

Материалы и методы. В уроandroлогическом отделении ЦДХ г. Оренбурга использование эндоколлагенопластики (ЭКП) началось с 2008 года и за последние 8 лет практически вытеснило оперативные способы антирефлюксной защиты, оставляя за ними право лишь в случаях упорных рецидивов. Для эндоскопической коррекции ПМР использовался набор «Коррекция – МИТ» произ-

водства ООО «Минимально-инвазивные технологии», Россия. Для создания антирефлюксного механизма уретерovesикального соустья (УВС) под заднюю стенку подслизистой части мочеточника вводилось от 1 до 3 мл пластического материала из одной-трех точек.

Возраст детей колебался от 9 месяцев до 17 лет, причем в последние годы отмечается существенное снижение больных, получавших ЭКП. Основным показанием для выполнения ЭКП служил ПМР II–V как в обычную, так и в гипоплазированную, удвоенную или подковообразную почку. Всего у 250 больных проведена ЭКП на 283 мочеточниках. Контроль за состоянием УВС осуществляли путем УЗИ почек и нижних мочевых путей, уретроцистографию выполняли через 1 год после коррекции.

Результаты. Длительность катamnестического наблюдения за больными после ЭКП составила от 1 до 6 лет. Хорошие результаты получены у 92% пациентов, при этом нужно отметить, что в 100% хороший результат отмечен у детей с первичным ПМР I–IV степени.

Выводы.

1. В последние годы эндоколлагенопластика практически вытеснила оперативные методы лечения ПМР.

2. Обладая высокой эффективностью, ЭКП имеет такие преимущества как малая инвазивность, короткий срок госпитализации и минимум оперативного риска.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана

Введение. Одной из главных особенностей, определяющих технические сложности и высокий риск нейрохирургических операций у детей, является сложность пространственной ориентации нейрохирурга в полости черепа, ввиду чего актуально внедрение в практику современных нейронавигационных технологий.

Цель исследования. Изучить эффективность операций на головном мозге у детей с применением нейронавигационной системы Medtronic Navigation StealthStation® AXIEM™.

Материал и методы. На клинической базе кафедры детской хирургии «Медицинского университета Астана» городской детской больницы №2 с 2012 года при операциях на головном мозге внедрена методика навигации компьютерной нейронавигационной системой Medtronic Navigation StealthStation® AXIEM™ седьмого поколения. С применением данной системы оперировано 37 детей в возрасте до года – 18 (48,6%) пациентов, от года до 3-х лет и старше 3-х лет – 12 (32,4%) и 7 (18,9%) детей соответственно. Преимущественно компьютерная нейронавигация применялась при установке вентрикулярного катетера – в 29 (51,4%) случаях. Из них первично вентрикулярный катетер установлен в 17 (58,6%) и в 12 (41,4%) случаях повторно, ввиду дисфункции

первично установленного. У 7 (18,9%) пациентов с применением нейронавигации удалены внутримозговые гематомы, в одном случае произведено удаление внутримозговой опухоли.

Результаты лечения. Применение компьютерной навигации позволило установить вентрикулярный катетер в таком положении, при котором будет обеспечено наиболее эффективное дренирование желудочков мозга с минимальным риском осложнений. Также это позволило исключить риск внутрижелудочковых кровоизлияний интраоперационно при установке вентрикулярного катетера, которые до применения нейронавигации наблюдались в 7% случаях. В случае с удалением внутричерепных образований значительно снижена травматичность операции и кровопотеря. При статической обработке результатов лечения методом χ^2 – критерий Пирсона показал достоверно лучшие результаты ($P < 0,05$) у детей, которым интраоперационно применялась нейронавигация.

Заключение. Нейронавигация позволяет уменьшить травматичность операций на головном мозге и снизить риск осложнений в виде кровотечений, дисфункций вентрикулярного катетера до минимума, что особенно важно при лечении новорожденных и детей раннего возраста.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Ли И.Б., Дюков А.А., Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Перловская В.В., Степанова Н.М., Ангархаева Л.В., Страшинский А.С.

Иркутская государственная областная детская клиническая больница; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск

Цель: сравнительный анализ эффективности лечения аппендикулярного перитонита эндохирургическим и традиционным способом.

Метод основан на анализе 72 случаев аппендикулярного перитонита у детей, находившихся на лечении в ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница с 2006 г. по 2016 г.

Результаты. В 42% случаев дети доставлены в стационар преимущественно через 24 часа от начала заболевания. 65% – дети школьного возраста, 5% – дети младше 3 лет. Неотграниченная форма разлитого перитонита диагностирована в 89% случаев. Частые осложнения – тифлит

и оментит, который в 33% случаев требовал проведения резекции пряди сальника. После лапароскопического вмешательства больные отмечали значительное уменьшение боли на 2 сутки после операции. У большинства после лапароскопического вмешательства интоксикационный синдром сохранялся в среднем 3 суток (в группе контроля – 5–7 суток). У большинства пациентов после лапароскопии – проявления пареза 1–2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения – парез 2–3 степени купировался на 4–5 сутки. Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в груп-

пе контроля выполнялись в 4% случаев, после лапароскопических операций осложнений не наблюдалось.

Заключение. Эндовидеохирургические операции при аппендикулярном перитоните могут быть успешно выполнены у большинства детей независимо от их возраста, срока заболевания и распространенности патологического процесса. Течение послеоперационного периода, восстановление пассажа по кишечнику и продолжительность дренирования брюшной полости убедительно свидетельствуют об улучшении результатов по сравнению с открытыми вмешательствами. За анализируемый период времени не было зарегистрировано

ни одного случая спаечной непроходимости, обусловленной перенесенной лапароскопической операцией при осложнённых формах аппендицита.

Таким образом, лапароскопический способ лечения перитонитов является достойной альтернативой традиционной операции. Основными преимуществами являются: возможность визуального осмотра органов брюшной полости, более щадящая санация и ревизия органов брюшной полости, гладкое течение послеоперационного периода, раннее восстановление функции ЖКТ, профилактика ряда серьезных осложнений, а также эффективный косметический результат.

БЕЗОАРЫ ЖЕЛУДКА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Литовка В. К., Иноземцев И. Н., Вакулenco М. В., Черкун А. В., Литовка Е. В., Музалев А. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; Клиника детской хирургии им Н. Л. Куца, г. Донецк

Введение. Безоары – это особый вид инородных тел, формирующихся в пищеварительном тракте, преимущественно в полости желудка, из различных проглоченных веществ. В основном встречаются трихобезоары и фитобезоары. Данная патология редко встречается в детском возрасте, и в связи с этим практические врачи недостаточно знакомы с причинами формирования безоаров, клиникой и диагностикой этого заболевания.

Цель исследования – обобщение данных по диагностике и лечению безоаров у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н. Л. Куца за последние 25 лет (1990–2015 гг.) находилось на лечении 7 детей с безоарами желудка. Все больные были женского пола в возрасте 11–14 лет.

Трихобезоары были выявлены у 4 детей, фитотрихобезоары – у 2 детей, фитобезоар – у 1 ребенка. Давность заболевания варьировала от 4 месяцев до 1 года. Во всех случаях отмечались боли в эпигастрии. Обследовались и наблюдались педиатром по поводу предполагаемого гастрита (гастроудоденита). После проведения УЗИ и ФГДС – выявлены безоары.

Результаты. В период формирования безоаров клиническая картина малосимптомна. По мере увеличения безоара появляются боли и чувство тяжести в эпигастрии, тошнота иногда рвота, что имело место у всех наблюдаемых нами детей. У 6 (85,7%) пациентов удалось пропаль-

пировать опухолеподобное образование в эпигастрии. Размер их варьировал от 4х8 см до 7х10 см. Ультразвуковое исследование (УЗИ) лоцировало в желудке гиперэхогенное образование, дающее позади себя акустическую тень. При эндоскопическом исследовании фитобезоары желудка имели вид желто – зеленоватого образования, с шероховатой поверхностью, плотной консистенции. Трихобезоары выглядят как опухоль грязно – серого цвета, покрытая волосами, заполняющая полость желудка. Все дети оперированы с благоприятным исходом. Проведена гастротомия, удаление безоара. Осложнений не отмечено. Попыток удаления безоаров эндоскопическим методом мы не предпринимали из-за их больших размеров.

Заключение.

1. Причиной образования фитобезоаров желудка у детей является бесконтрольный прием безоарогенных растительных продуктов (хурма, инжир, виноград, бананы и др.).
2. Трихобезоары формируются у детей, страдающих трихотилломанией. Эти дети должны находиться на диспансерном наблюдении у психоневролога.
3. Диагностика безоаров базируется на данных анамнеза, объективного исследования и специальных методов диагностики (УЗИ, ФГДС).
4. Лечение безоаров оперативное – гастротомия, удаление инородного тела.

ГАНГЛИОНЕВРОМА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ В ОНКОПЕДИАТРИИ

Литовка В. К., Черкун А. В., Вакулenco М. В., Музалев А. А., Литовка Е. В., Сушков Н. Т.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; Клиника детской хирургии им Н. Л. Куца, г. Донецк

Введение. Ганглионеврома – редко встречающаяся опухоль периферической и центральной нервной системы, состоящая из элементов симпатических нервных ганглиев. Ганглионеврома чаще всего лока-

лизуется в заднем средостении, реже в забрюшинном пространстве, в мозговом веществе надпочечников, на шее, в полости малого таза, в отделах головного мозга. Нейробластома может трансформироваться

в ганглионеврому. Механизмы спонтанного созревания не выявлены.

Цель исследования – установление наиболее показательных критериев для диагностики ганглионевром у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии имени профессора Куца Н.Л. за последние 25 лет (1990–2015 гг.) лечилось 12 детей с ганглионевромой забрюшинного пространства в возрасте от 4 до 15 лет. Лиц женского пола было 7, мужского – 5. Левостороннее расположение опухоли имело место у 7 пациентов, правостороннее – у 5. Размеры ганглионевромы варьировали от 5–6 см до 12–15 см.

За указанный период лечилось также 24 ребенка с ганглионевромой заднего средостения. Лиц женского пола было – 13, мужского – 11. Левостороннее расположение опухоли отмечалось у 14 пациентов, правостороннее – у 10. Размеры варьировались от 5,0–6,0 см до 10,0–11,0 см.

Для подтверждения предполагаемого диагноза, наряду с общеклиническими исследованиями, мы, как и другие авторы, широко использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), лапароскопию, а также дооперационную трепанбиопсию опухоли.

Результаты. Болевой абдоминальный синдром среди наблюдаемых больных отмечен у 11 (91,6%) детей.

Пальпируемая опухоль в забрюшинном пространстве была выявлена у 9 (75,0%) больных. Неврологическая симптоматика (парестезия, легкий парез нижней конечности) отмечался у 2 детей. Все наши больные оперированы. Радикальное удаление опухоли удалось выполнить у 10 (83,3%) детей, частичное удаление – у 2 пациентов.

Боли в области грудной клетки отмечались у 14 (58,3%) детей, одышка – у 9 (37,5%), кашель у 8 (33,3%), у 4 (16,6) – усиление венозного рисунка. Также у 7 детей в анамнезе отмечались частые бронхиты. Неврологическая симптоматика (парестезии, парез конечностей) имел место у 2 (8,3%) пациентов. Во всех случаях образование располагалось в заднем средостении. Больные оперированы. Проведена торакотомия с использованием бокового или задне-бокового доступа. Летальных исходов не было.

Заключение.

1. Ганглионеврома забрюшинного пространства у детей встречается в два раза чаще, чем ганглионеврома заднего средостения.
2. В диагностике заболевания важное место имеют УЗИ, СКТ, пункционная биопсия опухоли.
3. Объем хирургического вмешательства зависит от размеров и локализации опухоли, ее взаимоотношения с органами и сосудами.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана

Введение. На современном этапе с развитием инновационных технологий диагностики и лечения актуальным остается поиск новых методов и подходов к тактике и методике хирургического лечения прогрессирующей гидроцефалии у детей раннего возраста.

Цель исследования – ознакомить с тактикой и результатами лечения прогрессирующей гидроцефалии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для сравнительной оценки взяты две группы новорожденных с прогрессирующей гидроцефалией, которым ввиду различных причин (изменения в ликворе, истончение кожных покровов ввиду недоношенности) была противопоказана традиционная вентрикулоперитениостомия. Основная группа состояла из 32 пациентов проходивших лечение с 2010 г. по 2015 г, которым было применено вентрикулосубгалеальное дренирование (ВСД) и при проведении оперативных вмешательств активно применяли компьютерную нейронавигацию. В контрольной группе было 16 пациентов, находившихся на лечении с 2006 г. по 2009 г., которым для снятия внутричерепной гипертензии и санации ликвора перед проведением вентрикулоперитениостомии применялись вентрикулярные пункции (11 случаев), наружное дренирование (2) и а также имплантацию подкожного резервуара ОММАУА – 3 случая.

Результаты лечения оценены через год после вентрикулоперитонеального шунтирования в основной и контрольной группах. Применяемый метод позволил снизить летальность с 18,7% (3 пациента) до 3% (1 пациент), уменьшить степень грубых атрофических изменений головного мозга с 56,2% (9 пациентов) до 6,2% (2 случая) и улучшить клинические результаты лечения за счет снижения грубых неврологических расстройств с 37,5 процентов (6 случаев) до 3,1 процента (1 ребенок). Применение компьютерной нейронавигации позволило избежать интрооперационных осложнений, в то время как в контрольной группе они встречались в 25% (4 случая). Также установка вентрикулярного катетера под контролем нейронавигации позволила уменьшить количество дисфункций вентрикулярного конца катетера с 18,7 процентов (3 пациента) до 3,1 процентов (1 пациент). В 5 случаях (15,6%) гидроцефалия разрешилась. Результаты статистически обработаны методом χ^2 – критерий Пирсона, который показал достоверность полученных результатов ($P < 0,05$)

Заключение. Полученные результаты лечения указывают на перспективность представленного хирургического метода лечения гидроцефалии.

СПОСОБ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Кесаева М. М., Дзугцева М. Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия; Республиканская детская клиническая больница. г. Владикавказ

Цель: Определение коэффициента расширения мочеточника (КРМ) для оценки результатов хирургического и эндоскопического лечения обструктивного мегауретера.

Материалы и методы: Для оценки послеоперационного уменьшения диаметра мочеточника, нами используется показатель КРМ, учитывающий увеличение размеров тела ребенка. Проводится расчет соотношения диаметра мочеточника в его различных отделах (верхний, средний и нижней трети) к ширине тела соответствующего позвонка. Диаметр мочеточника измеряется по точкам: верхняя треть на уровне нижнего края третьего поясничного позвонка, средняя треть – на уровне нижнего края пятого поясничного позвонка, а дистальная треть мочеточника – на уровне верхнего края вертлужной впадины.

КРМ высчитывается по следующим формулам $KPM_v = D1/L_{III}$, где $D1$ – ширина мочеточника в верхней трети, а L_{III} – ширина тела соответствующего позвонка; $KPM_c = D2/LV$, где $D2$ – ширина мочеточника в средней трети, а L_V – ширина тела соответствующего позвонка; $KPM_n = D3/LV$, где $D3$ – ширина мочеточника в нижней трети,

а L_V – ширина тела соответствующего позвонка. Нами определены нормативные показатели КРМ у 26 детей первого года жизни, имевших односторонний уретерогидронефроз. Измерения осуществлялись при оценке экскреторных урограмм на противоположной уретерогидронефротической трансформации стороне, а также на стороне уретерогидронефротической трансформации.

Результаты и обсуждения: У детей без мегауретера, вне зависимости от возраста, КРМ не превышал 0,07. Данная величина принята нами за верхнюю границу нормы. Из 26 детей с обструктивным мегауретером у 18 было проведено хирургическое лечение, а у 8 – применено эндоскопическое стентирование мочеточника. Нами определялся КРМ у 26 детей до лечения (хирургического и эндоскопического) и через 1–3 года после него. При этом, нами отмечено значительное снижение КРМ (от 0,45–0,54 до 0,04–0,2) в 85–90% случаев.

Вывод: Простота и эффективность предлагаемого способа позволяют оценить результаты хирургического лечения обструктивного мегауретера у детей раннего возраста.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Кесаева М. М., Дзугцева М. Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия; Республиканская детская клиническая больница. г. Владикавказ

Цель: Антенатальное выявление патологии мочевыводящей системы и определение лечебно-диагностических мероприятий в раннем постнатальном периоде у детей.

Материалы и методы: За период 2006–2015 гг. были обследованы 87 женщин в сроки от 20 до 39 недель беременности, у плодов которых выявлены признаки дилатации ЧЛС разной степени выраженности. Исследование проводили на ультразвуковых аппаратах «Sono Diagnost 360» с использованием линейных датчиков частотой 3,5 и 5 МГц. Для выявления патологии мочевой системы исследование проводили в 3 этапа (16–24–34 нед.). Первыми признаками обструктивной уропатии у плода являлась пиелэктазия, а при инфравезикальной обструкции – дилатация мочевого пузыря. За норму принимали передне-задний размер лоханки до 5 мм. При УЗ-исследовании определяли положение, форму, размеры почек, толщину и плотность паренхимы, форму и размеры ЧЛС, мочеточника и мочевого пузыря.

Результаты и обсуждение: При 3-х этапном антенатальном исследовании, по мере увеличения сроков бере-

менности у 46 женщин степень обструкции не нарастала и в раннем постнатальном периоде нарушения уродинамики проявлялись пиелэктазией. У 18 плодов пиелэктазия спонтанно разрешалась уже во время беременности или в первые 3 месяца после рождения. В остальных 23 наблюдениях при увеличении сроков гестации нарушения уродинамики прогрессировали. Пиелэктазия переходила в гидронефроз или уретерогидронефроз в зависимости от уровня обструкции.

Выявленные антенатальные критерии разной степени выраженности обструктивных уропатий определяли объем диагностических и лечебных мероприятий в раннем постнатальном периоде. Первым двум группам детей рекомендовано было динамическое УЗ-наблюдение и контроль анализа мочи после рождения. Третья группа детей нуждаются в раннем урологическом обследовании, а часть из них в оперативном лечении.

Вывод: Таким образом, выявление органической патологии мочевыводящей системы в пренатальном периоде дает возможность начать лечение в максимально ранние сроки.

АРТРОСКОПИЯ КАК ЕДИНСТВЕННО ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лукаш А. А., Пискалов А. В., Злобин Б. Б., Лямзин С. И., Юшко А. В., Степанов М. А.

Омский государственный медицинский университет; Городская детская клиническая больница № 3, г. Омск

Цель работы: Улучшить результаты диагностики и лечения заболеваний коленного сустава сопровождающихся длительным болевым синдромом у детей.

Материалы и методы: Травмы и заболевания коленного сустава занимают одно из ведущих мест в травматологии-ортопедии детского возраста. С декабря 2014 г. по июнь 2016 г. нами обследовано 195 детей в возрасте от 6 до 17 лет, поступивших в неотложном и плановом порядке с жалобами на боли в коленном суставе. Из них 115- девочки, 80- мальчики. Основным механизмом травмы было падение на коленный сустав на улице с высоты своего роста, реже отмечалась спортивная травма. У всех детей отмечался гемартроз различной степени выраженности и болевой синдром. В остром периоде клинически симптомы повреждения менисков и связок не проверялись. Дети поступавшие в плановом порядке также отмечали длительный болевой синдром (по поводу которого и были госпитализированы) и положительный с-м «баллотации надколенника», как правило за счёт синовита. В анамнезе более чем у половины этих детей отмечались травмы коленного сустава, либо чрезмерная нагрузка на него. С диагностической целью проводилась рентгенография обоих коленных суставов, пункция коленных суставов, МРТ коленного сустава, по показаниям проводилась МСКТ коленных суставов. Детям поступавшим в плановом порядке проводились ревматесты (положительный у 3 пациентов) и анализ на хламидии (положительный у одной девочки). На МРТ выявлялись повреждения менисков – различной степени разрывы по Stoller, либо дегенеративно-дистрофические изме-

нения; импрессионные переломы мыщелков бедренной кости и надколенника, реже – остеохондропатии. Рентгенологическая диагностика коленного сустава с учётом наличия в нем рентгеннегативных структур была малоинформативной, а МРТ зачастую страдала в трактовке нормы и патологии с учётом возраста пациентов. У части пациентов поступивших в плановом порядке отмечались клинические признаки повреждения менисков, дальнейшая диагностика у этих пациентов не представляла значительных трудностей. В целом по результатам диагностики патология коленного сустава была выявлена у пациентов поступивших с травмой коленного сустава в 100% случаев, у пациентов поступивших в плановом порядке лишь в 60% случаев. Пациентам проводилось лечение с учётом выставленного диагноза. В тех случаях, когда остальные диагностические методы не давали положительного результата детям с сохранявшимся болевым синдромом проводилась артроскопия коленного сустава. На артроскопии у 35 пациентов была обнаружена медиопателлярная складка, у 9 пациентов- повреждения менисков различной степени и у 2-х пациентов болезнь Кёнига 2 ст. не выявленные на МРТ.

Результаты: Применение артроскопии коленного сустава как метода не только лечебного, но и диагностического в 100% случаев позволяет выявить любую патологию коленного сустава в детском возрасте.

Выводы: При длительном болевом синдроме у детей с патологией коленного сустава необходимо выполнять артроскопию даже при отсутствии изменений при применении других методов обследования.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПИОНЕФРОЗОМ, У ДЕТЕЙ

Мавлянов Ф. Ш., Ахмедов Ю. М., Ахмеджанов И. А., Мавлянов Ш. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ш. А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Целью настоящего исследования явилось улучшить результаты лечения обструктивных уропатий осложненных пионефрозом.

Материал и методы: Из 275 детей с врожденной обструкцией мочетчника у 15 обструктивная уропатия осложнилась пионефрозом. 9 больных было с врожденным гидронефрозом и 5 пациентов с уретерогидронефрозом.

Результаты: У детей пионефроз зачастую отягощен состоянием гнойной интоксикации, поэтому риск первичной нефруретерэктомии высок. К тому же не смотря на гнойно-воспалительный процесс у детей компенсаторные воз-

можности почки велики, а наличие 15–20% от функции почки является основанием к проведению органосохраняющей операции после стабилизации процесса. В связи с этим у таких больных нами была применена следующая тактика. Оперативное лечение данной категории пациентов производилось в два этапа. После предварительного урологического обследования на первом этапе проводилась перкутанная нефростомия пораженной почки. Если гнойный процесс был распространен на околопочечную клетчатку, то в обязательном порядке производилось дренирование гнойника. После выведения больного из состо-

яния тяжелой гнойной интоксикации благодаря дренированию почки, стабилизации приморбидного фона ребенка, производилось повторное урологическое обследование (доплерография, экскреторная урография, радиоизотопные методы исследования). Если по данным исследования констатировалось отсутствие функции почки, больному производилась органудаляющая операция. Нефруретектомия была произведена у 11 детей. У 4 детей было выявлено наличие функциональной способности почки. После разгрузки верхних мочевыводящих путей при помощи перкутанной нефростомии, на фоне комплексной терапии, по данным диагностики установлено 15–20% сохраненной почечной паренхимы. Таким детям были произведены реконструктивно – пластические операции на верхних моче-

выводящих путях (2 ребенка с врожденным гидронефрозом, 2 ребенка с уретерогидронефозом).

Выводы: Таким образом: в отличие от нефростомии открытым способом, создающей дополнительные рубцы в окружающих почку тканях и в тканях брюшной стенки, где проходит разрез, чрескожная нефростомия не создает дополнительных технических трудностей для повторной операции, которая, по существу, проходит в техническом отношении не как повторное, а как первичное вмешательство. Кроме того, повторное урологическое обследование после декомпрессии мочевыводящей системы может достоверно определить показания к органосохраняющим или пластическим операциям на мочевыводящем тракте.

ТАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Мазабшоев С.А., Хидиров У.И., Боев Р.К.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель работы: улучшения результатов лечения детей с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Метод основан на результатах лечения 92 детей с внутричерепными гематомами, из них с эпидуральной гематомой – 34, а субдуральной – 58. В план обследования входило определение объема интраоперационной терапии с учетом операционно-анестезиологического риска и степень выраженности нарушений перекисно-окислительных процессов.

Установлено, что одним из принципов волемиического режима при нейрохирургических вмешательствах у детей и оптимальным интраоперационным условием является нормоволемия в сочетании с умеренной гемодилюцией.

Корректирующую терапию у больных проводили восполнением дефицита жидкости, электролитов, ощелачиванием крови, улучшением ее реологических и кислородтранспортных свойств. Это достигалось включением в комплекс лечения активаторов фибринолитической активности крови (никотиновая и аскорбиновая кислоты), ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс), дезагрегантов (трентал), антиоксидантов (витамин Е, реамберин, актовегин), кортикостероидов и плазменных факторов (дексаметазон, свежемороженой плазмы), аминокислотных смесей.

Во 1 группе больных отмечалось нарастание показателей малонового диальдегида (МДА) на 57,6%, сни-

жение супероксиддисмутазы (СОД) на 67,3% и аскорбиновой кислоты на 33,9%. Избыточное накопление МДА значительно усугубляет явления эндотоксемии и нарушения метаболизма. В 2 группе у 36 детей МДА увеличен на 34,9%, при этом отмечается снижение СОД на 42,3% и содержание аскорбиновой кислоты на 8,5%.

У больных 1 группы после проведения комплексной интраоперационной интенсивной терапии отмечалась положительная динамика по сравнению с показателями при поступлении, но хуже, чем в 2 группе. Эффективность терапии выразилась в сокращении числа трахеобронхитов в 2,8 раза и воспалительных осложнений в 2,1 раза. В 3 раза меньше стало больных, переведенных из отделения анестезиологии и реанимации в транзиторном вегетативном состоянии.

Таким образом, объем интраоперационной терапии рассчитывается с учетом операционно-анестезиологического риска, степень выраженности нарушений перекисно-окислительных процессов и основан на адекватной оценке нарушения сознания, ранней респираторной поддержке; поддержании стабильных показателей системной гемодинамики и позволяет повысить эффективность интенсивной терапии, обезболивания и улучшить результаты лечения и качество жизни детей с ТЧМТ.

ОЦЕНКА СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маликов Ш.Г., Зоркин С.Н., Акопян А.В., Шахновский Д.С.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Актуальность. Наличие мочекаменной болезни (МКБ) является осложняющим фактором в развитии структурно-функциональных повреждений почек.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости склерозирования почечной паренхимы у детей с МКБ.

Материалы и методы. Нами пролечено 385 детей с МКБ с локализацией камней в верхних мочевыводящих путях. Всем детям проведена оценка наличия очагов нефросклероза по показателям радионуклидных методов диагностики (статическая DMSA).

Результаты. Очаги склероза почечной паренхимы в основном встречались у детей с коралловидным уролитиазом; с конкрементами размерами 2,0 см и более; с ярко выраженным хроническим калькулезным пиелонефритом и длительностью заболевания более 1 года.

Из всего числа пациентов очаги нефросклероза выявлены у 18 (4,6%) детей. Анализируя характер уролитиаза, у 8 (2%) пациентов из их числа выявлены коралловидные камни; у 6 (1,5%) отмечалось наличие камней

размерами более 2,0 см; у 4 (1%) детей частые обострения хронического калькулезного пиелонефрита – более 3 обострений за год; длительность наличия камня мочевой системы более 1 года отмечалась у всех 18 (4,6%) пациентов. В остальных случаях 367 (95,4%) наблюдений, при наличии конкрементов нами не были выявлены очаги нефросклероза.

Заключение. Таким образом, наличие коралловидных камней, непрерывно-рецидивирующего течения хронического калькулезного пиелонефрита, длительное нахождение конкремента, являются плохим прогностическим фактором в развитии нефросклероза и требует безотлагательного устранения камней мочевой системы и проведения ренопротекторной терапии.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Маликов Ш. Г., Зоркин С. Н., Акопян А. В., Шахновский Д. С.

ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Актуальность. Многими авторами описано повреждающее действие ударно-волновых импульсов при проведении дистанционной литотрипсии (ДЛТ) на ткани почки, что может приводить к склерозированию почечной ткани и снижению функции почек.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние почек у детей в отдаленные сроки после дистанционной литотрипсии.

Материалы и методы. Для оценки функционального состояния паренхимы почек 26 больным с мочекаменной болезнью проводилась динамическая нефросцинтиграфия перед литотрипсией, через 7 дней после проведения вмешательства и контрольное обследование через 1 год.

Результаты. Полной фрагментации конкремента за один сеанс удалось добиться у 24 (92%), только двум (8%) пациентам проводился повторный сеанс. Проведение

динамической нефросцинтиграфия через неделю после ДЛТ не выявило снижение функции пораженной почки у 20 (77%) больных. У 6 (23%) пациентов отмечалось лишь незначительное снижение показателей ПАП в пределах 0,8. Анализ результатов, полученных при динамической нефросцинтиграфии через год после оперативного вмешательства, позволил установить, что ДЛТ не вызывает грубых, необратимых нарушений функции почек. У 18 (69%) пациентов через 1 год после дистанционной литотрипсии отмечалось улучшение функции почек, ухудшение наблюдалось всего лишь в 2 (7,6%) случаях и у 6 (23%) пациентов показатели функции сохранились на прежнем уровне.

Заключение. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что нарушение функции почек в отдаленные сроки после проведенных ДЛТ наблюдается в 7,6% случаев.

СОЛИТАРНЫЕ КИСТЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Мальцев В. Н., Щербинин А. В., Фоменко С. А., Щербинин А. А., Харгазев А. М., Лепихов П. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; Клиника детской хирургии им Н.Л. Куца, г. Донецк

Введение. Большинство исследователей считают, что солитарная киста почки является пороком формирования паренхимы почки. Однако имеются указания и на то, что простая киста почки может быть следствием механического препятствия на уровне петли нефрона или результатом токсического воздействия химических веществ на паренхиму почки.

Цель исследования – обобщить наш опыт лечения детей с солитарными кистами почек

Материалы и методы. За последние 15 лет в клинике детской хирургии лечилось 39 детей с солитарными кистами почек от 1,5 месяцев до 16 лет. Среди них девочек было 19 (48,7%), мальчиков 20 (51,3%). Обе стороны по-

ражаются примерно с одинаковой частотой: левая почка у 20 детей (51,3%), правая – у 19 (48,7%). В возрасте до одного года было 8 больных (20,5%), от одного года до пяти лет – 8 (20,5%), от шести до девяти лет – 3 (7,7%), от десяти до тринадцати лет – 20 (51,3%). Таким образом отчетливо прослеживаются два всплеска обращаемости у детей в младшем возрасте и в подростковом.

Диагностика кисты почки базируется на основе объективных, сонографических и рентгенологических данных. Ультразвуковое исследование служит основным методом верификации кист почки. Около 90% наших пациентов обратились к урологу со случайно выявленной на УЗИ кистой. Этот же метод позволяет вести наблюдение за со-

стоянием кисты и оценивать результаты лечения. Всем пациентам в обязательном порядке проводили рентгенологическое обследование и ультразвуковое исследование с доплерографией с диуретической нагрузкой.

Результаты. Дети с солитарными кистами подлежат наблюдению у уролога. Показанием к оперативному лечению кист, как правило, служит присоединения осложнений: опережающий рост кисты, ренальная гипертензия, воспалительные осложнения. Мы применяем чрескожную пункцию кисты под контролем УЗИ с последующей

изучением (биохимическим, цитологическим) содержимого кисты и введением склерозантов. Данная манипуляция проводилась нами у 14-ти пациентов с удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами. Нефрэктомия – операция вынужденная и должна производиться по строгим показаниям (большого размера киста с не функционирующей почечной тканью).

Заключение. Все дети с подозрением на кисты почек подлежат сонографическому контролю и по показаниям – хирургическому лечению: пункции образования.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Мамошин А. В., Медведев А. И., Журило И. П., Бодрова Т. Н.

Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З. И. Круглой; Орловский государственный университет им. И. С. Тургенева, г. Орел

Широкое распространение современных медицинских технологий с тенденцией к снижению операционной травмы при сохранении эффективности оперативных вмешательств является требованием времени. При этом особую актуальность приобретает внедрение миниинвазивных диагностических и лечебных манипуляций под контролем ультразвуковой томографии.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности диагностических и лечебных миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвуковой томографии в детской хирургической практике.

В период с 2010 по 2015 гг. в НКМЦ им. З. И. Круглой находилось на лечении 67 пациентов, которым было выполнено 73 миниинвазивных вмешательства под контролем ультразвуковой томографии с диагностической и лечебной целью. Удельный вес диагностических пункционных вмешательств составил 45,2% (33 операции). Их выполняли при различных очаговых образованиях щитовидной и молочной желез, органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства (солидные опухоли, кисты, абсцессы), а также при асци-

те, гидротораксе. Лечебных и смешанных пункционных вмешательств выполнено 8 (11,0%). Они осуществлялись при жидкостных образованиях в плевральной полости, ретенционных непаразитарных кистозных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства, осложнениях после вмешательств на органах брюшной полости. Помимо пункционных вмешательств также проводились дренирующие операции. Малокалиберное дренирование выполнено в 32 (43,8%) случаях и включало: дренирование кистозных образований, чрескожно-чреспеченочную холангиостомию, дренирование жидкостных образований и абсцессов брюшной и плевральной полостей.

Миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии являются высокоинформативным методом дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений, кистозных изменений щитовидной и молочной желез, органов грудной и брюшной полости, а также эффективным методом лечения механической желтухи, жидкостных образований и абсцессов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ

Мамошин А. В., Медведев А. И., Круглый В. И., Журило И. П.

Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З. И. Круглой; Орловский государственный университет им. И. С. Тургенева, г. Орел.

Абсцессы органов брюшной полости и перитонеальных пространств являются наиболее сложной патологией в неотложной хирургии детского возраста, как с точки зрения топической диагностики, так и в плане выбора рациональной хирургической тактики. На этом фоне особую актуальность приобретает применение миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвуковой томографии.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности диагностики и лечения интраабдоминальных абсцессов у детей с помощью миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем.

За период с 2013 по 2015 гг. в НКМЦ медицинской помощи детям им. З. И. Круглой находилось на лечении 15 детей, в возрасте от 1 года до 16 лет с интраабдоминальными абсцессами различного генеза. В большинстве случаев их возникновение явилось следствием распространенных гнойно-воспалительных поражений при аппендикулярном перитоните (20,0%), кишечной непроходимости (26,7%), остром дивертикулите (13,3%) и других заболеваниях (40,0%). Лиц мужского пола было 9 (60%), женского – 6 (40%). У 12 (80%) пациентов отмечены абсцессы различных отделов брюшной полости, у 3 (20%) –

печени. Размеры образований варьировали от 3 до 8 см. Показания к выполнению миниинвазивных оперативных вмешательств определяли по результатам ультразвукового исследования. Обязательными условиями для их осуществления являлись: четко сформированная изолированная полость абсцесса и наличие акустического окна. Диагностические тонкоигольные пункции или их серии выполняли иглами G18. Лечебные чрескожные миниинвазивные вмешательства осуществляли одноразовыми пункционными нефростомическими дренажными наборами по двухмоментной методике Сельдингера с установкой дренажа с памятью формы типа «rig tail». После дренирования полости гнойника осуществляли ее промывание

антисептиками минимум 2 раза в сутки. Показаниями к удалению дренажа считали отсутствие отделяемого из полости абсцесса и уменьшение ее размеров до минимальных при ультразвуковом контроле.

Все выполненные миниинвазивные явились окончательным методом лечения. Расширения объема оперативного пособия не потребовалось ни в одном наблюдении. Летальных исходов в представленной группе пациентов не было. Рецидивы гнойно-воспалительных очагов в анамнезе не выявлены.

Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем являются методом выбора у детей с внутрибрюшными абсцессами различного генеза.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Манжос П. И., Врублевский С. Г., Попов В. Е., Лившиц М. И., Иманалиева А. А.

Российский университет дружбы народов, г. Москва; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва.

Цель. На основании результатов лечения детей с внутричерепными объемными гнойно-воспалительными заболеваниями выработать тактику хирургического лечения этой тяжелой категории больных.

Материал и методы: в Морозовской ДГКБ с 1990 по 2015 годы лечились 54 пациента с внутричерепными объемными гнойно-воспалительными образованиями: единичный абсцесс в веществе головного мозга был у 26 детей, множественные абсцессы головного мозга были диагностированы у 8 больных, субдуральная эмпиема была верифицирована у 11 пациентов, у 4-х детей было сочетание абсцесса головного мозга и субдуральной эмпиемы, у 5 пациентов был диагностирован остеомиелит лобной кости с формированием абсцесса в эпидуральном пространстве. Дети были в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Длительность анамнеза заболевания составила от 5 дней до 4-х месяцев. Этиология: риноотогенная – 29 пациентов, кардиогенная – 3 ребенка, гематогенная – 12 детей, ятрогенная – 1 больной, посттравматическая – 5 пациентов, сочетание травмы и пансинусита – 4 больных. При поступлении у всех пациентов была отмечена общемозговая и менингеальная симптоматика. Очаговые симптомы при поступлении манифестировали у 90% пациентов.

Результаты и обсуждение: у 31 (58%) пациентов гнойно-воспалительный процесс развивался в лобной доле.

Дислокационный синдром диагностирован у 42 больных. Все пациенты были оперированы по экстренным показаниям: 19 пациентам в полость абсцесса был имплантирован двухпросветный дренаж, у 30 детей было выполнено пункционное опорожнение гнойного очага и 5 детям была резецирована, пораженная остеомиелитом кость, с опорожением и дренированием эпидурального абсцесса. У трети больных выделен *Staphylococcus aureus*, у 15 пациентов был обнаружен рост стрептококковой флоры, у 25% детей верифицирована микстинфекция. Все дети получали инфузионную, иммунную и длительно комбинированную антибактериальную терапию в менингеальных дозах. Эффект лечения оценивался по клинико-неврологическим данным и динамическим контролем КТ головного мозга. Умерло 4 ребенка. Пятерым детям в отдаленные сроки после ликвидации воспаления, была выполнена пластика гомокостью костного дефекта.

Выводы. Методом выбора в лечении внутричерепных объемных гнойно-воспалительных образований у детей являются малоинвазивные методы: пункционный и пункционный в сочетании с дренированием гнойного очага 2-х просветным дренажом и назначением комбинированной этиотропной антибактериальной терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ГАСТРОСКОПИЧЕСКОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ПРЕПИЛОРИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ У ДЕТЕЙ КАК МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Марухно Н. И., Антоненко Ф. Ф., Перерва О. В., Павлова Я. Е., Сидоров Г. А., Жуков В. С., Ченцова Л. Н.

ГБОУ «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, ГБУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства)», г. Владивосток

Врожденная частичная непроходимость желудка, вызванная препилорической мембраной (ПМЖ) встре-

чается у детей с частотой 1:40 000 родов. Основным методом ее лечения является хирургическое иссечение,

предложенное еще в 1935 году J. Morton. В литературе (К. Ашкрафт, 1996) имеются данные о возможности использования для лечения этого порока эндоскопической баллонной дилатации, однако широкого практического применения в детской хирургии такой метод не нашел. Мы решили поделиться собственным наблюдением, первого в России по нашему мнению, успешного лечения ПМЖ с использованием гастроскопической сфинктеротомии и баллонной дилатации. Больная С., 1 г. 8 мес., поступила в клинику кафедры хирургии детей и подростков ГБОУ «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ 05.09.2005 г. (зав кафедрой Член-Корр. РАН, проф. Антоненко Ф.Ф.) с жалобами на частую рвоту с рождения, снижение веса до 10 кг. При ФГДС в препилорическом отделе было обнаружено суженное, регидное отверстие диаметром до 4–5 мм и установлен диагноз: «Врожденная высокая частичная непроходимость желудочно-кишечного тракта: ПМЖ». Восстановление просвета привратника выполняли под общим наркозом при помощи стандартного ФГДС (диаметр 0,5 см.), с одним рабочим каналом, электрохирургического блока и сфинктеротома Sphincterotome guiding pull type фирмы Pentax. Сфинктеротом завели в отверстие мембраны, затем медленно извлекали, рассекая при этом ее края парциально на 11, 12 и 13 часах посредством серии коротких подач смешанный ток с пре-

обладанием резки. После сфинктеротомии завели через канал эндоскопа баллон высокого давления Quantum TTC Pyloric Balloon Dilatator QDP – 306 фирмы Wilson Cook и устанавливали его в просвете рассеченной мембраны. С помощью специального устройства Quantum Inflation Levice QID-11 (фирма Wilson Cook) растягивали баллон до 5 атм. с экспозицией до 3 минут. После проведенных манипуляций проходимость антрального отдела увеличилась до 10 мм., эндоскоп свободно был заведен в нижележащие отделы до связки Трейца. С целью профилактики рубцового стеноза в зоне рассечения трижды выполняли повторную дилатацию баллоном высокого давления QID – 208 с растяжением просвета до 2 см. При контрольном ФГДС через 1, 3, 6 и 12 месяцев пилорическое кольцо свободно проходимо для эндоскопа диаметром 9,8 мм, состояние девочки удовлетворительное, пищу употребляла в любом виде, рвоты и срыгиваний не было, прибавила в массе тела за три месяца после операции на 3 кг.

Таким образом, гастроскопическое рассечение ПМЖ у детей с использованием сфинктеротома с баллонной дилатацией является высокоэффективным малоинвазивным методом лечения данного порока развития и должно стать основным в специализированных детских хирургических стационарах России, как альтернатива традиционному хирургическому вмешательству.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НЕФРОЛИТИАЗОМ

Махмаджонов Д. М., Султонов Ш. Р., Атоев И. К.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Целью работы является улучшение диагностики, больных с нефролитиазом осложнённой хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Работа основана на исследовании и лечении 115 детей с нефролитиазом осложненным ХПН. Диагноз устанавливался на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых, морфологических и компьютерно-томографических исследований. У всех 115 больных выявлены коралло-видно-множественные камни и множественные камни обеих почек.

В диагностике ХПН особую ценность приобретает интраоперационная инцизионная биопсия (ИИБ) почек. ИИБ почечной ткани определяет возможности дифференцированного подхода к оценке степени морфофункциональных изменений и проведения целенаправленного послеоперационного лечения и функциональной реабилитации. Из 115 больных с ХПН калькулёзной этиологии ИИБ ткани почек производилась 34 (29,5%) больным. Во всех случаях биоптат брали из корково-мозгового слоя почки при нефротомии, а при пиелотомии – из места нефростомической трубки. При хроническом калькулёзном пиелонефрите

(ХКП) с минимальными изменениями, который изучении у 4 (3,4%) больных внешний вид почки был неизменён. Воспалительные изменения выражались в незначительной инфильтрации стромы лимфоцитами, сопровождающейся пролиферацией гистиоцитов. Площадь, занимаемая воспалительным инфильтратом, была мала. Часто воспалительная инфильтрация располагалась в мозговом веществе почки.

При ХКП с очаговыми изменениями, которые изучены у 12 (10,4%) больных, микроскопически имеются очаги хронического продуктивного или, при обострении калькулёзного пиелонефрита, экссудативного воспаления. В основном поражаются дистальные каналцы, в некоторых участках имеются склеротические изменения нефронов. При этом в интактных от воспаления участках почечной паренхимы структура нефронов не нарушалась, только имелась некоторая гипертрофия нефронов. При ХКП с очагово-сливными изменениями, которые изучены у 11 (9,5%) больных, макроскопически почки были несколько уменьшены в размерах. Поверхность почек неровная, в большинстве случаев фиброзная капсула почки спаяна с паранефральной клетчаткой, то есть выражено фибро-липоматозное разрастание.

Микроскопически имеются склеротические изменения, в основном мозгового вещества почки. Среди клеток инфильтрата преобладали лимфоциты, встречались плазматические клетки и макрофаги, наблюдалась пролиферация фибробластов.

В результате морфологического исследования ткани почки выявлено, что при ХПН калькулезной этиологии в ранней стадии болезни функционируют «интактные и резервные нефроны», а при терминальной стадии функционируют гипертрофированно-патологические нефроны.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛОВОЧКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

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

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Ошибки в диагностике и лечении переломов головочки мыщелка плечевой кости у детей является актуальной проблемой травматологии и ортопедии детского возраста. Пропущенные переломы в результате ошибок в диагностике или неадекватно выбранная лечебная тактика приводят к вальгусной деформации локтевого сустава и ограничению разгибания.

Цель исследования. Оптимизация лечебной тактики при переломах головочки мыщелка плечевой кости у детей.

Материалы и методы. Ретроспективный и проспективный анализ 27 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии областной детской хирургической центра и областной детской клинической больницы города Оренбурга за период с 2012 по 2016 годы.

Результаты. При анализе клинического материала в 11 случаях была выявлена вальгусная деформация в области локтевого сустава и ограничение разгибания при застарелых повреждениях головочки мыщелка плечевой кости,

что составило 40, 7% случаев от общего количества больных. В анамнезе у этих пациентов были переломы без смещения, либо смещение головочки расценивалось врачами-хирургами районных больниц, как допустимое для детского возраста. Учитывая такой большой процент ошибок и осложнений, была предложена оптимизация и стандартизация лечебной тактики при данных повреждениях. Врачам-хирургам районных больниц было рекомендовано расценивать все смещения переломов головочки мыщелка, как недопустимые и направлять таких пациентов в областной центр. В 16 случаях при переломах без смещения, учитывая высокую вероятность дислокации головочки мыщелка, выполнялась превентивная стабилизация путем чрезкожного металлоостесинтеза под контролем рентгеноскопии.

Выводы. Активная хирургическая тактика при переломах головочки мыщелка плечевой кости у детей является оправданной и позволяет избежать формирования вальгусной деформации и разгибательной контрактуры в локтевом суставе.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Меновщикова Л. Б., Гуревич А. И., Севергина Э. С., Леонова Л. В., Врублевский С. Г., Петрухина Ю. В.

Российский государственный медицинский университет, Г. Москва

В структуре обструктивных уропатий гидронефроз является наиболее распространенным заболеванием. Оценка степени функциональной сохранности почечной паренхимы, которая напрямую зависит от внутриорганного кровотока и степени дисплазии почки, является важным моментом в определении тактики лечения и прогноза заболевания. В настоящее время считается, что диспластические изменения в почках при гидронефрозе, являются результатом нарушения синтеза и активности большого числа полипептидов факторов роста в нефрогенезе. Одним из них является трансформирующий фактор роста $\beta 1$ (TGF $\beta 1$).

Нами были обследованы 29 детей с гидронефрозом в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Для оценки функционального состояния почек помимо стандартных методов обследования, выполнялось УЗИ с доплерографией сосудов почек, морфологическое исследование биопсийного материала почек. Иммуногистохимические реакции на парафиновых срезах с использованием стрептавидин-

биотин-пероксидазного метода с антисыворотками к TGF $\beta 1$, R1, R2 (NovoCastr,UK), VEGF (Santa-Crus,USA). Мочевой TGF β определялся методом enzyme-linked immunoabsorbent assay (ELISA) (NovoCastr,UK).

При морфологическом исследовании во всех случаях выявлены признаки дисангиогенеза и дисплазии различной степени выраженности, у детей старше 7 лет с тяжелой тканевой дисплазией манифестировали признаки очагового нефросклероза. Во всех случаях обнаружена экспрессия TGF $\beta 1$ в структурных компонентах нефрона и в интерстиции, которая обуславливает его выделение с мочой. Уровень мочевого TGF β был повышенным во всех случаях и зависел от степени диспластического и склеротического поражения паренхимы почки. При умеренных диспластических изменениях уровень мочевого TGF- β составил 95.5 ± 8.3 pg/ml, что превышало нормативные значения более чем в 3 раза (норма $26,6 \pm 9,3$ pg/ml). При выраженных изменениях паренхи-

мы уровень мочевого TGF β составил $153,4 \pm 23,7$ pg/ml, что превышало нормативные значения более чем в 6 раз. У детей с самыми тяжелыми морфологическими изменениями уровень мочевого TGF β был самым высоким и составил $209,5 \pm 34,7$ pg/ml. Во всех наблюдениях была отмечена слабая экспрессия VEGF на эндотелии сосудов, капиллярах клубочка и нефроцитах части канальцев.

Это явилось основанием для вывода об информативности мочевого TGF β , значение которого зависело от степени диспластических и склеротических изменений, степени обструкции и позволило использовать результаты значений мочевого TGF β в качестве объективного диагностического критерия, позволяющего определить тяжесть морфологических изменений в почечной ткани.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Меновщикова Л. Б., Гуревич А. И., Севергина Э. С., Леонова Л. В., Врублевский С. Г., Петрухина Ю. В.

Российский государственный медицинский университет, Г. Москва

В структуре обструктивных уропатий гидронефроз является наиболее распространенным заболеванием. Оценка степени функциональной сохранности почечной паренхимы, которая напрямую зависит от внутриорганного кровотока и степени дисплазии почки, является важным моментом в определении тактики лечения и прогноза заболевания. В настоящее время считается, что диспластические изменения в почках при гидронефрозе, являются результатом нарушения синтеза и активности большого числа полипептидов факторов роста в нефрогенезе. Одним из них является трансформирующий фактор роста $\beta 1$ (TGF $\beta 1$).

Нами были обследованы 29 детей с гидронефрозом в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Для оценки функционального состояния почек помимо стандартных методов обследования, выполнялось УЗИ с доплерографией сосудов почек, морфологическое исследование биопсийного материала почек. Иммуногистохимические реакции на парафиновых срезах с использованием стрептавидин-биотин-пероксидазного метода с антисыворотками к TGF $\beta 1$, R1, R2 (NovoCastr,UK), VEGF (Santa-Crus,USA). Мочевой TGF β определялся методом enzyme-linked immunoabsorbent assay (ELISA) (NovoCastr,UK).

При морфологическом исследовании во всех случаях выявлены признаки дисангиогенеза и дисплазии различной степени выраженности, у детей старше 7 лет с тя-

желой тканевой дисплазией манифестировали признаки очагового нефросклероза. Во всех случаях обнаружена экспрессия TGF $\beta 1$ в структурных компонентах нефрона и в интерстиции, которая обуславливает его выделение с мочой. Уровень мочевого TGF β был повышенным во всех случаях и зависел от степени диспластического и склеротического поражения паренхимы почки. При умеренных диспластических изменениях уровень мочевого TGF- β составил $95,5 \pm 8,3$ pg/ml., что превышало нормативные значения более чем в 3 раза (норма $26,6 \pm 9,3$ pg/ml). При выраженных изменениях паренхимы уровень мочевого TGF β составил $153,4 \pm 23,7$ pg/ml, что превышало нормативные значения более чем в 6 раз. У детей с самыми тяжелыми морфологическими изменениями уровень мочевого TGF β был самым высоким и составил $209,5 \pm 34,7$ pg/ml. Во всех наблюдениях была отмечена слабая экспрессия VEGF на эндотелии сосудов, капиллярах клубочка и нефроцитах части канальцев.

Это явилось основанием для вывода об информативности мочевого TGF β , значение которого зависело от степени диспластических и склеротических изменений, степени обструкции и позволило использовать результаты значений мочевого TGF β в качестве объективного диагностического критерия, позволяющего определить тяжесть морфологических изменений в почечной ткани.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С УРЕТЕРОЦЕЛЕ ПРИ УДВОЕНИИ ПОЧЕК

Меновщикова Л. Б., Ерохина Н. О., Захаров А. И., Скларова Т. А., Левитская М. В., Шумихин В. С., Соттаева З. З., Текотов А. Н.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России; ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова» ДЗ г. Москвы

Цель: оценить результаты лечения детей с уретероцеле в сочетании с удвоением почек.

Методы: в ДГКБ № 13 имени Н. Ф. Филатова за последние 5 лет находились на лечении 50 детей с уретероцеле в сочетании с удвоением почек. Антенатально обструктивная патология мочевыводящей системы выявлена в 32 случаях (64%) на сроке 12–38 недель, из них только у 11 детей (22%) выявлено удвоение почек (20–37 н). Исходя из общепринятой классификации, мы делили уретероцеле на внутрипузрные и эктопические. Среди наших

пациентов в 36 случаях (72%) уретероцеле было внутрипузренным, 6 (12%) – шеечное, у 9 (18%) детей спускалось в уретру. У 20 (40%) детей выявлен сопутствующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) в нижний сегмент. У 8 (16%) детей с небольшими размерами уретероцеле и отсутствием нарушения уродинамики оперативное вмешательство не потребовалось. В большинстве случаев – 31 (62%) – первичным этапом лечения проводилась трансуретеральная резекция уретероцеле (ТУР УЦ) с декомпрессионной и нефропротективной целью. Дальней-

шая тактика лечения строилась в зависимости от вида сочетанного нарушения уродинамики.

Результаты: ТУР УЦ в 12% случаев позволила добиться полного выздоровления. У 6 из 20 детей произошло спонтанное исчезновение ПМР в нижний сегмент. В 13 (26%) случаях после ТУР УЦ возникал ПМР в верхний сегмент удвоенной почки. В 5 случаях – он не потребовал дальнейшей коррекции, дети находятся на амбулаторном наблюдении. Двум пациентам проведена эндоскопическая коррекция. Детям с потерей функции верхнего сегмента и отсутствием реакции на декомпрессию проводилась геминефруретерэктомия (5). У па-

циентов с эктопией устья мочеточника или тяжелыми формами нарушения уродинамики проводилась уретеростомеоимплантация в отсроченном периоде.

Заключение: ТУР УЦ является хорошим методом этапного лечения детей с данной патологией, позволяющим избежать тяжелых оперативных вмешательств в раннем возрасте, точнее определить показания к тому или иному виду оперативного вмешательства и необходимой эндоскопической коррекции впоследствии, в связи с возможным восстановлением утраченной функции пораженного сегмента почки и спонтанной регрессией пузырно-мочеточникового рефлюкса.

ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ

Меркулов В. Н., Ельцин А. Г., Мининков Д. С., Саутенко А. А.

ФГБУ «Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова» Минздрава РФ, отделение детской травматологии, г. Москва, Россия

Введение. Частота вывихов надколенника у детей составляет 29 случаев на 100 тыс. населения, что в 6 раз больше, чем во взрослом возрасте (5,8 случаев на 100 тыс. населения).

Вывих надколенника имеет различную этиологию и, как следствие, патогенез.

Так, вывих надколенника может быть обусловлен частыми травмами в профессиональном спорте, а также может проявляться на фоне различных диспластических заболеваний коленного сустава и его структур. Кроме того, не оказанная вовремя, или не квалифицированная помощь при данной патологии, ведет к различным осложнениям (в том числе развитию нестабильности надколенника и пателло-фemorального артроза), которые, в свою очередь, приводят к развитию выраженного болевого синдрома, нарушению функции коленного сустава уже в детском возрасте. Это делает проблему вывиха надколенника очень актуальной в детской травматологии и ортопедии.

Цель. Целью работы является определение алгоритма лечения вывиха надколенника у детей в зависимости от причины возникновения, возраста ребенка при помощи существующих диагностических методов, а также оценка ближайших и отдаленных результатов лечения нестабильности надколенника.

Материалы и методы. В отделении детской травматологии ЦИТО наблюдалось 157 больных в возрасте от 7 до 18 лет с вывихом надколенника, у которых проводилось оперативное лечение.

В предоперационном обследовании выполнялись клинические тесты и рентгенографические исследования в трех проекциях: прямой, боковой и аксиальной (в положении сгибания в коленном суставе под углом в 45°). Всем больным производилось УЗИ коленного сустава. Также выполнялись МРТ и КТ коленных суставов и КТ тазобедренных, коленных и голеностопных суставов с целью определения углов ротации сегментов нижней конечности. Кроме того производилась артроскопическая диагностика с одномоментным лечением.

Всем больным выполнена артроскопическая стабилизация надколенника по методике YAMAMOTO. Части больных выполнялась транспозиция бугристости большеберцовой кости, корригирующая надмышцелковая остеотомия бедренной кости.

Результаты. Оценка результатов лечения проводилась клинически и по системам IKDC 2000, Lysholm knee function scoring scale, Anterior Knee Pain Scale (AKPS) через 1–7 лет после операции. Также на контрольных осмотрах больным выполнялись идентичные клинические тесты, рентгенографии и магнитно-резонансные томографии с соответствующими проекциями и срезами до и после оперативного лечения.

Выводы. В результате выполненной работы предложен алгоритм лечения детей с вывихом надколенника и проведена оценка результатов лечения.

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Меркулов В. Н., Дорохин А. И., Дергачев Д. А.

ФГБУ ЦИТО им. Н. Н. Приорова МЗ РФ, Москва

Актуальность. Повреждения малоберцового нерва у детей относятся к тяжелой травме, приводящей к посттравматическим нейрогенным деформациям стоп. Эти повреж-

дения значительно нарушают функцию поврежденной конечности. Несмотря на достигнутые успехи в лечении, отдаленные результаты лечения свидетельствуют о сохра-

нении целого ряда проблем в восстановлении функции конечностей, что требует дальнейшего изучения данного вопроса. Одним из приоритетных методов хирургической коррекции является сухожильно-мышечная пластика.

Цель: изучение отдаленных результатов лечения больных с посттравматическими нейрогенными деформациями стоп после повреждения малоберцового нерва методом сухожильно-мышечной пластики, для усовершенствования алгоритма диагностики, оптимизации лечебной тактики и реабилитации больных.

Пациенты и методы. В период с 1993 по 2012 год в отделении детской травматологии ЦИТО находилось на лечении 152 ребенка с посттравматическими нейрогенными деформациями стоп, из них 54 были следствием повреждения малоберцового нерва. Оценка отдаленных результатов проводилась с применением клинического, рентгенологического, электрофизиологического и биомеханического методов исследования. Основным методом диагностики, для выбора вида сухожильно-мышеч-

ной пластики, являлось проведение стимуляционной электронейромиографии, позволяющей сделать адекватный выбор метода лечения. У ряда пациентов в возрасте 14–18 лет после проведения сухожильно-мышечных пластик проводились операции трехсуставного подтаранного артродеза стопы. При необходимости артродез и сухожильно-мышечная пластика проводились в одну операционную сессию.

Итоги. Изучение отдаленных результатов после сухожильно-мышечной пластики свидетельствует о восстановлении функции поврежденной конечности, улучшает анатомо-функциональную способность нижних конечностей и дает стойкий положительный результат.

Заключение. Проведенный анализ доказывает эффективность разработанной в отделении детской травматологии ЦИТО системы диагностики, оперативного лечения методом сухожильно-мышечной пластики и реабилитации пациентов с посттравматическими нейрогенными деформациями стоп.

ЮНОШЕСКИЙ ЭПИФИЗЕОЛИЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Меркулов В. Н., Дорохин А. И., Дергачев Д. А., Хантаев Т. Б.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова», Москва

Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) редкое заболевание области тазобедренного сустава (ТБС) и составляет от 1,5 до 4 случаев на 100000 и 0,5% от всей ортопедической патологии у детей. Впервые ЮЭГБК был упомянут A. Page в 1572 году, в 1886 году ЮЭГБК был описан E. Muller и R. Kocher. Причиной развития ЮЭГБК является нарушение гормонального обмена в первую очередь между гормонами роста и половым гормонами. Жалобы и клиническая картина ЮЭГБК подробно описаны. Это боли в коленном и ТБС, нарушение отведения в ТБС, хромота, наружно ротационная установка нижней конечности, гипогенитализм. Редкость ЮЭГБК приводит к тому, что он диагностируется в поздние сроки. Пациенты поступают со значительными смещениями метафиза бедренной кости относительно головки бедра в 3 и 5 стадиях заболевания. Острое соскальзывание головки при ЮЭГБК – 4 стадия заболевания, диагностируется редко и составляет 4%.

Цель. Разработка методов лечения больных с ЮЭГБК

Материалы. Нами пролечено 39 пациентов с ЮЭГБК. Пациентов с острой травмой 4 стадии заболевания было 19, с застарелыми 3 и 5 стадиями – 20.

Лечение острых повреждений лечение начинали со скелетным вытяжением на плоскости. В 6 случаях оно было

окончательным методом лечения, в остальных случаях был проведен остеосинтез с туннелизацией шейки и головки бедра с фиксацией в 9 случаях пучком спиц, а в последнее время канюлированными винтами в 4 случаях. На противоположной стороне для профилактики соскальзывания головки и равномерного закрытия зон роста шеек бедренных костей, остеосинтез не проводился. Укорочения конечностей после остеосинтеза у данной группы не превысило 1–1,5 см. Хондролитов головки бедренной кости не было.

При застарелых повреждениях проводились корригирующие подвертельные остеотомии бедренной кости с фиксацией пластиной Трощенко-Нуждина, при не закрытии зон роста выполнялась туннелизация головки и шейки, при необходимости остеосинтез. Результаты в этой группе оценены как хорошие и удовлетворительные.

Полная осевая нагрузка разрешалась через 6 месяцев после операции.

Выводы: ЮЭГБК редкая патология. Необходимо обследовать пациентов группы риска и проводить металлоостеосинтез на 1–2 стадиях. При 4 стадии необходимо провести щадящую репозицию и остеосинтез. При 3 и 5 стадиях показаны подвертельные корригирующие остеотомии бедренной кости с металлоостеосинтезом и закрытием зон роста.

ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Минаев С. В., Ивченко А. А., Мухорамов Ф. С., Ивченко Г. С., Алиев О. З., Садовая А. С., Тертышников А. В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Цель исследования: изучить эффективность пропарнолола на гемангиомы критических локализаций у детей в возрасте до 1 года.

Материалы и методы.

В группу исследования было включено 40 детей до 1 года с гемангиомами (d от 0,5 см до 5,0 см) лица,

для лечения которых применялся пропранолол в дозе 1–2 мг/кг в сутки

Методов дифференцированной тактики лечения гемангиом множество: криогенный, компрессионный, хирургический, склерозирующий, электрокоагуляция и гормональный. В нашей клинике вызвал большой интерес антигипертензивный препарат пропранолол, который на сегодняшний день является одним из препаратов выбора для лечения данной патологии. Пропранолол – это неселективный – блокатор, обладающий антиаритмическим, гипотензивным антиангинальным эффектом. Пропранолол урежает частоту сердечных сокращений, угнетает проводимость и возбудимость миокарда, снижает его сократимость. Выделяется 3 главных лечебных эффекта пропранолола: начальный эффект – изменение цвета плотности опухоли в пределах 1–3 дней от начала приема препарата; промежуточный эффект – приостановка роста опухоли; долговременный эффект – регрессия опухоли в течение 2 месяцев. Пропранолол вызывает сужение сосудов гемангиомы.

В условиях стационара проводилось предварительное обследование: ОАК, ЭКГ, проводилось ДЭХОКГ – исследование, УЗИ головного мозга, органов брюшной

полости и забрюшинного пространства, образования, ежедневно контролировали АД, ЧСС и подбор дозы препарата. По мере прибавки массы тела производили перерасчет дозы препарата. Далее производилась отмена препарата в течение 2–3 недель под контролем ОАК, АД, ЧСС, ЭКГ, ДЭХОКГ, путем снижения разовой дозы препарата.

Результат исследования. Во всех 40 случаях пропранолол показал стойкий и быстрый эффект на сосудистые гиперплазии. Регресс был замечен уже к 4–5 суткам от начала терапии. В течение первого месяца наблюдалась более выраженная динамика, через 6 месяцев лечения в 80% случаев отметили полный или практически полный регресс. Наиболее выраженный эффект отмечен у детей, которые начали курс лечения пропранололом в первые 3–4 месяца жизни и до этого не получали других методов лечения.

Выводы. Применение пропранолола для лечения гемангиом целесообразно начинать после постановки диагноза соответствующими специалистами, с первых месяцев жизни ребенка до начала применения других видов лечения, четко соблюдать протокол проведения данного вида лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Минаев С. В., Ухина Л. В., Филиппева Н. В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Геморрагическая лихорадка Крым-Конго (лат. *febris haemorrhagica crimiana*) – острое инфекционное заболевание человека, передающееся через укусы клещей, вызываемое вирусом геморрагической лихорадки Крым-Конго. Переносчиками заболевания являются клещи семейства *Bunyaviridae*, рода *Nairovirus*. Актуальность данного вопроса определяется большой распространенностью лихорадки на территории ЮФО и СКФО. По данным противочумного института г. Ставрополь уровень заболеваемости Крым-Конго геморрагической лихорадкой за 2015 год вырос на 52,8%, что составляет 139 случаев, в том числе 1 летальный, по сравнению с 2014 годом. Значительный рост заболеваемости КГЛ отмечается в Ставропольском крае – количество заболевших увеличилось на 65,4% (в 2014 году 26 случаев). Так же высокие значения наблюдаются в Ростовской области – на 46,3% (за 2014 год 54 случая). Самые высокие показатели заболеваемости на 100 тыс. населения отмечаются в республике Калмыкия – 3,15, Ростовской области – 2,75, а так же в Ставропольском крае – 1,54.

Количество лиц обратившихся за помощью, по поводу укусов клещами на 2015 год составляет 35708, в том числе 12211 детей. У 75,5% случаев наблюдалась клиническая форма заболевания без геморрагических про-

явлений. Основной процент, а именно 81,3% занимает среднетяжелая форма заболевания, на долю тяжелой приходится 16,5%, а легкая форма в 2,1% случаев.

Сезонность заражения в прошедшем году не отличается от таковой в 2014 г. Первый случай фиксирован во второй декаде апреля. Пик заболеваемости приходится на май-июнь, а в июле отмечается спад.

Возрастных особенностей при КГЛ нет. Высокий уровень заболеваемости приходится на 50–59 лет, в 2015 году был зафиксирован 1 случай заражения ребенка до 14 лет.

Говоря о профессии, оказывается что чаще всего зараженными КГЛ являются люди тесно контактирующие с крупным рогатым скотом, то есть фермеры. Именно благодаря этому наш регион занимает лидирующие позиции по показателям заболеваемости Крым-Конго геморрагической лихорадкой.

Для проведения диагностики вируса КГЛ применяют ИФА, ПЦР и метод парных сывороток, но данные методы информативны на 5–7 день от момента укуса. В настоящее время нет ни одного метода ранней диагностики, который позволил бы в условиях медицинского стационара в котором было произведено снятие клеща, определить наличие вируса.

ОСТЕОМИЕЛИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Минаев С. В., Филиппева Н. В., Ухина Л. В., Тертышникова А. В., Алисултанов И. У.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) остается одной из актуальных проблем детской гнойной хирургии, выделяясь тяжелым течением, трудностями ранней диагностики и частотой неблагоприятных исходов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения ОГО в детском возрасте.

Материалы и методы: За период 2013–2015 гг. в отделении гнойной хирургии краевой детской клинической больницы г. Ставрополя находилось 90 детей с острым гематогенным остеомиелитом костей. Мальчиков было 50 (55,6%), девочек – 40 (44,4%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: 3–5 лет – 16 детей (17,8%), 5–10 лет – 29 (32,2%), 10–15 лет – 45 (50,0%). Изолированное поражение кости отмечалось у 31 ребенка (34,4%), тазобедренный сустав был вовлечен в воспалительный процесс – у 26 (28,9%), коленный сустав – у 12 (13,3%), суставы другой локализации – у 21 (23,3%).

Все дети были разделены на 2 группы, в зависимости от сроков госпитализации. В ранние сроки (до 3-х суток) госпитализировано 29 детей (32,2%), в поздние сроки – 61 ребенок (67,8%). У детей первой группы септико-пиемических форм не было, у 16 детей (17,8%) из второй группы имела септико-пиемическая форма.

В отделении проводили предоперационную антибактериальную терапию (аугментин в/в за 30 минут до оперативного вмешательства детям до 12 лет – 600 мг, старше 12 лет – 1200 мг). Всем детям выполнено оперативное лечение: остеоперфорация пораженной кости, вскрытие флегмоны, пункция пораженного сустава, микроартротомия пораженного сустава. Техника оперативного вмешательства позволила не только дренировать гнойный очаг, но и предотвратить пути распространения гнойных затеков.

Результаты. Хронизации процесса у детей с местной формой ОГО не отмечено в обеих группах. Повторных оперативных вмешательств детям не проводилось. Клинически в первой группе отмечалась более ранняя, чем во второй группе (в среднем на $6 \pm 0,5$ суток) активизация больных, нормализация температуры тела, снижение СОЭ, лейкоцитоза, нормализации формулы крови. Длительность госпитализации детей из первой группы составляла в среднем 21 день, а второй 24 дня.

Выводы: таким образом результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения раннего оперативного вмешательства (до 3 суток) у детей с ОГО.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

Минаев С. В., Герасименко И. Н., Быков Н. И., Тимофеев С. В., Доронин Ф. В., Анисимов И. Н., Машенко А. Н.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Цель исследования: использование эндохирургии при лечении эхинококкоза печени с кистами больших размеров у детей.

Материал и методы: На кафедре детской хирургии с курсом ДПО ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополя в отделении детской хирургии №1 проходили лечение 14 пациента с кистами больших размеров и 3 пациента с множественным эхинококкозом. Эхинококкоз печени выявлялся, как случайной находкой при обращении ребенка к педиатру с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту и т.д. При обращении ребенка в стационар проводилось общеклиническое обследование со сбором анамнеза (в том числе эпидемиологического), лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проводилось ультразвуковое исследование с доплерографией органов брюшной полости. аппаратами GEPro series LOGIQ 500 и SonoAcePICO датчиком 7,5 МГц (УЗДГ). Оценивали следующие ультразвуковые параметры: наличие паразитарной кисты, размер и эхоструктуру кисты. Для интерпретации сонографических

данных в работе применяли классификацию типов кист по Н.А. Ghardi с соавт (1981). Всем пациентам нами была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени.

Ход оперативного вмешательства: постановка первого троакара 5 мм производилась области пупка для видеокамеры. Второй 5 мм троакар над областью кисты. Третий троакар 12 мм (XL Jonson&Jonson) по левому флангу живота. При визуализации кисты производили пункцию эндоскопической иглой через порт аспирация эхинококковой жидкости, с последующей обработкой 1% раствором формалина. Вскрытие фиброзной оболочки со стенкой печени с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции Ensil.

Хитиновую оболочку погружали в эндомешок для извлечения из брюшной полости, что позволяет максимально сохранить принципы апорозитарности во время операции. Ликвидацию остаточной полости осуществляли методом оментопластики.

Результат и обсуждение: Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось.

Ранний послеоперационный период протекал значительно легче, чем при выполнении традиционной эхинококкэктомии.

В качестве пред- и послеоперационной химиотерапии использовали препарат «Немазол» в дозе 6–15 мг/кг/сут.

сут: предоперационная подготовка составляла 14 суток и послеоперационная химиотерапия – 28 суток.

Выводы: Таким образом лапароскопическая эхинококкэктомия является безопасным и эффективным методом хирургического лечения эхинококкоза печени у детей.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ

Митарчян Е. В., Манохин В. Н., Индучная С. С., Горелова Е. М.

ФГАОУ ВПО «Белгородский Государственный Национальный Исследовательский университет»; ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород.

Традиционным методом диагностики плевральных выпотов считается рентгенологический. Однако, он имеет некоторые недостатки. Объем жидкости в плевральной полости должен быть не менее 50–100мл, кроме того, нельзя оценить характер самого содержимого, а также, данный метод несет определенную рентгеновскую нагрузку. Сегодня для диагностики патологии плевральной полости и легкого активно используется метод УЗ – диагностика.

В детской практике это особенно актуально, поскольку метод не требует специальной подготовки пациента, может проводиться с помощью портативного аппарата у постели ребенка, позволяет проводить исследование в динамике, не принося вредного излучения.

Цель работы: определение возможности эхографии в диагностике и тактике лечения плевральных выпотов у детей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 11 детей с плевральными выпотами, которые находились на лечении в ДОКБ г.Белгорода в течение последних 2х лет с заболеваниями легких. Возраст пациентов составил от 4 мес до 16 лет. Дети находились на обследовании и лечении в. в отделении педиатрии (6человек), гематологии (2 человека), в хирургическом отделении (3 человека). мальчиков было –9, девочек –2).

Результаты и обсуждения. У всех детей отмечались дыхательные расстройства разной степени проявления. Ультразвуковое исследование проводилось для уточнения характера патологического процесса после обзорной рентгенографии.

У четырех детей плевральный выпот сформировался вследствие диспротеинемии. При этом на УЗИ был вы-

явлен трансудат, который представлял собой свободную жидкость, однородную, полностью анэхогенную, не имеющую включений и свободно распределенную в полости плевры с обеих сторон. С учетом объема жидкости определялась тактика лечения и ее эффективность путем УЗ- динамических наблюдений.

У остальных детей был заподозрен на рентгенографии экссудативный плеврит, как осложнение пневмонии. При УЗ- исследовании определялась свободная жидкость на стороне поражения по типу экссудата с большим количеством гиперэхогенных включений в виде взвеси, нитей, плевральных наложений (из-за большого кол-ва белка и клеточных элементов в составе жидкости). У двоих пациентов из-за агрессивного течения заболевания множественные нити фибрина формировали ячеистую, многокамерную полость, что значительно осложняло эвакуацию жидкости. В данной ситуации УЗ метод кроме определения объема жидкости и характера поражения, помогал хирургам определить наилучшее место для пункции (наибольший анэхогенный участок).

Выводы. Эхографию плевральных полостей рекомендуем использовать как обязательный высокоинформативный метод исследования при заболевании легких. УЗИ дает возможность определить точный объем жидкости, характеристики состава выпота, уточнить место пункции при необходимости ее проведения. Кроме того, в детской практике данный метод не заменим еще и потому, что не требует особой подготовки, безболезненный, безопасный, мобильный

КЛИТОРОПЛАСТИКА ПРИ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ С МОФРОЛОГИЕЙ СЕНСИТИВНЫХ ЗОН ГОЛОВКИ

Морозов Д. А., Айрян Э. К., Цмокалюк Е. Н., Райгородская Н. Ю., Пименова Е. С., Жарков Д. А.

Первый Московский государственный медицинский университет им И. М. Сеченова, Саратовский государственный медицинский университет им В. И. Разумовского.

Цель исследования: оценка методов клиторопластики у детей с нарушением полового развития с морфологическим исследованием резецированных участков головки клитора.

Материалы и методы: проведен анализ оперативного лечения 110 пациентов с различными формами

НФП в период с 1998 по настоящее время. У основной массы выполнялась двухэтапная коррекция гениталий – 104 (94%) пациента. У 6 (6%) детей выполнена одноэтапная пластика. 38 (34%) пациентам проведена феминизирующая пластика по А.Б. Окулову. Пластика

клитора заключалась в сохранении головки по нижней полуокружности с уретральной площадкой. У 72 (66%) пациентов проведена феминизирующая пластика с сохранением дорзального сосудисто-нервного пучка. Среди данной группы у 65 (59%) выполнено удаление избыточных тканей головки клитора по боковым поверхностям и у 6 (6%) по вентральной поверхности.

У 18 пациентов (16%) производилось морфологическое исследование резецированных участков головки. Подготовлено 25 образцов полнослойных участков головки клитора: 14 латеральных фрагментов головки, 6 вентральных, 5 дорзальных фрагментов. Окраска материала гематоксилин-эозин.

Результаты: оценка косметических результатов в ранние и отдаленные сроки после операции не показали существенных отличий, вне зависимости от способа клиторопластики.

При микроскопии выявлено что головка клитора богата нервными стволами и осязательными телами, которые располагаются преимущественно на вентральной и дорзальной участках головки клитора. Иннервация кожи латеральных участков головки клитора осуществляется за счет мелких нервных окончаний без чувствительных тел.

Выводы: учитывая данные морфологии головки клитора при проведении клиторопластики целесообразно оставлять головку на вентральной и дорзальной поверхностях органа для сохранения сенситивных зон головки.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Морозов Д. А., Пименова Е. С., Окулов Е. А., Аршинова М. А., Чудинов Д. С.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Научный центр здоровья детей, г. Москва

Цель: Анализ применения различных оперативных методик при лечении детей с болезнью Гиршпрунга (БГ).

Проведен ретроспективный анализ лечения 28 пациентов с БГ, первично оперированных (2013-2015) в возрасте от 18 суток до 5 лет. Распределение по формам: ректальная – 4 (14,3%), ректосигмоидная – 15 (53,6%), субтотальная – 4 (14,3%), тотальная – 5 (17,9%). 4 ребенка (14,3%) имели подтвержденную генетическую форму заболевания: семейная форма БГ, БГ в сочетании с синдромом Дауна, синдромом Лежена и синдромом Мовата-Вилсона. Анамнез 5 детей (17,9%) был отягощен по Гиршпрунг-ассоциированному энтероколиту. Использовались следующие оперативные методики: лапаротомия и классическая операция Swenson (5), лапаротомия и процедура Soave-Ленюшкина (6), операция Georgeson (7); трансанальная операция De la Torre-Ortega (5) и трансанальная Swenson-like процедура (5).

Выбор методики операции зависел от длины аганглионарной зоны и наличия кишечной стомы. При тотальной форме абсолютно приоритетной являлась методика Soave-Ленюшкина. Послеоперационное ведение таких пациентов может проводиться без защитной илеостомии, так как низводимая культи подвздошной кишки

(«промежностная илеостома») значительно снижает риски несостоятельности анастомоза при пассаже кишечного содержимого. У пациентов с наложенными ранее стомами предпочтение отдавали классической методике Свенсона. При ректальной и ректосигмоидной формах БГ приоритет отдавали трансанальным операциям (10), при «длинном сегменте» – операции Georgeson (7). Интраоперационных осложнений и летальности не было. В двух наблюдениях развился энтероколит, и у двух детей с тотальной формой БГ возникли явления парапроктита с последующим развитием стеноза зоны анастомоза. Еще у 4 детей в раннем послеоперационном периоде отмечалась тенденция к стенозированию зоны анастомоза, разрешившаяся после курса профилактического бужирования. В последующем все дети выздоровели и дальнейшего хирургического лечения не требовали.

Выводы: владение всем спектром операций и дифференцированная тактика при лечении детей с БГ позволяет команде хирургов индивидуально подходить к каждому пациенту, используя плюсы той или иной методики, и достигать высоких функциональных результатов как при коротких, так и при длинных формах заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Морозов Д. А., Пименова Е. С., Роговская А. О.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова, г. Москва

Цель: провести анализ хирургической тактики у детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы: ретроспективный анализ хирургического лечения ВЗК 16 пациентов с болезнью Крона и двух с неспецифическим язвенным колитом.

Результаты: комбинированное лечение всех 18 пациентов (12 мальчиков и 6 девочек) осуществлялось

на базе гастроэнтерологического стационара, в среднем в течение 2,5 лет. Показания для хирургического лечения: неэффективность консервативной терапии, наличие осложнений: непроходимости, свищей. Оперативные приемы зависели от зоны поражения кишки: колонэктомия с резекцией илеоцекального угла; илеостомия или колостомия; операция Соаве-Ленюшкина, рекон-

струкция илеостомы, резекция тонкой кишки, с формированием анастомоза, илеостомия с резекцией участка тонкой кишки, илеостомия с резекцией илеоцекального угла, гемиколэктомия, субтотальная колэктомия. Больше половины пациентов уже были оперированы ранее, им проводились оперативные вмешательства иссечения «параректальных свищей», закрытия лапаростомы, наложения стом. У 8 детей хирургическое лечение завер-

шилось полным решением поставленной задачи, остальные требуют дальнейших реконструктивных операций.

Выводы: ВЗК являются одной из важнейших проблем в гастроэнтерологии, требующих совместной работы команды педиатров и детских хирургов, в том числе по выбору оптимального варианта лечения и показаний к хирургическому вмешательству. Спектр хирургических вмешательств широк и индивидуален для каждого конкретного пациента.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКУТАННОГО УШИВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО ПАХОВОГО КОЛЬЦА (PERCUTANEOUS INTERNAL RING SUTURING – PIRS) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Мустакимов Б. Х., Ростовцев Н. М., Ядыкин М. Е., Котляров А. Н., Царева В. В.

Областная детская клиническая больница, Россия, Челябинск; Южноуральский государственный медицинский университет, Россия, Челябинск

Введение. Операция по удалению паховой грыжи у детей является единственным способом лечения и составляет 15% всех операций в детской хирургии. Сегодня «золотым стандартом» для лечения ВПГ является грыжесечение с использованием хирургии малых доступов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с паховой грыжей на основе внедрения малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств.

Материалы и методы. За 12-месячный период работы располагаем опытом лапароскопической герниопластики у 74 детей. Из них мальчиков было 59 и 15 девочек. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 12 лет. Оперативное лапароскопическое вмешательство состояло из следующих этапов: создание карбоксиперитонеума и введение оптического троакара, оценка состояния брюшной полости, размеров внутреннего пахового кольца, наличия метахронной грыжи, сопутствующей патологии со стороны органов брюшной полости. Основной этап операции состоял в формировании кисетного шва на уровне шейки грыжевого мешка с элементами пластики внутреннего пахового кольца. При наложении кисетного шва мы использовали атравматичную не рассасывающую нить 2/0 фирмы «Этикон» на небольшой колющей игле. Вкол иглы производи-

ли изнутри кнаруже непрерывно по периметру дефекта. В шов не захватывали брюшину с прилежащими к ней семенным канатиком и сосудами яичка. Перед затягиванием кисетного шва эвакуировали газ и жидкость из оболочек яичка и шов затягивался интракорпорально, надежно ликвидируя сообщение вагинального отростка брюшины с брюшной полостью. Конверсии к открытому вмешательству и рецидивов в наших наблюдениях не было.

Результаты. При осмотре передней брюшной стенки изнутри у 17 (22,9%) пациентов с контрлатеральной стороны выявлено необлитерированное внутренне паховое кольцо, ранее не дававшее клинических проявлений. Во всех случаях выполнялось их лапароскопическое ушивание. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Конверсии к открытому вмешательству и рецидивов не наблюдали.

Заключение. Применение PIRS – метода ушивания внутреннего пахового кольца является простым, эффективным методом лечения паховой грыжи у детей, минимизирует травму критических структур грыжевого мешка, позволяет выполнить симультантную герниопластику с противоположной стороны и получить хороший косметический эффект.

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКОГО (ЭЛ) У ДЕТЕЙ

Мыкыев К. М., Омурбеков Т. О., Самсалиев А. Дж., Молдоисаев К. Б.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина, г. Бишкек

Цель: изучить особенности локализации, и тактику хирургического лечения ЭЛ у детей.

Материалы и методы исследования:

Изучены 245 больных детей с ЭЛ, прооперированных в 2006–2015 в Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек. Применялись общеклинические методы исследования, УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, по показаниям КТ, МРТ.

Результаты и обсуждение:

245 больным с ЭЛ произведено 289 эхинококкэктомий. Множественные кисты в легких и сочетанные локализации

встретились у 44 (17,9%). Из них изолированная множественная двухсторонняя локализация в легких у 20 (8,2%) больных, у 3-х (1,2%) в одном легком. Сочетанные формы отмечены у 29 (11,8%). При солитарных кистах легкого сочетанная локализация отмечена у 21 (8,6%). При поражении обеих легких сочетанная локализация в печени у 8, при солитарных кистах легкого в печени – у 19, из них множественные кисты печени у 5 больных, в селезенке у 1, в средостении – 1. Учитывая множественные локализации, мы выделяем форму «Первично-множественный эхинококкоз». Мальчики 33 (75,5%), девочки 11 (24,5%). В возрасте до 3-х

лет 4 (9,1%), 3–7 лет у 22 (50%), 7–16 лет у 18 (40,9%) больных. Осложненные формы ЭЛ отмечены у 69 (28,2%) в виде нагноения кисты, разрыва кисты в бронх и плевральную полость. Основным методом в диагностике является анамнез, жалобы, общеклинические обследования, УЗИ. При осложненных формах и трудностях диагностики проводили КТ, МРТ грудной клетки и органов брюшной полости у 9. При оперативном лечении у 23 больных с множественными поражениями в легких и сочетании в печени проведено 46 торакотомий и эхинококкэктомий. При правосторонней локализации ЭЛ эхинококкэктомия через диафрагму осуществлена у 5 больных при локализации кист в 7,8,6 сегментах печени. Одномоментная эхинококкэктомия с отдельными доступами торакотомия и лапаротомия при солитарных кистах легкого и печени осуществлена у 6 больных. Первично в легких оперировались наиболее напряженные с угрозой разрыва. При двусторонних поражениях вторым этапом

удаляли из другого легкого не выписывая. Тактика обоснована активизацией роста эхинококковых кист в оставшихся легких, что подтверждается контрольными рентгенологическими исследованиями легкого. При устранении остаточных полостей применяем «поэтажное ушивание» узловыми швами, предотвращающий деформации бронхиального дерева. У 112 больных применяли доступ «миниторакотомия, минилапаротомия», что доступно в детском возрасте и более благоприятно протекает послеоперационный период.

Выводы:

1. При сочетанных поражениях (17,9%) необходимо обозначить «Первично-множественный эхинококкоз».
2. Множественная изолированная форма ЭЛ отмечена у 8,2%.
3. Осложненные формы при ЭЛ составили 28,2%.
4. У 38,7% больных применяли доступ «миниторакотомия, минилапаротомия».

НАША ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ «МАЛЫХ» ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ

Насибова Э.М.

Кафедра детской хирургии АМУ, Баку

Идеальное анестезиологическое пособие при «малых» оперативных вмешательствах у детей должно обеспечивать быстрое и гладкое начало действия, хорошую интраоперационную аналгезию и короткий период пробуждения без побочных эффектов.

Цель-Улучшение результатов анестезии путем сочетания каудального блока с общей анестезией при «малых» оперативных вмешательствах у детей.

Материал и методы: Данная работа проведена в клинике детской хирургии АМУ. В исследование включено 986 детей в возрасте 0–16 лет с риском анестезии I–II класса по ASA. Распределение больных на группы осуществляли в зависимости от методики проводимой анестезии: I контрольная группа (56 детей) – пропофол+фентанил+эсмерон+изофлюран, II основная группа – пропофол+эсмерон+каудальный блок+изофлюран. Во всех группах премедикация была стандартной и проводилась в предоперационном сервисе. В присутствии родителей детям внутривенно вводился пропофол в дозе 2 мг/кг и после дремотного состояния их переводили в операционный блок. Изучались показатели частоты дыхания (ЧД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), АД_{сист.}, АД_{диаст.}, среднего артериального давления (САД), сатурации кислорода (S_{ао2}) клинического течения. Регистрация данных параметров происходила путем интраоперационного мониторинга с применением кардиомонитора. Показатели фиксировались на следующих этапах операции: I-исходная, после премедикации, II- после кожного разреза, III – травматичных этапах операции.

Результаты. На I этапе у больных обеих групп показатели центральной гемодинамики не различались и оставались стабильными, что свидетельствовало об адекватности премедикации. Значительные различия в показателях гемодинамики

было отмечено как на II, так на III этапах исследования. Так у больных I группы на II и III этапах исследования наблюдалось значительное повышение показателей гемодинамики. У больных I группы отмечалось увеличение ЧСС на 6,3% на II этапе и на 7,4% на III этапе исследования, несмотря на применения фентанила в дозе 5мкг/кг. Такая же динамика в этой группе прослеживается и в изменениях САД. Так у больных I группы на II этапе САД достоверно выше исходного на 12,2%, та же тенденция сохраняется и на III этапе исследования. Отмеченное возрастание ЧСС и САД у больных контрольной группы тожно объяснить как неадекватную анестезию и это заставило нас увеличить дозу фентанила. Снижение САД с 74,5±1,5 до 69,3±1,3 мм.рт.ст у больных основной группы при относительно стабильном ЧСС является следствием адекватного каудального блока. Возникающая гипотония у больных основной группы корректировалось волемиической нагрузкой глюкозо-солевыми растворами. Показатели S_{ао2} на всех этапах исследования в обеих группах больных оставались нормальными и колебались в пределах 98–99%. Течение анестезии у больных основной группы на всех этапах отличалось хорошей управляемостью и стабильностью. Ни одному больному этой группы при адекватном каудальном блоке не был введен фентанил.

Выводы: 1. Сочетание каудального блока с общей анестезией позволяет значительно снизить расход внутривенных, ингаляционных анестетиков и миорелаксантов и тем самым уменьшить их возможное побочное воздействие на организм.

2. Применение каудального блока существенно укорачивает период пробуждения, ребенок просыпается быстрее, раньше начинается энтеральное питание и выписка больного.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОПЕРАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УДВОЕНИЙ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ У ДЕТЕЙ

Наумова О.А., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Бобковская Е.Е.

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

Цель исследования – изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения удвоений желудочно-кишечного тракта от антенатальной диагностики до полноценного анатомо-функционального состояния ранее порочного участка кишечной трубки.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных за 6-летний период пролечен 21 ребенок в возрасте от 3 суток до 6 месяцев с кистозным удвоением желудочно-кишечного тракта, диагностированным в ante- и пост-натальном периоде. Методы лучевой диагностики: УЗИ (21 ребенок), КТ (3 ребенка) и МРТ (12 детей) органов брюшной полости позволили объективизировать дооперационный диагноз.

Результаты и обсуждение. Антенатально порок развития желудочно-кишечного тракта в виде удвоения был установлен в 15 случаях (71,4%): во втором триместре в 4 случаях и в третьем триместре – в 11 случаях беременности. Наличие удвоения в любом отделе желудочно-кишечного тракта является абсолютным показанием к его удалению в связи с высокой вероятностью осложненного течения: обтурационная непроходимость кишечника, нагноение, внутрикистозное кровотечение, разрывы, перитонит. Большинство детей (71,4%) оперированы в периоде новорожденности.

По локализации наиболее часто встречались удвоения терминального отдела подвздошной киш-

ки – 14 (66,7%) случаев, толстой кишки у 4 (19%) детей, желудка в 2 (9,5%) случаях и тощей кишки у 1 (4,8%) ребенка. Размеры образования варьировали от 2 до 8,5 см. Оперативные вмешательства выполнялись как лапаротомным доступом (10 детей), так и у 11 (52,4%) детей применены лапароскопически-ассистированные операции.

Иссечение кистозного удвоения без резекции кишки удалось в 10 (46,7%) случаях. Резекция кишки, несущей удвоение, с формированием энтероэнтероанастомоза выполнена 10 (46,7%) детям. В одном случае, учитывая развитие калового перитонита на фоне перфорации удвоенного участка толстой кишки, сформирована кишечная стома на отключение, которая в последующем при стабилизации состояния ребенка закрыта. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. Все дети выписаны с выздоровлением. Отдаленные результаты свидетельствуют о полноценном анатомо-функциональном состоянии желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, кистозное удвоение кишечной трубки является пороком развития с благоприятным прогнозом, поддающимся хирургической коррекции. Антенатальная диагностика данного порока развития возможна более чем в 70%.

МЕСТО ОПЕРАЦИИ ДЮАМЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Минск

Цель: определить значение операции Дюамеля и ее модификаций в лечении болезни Гиршпрунга.

Метод основан на анализе применения данного метода в Центре детской хирургии г. Минска. По методике Дюамеля оперировано в 1970–1980 гг. 22 ребенка. Большое количество осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах заставили нас подробно изучить их причины и на основании этого разработать свою модификацию (Никифоров А.Н., 1986). Выполнение её осуществляется следующим образом. Вначале производится типичная операция Дюамеля. Рассекается тазовая брюшина слева от прямой кишки, позади которой делается тоннель до наружного анального сфинктера. Прямая кишка над переходной складкой брюшины прошивается и пересекается. Со стороны промежности на границе слизистой и кожи по задней полуокружности анального отверстия производится разрез тканей. Задняя стенка прямой кишки на этом уровне отпрепаровывает-

ся от прилежащих тканей до образованного со стороны брюшной полости тоннеля. Через тоннель и образованное на промежности отверстие низводится мобилизованная кишка до должного уровня. Задняя полуокружность ее пришивается отдельными узловыми шелковыми швами к краю кожной раны анального отверстия. Передняя полуокружность низведенной кишки фиксируется к задней стенке прямой. Для наложения анастомоза бок в бок между низведенной и прямой кишками используется сшивающие аппараты. Одна из браншей аппарата заводится в просвет низведенной кишки, а вторая – в просвет прямой. Затем стенки кишок сшиваются двумя рядами танталовых скрепок. Эта методика операции начала применяться в клинике с 1983 года. За период 1983–2014 годы прооперировано 320 больных. Сто сорок шесть детей 65,6% оперировано в возрасте до 3 лет, 64 (20%) в возрасте до 1 года. Дети от 3 до 7 лет составили 23,4% и лишь 11% имели возраст старше 7 лет. Ос-

ложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 9 больных, что составило 2,8%, причем у 5 (1,5%) из них они носили общехирургический характер. Низкий «парус» ликвидирован у 27 детей путем повторного наложения сшивающих аппаратов. С 2010 г. для профилактики этого осложнения 22 детям произведена операция Дюамеля в модификации Мартина, при которой колорек-

тальный анастомоз накладывается бок в бок на всем протяжении прямой кишки. Время лечения после радикальных операций составило $15,4 \pm 0,63$ койко-дня.

С 2009 года методом выбора в клинике является трансректальное низведение, но при осложнениях (4), длинной зоне аганглиозе (3) выполнялась операция Дюамеля.

ГБО В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Николаев С. Н., Лодыгина Е. А., Анисимова Е. В., Байдин С. А.

ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ; кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Одним из ведущих патогенетических факторов в нарушении функции почек и мочевыводящих путей при пороках их развития является гипоксия, обусловленная, как правило, гемодинамическими нарушениями, связанными с почечной дисплазией и нарушениями тканевого дыхания. Эти данные и послужили теоретическим обоснованием применения гипербарической оксигенации в комплексном лечении больных с разнообразными пороками развития мочевыводящей системы.

Приоритетное включение ГБО в нашей клинике еще с 1998 года в комплекс лечения детей с врожденными обструктивными уропатиями в нашей клинике позволило доказать эффективность терапевтических режимов ГБО в послеоперационном периоде.

Проведенными исследованиями подтверждены следующие эффекты гипербарической оксигенации у данных детей:

а) адекватными изменениями всех звеньев антиоксидантной защиты в ответ на активацию свободнорадикальных реакций ПОЛ, созданием баланса ПОЛ=АОС;

б) стимулируются процессы окислительного фосфорилирования и биоэнергетические процессы, что отражается повышением активности ферментов дыхательной цепи, восстановлением уровня тканевого дыхания в органах.

Помимо этого методом УЗИ почек и доплерографии (ДГ) ренального кровотока: ЦДК и ИД – доказано, что в зонах редуцированного кровотока паренхимы почки ГБО способствует развитию коллатерального кровообращения, увеличивая внутриорганный кровоток. Следует отметить корреляцию полученных результатов улучшения гемодинамических показателей с восстановлением парциальных почечных функций, ускорением темпов роста почки.

В то же время, в 48% случаях по данным УЗИ и ДГ почек через 6–12 месяцев после реконструктивных опе-

раций на мочевыводящих путях отмечено некоторое ухудшение показателей ренального кровотока на фоне замедления темпов роста почечной паренхимы. Это позволило обосновать необходимость проведения повторных курсов ГБО с интервалом в полгода.

С 2015 года нами была проанализирована амбулаторная группа больных в возрасте от 3-х месяцев и до 17 лет включительно – 73 ребенка, которым было проведено 686 сеансов ГБО в комплексе проводимого восстановительного лечения: с гидронефрозом (п/о) – 15/138, с мегауретером (п/о) – 17/152, с ПМР (п/о) – 22/217; с рефлюкс-нефропатией – 19/179.

ГБО проводилось курсовым лечением по 10 сеансов 2 раза в год по отработанной в нашей клинике методике.

Поэтапное назначения курсов гипербарической оксигенации с периодичностью 1 раз в 6 месяцев у детей с ХБП и мочевыводящих путей позволяет добиться стабилизации наиболее важных функциональных параметров мочевыделительной системы и по данным УЗИ почек и ДГ ренального кровотока стабильно поддерживать гемодинамические параметры почечной паренхимы.

Помимо этого, при динамическом наблюдении в течение нескольких лет у детей с обструктивными уропатиями, получавшими поэтапные, «профилактические» курсы ГБО два раза в год, отмечалось резкое снижение заболеваний ОРВИ (с 5–6 раз в год до 1–2 раз в год). Практически отсутствовали обострения пиелонефрита, которые удавалось легко купировать.

Назначение курсов ГБО на этапах реабилитации у детей с различной урологической патологией существенно повышает активность системы адаптации, позволяющей добиться стабилизации, а также, повышающей общую и органную резистентность, что в свою очередь значительно улучшает эффективность лечения и качество их жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИЕЙ

Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Центр детской урологии и андрологии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Актуальность. Вторичное сморщивание почки, развившееся вследствие врожденной анатомической

или функциональной обструкции, составляет, по данным различных авторов, от 35 до 55% в этиологии хрониче-

ской почечной недостаточности у детей до 18 лет. В последнее десятилетие в качестве нефропротекции у этих больных применяются ингибиторы АПФ (иАПФ). Однако показания к их назначению и схемы лечения при обструктивных уропатиях у детей четко не определены.

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения детей с рефлюкс-нефропатией препаратом энап на амбулаторном этапе.

Пациенты и методы. Мы проанализировали историю болезни 159 детей с вторичным нефросклерозом, получавших нефропротективную терапию иАПФ энапом, наблюдавшихся в городском Урологическом центре ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. Возраст детей был от 9 мес. до 18 лет. Причиной вторичного сморщивания почки у 125 детей явился ПМР, у 18 детей – гидронефроз, у 16 – мегауретер. Двусторонняя патология наблюдалась в 55% случаев. Показанием к назначению энапа у 72 детей (44%) явились изменения ультразвуковой картины почек – уменьшение размеров и толщины паренхимы, снижение или повышение индексов резистентности на сосудах различного калибра, стойкая протеинурия у 101 детей (60%), азотемия и снижение

СКФ – у 62 (42%), артериальная гипертензия (АГ) выше возрастных норм – у 28 (30,5%). Препарат назначался в дозе 0,1–0,5 мг/кг/сут. Были получены следующие результаты.

Результаты. При назначении энапа в дозе 0,2–0,5 мг/кг/сут длительностью от 3 до 6 месяцев увеличение темпов роста почек наблюдалось у 106 (55%) больных; в течение первых 3–5 недель приема препарата СКФ возросла ($59 \pm 13,6$ мл/мин, $p < 0,05$) у 85 детей (65%); снижение протеинурии на 20–25% наблюдалось у 112 детей (67%) через 6 мес. от начала приема; на прием энапа в дозе 0,3–0,5 мг/кг/сут отреагировали снижением АД до нормального и субнормального все пациенты, причем дети с изначально более высоким АД оказались более чувствительны к иАПФ, значительное снижение АД у них происходило уже в течение 3–10 дней приема энапа.

Заключение. Стойкий нефропротективный и антипротеинурический эффект иАПФ энапа у детей с обструктивными уропатиями наблюдается при назначении его в дозе не менее 0,2 мг/кг/сут. длительностью не менее 3–6 мес. и находится в прямой зависимости от степени выраженности протеинурии и азотемии.

ГБО В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Николаев С. Н., Лодыгина Е. А., Анисимова Е. В., Байдин С. А.

ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ; кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Одним из ведущих патогенетических факторов в нарушении функции почек и мочевыводящих путей при пороках их развития является гипоксия, обусловленная, как правило, гемодинамическими нарушениями, связанными с почечной дисплазией и нарушениями тканевого дыхания. Эти данные и послужили теоретическим обоснованием применения гипербарической оксигенации в комплексном лечении больных с разнообразными пороками развития мочевыводящей системы.

Приоритетное включение ГБО в нашей клинике еще с 1998 года в комплекс лечения детей с врожденными обструктивными уропатиями в нашей клинике позволило доказать эффективность терапевтических режимов ГБО в послеоперационном периоде.

Проведенными исследованиями подтверждены следующие эффекты гипербарической оксигенации у данных детей:

а) адекватными изменениями всех звеньев антиоксидантной защиты в ответ на активацию свободнорадикальных реакций ПОЛ, созданием баланса ПОЛ=АОС;

б) стимулируются процессы окислительного фосфорилирования и биоэнергетические процессы, что отражается повышением активности ферментов дыхательной цепи, восстановлением уровня тканевого дыхания в органах.

Помимо этого методом УЗИ почек и доплерографии (ДГ) ренального кровотока: ЦДК и ИД – доказано, что в зонах редуцированного кровотока паренхимы почки ГБО способствует развитию коллатерального кро-

вообращения, увеличивая внутриорганный кровоток. Следует отметить корреляцию полученных результатов улучшения гемодинамических показателей с восстановлением парциальных почечных функций, ускорением темпов роста почки.

В то же время, в 48% случаях по данным УЗИ и ДГ почек через 6–12 месяцев после реконструктивных операций на мочевыводящих путях отмечено некоторое ухудшение показателей ренального кровотока на фоне замедления темпов роста почечной паренхимы. Это позволило обосновать необходимость проведения повторных курсов ГБО с интервалом в полгода.

С 2015 года нами была проанализирована амбулаторная группа больных в возрасте от 3-х месяцев и до 17 лет включительно – 73 ребенка, которым было проведено 686 сеансов ГБО в комплексе проводимого восстановительного лечения: с гидронефрозом (п/о) – 15/138, с мегауретером (п/о) – 17/152, с ПМР (п/о) – 22/217; с рефлюкс-нефропатией – 19/179.

ГБО проводилось курсовым лечением по 10 сеансов 2 раза в год по отработанной в нашей клинике методике.

Поэтапное назначения курсов гипербарической оксигенации с периодичностью 1 раз в 6 месяцев у детей с ХБП и мочевыводящих путей позволяет добиться стабилизации наиболее важных функциональных параметров мочевыделительной системы и по данным УЗИ почек и ДГ ренального кровотока стабильно поддерживать гемодинамические параметры почечной паренхимы.

Помимо этого, при динамическом наблюдении в течение нескольких лет у детей с обструктивными уропатиями, получавшими поэтапные, «профилактические» курсы ГБО два раза в год, отмечалось резкое снижение заболеваний ОРВИ (с 5–6 раз в год до 1–2 раз в год). Практически отсутствовали обострения пиелонефрита, которые удавалось легко купировать.

Назначение курсов ГБО на этапах реабилитации у детей с различной урологической патологией существенно повышает активность системы адаптации, позволяющей добиться стабилизации, а также, повышающей общую и органную резистентность, что в свою очередь значительно улучшает эффективность лечения и качество их жизни.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ

Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б., Коварский С. Л., Скларова Т. Н., Текотов А. Н., Лазишвили М. Н.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Детская городская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова, Москва

Проблема лечения детей с различными вариантами миелодисплазии является мультидисциплинарной, учитывая большую вариабельность клинических проявлений данного порока развития, однако урологическая составляющая является ведущей. Это связано не только с наличием недержанием мочи, как правило, сопровождающим данный порок и являющимся ведущим в снижении качества жизни больного, но и сопряжено с такими осложнениями, как инфекция мочевыводящих путей, различные варианты обструктивных уропатий и хроническая болезнь почек с исходом в хроническую почечную недостаточность. Учитывая, что рефлюкс-нефропатия у спинальных детей формируется в раннем возрасте и встречается, по данным различных авторов, в 35 до 55% случаев. При лечении пациентов с данной патологией необходимо решать несколько задач одновременно: защита мочевых путей от уродинамических и инфекционных повреждений, интенсивная нефропротективная терапия, улучшение качества жизни за счет минимизации симптомов со стороны нижних мочевых путей, связанных, в первую очередь, с недержанием мочи. Решение данных задач требует раннего применения самых современных методов коррекции нарушений уродинамики, включая эндоскопические методы минимизации ПМР, уменьшения внутрипузырного давления с увеличением эффективного объема мочевого пузыря, коррекции эвакуаторных дисфункций.

Цель: оптимизировать тактику лечения детей с рефлюкс-нефропатией, развивающейся на фоне арефлекторного мочевого пузыря у детей с миелодисплазией.

За период с 2010 по 2013 гг. нами выполнено 64 эндоскопических трансуретральных коррекций ПМР (42-двусторонних, 22- односторонних) 64 детям в возрасте от 2 до 11 месяцев оперированных в периоде новорожденности по поводу спинномозговой грыжи.

В последнее десятилетие в качестве нефропротекции у этих больных применяются ингибиторы АПФ (и-АПФ). Однако показания к их назначению и схемы лечения при обструктивных уропатиях у детей четко не определены.

Мы проанализировали истории болезни 59 детей с вторичным нефросклерозом, получавших нефропро-

тективную терапию иАПФ энапом, наблюдавшихся в городском нефроурологическом центре ДКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова. Возраст детей был от 9 мес. до 18 лет. Причиной вторичного сморщивания почки у 45 детей явился пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) на фоне синдрома миелодисплазии, у 5 детей – гидронефроз, у 9 – мегауретер. Двусторонняя патология наблюдалась в 55% случаев. Показанием к назначению энапа у 26 детей (44%) явились изменения ультразвуковой картины почек – уменьшение размеров и толщины паренхимы, снижение или повышение индексов резистентности на сосудах различного калибра, стойкая протеинурия у 33 детей (60%), азотемия и снижение СКФ – у 23 (42%), артериальная гипертензия (АГ) выше возрастных норм – у 18 (30,5%). Препарат назначался в дозе 0,1–0,5 мг/кг/сут. Были получены следующие результаты.

Результаты. При назначении энапа в дозе 0,2–0,5 мг/кг/сут длительностью от 3 до 6 месяцев увеличение темпов роста почек наблюдалось у 28 (55%) больных; в течение первых 3–5 недель приема препарата СКФ возросла ($59 \pm 13,6$ мл/мин, $p < 0,05$) у 15 детей (65%); снижение протеинурии на 20–25% наблюдалось у 22 детей (67%) через 6 мес. от начала приема; на прием энапа в дозе 0,3–0,5 мг/кг/сут отреагировали снижением АД до нормального и субнормального все пациенты, причем дети с изначально более высоким АД оказались более чувствительны к иАПФ, значительное снижение АД у них происходили уже в течение 3–10 дней приема энапа.

Заключение. Стойкий нефропротективный и антипротеинурический эффект и АПФ энапа у детей с обструктивными уропатиями наблюдается при назначении его в дозе не менее 0,2 мг/кг/сут. длительностью не менее 3–6 мес. и находится в прямой зависимости от степени выраженности протеинурии и азотемии. Таким образом, дети, оперированные по поводу спинномозговой грыжи и имеющие все признаки арефлекторного мочевого пузыря в сочетании с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, нуждаются в постоянном наблюдении уро-нефролога, раннем выявлении хронической болезни почек и соответствующей коррекции гомеостаза.

АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ

Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Милюкова Л.П., Степанова Н.М., Распутин А.А., Латыпов В.В., Петров Е.М., Кондрашина О.Г., Умань Н.В.

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск; ОГАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г.Иркутск

Цель: проанализировать ранние результаты лечения пациентов с аноректальными мальформациями, пролеченных методом лапароскопической видеоассистированной аноректопластики (LAARP).

Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. в хирургической клинике наблюдалось 34 пациента с аноректальными пороками развития. Средний возраст детей – 4,2 месяца. Средняя масса – 6275 граммов. Во всех наблюдениях имели место высокие формы аноректальных аномалий: ректо-простатическая фистула – 11, ректо-вагинальная фистула – 6, врожденная персистирующая клоака – 5. Всем больным выполнена радикальная корригирующая операция. В 19 случаях (61%) использовалась лапароскопия для мобилизации тазового сегмента атрезированной кишки и разобщения фистулы, а также видеоассистированного низведения мобилизованного сегмента кишки на промежность.

Результаты: Среднее время операции составило 163,7 минуты. Интраоперационных осложнений не зарегистрировано ни в одном случае. Средняя дли-

тельность пребывания в отделении реанимации составила 2,7; длительность госпитализации 13,2 койко-дня. Обезболивание в раннем послеоперационном периоде проводилось с помощью наркотических анальгетиков, далее нестероидными противовоспалительными средствами в течение 3-х дней. Из ранних послеоперационных осложнений следует отметить раневую инфекцию – 2 случая (10,5%), ретракция слизистой – 1 случай (5,3%), пролапс слизистой – 1 случай (5,3%).

Выводы. Таким образом, лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика (LAARP) демонстрирует лучшие результаты лечения, чем открытая хирургия. Основными преимуществами являются сокращение длительности операции, лучшая визуализация тканей и минимальная их травматизация, а также меньшее количество осложнений. Видеоассистированная (LAARP) реконструкция врожденных аномалий прямой кишки может успешно использоваться как этап мобилизации тазового отдела атрезированной кишки и ликвидации фистулы, особенно при лечении персистирующей клоаки.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА И НЕЙРОНАЛЬНОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Степанова Н.М., Милюкова Л.П., Умань Н.В., Латыпов В.Х., Петров Е.М., Кузнецова Н.Н., Алейникова Н.Г., Кондрашина О.Г., Пикало И.А.

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск; ОГАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г.Иркутск

Цель: оценить эффективность и отдаленные результаты радикальных операций у детей различных возрастных групп с аганглиозом и нейрональной интестинальной дисплазией.

Метод основан на анализе лечения 46 пациентов различного возраста, которые находились на лечении в клинике детской хирургии за последние 10 лет. В исследуемой группе преобладали мальчики – 31, девочек в два раза меньше – 15. Возраст пациентов колебался от периода новорожденности до 16 лет. У всех детей диагноз верифицирован гистологическим исследованием полнослойных биоптатов толстой кишки. Для проведения анализа исходов оперативного лечения все пациенты были распределены на группы в зависимости от метода оперативного лечения. I группа (26 детей – 57%): пациенты, которым проведено двухэтапное оперативное вмешательство – формирование сигмостомы (I этап), второй этап – радикальная коррекция по Соаве-Ленюшкину. II группа (17 де-

тей – 37%): больные, которым в периоде новорожденности выполнено формирование сигмостомы, а вторым этапом в раннем грудном возрасте выполнена трансанальная видеоассистированная резекция пораженного сегмента толстой кишки. III группа (3 детей – 6%): дети, которым выполнена одномоментная радикальная операция – трансанальная резекция аганглионарного сегмента – de la Torre-Ortega. Всем детям, оперированным с трансанальной мобилизацией, проводилось профилактическое бужирование слизисто-слизистого анастомоза на протяжении 3 месяцев. Отдаленные результаты в сроке от 3 до 7 лет оценены у 22 пациентов. В первой группе детей после традиционного двухэтапного лечения по Соаве-Ленюшкину результаты прослежены у 7 пациентов: хороший эффект от операции отмечен в 5 из 7 представленных случаев. Рецидив запоров отмечен у 2 пациентов, в 2 случаях – каломазание. Во второй клинической группе, где выполнено двухэтапное лечение с видеоассистированной техникой

трансанального низведения из 8 эпизодов в одном отмечен рубцовый стеноз анастомоза в анальном канале, что привело к выполнению серии этапных вмешательств. В третьей группе, где выполнялась классическая операция de la Torre-Ortega, из 3 наблюдений в одном также отмечен рубцовый стеноз, потребовавший этапного лечения.

Таким образом, представленный анализ радикального лечения позволяет утверждать о необходимости ранней верификации морфологического диагноза и выполнения одномоментного радикального лечения пациентов в раннем возрасте, в том числе и с использованием видеоассистированной техники.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Нуриллаев Ж.Я., Ганиев Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель: повышение эффективности лечения пациентов с пузырно-влагалищными свищами (ПВС) путем совершенствования диагностики и обоснования дифференцированной хирургической тактики.

С 2006 по 2015 годы на обследовании и лечении находилось 35 больной с ПВС. Возраст больных составил от 14 до 65 лет. Возникновение ПВС после гинекологических операций наблюдались у 25 больных; акушерских – у 8, общехирургических операций – у 2 больных и лапароскопических операций – у 1 больных.

Больным проведено комплексное урологическое обследование: цистоскопия, ультразвуковое исследование почек, мочеточников и мочевого пузыря, по показаниям экскреторная урография, цистография, для определения функционального состояния мочевыводящих путей, бактериологическое исследование мочи до и после операции, и мазок из влагалища.

Пластика пузырно-влагалищного свища, выполнялась через 3–6 месяцев после его возникновения, так как в этом периоде на фоне комплексной консервативной терапии исчезают воспалительные изменения в тканях, рассасываются инфильтраты и формируется сам свищ.

Реконструктивно-пластические операция по поводу ПВС выполнены в 22,2% случаев трансабдоминальным доступом, в 59,3% – трансвезикальным, в 14,8% комбинированным, и в 3,7% трансвагинальным доступом.

Лечение ПВС только оперативное, при этом трансперитонеальный доступ имеет ряд преимуществ перед

экстроперитонеальным: он позволяет произвести ревизию органов малого таза, выполнить при необходимости уретероцистостомию. Трансперитонеальный доступ в основном применяется у больных которым ранее была произведена попытка пластики свища.

Катамнез больных составил от 4 месяцев до 6 лет. Хорошие результаты наблюдались у 60,5% больных, удовлетворительные у 37,0% и неудовлетворительные результаты наблюдались у 2,5% больных. Этим больным выполнена повторная фистулография. При цистографии пузырно-мочеточниковый рефлюкс не наблюдался ни у одного больного. При цистоскопии визуализировался тонкий рубец на задней стенке мочевого пузыря.

Анализируя результаты обследования больных с ПВС нами разработан алгоритм диагностики, что делает определение свища удобным и своевременным. Применения алгоритма диагностики пузырно-влагалищного свища создает условия для улучшения диагностики и выбора адекватной и патогенетически обоснованной лечебной тактики.

Таким образом, выявлено, что дифференцированный подход в диагностике ПВС играет важную роль в своевременной и правильной диагностике. В 50% случаев в микробном пейзаже мочи присутствует кишечная палочка, а в остальных случаях смешанная флора, что требует рационального и целенаправленного предоперационного и послеоперационного назначения антибиотиков с закрепляющей консервативной терапией как до, так и после операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С СИНДРОМОМ ОСТРОГО ЖИВОТА

Окунев Н.А., Бегоулова Е.Г., Окунева А.И.

ФГБОУ ВО Н И «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева». Медицинский институт. ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранск

Дифференциальную диагностику неотложных состояний при синдроме «острого живота» у девочек всегда приходится проводить с заболеваниями внутренних половых органов.

Цель исследования – провести анализ заболеваемости острой гинекологической патологией в структуре синдрома «острого живота» у детей.

Материалы и методы. В исследование включено 60 девочек, находившихся на обследование и лечение

в ДРКБ г. Саранска за 2014–2015 г. За анализируемый период по экстренным показаниям с болью в животе в хирургическое отделение было госпитализировано 60 девочек у которых была диагностирована гинекологическая патология. Оперативное лечение потребовалось у 39 пациенток, из которых диагностическая лапароскопия выполнялась в 35 случаях.

Результаты. Перекруты придатков встретились в 6 случаях, в 2-х проведена лапароскопическая деторсия яичника

с овариопексией, в 4-х после диагностической лапароскопии осуществлена конверсия и резекция маточной трубы, придатков и яичника. Перекрут кисты яичника без перекрута придатков матки диагностирован в 7 случаях, проведена лапароскопическая кистэктомия. Апоплексия яичника диагностирована у 3 девочек. Первичный пельвиоперитонит выявлен у 28 пациенток, из них диагноз выставлен после диагностической лапароскопии в 23 случаях. В одном случае девочке был выставлен диагноз – ВПР атрезия маточной трубы, гидросальпингс. С болевым синдромом связанным с нарушением менструального цикла поступило 16 девочек. В нашем стационаре принята тактика о сохранении измененных придатков матки после деторсии, овариопексии, со сроками до 4–5 суток с момента перекру-

та, с последующим ежедневным УЗИ органов малого таза и плановой диагностической лапароскопией на 2 сутки. Данная методика применена у девочки 6 лет, с длительностью заболевания более суток с клинически нежизнеспособным яичником. Выполнена деторсия придатков, консервативное лечение. Через сутки после операции по УЗИ отмечено восстановление достаточного кровоснабжения придатков, а через двое суток на программной лапароскопии придатки со стороны перекрута розового цвета, признаны жизнеспособными, выполнена овариопексия.

Заключение. Имея в резерве такие методы диагностики как УЗИ и диагностическая лапароскопия, необходимо шире использовать органосохраняющие операции при острой гинекологической патологии у девочек.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Окунев Н.А., Окунева А.И., Солдатов О.М., Первова Н.А.

ФГБОУ ВО НИ «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева». Медицинский институт. ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранск

Несмотря на хорошую информированность населения и проводимые мероприятия по профилактике травматизма детского возраста химические ожоги пищевода у детей остаются довольно частой проблемой с которой приходится встречаться детским хирургам.

Цель исследования – провести анализ заболеваемости химическим ожогом пищевода у детей и развития осложнений при данном виде повреждения.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, впервые поступившие в хирургическое отделение ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска за 2014–2015 гг с диагнозом химический ожог пищевода разной степени выраженности.

Результаты: За анализируемый период поступило 26 детей с химическим ожогом пищевода в возрасте от 1 года до 3-х лет – 22 ребенка, 4-х лет – 2 ребенка, 5 и 6 лет по 1 ребенку. Из них 16 чел. – мальчики; 10 чел. – девочки. 8 детей были с ожогами кристаллами перманганата калия; 70% уксусная кислота – 6 чел.; щелочью, входящей в состав моющих средств – 5 чел.; нашатырный спирт – 1 чел.; дисковая батарейка – 1 чел.; моющее средство с перекисью водорода – 2 чел.; ацетон – 1 ребенок и средство для снятия лака – 1. В одном случае ребенок возраста 1 г 5 мес проглотил щелочь, а мама оказывала ему первую помощь промыванием уксусной кислотой.

У 11 детей после эндоскопического исследования ожоги пищевода были расценены как – 1 степени, у 11 де-

тей – 2 степени и 4 случая – 3 степени тяжести. Первая диагностическая ФЭГДС выполнялась на 1 сутки после травмы, позволяющая исключить или подтвердить повреждение пищевода и желудка и дифференцировать ожоги 1 степени от ожогов 2 и 3 степени. Через неделю ФЭГДС повторялась, позволяющая дифференцировать ожоги 2 степени от ожогов 3 степени. При ожогах пищевода 3 степени во всех случаях отмечалось нарушение моторики желудка.

При 1 степени проводилось местное лечение – амагель с анестезином, облепиховое масло внутрь. При 2 и 3 степенях на ранних сроках, кроме выше перечисленного пациенты получали антибактериальную (цефтриаксон) и гормональную терапию (преднизолон) в возрастных дозировках. Профилактическое бужирование пищевода начинали проводить при ожоге 3 степени слепым методом при образовании стриктур через 1 месяц. Первое бужирование проводилось под общим обезболиванием. Ни в одном случае не потребовалось формирование гастростомы и бужирование по нитке.

Заключение. Выработанная тактика позволяет уменьшить воспалительную реакцию со стороны поврежденных тканей пищевода и как следствие происходит формирование более нежной рубцовой ткани. Стриктуры образовавшиеся при ожоге 3 степени, разрешались методом слепого бужирования.

ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА

Ооржак М.Д., Хертек К.В., Саая Ч.Д., Беспалова Н.В.

Республиканская больница № 1, отделение детской хирургии, г. Кызыл, республика Тыва

Цель: определить оптимальные сроки проведения операции при инородных телах желудочно-кишечного тракта.

Больная Б. 14 лет была госпитализирована в отделение детской хирургии Республиканской больницы № 1 г. Кызыла с жалобами на боли в животе, многократную

рвоту. Давность заболевания на момент госпитализации 2 дня. До поступления в отделение детской хирургии больная находилась в отделении хирургии ЦРБ с диагнозом стеноз привратника. При поступлении состояние ребенка тяжелое, стабильное. Живот не вздут, ассиметричный, за счет опухолевидного образования в эпигастриальной области. Пальпаторно определяется опухолевидное образование брюшной полости размерами 35x25 см, вытянутой формы. Начинающееся в эпигастриальной области и опускающееся до уровня пупка, напоминающее форму желудка, плотной консистенции, болезненное. Симптомов раздражения брюшины нет.

УЗИ ОБП при поступлении – патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При поступлении ребенку проводилась инфузионная терапия с целью коррекции водно-электролитного баланса. Назначена антибактериальная терапия.

При сборе анамнеза у родителей было выяснено, что в возрасте 13 лет ребенок перенес стресс, после чего девочка стала есть волосы. Наблюдались у психиатра.

Заключение ФГДС – трихобезоар желудка. Учитывая выраженные явления эксикоза, гипоальбуминемии ребенку начата предоперационная подготовка.

После тщательной подготовки ребенка, стабилизации состояния и улучшения показателей биохимического анализа крови и кислотно-щелочного состояния крови, через 4 дня с момента госпитализации выполнено оперативное лечение в отсроченном порядке. Выполнена операция верхне-срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, гастротомия, удаление трихобезоара желудка. Интраоперационно выявлен резко расширенный желудок размерами 40x25 см, в просвете последнего пальпируется плотной конси-

стенции образование, занимающее всю полость желудка, другой патологии со стороны внутренних органов не выявлено. В малом тазу был незначительный серозный выпот. Выполнена гастротомия. В просвете желудка определяется образование полностью занимающее просвет желудка представленное волосами, удалено путем фрагментации. В ДПК установлен назоинтестинальный зонд.

В послеоперационном периоде ребенку продолжена инфузионная терапия. В послеоперационном периоде у ребенка возникла гипоальбуминемия и анемия тяжелой степени тяжести. На фоне проводимого лечения показатели анализов нормализовались. Ребенок выписан с выздоровлением на 14 сутки после госпитализации.

Результаты: В отделении детской хирургии Республиканской больницы №1 за 2015 год пролечено 2 ребенка с инородными телами желудка. В первом случае удален трихобезоар, во втором, ребенок в течение длительного времени ел губки для мытья посуды. В обоих случаях дети госпитализированы по экстренным показаниям. И в двух случаях оперативное лечение было выполнено на 4 сутки с момента госпитализации. Дети после выписки из стационара находятся под наблюдением врачей психиатров.

Выводы: учитывая редкую встречаемость данной патологии необходимо иметь четкие показания для проведения экстренной операции у данной группы пациентов. В большинстве случаев наиболее обоснованной является отсроченная операция на 3–4 сутки с момента госпитализации. Необходим более тщательный контроль за такими больными со стороны психиатров, раннее направление к хирургу, эндоскописту, что может предотвратить полостную операцию.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (МАГНИТЫ) У ДЕТЕЙ

Ормантаев А. К., Турускин В. Г., Джанзаков Б. Б., Исаков В. Ю., Мамаедов Э. Ш., Розахунов Р. Н.

КазНМУ им. Асфендиярова, АРДКБ, г. Алматы Республика Казахстан

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей в настоящее время остаются актуальной проблемой детской хирургии. В последнее время отмечается увеличение удельного роста магнитов в структуре инородных тел пищеварительного тракта у детей и их осложнения. В клиниках кафедры детской хирургии, в период с 2012 по 2015 г., было пролечено 18 детей в возрасте от 2 до 14 лет, из них мальчиков 9, 5-ть девочек. Все дети поступали в экстренном порядке спустя от 2 до 7 суток с момента проглатывания инородных тел, количество которых составляло от 2 до 10. При поступлении всем детям было проведено комплексное обследование, включающее в себя сбор анамнеза, физикальные обследования, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, рентгенография). У 5 детей произошло самостоятельное отхождение инородных тел в течении 2-х суток, данной группе детей проводилось

рентгенологическое исследование в динамике при удовлетворительном пассаже магнитов по пищеварительному тракту. В 3 случаях магнит удален при ФЭГДС. 6-ть детей оперировано, из них четверо в экстренном порядке ввиду наличия картины перфорации полого органа, перитонита, кишечной непроходимости; 2-е в срочном порядке спустя 24–36 часов от момента поступления при отсутствии картины «острого живота» и при наличии рентгенологического стояния магнитного конгломерата в различных отделах кишечника. 4 детям выполнены лапароскопические вмешательства, 2-м больным потребовалась открытая операция. При проведении хирургических вмешательств использовался инструмент и инновационное оборудование компании AesaculapAG.

Таким образом, магниты как инородные тела желудочно-кишечного тракта, имеют тенденцию к росту и требуют внимательного изучения.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Осипов А. А., Рубель С. В., Хоничев А. П., Шумилина В. А., Прахт Е. Б.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул; КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», Барнаул

Цель исследования – оценка эффективности лечения детей с диагнозом болезни Легга-Кальве-Пертеса (БЛКП) с применением гемодинамической терапии в условиях травматолого-ортопедического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы (АККДБ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2008 г. по май 2016 г. в травматолого-ортопедическом отделении находились 28 детей в возрасте от 3 до 13 лет с диагнозом БЛКП. На базе АККДБ с 2008 года дети с БЛКП получают комплексное лечение с использованием гемодинамической терапии (патент на изобретение №2454975). Преимущества данной методики в том, что она позволяет существенно повысить кровоснабжение бедренной кости, обеспечить адекватный венозный дренаж, нормализовать поступление необходимых питательных веществ в ткани головки бедра, что способствует ускорению регенеративных процессов. Так же одним из преимуществ метода является его относительная простота, так как для проведения процедуры необходим пневматический жгут с манометром. Порядок выполнения процедуры: ребенок находится в положении лёжа на спине, на среднюю треть бедра со стороны пораженного сустава накладывается манжета пневматическо-

го жгута (тонометра), в манжете нагнетается давление до 100–110 мм рт.ст. и сохраняется в течение 5–20 минут до появления чувства жжения, боли. Далее постепенно давление в манжете снижают до 40–50 мм рт.ст., выдерживают около 10 минут, и снижают до 0 мм рт.ст. Рекомендованное количество процедур – до 10 в день, с перерывами по 30–40 минут.

Результаты. Результаты и эффективность терапии оценивались по данным клинических осмотров и дополнительных методов исследования (рентгенологические исследования, УЗИ с дуплексным сканированием сосудов тазобедренного сустава). В ходе дальнейших наблюдений за пролеченными больными было отмечено: улучшение кровоснабжения головки и шейки бедра, восстановление структуры головки бедренной кости, восстановление функции пораженного сустава, сокращение сроков лечения.

Заключение. Применяя гемодинамическую терапию в составе комплексного лечения, нам удалось улучшить показатели эффективности восстановления и реабилитации пораженного тазобедренного сустава, что обуславливает меньшую вероятность возникновения осложнений данного заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЕИХ КЛЮЧИЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Осипов А. А., Рубель С. В., Хоничев А. П., Грибанов В. Э.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, Барнаул

Цель: Внедрение метода лечения больных с врожденными и приобретенными ложными суставами костей, в том числе при аурикуло-клавикуло-тарзальном синдроме. Материалы и методы: На базе Алтайской краевой клинической детской больницы больному с врожденным ложным суставом обеих ключиц была выполнена мостовидная костная аутопластика тела левой ключицы с использованием сегмента тела малой берцовой кости. Восстановления целостности левой ключицы не произошло, что связано с особенностью ее архитектоники.

Прооперирован повторно. Были использованы ткани, в структуру которых входили стволовые клетки красного костного мозга. В качестве пластического материала использовалась губчатая ткань тела подвздошной кости. Из данного материала были сформированы трансплантаты, по типу «блинчиков», соответственно величине диа-

стаза между искусственными отделами ключицы и аутотрансплантатом. Наблюдалось полное восстановление непрерывности левой ключицы.

Пациент был успешно оперирован и на правой ключице.

Результаты: В ходе наблюдения за пациентом отмечалось полное восстановление функциональных возможностей плечевого пояса и ключиц.

Данный метод прост, дешев и позволяет получить стабильный положительный результат в виде сращения разнородных типов костной ткани.

Заключение: Полученные нами результаты лечения больных с тяжелыми видами врожденных и приобретенных ложных суставов, возможно, расширят диапазон эффективного использования аутологичных тканей красного костного мозга, в травматологической и ортопедической практике.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕГАУРЕТЕРА ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ ДОБАВОЧНОГО МОЧЕТОЧНИКА

Осипов И. Б., Лебедев Д. А., Сарычев С. А., Бурханов В. В.

ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить результаты лечения детей обструктивным мегауретером (ОМ) при уретральной эктопии (УЭ) устья мочеточника (УМ).

Материалы и методы. С 2005 по 2016 г. в отделении детской урологии СПбГПМУ лечение мегауретера на фоне уретральной эктопии устья добавочного мочеточника при удвоении почки (УП) проведено 11 пациентам. Степень мегауретера варьировала от II до IV, процесс всегда был односторонним. Правосторонняя патология диагностирована у 6 детей, левосторонняя у 5. Мальчиков было 4, девочек 7, в возрасте от 6 мес. до 9 лет. При УЗИ выявлена пиелоэктазия верхнего сегмента УП, с наличием слоя паренхимы не менее 3 мм, при экскреторной урографии – удвоение коллекторных систем и мочеточника, с формированием ОМ верхней половины. При цистоскопии выявлена сфинктерная эктопия устья у 8 и подсфинктерная у 3 детей. При сфинктерной эктопии проведено лазерное рассечение передней стенки мочеточника до уровня 0,5 см выше внутреннего отверстия уретры (ВОУ). При подсфинктерной эктопии формировали новое устье в 0,5 см от ВОУ, создавая контрапертуру в передней стенке мочеточника изнутри мочеточника. Стентирования мочеточника через перемещенное устье не проводили. Кровотечение из места разреза отмечено у 1 ребенка.

Результаты. При УЗИ через 6–24 месяца у всех 11 детей отмечено сокращение лоханки верхнего сегмента УП. При урографии у 9 пациентов имелась положительная динамика, регрессия картины ОМ, вплоть до нормализации пассажа мочи. У 1 пациента выявлен рефлюкс 3 степени. При цистоуретроскопии перемещенное устье мочеточника располагалось выше ВОУ, имело округлую или треугольную форму. Клинически отмечено отсутствие активности мочевой инфекции у 10 детей. По результатам реносцинтиграфии у всех пациентов отмечено увеличение скорости эвакуации радиофармпрепарата из верхнего сегмента УП, улучшение его внутрипаренхиматозного транспорта и распределения.

Выводы. Улучшение показателей уродинамики отмечено у 91% пациентов после эндоскопического перемещения УМ из уретры в мочевой пузырь. Вмешательство было малоинвазивным, с незначительным количеством осложнений в раннем послеоперационном периоде, позволив сохранить верхний сегмент удвоенной почки всем пациентам. Предложенная лечебная тактика может применяться для начальной линии терапии при уретральной эктопии устья добавочного мочеточника у детей с частично сохраненной функцией верхнего сегмента удвоенной почки.

ОСОБЕННОСТИ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ

Осипов И. Б., Лебедев Д. А., Сарычев С. А., Щедрина А. Ю.

ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить состояние верхних мочевых путей (ВМП) у детей с нейрогенным мочевым пузырем (НМП) при каудальной миелодисплазией.

Материалы и методы. Произведена оценка состояния ВМП у 150 детей с НМП в возрасте от 3 месяцев до 17 лет (средний возраст – 10 лет). В исследование вошли дети со спинномозговыми грыжами (90), сакральными дисплазиями (25), интра- и экстраканальными образованиями позвоночника (17 и 6), другими пороками позвоночника (12). У всех пациентов отмечались нарушения мочеиспускания в структуре арефлекторного мочевого пузыря (МП) у 110, гипоактивного МП у 25, гиперактивного МП у 15. Состояние ВМП оценивали с помощью УЗИ, цистографии, урографии и реносцинтиграфии, функцию МП – на основании уродинамических исследований.

Результаты. У 75 детей выявлено поражение ВМП, у 23 – одностороннее, у 52 – двустороннее. У 57 выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), у 28 – пузыр-

но-зависимый уретерогидронефроз (УГН), в 10 случаях имелось двустороннее поражение с сочетанием ПМР и УГН с разных сторон. ПМР высокой (4–5 степени) выявлен в 38 из 57 случаев. УГН тяжелой (3–4 стадии) зафиксирован у 19 из 28 больных. Только в одном случае выявлена органическая обструкция устья мочеточника при УГН. У 33 детей отмечались признаки хронической болезни почек (ХБП), и у 20 из них – хроническая почечная недостаточность (ХПН). Наибольшая частота уропатий зафиксирована у пациентов с гиперактивным МП, наименьшая – при гипоактивном МП.

При статистическом анализе данных достоверной связи замыкательной функции сфинктеров уретры и поражением ВМП не выявлено. Существенное влияние на развитие уропатий оказали показатели резервуарной функции мочевого пузыря ($c^2=14,5$, $p=0,006$). Чем меньше объем мочевого пузыря и выше внутрипузырное давление, тем чаще встречались высокие степени ПМР или стадии УГН ($c^2=17,9$, $p=0,001$). Нарушение функции

почек, было наиболее характерно для пациентов с тяжелыми уропатиями.

Выводы. У 50% пациентов с НМП выявлено наличие ПМР или пузырно-зависимого УГН. Преобладали двусторонние тяжелые нарушения уродинамики ВМП, как в случаях с ПМР, так и при УГН, что привело к раз-

витию ХБП у 22% больных. Высокая частота рефлюксирующих и обструктивных уропатий у детей с НМП говорит о необходимости исследования уродинамики ВМП у всех пациентов с миелодисплазией, и особенно тщательно – у детей с нарушениями резервуарной функции МП.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Отamuraдов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы: выбор оптимальной тактики и сроков оперативного вмешательства при свищевых форм аноректальных аномалиях у девочек.

Материалы и методы исследования. С 2004 по 2015 г. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 210 девочек с аноректальными пороками развития. Возраст пациенток при обращении в клинику колебался от 1 дня до 15 лет: новорожденных – 16 (7,6%), от 29 дней до 3 мес. 17 (8,1%), от 3 мес. до 1 года – 113 (53,8%), от 1 года до 3 лет – 27 (12,8%), от 3 до 7 лет – 25 (11,9%), от 7 до 15 лет – 12 (5,7%). Из них 177 (84,3%) составили больные с первично установленным диагнозом в клинике, 33 (15,7%) поступили после проведенных первичных операций по поводу аноректальных аномалий в других учреждениях.

Результаты и их обсуждение. Свищевые формы АРА – 165 (78,6%) из них у 136 (82,4%) первичные операции были проведены в нашей клинике, 29 (17,6%) поступили после проведенных операций в других стационарах с различными осложнениями потребовавшим дифференцированной тактики лечения. Среди свищевых форм значительно преобладала ректовестибулярный свищ – 107 (65,6%), свищи в промежность отмечены у 22 (13,5%) девочек, ректовагинальный свищ в 19 (11,6%) случаев, ректогенитальные Н-тип свищей при нормально сформированном анусе у 16 (9,2%) и 1 Н-тип при стенозе ануса.

При свищевых формах сроки установления диагноза и важным критерием, определяющим тактику лечения является локализация и диаметр свищевого хода, от которого зависит степень опорожнения кишечника и опасность продолжающегося урогенитального инфицирования кишечным содержимым. При осмотре промежности выяв-

ления свища у 128 (94,1%) из 136 больных не представлял особых затруднений. У 8 (5,9%) больных наличие и точное локализация свища при Н-типе (5 больных) и ректовагинальном свище (3 больных) удалось при помощи пуговчатого зонда, введенный через заметного устья свища со стороны преддверия влагалища или в просвете прямой кишки. Диаметр свища были различными: у № 33 (24,3%) больных соответствовал размеру бужей Гегара № 2–3. В таких случаях у больных развивалась частичная низкая кишечная непроходимость, требовавшая периодического бужирования свища до проведения оперативного вмешательства. У № 79 (58,1%) больных размер свищевого хода соответствовал бужам Гегара № 4–6. У этих больных затруднения акта дефекации возникли с 2–3 месячного возраста и усиливались с добавлением прикорма. У № 24 (17,6%) больных свищевой ход свободно пропускал буж Гегара № 7–10. У этих больных обычно длительного затруднения акта дефекации не наблюдалось.

Из первично поступивших в клинику 136 больных с свищевыми формами АРА наличие ректогенитальной фистулы у 23 -№ % больных установлен в раннем неонатальном периоде, у 20 – №% в сроки до 1 месяца, 26- №% до 3 мес. возраста. Наиболее часто свищи установлены в 3–12 мес – 52- №%, у 15 -№% девочек значительно поздно, в возрасте 1–7 лет. Число проведенных первичных операций в указанные сроки соответственно составил: в 1–3 мес- 9 (6,6%), от 3 мес до 12 мес. – 99 (72,8%), 1–3 лет – 21 (15,4%). 3–7–4 (3%) и старше 7 лет – 3 (2,2%).

В заключении можно отметить, что выбор хирургической тактики и метода оперативного вмешательства зависит от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей, обусловленных локализацией и размеров свищевого хода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ АНУСЕ

Отamuraдов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель работы: улучшение результатов хирургической коррекции ректовестибулярных свищей при нормально сформированном анусе у девочек.

Материал и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2004–2015 г. находились на обследовании

и лечении 210 девочки в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРП; из них 17 (8,1%) составили больные с ректостебулярным свищом при нормально сформированном анусе. Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, рентгенологическое, КТ, УЗИ и морфологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Поводом для обращения родителей больных детей к нам служили прогрессирование явлений вульвовагинита и выделение жидких каловых масс и газа из преддверия влагалища. Основным для установления диагноза была осмотр промежности, наружных половых органов и прямой кишки. У 16 (94,1%) детей анус был сформирован нормально, только у 1 (5,9%) отмечены явления стеноза. У 12 (70,6%) больных при диаметре свищевого хода более 5 мм было хорошо заметно место открытия фистулы в преддверье влагалища. У 3 (17,6%) больных при узком свищевом ходе и у 2 (11,58%) с ректовагинальным свищом точно определить локализацию фистулы удалось при помощи пуговчатого зонда, введенного через устье свища со стороны преддверия влагалища или в просвете прямой кишки. У 5 (29,4%) больных локализация соответствовала ановестубулярному Н-типу – «промежностный канал»; у 7 (41,2%) – ректостебулярному – промежуточная форма; у одной из них при наличии ректостебулярного сообщения отмечен также параректальный свищ; у 5 (29,4) – высокая форма, у 2 из них – с ректовагинальным свищом.

Всем больным с Н-типом выполнена хирургическая коррекция. 14 (82,4%) детям первичная опера-

ция проведена в нашей клинике. 3 (17,6%) поступили с рецидивами после операции инвагинационной экстирпации свища в других стационарах. У 15 (88,2%) больных радикальная коррекция начата без предварительного наложения стомы. У 2 (11,8%) – после наложения двустольной сигмастомы. Инвагинационная экстирпация по А.И. Лёнюшкину произведена 3 (17,6%) больным, ликвидация свища переднесагитальным доступом – 5 (29,45%). 9 (53%) пациентам повторные операции при рецидивах проведены по адаптированной методике ликвидации свища с низведением передней стенки прямой кишки разработанного нами способа.

Из 14 (82,4%) первично оперированных в нашей клинике больных у 11 (78,6%) послеоперационный период протекал без осложнений. У 3 (21,4%) больных наблюдались осложнения. Двое были с ректостебулярным свищом, одна – с ректовагинальным соустьем при наличии стеноза прямой кишки наступил рецидив свища. Этим больным проведены инвагинационная экстирпация свища (1) и передняя аноректопластика (2).

Результаты лечения изучены у 13 (76,5%) из 17 оперированных детей в сроки от 1 года до 5 лет после оперативного вмешательства. Хороший результат отмечен у 10 (76,9%), удовлетворительный результат у 2 (15,4%), неудовлетворительный результат у 1 (7,7%).

Заключение. При промежуточных и низких локализациях свища показана одномоментная коррекция. При высоких (ректовагинальных) свищах данный вид операции целесообразен после наложения превентивной двойной сигмастомы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Павленко Н.И., Пискалов А.В., Баринев С.В.

Омский государственный медицинский университет

Применение современных методов интраоперационного гемостаза (моно-, бикоагуляция) при опухолях и опухолевидных образованиях яичников приводит к повреждению здоровой ткани и снижению овариального резерва.

Цель: оценить эффективность применения препарата «гемоблок» с целью гемостаза при опухолях и опухолевидных образованиях яичников у девочек подросткового возраста.

Материалы и методы исследования: в 2015 году на базе центра патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии БУЗ ОО «Областная детская клиническая больница» города Омска выполнено 18 лапароскопических цистэктомий с применением препарата «гемоблок».

Результаты: показанием для оперативного удаления опухоли или опухолевидного образования яични-

ка служило отсутствие регресса на фоне консервативной терапии в течение 6 месяцев, размер образования более 80 мм, кистозно-солидный характер образования.

Операция выполнялась в объеме лапароскопии, цистэктомии с сохранением оставшейся ткани яичника. С целью гемостаза раневая поверхность яичника после удаления опухоли обрабатывалась препаратом «гемоблок».

Контрольное обследование через 3 месяца после операции показало отсутствие значимого регресса овариального резерва.

Вывод: применение препарата «гемоблок» в ходе операции цистэктомии при опухолях или опухолевидных образованиях яичников снижает степень повреждения «здоровой» ткани яичника и способствует сохранению овариального резерва.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Павленко Н. И., Пискалков А. В., Богданова О. Н.

Омский государственный медицинский университет

Проблема репродуктивного здоровья девочек и подростков является актуальной как в России, так и в Омской области, что связано с увеличением в несколько раз гинекологической заболеваемости в детской популяции за последние десятилетия. Эффективность лечения и реабилитации пациенток детского и подросткового возраста с гинекологическими заболеваниями напрямую зависят от качества оказания медицинской помощи, своевременности привлечения смежных специалистов, что возможно только в многопрофильном детском лечебном учреждении.

Цель: оценить эффективность предложенной на территории Омской области маршрутизации пациенток детского возраста с гинекологической патологией.

Материалы и методы исследования. В Центре патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии Областной детской клинической больницы города Омска за 2008–2015 гг. находились на обследовании и лечении 2679 девочек в возрасте от 1 месяца до 18 лет с различными гинекологическими заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. С 2008 года на базе многопрофильного лечебного учреждения города Омска –

Областной детской клинической больницы – организован Центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии, рассчитанный на 26 коек, в том числе 12 гинекологических. Дополнительно открыт амбулаторно-консультативный приём на базе поликлиники того же медицинского учреждения. В 2008 году Министерством здравоохранения Омской области разработано и утверждено распоряжение № 1650-Р, определяющее маршрутизацию детей с гинекологической патологией.

На сегодняшний день вся плановая и неотложная специализированная стационарная помощь детям с гинекологической патологией на территории города Омска и муниципальных районов Омской области оказывается на базе отделений Областной детской клинической больницы, что способствует полноценной диагностике, адекватному лечению, улучшает качество жизни, профилактирует рецидивы гинекологических заболеваний и способствует сохранению репродуктивной функции молодого поколения.

Вывод. Качественная диагностическая и лечебная гинекологическая помощь детям и подросткам возможна только на базе многопрофильного детского лечебного учреждения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОХА VARA ПРИ БОЛЕЗНИ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА

Павлова Д. Д., Петров М. А., Панкратов И. В., Шляпникова Н. С.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского Национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель работы улучшение результатов лечения пациентов с деформацией проксимального отдела бедренной кости на фоне полиоссальной формы фиброзной дисплазии на фоне синдрома Маккьюна-Олбрайта-Брайцева.

За период 2012–2015 год на лечении в отделении травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ находились 16 пациентов с синдромом Маккьюна-Олбрайта-Брайцева). 10 девочек и 4 мальчика.

Трое пациентов госпитализированы на фоне патологических переломов бедренной кости (в одном случае перелом шейки бедра, в одном диафиза, в одном подвертельный перелом бедренной кости). Остальные были госпитализированы для планового оперативного лечения по поводу деформации проксимального отдела бедренной кости по типу «пастушьей палки» – соха vara

В случае хирургического лечения по поводу деформации проксимального отдела бедра пациентам выполнялась корригирующая подвертельная остеотомия, с обязательной внутриочаговой резекцией патологической фиброзной ткани на протяжении сегмента (бедренная кость). Фиксация осуществлялась на штифтах в случае окончательного роста и на пластинах в случае продолжающегося роста.

В случае патологического перелома на фоне обширных очагов фиброзной дисплазии (синдром Маккьюна-Олбрайта-Брайцева во всех случаях) оперативное лечение было максимально агрессивным. В случае патологического перелома выполнялась открытая репозиция, внутриочаговая резекция патологического очага на всем протяжении (бедренная кость), костная пластика, функционально-стабильный остеосинтез. В случае пациентов с окончательным ростом конечности использовались интрамедуллярные штифты. В случае пациентов раннего возраста – пластины с фиксацией на большом протяжении. Это позволило обеспечить раннюю активизацию пациентов и избежать развития типичных для данной группы пациентов деформаций шейки бедра по типу «пастушьей палки».

Использование вышеперечисленной тактики в диагностике и лечении пациентов с патологическими переломами и деформациями проксимального отдела бедренной кости позволило нам обеспечить раннее восстановление функции поврежденного сегмента, и обеспечить опорность и функциональность конечности.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РУБЦОВОЙ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ ШЕИ

Перловская В. В., Зеленин В. Н., Ли И. Б., Ангархаева Л. В.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутская государственная областная детская клиническая больница, г. Иркутск; Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО АМН, г. Иркутск

Практическое значение разработки вопросов хирургической коррекции рубцовых деформаций шеи, определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определенными трудностями при выборе оптимального способа их устранения. Ранние реконструктивные операции у детей при этой патологии обеспечивают не только свободный рост и развитие черепа и верхнего плечевого пояса, но и способствуют более быстрой психологической и социальной реабилитации ребенка.

Цель: демонстрация клинических случаев хирургического лечения двух детей с постожоговой рубцовой тотальной и субтотальной контрактурой шеи с использованием комбинации нескольких методов кожной пластики и получением хорошего функционального и эстетического результатов.

Больной Ч., 14 лет лечился в ИГОДКБ с диагнозом: Последствия термической травмы. Обширный постожоговый гипертрофический рубец передней и боковых поверхностей шеи, передней грудной стенки, области левого надплечья. Тотальная рубцовая сгибательная контрактура шеи. Методом выбора была лоскутная пластика с осевым кровотоком – левым лопаточным и правым эполетным лоскутами. Хирургическое лечение проводилось в два этапа. На первом этапе с целью хирургической тренировки был осуществлен подъем лоскутов. Через 3,5 недели

выполнен второй этап оперативного лечения – рассечение рубца на шее с устранением контрактуры, образовавшийся обширный кожный дефект был закрыт ротированными левым лопаточным и правым эполетным лоскутами на поверхностных ветвях поперечной артерии шеи.

Больная Д., 4 лет, лечилась в ИГОДКБ с диагнозом: Последствия термической травмы. Постожоговый гипертрофический обширный рубец передней грудной стенки слева, боковой поверхности шеи слева. Рубцовая субтотальная сгибательная контрактура шеи слева. Методом выбора была лоскутная пластика с осевым кровотоком – левым лопаточным лоскутом. Хирургическое лечение проводилось в два этапа. На первом этапе с целью хирургической подготовки лоскута под кожу левой лопаточной области эндоскопически был имплантирован эндоэкспандер, объемом 600 мл. Через месяц, после дилатации эндоэкспандера и адаптации кожи будущего лоскута, был выполнен второй этап оперативного лечения – рассечение рубца на шее с устранением контрактуры, с ротацией на образовавшийся обширный кожный дефект, выкроенного лопаточного лоскута на поверхностной восходящей ветви поперечной артерии шеи.

В результате лечения этих двух пациентов был получен хороший функциональный и косметический результат.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ДЕВОЧЕК С АБДОМИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Петлах В. И., Константинова И. Н., Коновалов А. К., Иванов В. А., Сергеев А. В., Беляева О. А.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Детская городская клиническая больница №9 им Г. Н. Сперанского, Москва

Заболевания у девочек органов малого таза различного генеза, протекающих под «маской» острого живота, до сих пор остаются одной из актуальных проблем urgentной хирургии детского возраста.

Материалы и методы. В отделении неотложной хирургии у 208 девочек, поступивших с жалобами на боли в животе, были диагностированы заболевания органов малого таза. Наиболее часто (50%) выявляли острые воспалительные заболевания внутренних половых органов. Кистозные образования придатков диагностированы у 57 (27,4%), апоплексия яичников – 24 (11,6%), нарушения менструального цикла у 19 (9,1%), опухоли придатков у 4 (1,9%). Наряду с общеклиническим обследованием, всем девочкам выполняли УЗИ органов малого таза с наполненным мочевым пузырем. Исследования кровотока в режиме цветового доплеровского картирования позволяло судить о степени васкуляризации яичников. При объемных образованиях в ряде случаев (n=3) обследование

дополняли компьютерной томографией (КТ) брюшной полости и магнитно-резонансной томографией (МРТ), для исключения их опухолевого генеза назначали исследование на онкомаркеры: хорионический гонадотропин и СА-125. Для дифференциальной диагностики с хирургическими заболеваниями и верификации диагноза применяли диагностическую лапароскопию (n=134). *Результаты.* На основании анализа полученных результатов был разработан алгоритм диагностики и лечения девочек с абдоминальным болевым синдромом в отделении неотложной хирургии. Подробно собирается анамнез менструального цикла, проводится бимануальное, ректальное исследование. Всем выполняется УЗИ органов малого таза через наполненный мочевой пузырь с оценкой состояния кровотока. В первую очередь решается вопрос о наличии острого процесса в брюшной полости и соответственно о необходимости экстренной операции. Таким больным выполняют диагностическую лапароскопию в экстренном порядке.

Дальнейшая тактика зависит от результатов исследования. Больным с криптогенным перитонитом, аднекситом, апоплексией яичника без выраженного кровотечения назначают консервативное лечение. При сформулированных показаниях к оперативному лечению (перекрут и разрыв кист, перекрут гидатид) вид вмешательства определяется наличием опыта у специалистов в эндохирургии и техническим оснащением отделения. Когда клиническая симптоматика, эхография и лабораторные методы позволяют исключить острые хирургические заболевания, пациентам, если диагноз установлен, проводят консервативную терапию с последующим направлением к детскому гинекологу (апоплексия яичника, альгодисменорея). Другой группе пациенток для уточнения диагноза проводят обследование в отсроченном порядке с использованием дополнительных лабораторных и инструментальных методов.

После установления диагноза гинекологического или онкологического заболевания пациенток переводят в профильные отделения. Наиболее сложная ситуация возникает при объемных образованиях брюшной полости, когда исследование не позволяет определить, из какого органа исходит данное образование. В таких случаях для уточнения диагноза показана лапароскопия.

Заключение. При поступлении девочек с болями в животе в общехирургические отделения наряду с исключением ургентной патологии необходимо провести комплексное обследование с применением разработанного алгоритма, что позволит улучшить результаты лечения пациенток с гинекологическими заболеваниями. Взаимодействие на последующих этапах с детскими гинекологами и онкологами предупредит развитие поздних осложнений и нарушений репродуктивной функции.

ВАРИАНТЫ СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ТИПА 43-Е ПО КЛАССИФИКАЦИИ АО РСФСР

Петров М. А., Шляпникова Н. С., Панкратов И. В., Баранов Р. А., Гуревич А. Б., Павлова Д. Д.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского Национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. При внутрисуставных переломах необходимо добиваться абсолютно стабильной фиксации, поскольку только в таких условиях возможно полное восстановление функции сустава. В настоящее время наиболее сложными с точки зрения диагностики и лечения остаются переломы типа 43-Е по классификации АО РСФСР (Pediatric Comprehensive Classification of long-bone Fractures). В основном это касается переломов III типа повреждений по классификации Salter-Harris и тяжелее, то есть это переломы дистального эпифиза большеберцовой кости, в том числе с захватом метафиза и в сочетании с аналогичными переломами малоберцовой кости.

Цель – улучшение результатов лечения переломов типов 43-Е.

Материалы: За период с мая 2015 по май 2016 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось 10 детей с переломами: 43t-E/3.1, 43t-E/2.2, 43t-E/4.2, 43t-E/5.1 и 5.2 (переломы Tillaux), 43t-E/6.1 и 6.2 (трехплоскостные переломы). Традиционным методом фиксации подобных повреждений в детской практике считается спицевой остеосинтез, который, однако, не обеспечивает какой-либо стабильности. «Слепое» применение привычных во взрослой практике техник

остеосинтеза у детей так же недопустимо, поскольку в условиях открытых зон роста такие методики могут привести к формированию деформаций конечности в процессе роста ребенка. На наш взгляд среди существующих вариантов остеосинтеза при подобных повреждениях допустимыми в детском возрасте являются следующие: применение стягивающих винтов, а также наложение серкляжного шва с фиксацией проволоочной петли с помощью двух параллельных спиц или кортикального винта. При сопутствующем повреждении метафизарной области наиболее адекватным является применение стягивающего винта в сочетании с защитной пластиной.

Результаты: В 65% случаев достигнут удовлетворительный функциональный результат: движения в голеностопном суставе восстановлены в полном объеме. 35% оперированных детей находятся на этапе реабилитации.

Заключение: вышеперечисленные варианты остеосинтеза позволяют добиться абсолютной стабильности в условиях открытых зон роста, что позволяет не только полностью восстановить функцию голеностопного сустава, но и избежать формирования посттравматических деформаций, что безусловно определяет качество жизни юных пациентов.

МНОГООСКОЛЬЧАТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ: КОНСЕРВАТИВНО ИЛИ ОПЕРАТИВНО?

Петров М. А., Шляпникова Н. С., Панкратов И. В., Баранов Р. А., Павлова Д. Д.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского Национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. Переломы костей заднего отдела стопы встречаются у любителей высокотравматичных видов

спорта (сноуборд и др), а также в результате кататравмы и дорожно-транспортных происшествий. При этом ре-

зультаты как консервативного, так и оперативного лечения далеки от удовлетворительных, что обуславливает актуальность данной проблемы.

Цель – улучшение результатов лечения переломов костей заднего отдела стопы.

Материалы: За период 2014–2016 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось 7 детей, из которых у троих был выявлен многооскольчатый перелом таранной кости и у четверых – многооскольчатый перелом пяточной кости. Задний отдел стопы образован костями, которые имеют сложную анатомию, включающую наличие многочисленных сочленений и крайне скудное кровоснабжение. Данные особенности определяют высокий процент развития посттравматических деформаций, несращений и, как следствие, лизиса костных фрагментов, а также раневых осложнений. Вышеперечисленные проблемы могут возникнуть как при консервативном, так и в результате оперативного лечения.

Из семи детей, обратившихся в нашу клинику, шесть были оперированы. У двух детей с переломами пяточной кости отмечались нарушения заживления послеоперационной раны. Однако во всех случаях достигнуты удовлетворительные результаты: болевой синдром отсутствует, анатомическая целостность и функциональность сегмента восстановлена полностью.

Заключение: многооскольчатые переломы костей заднего отдела стопы всегда сопровождаются риском формирования посттравматических деформаций и несращений, которые могут развиваться независимо от выбора метода лечения. Однако при нарушении конгруэнтности суставных поверхностей необходимо проводить хирургическое лечение, несмотря на высокий риск развития раневых осложнений, поскольку нарушение взаимоотношений в суставах стопы всегда приводит к развитию выраженного посттравматического болевого синдрома и значительно уменьшает объем движений, снижая, таким образом, качество жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОСТОПИЯ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОП У ДЕТЕЙ

Петров М. А., Панкратов И. В., Шляпникова Н. С., Горбачев О. С., Павлова Д. Д.

Морозовская Детская городская клиническая больница; Кафедра детской хирургии педиатрического факультета; Российского национального научно-исследовательского института им Пирогова, Москва

Деформации стоп крайне многообразная патология, скрывающая за собой множество пороков развития и заболеваний. Частной формой деформации стопы является плоско-вальгусная или эквино-вальгусная деформация стопы, часто сочетающаяся с деформациями переднего отдела стопы. При этом до сих пор нет единого алгоритма лечения данной патологии, не разработаны принципы консервативного лечения, показания к оперативному лечению.

Цель работы – улучшение результатов лечения детей с плоско-вальгусными деформациями стоп и деформациями переднего отдела стопы у детей.

Вальгусные деформации стоп – вторая наиболее частая патология стопы в детском возрасте.

Существует множество вариантов лечения данной патологии. При этом в последние годы тактика лечения данной патологии также значительно меняется. И вместо сложных оперативных методик возможно использование минимально инвазивных методов.

В лечении детей с тяжелой плоско-вальгусной деформацией стоп мы отдаем предпочтение оперативным малоинвазивным методикам. За период 2014–2016 на базе отделения травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ прооперировано 120 детей с плоско-вальгусными деформациями стоп и деформациями переднего отдела стопы, такими как деформация портного, hallux valgus.

У 90 детей использована малоинвазивная методика подтаранного артротреза, с установкой подтаранного винта, при этом у 60 детей методика дополнялась такими методиками как подкожная ахиллопластика (75 детей), процедура Kidner (21 ребенок).

У 30 детей использована методика одномоментного удлинения латерального отдела пяточной кости (опе-

рация Эванса), которая у всех дополнялась подкожной ахиллопластикой.

При сопутствующих деформациях переднего отдела стопы hallux valgus (35 детей) и деформация портного (7 детей) нами выполнялась операция scarf остеостомии плюсневых костей, которая в 7 случаях дополнена остеотомией основной фаланги 1 пальца стопы (Akin)

Отличные и хорошие результаты отмечались у 117 детей с данным видом патологии. У 3 детей отмечалась потеря коррекции после коррекции плоско-вальгусной деформации, что связано по всей видимости с сопутствующей неврологической симптоматикой. Рецидивов hallux valgus и деформации портного на данных сроках катамнеза нами не отмечено. У одного ребенка отмечалось инфицирование биодеградируемых винтов после остеосинтеза при scarf остеотомии на сроках более 4 мес от момента операции, что потребовало удаления остатков биодеградируемых винтов, без потери стабильности в области оперированного сегмента. В последующем на сроках более 1 года признаков воспаления отмечено не было.

Врожденная ригидная плоско-вальгусная деформация стопы встретилась нам в 7 случаях за период с 2012 по 2016 г. Во всех случаях это были дети до 1 года. Лечение во всех случаях проводилось этапным гипсованием по методике Доббса с последующим открытым вправлением в таранно-ладьевидном сочленения. В настоящее время у всех детей достигнут хороший результат.

То. использование современных методов хирургического лечения плоско-вальгусных деформаций стоп, деформаций переднего отдела стопы позволяют достичь отличных и хороших результатов в короткие сроки с высокой эффективностью.

СУХОЖИЛЬНЫЕ ПЛАСТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Петров М. А., Панкратов И. В., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского Национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. В связи с неуклонным ростом травматизма вопрос повреждений крупных суставов у детей, требующих реконструктивно-пластического хирургического вмешательства, становится все более актуальным. Существует множество вариантов лечения данной патологии у взрослых, однако применение подобных методик у детей далеко не всегда возможно, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Цель – улучшение результатов лечения повреждений крупных суставов у детей.

Материалы: За период с марта 2014 по май 2016 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось более 300 детей с повреждениями связочного аппарата крупных суставов. Среди них нам встретились пациенты с разрывом акромиально-ключичного сочленения, переломо-вывихами надколенника, в том числе диспластическими, разрывом передней крестообразной связки, повреждением наружной коллатеральной связки голеностопного сустава. Во всех вышеперечисленных случаях основной жалобой пациентов являлось наличие нестабильности поврежденного сустава, которая сопровождалась ярко выраженным дискомфортом и, как следствие, невозможностью вернуться к привычному образу жизни.

У всех детей с нестабильностью того или иного крупного сустава была выполнена сухожильная пласти-

ка связочного аппарата. При повреждении акромиально-ключичного сочленения для 8-образной пластики использовались Hamstring-сухожилия. При вывихе надколенника проводилась пластика медиальной пателло-фemorальной связки аутооттрансплантатом из сухожилия четырехглавой мышцы бедра. При повреждениях передней крестообразной связки так же выполнялась Hamstring-пластика, однако у детей с открытыми зонами роста использовалась техника all-inside pediatric. При изолированном повреждении передней таранно-малоберцовой связки проводилась операция Brostrom. В случае полного повреждения наружной коллатеральной связки голеностопного сустава выполнялась операция Brostrom-Gould-Evans.

Результаты: В 75% случаев достигнут удовлетворительный функциональный и косметический результат. 25% оперированных детей находятся на этапе реабилитации.

Заключение: выполнение сухожильных пластик при повреждениях крупных суставов у детей позволяет не только снизить вероятность повторных травм нестабильных суставов, предотвратить повреждения других внутрисуставных структур и избежать развития артроза, но и повысить качество жизни, позволив детям вернуться к привычному активному образу жизни.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ И ОТКРЫТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Петров Е. М., Новожилов В. А., Звонков Д. А., Латыпов В. Х., Мороз С. В., Халтанова Д. Ю., Богоносков А. Ю., Мороз В. М., Степанова Н. М., Михайлов Н. И., Климов В. А., Милюкова Л. П., Пикало И. А.

ОГАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г. Иркутск; ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Цель: проведение сравнительного анализа результатов лапароскопического и открытого лечения аппендицита и его осложнений.

Метод основан на анализе 691 случая острого аппендицита: 505 человек (73%) с неосложненным, 173 человека (25%) с осложненным течением заболевания. 48,5% составили дети с локализованными формами перитонита: 55 (65%) аппендикулярные инфильтраты и 29 (35%) периаппендикулярные абсцессы. 51,5% осложнений составили распространенные формы перитонита. Лапароскопия выполнена у 542 (78,4%) больных, из них по поводу неосложненных форм – 412 операций (76%), осложненных – 130 (24%). Открытые операции применены у 136 (21,6%) больных, по поводу неосложненных форм у 93 (68,4%), осложненных – у 43 больных (31,6%).

Обсуждение и результаты. Установлено, что после лапароскопических операций более гладкое течение

послеоперационного периода и ранняя активизация пациентов. Средний койко-день при неосложненном аппендиците не имел статистически значимых отличий (8 к/д). При осложненном аппендиците преимущество по койко-дням на стороне лапароскопии: 9,9 против 11,4. Частота послеоперационных осложнений при неосложненном аппендиците составила 6,7% в группе лапароскопических и 4,3% в группе открытых аппендэктомий. При перитонитах выявлено меньшее количество осложнений при лапароскопических операциях (44,6% против 55,8%). В 9,3% случаев выполнены повторные вмешательства (абсцесс брюшной полости, продолженный перитонит, спаечная кишечная непроходимость). После эндоскопического лечения перитонита повторные вмешательства выполнялись в 2 раза реже (4,6%): пункции при абсцессах брюшной полости (3), лапаротомия по поводу продолженного перитонита (1), релапароско-

пия при спаечной кишечной непроходимости (2). Подавляющее число осложнений представлено послеоперационными инфильтратами.

Таким образом, частота послеоперационных осложнений при лапароскопическом лечении перитонитов ниже,

чем при открытых вмешательствах. Применение лапароскопической аппендэктомии позволяет достичь лучший функциональный и косметический результат. Благодаря использованию лапароскопии сокращается длительность операций и средний срок пребывания в стационаре.

ВЛИЯНИЕ ГЕМОПЕРИТОНЕУМА НА СПАЙКООБРАЗОВАНИЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА)

Пикало И. А., Подкаменев В. В., Базлуцкий Е. А., Тимофеев А. Д., Пакельчук А. С., Степанова Н. М.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Актуальность. Повреждение паренхиматозных органов брюшной полости сопровождается гемоперитонеумом, который диагностируется при абдоминальной ультрасонографии. В свою очередь, наличие крови в полости брюшины нередко является основным показанием для операции, так как многие авторы полагают, что кровь служит фактором спакообразования и в дальнейшем приводит к спаечной кишечной непроходимости.

Цель: Определить влияние крови в полости брюшины (без ее повреждения) на образование спаек.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 18 кроликах-самцах породы Шиншилла массой тела 2500–3000 грамм под общим обезболиванием внутривенным наркозом. Все манипуляции проводились в асептических условиях. Опыты на животных выполнялись в соответствии с правилами гуманного обращения с животными, которые регламентированы и утверждены в приказах МЗ СССР № 742 и № 48, а также основывались на положениях Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. С целью создания экспериментальной модели животным выполнялся забор крови из периферической вены

в объеме 10% циркулирующей крови (10–15 мл) и эта кровь вводилась в брюшинную полость с помощью инъекции. Животные выводились из эксперимента на 1-е, 3-е, 10-е, 20-е, 30-е сутки. Анализ гистологического материала проводился на микроскопе Olympus BX 51 при увеличении 10, 40 и 100. Использовали окраску гематоксилин-эозин и гематоксилин Вейгерта (по Ван-Гизону).

Результаты: При макроскопическом осмотре спаек в брюшной полости обнаружено не было. При микроскопии в 1-е сутки наблюдали адгезию форменных элементов крови к брюшине в виде тяжа. На 3-е сутки форменные элементы фрагментированы, в брюшине заметны скопления лейкоцитов. На 10-е сутки на поверхности брюшины никаких изменений нет, в самой брюшине единичные лейкоциты. На 20-е и 30-е сутки брюшина не отличается от нормы. При окраске всех препаратов по Ван-Гизону наличие соединительной ткани не обнаружено.

Выводы: Результаты проведенного экспериментального исследования свидетельствуют о том, что наличие крови в полости брюшины (без ее повреждения) не является фактором риска для формирования спаек.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Пименова Е. С., Саакян М. С.

Первый Московский Государственный Университет им. И. М. Сеченова, г. Москва

Цель: Определить тактику ведения больных с аноректальными мальформациями, ассоциированными с врожденными пороками сердца

Материалы и методы: С 2013 по 2015 года из 65 пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ) 9 имели сочетанный пороки развития сердца. Средний возраст пациентов составил 1,8 лет (диапазон от 8 месяцев до 10 лет), 3 мальчика, 6 девочек. Пациентам была проведена рентгенография органов брюшной и грудной полости (включая микционную уретероцистографию), ультразвуковое исследование, а так же цветное доплеровское картирование сердца. Всем пациентам на 1–3 сутки была наложена кишечная стома по месту рождения. Некоторым пациентам было проведено эндокринологическое и генетическое исследование (для выявления возможной мутации в длинном плече 10 хромосомы, предположительно гена FGF8).

Результаты: По результатам обследования тяжести порока сердца, одному пациенту после наложения колостомы, первоначально была проведена пластика дефекта межжелудочковой перегородки. При АРМ со свищем у одного пациента (20%) был выявлен изолированный дефект межпредсердной перегородки, у 4 пациентов (80%) дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с открытым аортальным протоком или дефектом межпредсердной перегородки. В одном наблюдении АРМ без свища был выявлен дефект межжелудочковой перегородки.

При врожденной персистирующей клоаке в двух наблюдениях диагностирован дефект межпредсердной перегородки и в одном – перикардит.

Выводы: Своевременное выявление и объективная оценка тяжести врожденного порока позволяет определить очередность хирургических вмешательств. Тактика лечения пациентов определяется консилиумом в многопрофильном стационаре.

АНОРЕКТАЛЬНАЯ МАНОМЕТРИЯ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ И БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Пименова Е. С., Старостина И. Е.

Первый Московский Государственный университет им. И. М. Сеченова, г. Москва

Цель: оценить состояние запирающего аппарата прямой кишки у детей с аноректальными мальформациями и болезнью Гиршпрунга.

Материалы: аноректальная манометрия выполнена 57 детям (20 девочек, 37 мальчиков). Возраст – от 7 месяцев до 17 лет. 28 детей обследованы после операции. Обследование (профилометрию, сфинктерометрию, аноректальную манометрию высокого разрешения) проводили на базе ПМГМУ им. И. М. Сеченова (Solar, MMS, Нидерланды). Определяли давление покоя, волевого сокращения, ректоанальный ингибиторный рефлекс, чувствительность прямой кишки, динамику дефекации.

Результаты: У двух детей с сомнительной картиной при ирригографии и биопсии подтверждена болезнь

Гиршпрунга. У 2 пациентов после аноректопластики констатировано внесфинктерное низведение кишки, что потребовало реконструктивной операции. У 5 пациентов после коррекции болезни Гиршпрунга выявлено повышенное анальное давление покоя. У всех детей с длительным носительством колостомы выявлена недостаточность анального сфинктера. 29 детей не были оперированы – обследованы с жалобами на запор и/или недержание кала. Была исключена болезнь Гиршпрунга. Выявлены возможные причины расстройств дефекации.

Заключение: Современные возможности аноректальной манометрии позволяют увеличить эффективность как диагностики, так и лечения и реабилитации детей с врожденными пороками развития толстой кишки.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕКРУТОВ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

Писклаков А. В., Павленко Н. И.

Омский государственный медицинский университет, г. Омск

Проблема сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков остается актуальной по причине увеличения доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. В связи с этим, важным является выбор правильного метода лечения девочек с гинекологическими заболеваниями, способствующего сохранению овариального резерва как одного из главных составляющих репродуктивного здоровья.

Цель: оценить функциональную активность яичника после перекрута и деторсии.

Материалы и методы исследования: в клинике детской хирургии ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» в 2015 году находились на обследовании и лечении 8 девочек с перекрутом яичника в возрасте от 4 месяцев до 12 лет, длительность перекрута от 8 часов до 4,5 суток.

Результаты. Диагноз перекрута яичника устанавливался на основании характерных жалоб, результатов ультразвукового исследования с определением показателей кровотока. Всем пациенткам независимо от длительности ишемии органа выполнялась деторсия и фиксация яичника. В двух случаях (продолжительность перекрута 3 суток и 4,5 суток) выполнялась динамическая лапароскопия.

Контрольное обследование (УЗИ с доплером) через 2–3 дня и через 1 месяц после операции свидетельствует о восстановлении кровотока в ткани яичника, восстановлении структуры яичниковой ткани с визуализацией фолликулярного аппарата.

Вывод. При перекруте яичника даже при визуальных признаках некроза с целью сохранения овариального резерва возможно применение органосохраняющих операций.

ПРЕИМУЩЕСТВО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «TEN» В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Писклаков А. В., Никонов В. М., Зюзько С. С., Степанов М. А., Зюзько А. В., Злобин Б. Б.

Городская детская клиническая больница № 3, г. Омск

Цель работы: Сравнить результаты лечения диафизарных переломов костей предплечья различными методами остеосинтеза.

Материалы и методы: Всего за 2014–2015 годы нами было проанализировано 156 историй болезни

детей в возрасте от 4 до 14 лет, которые проходили лечение диафизарных переломов костей предплечья. Использовались консервативный метод у 124 детей, интрамедуллярный металлоостеосинтез с применением эластичных титановых стержней «TEN»

у 17 детей и накостный остеосинтез пластинами у 15 пациентов.

Результаты исследований:

1. Иммобилизация проводилась при лечении методами закрытой репозиции и накостного остеосинтеза пластинами. У 17 человек при консервативном лечении произошло вторичное смещение и в дальнейшем был проведен интрамедуллярный остеосинтез с использованием ТЕН, у остальных пациентов из этой группы иммобилизация продлилась до полной консолидации перелома, что составило $35,1 \pm 7,2$ дней. У детей, получивших лечение методом накостного остеосинтеза гипсовая иммобилизация составила в среднем $31,3 \pm 3,1$ дня, а срок нахождения пластин в костной ткани – $12,2 \pm 1,5$ месяцев. При лечении путем интрамедуллярного остеосинтеза иммобилизации не проводилось, что способствовало раннему восстановлению двигательной функции конечности (на 3–4 день после операции).

2. Длительность обезболивания (традиционными методами) при консервативном лечении составила в среднем сутки, при накостном остеосинтезе (во время операции) применялось комбинированное обезболивание: проводниковое и ларинго-трахеальное, после операции длительно

тельность обезболивания составила в среднем $3,1 \pm 0,8$ суток, при интрамедуллярном остеосинтезе – $1,1 \pm 0,5$ суток.

3. Длительность пребывания в стационаре для группы детей, получивших консервативное лечение составила в среднем $10,2 \pm 1,8$ суток. В группе накостного остеосинтеза пребывание продлилось до момента снятия швов (в среднем $14,3 \pm 1,2$ сут.). При интрамедуллярном остеосинтезе в среднем $7,1 \pm 1,4$ суток.

4. При консервативном методе лечения мы получили наилучший косметический эффект, при интрамедуллярном остеосинтезе с использованием ТЕН присутствует 2 маленьких рубчика (размер 1×1 см) в местах введения стержней. После проведения накостного остеосинтеза имеют место крупные послеоперационные рубцы размером 9–11 см. в местах внедрения пластин.

Выводы: Наиболее часто применяемым и наименее травматичным остается консервативный метод лечения переломов. Однако, довольно часто происходят вторичные смещения и при этом наиболее приемлемо применять интрамедуллярный остеосинтез с использованием эластичных титановых стержней, так как движения в конечности после операции начинают в ранние сроки и совсем незначителен косметический дефект.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Плигина Е. Г., Солошенко М. В.

Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москва; НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с повреждениями и заболеваниями хряща коленного сустава.

Группы больных и методы исследования: Основу исследования составили 36 детей с повреждениями и заболеваниями суставного хряща коленного сустава. Всем детям проведена артроскопия. Для получения аутоплазмы использовали систему АСР (Autologous Conditioned Plasma) компании «Arthrex». Все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили 10 детей в остром периоде травмы. При артроскопии выявлено: остеохондральный перелом мыщелков бедренной кости (7 случаев) и надколенника (3 пациента). 12 детей были госпитализированы в отдаленном периоде травмы (от 1 месяца до 2-х лет) в связи с болями в области сустава (2 группа). При артроскопии были выявлены застарелые остео- и трансохондральные переломы мыщелков бедренной кости и надколенника. 14 детей жаловались на боли в области сустава при отсутствии факта травмы и признаков местной и си-

стемной воспалительной реакции (3 группа). Боли были обусловлены наличием хондромалиции суставных поверхностей. Внутрисуставные инъекции аутоплазмы проводились 4 раза с интервалом в 1 неделю. Стартовое введение аутологичного препарата проводилось в среднем через 2 месяца после травмы или возникновения симптомов (1–3 месяца). В остром посттравматическом периоде данный метод лечения не применялся.

Результаты лечения оценивались при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) через 1 и 6 месяцев после окончания курса лечения.

Во всех группах больных отмечена выраженная положительная динамика в виде уменьшения значения по ВАШ. При этом максимальное его уменьшение отмечено в группе детей, оперированных в остром периоде травмы.

Заключение: Метод аутологичного регенеративного лечения повреждений и заболеваний суставного хряща коленного сустава является безопасным и позволяет повысить эффективность лечения данного контингента больных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Поздеев В. В., Шкляев П. О.

Ижевская государственная медицинская академия

Цель нашей работы – оптимизация диагностики и лечения колопроктологических заболеваний у детей на амбулаторном этапе.

За период с 2010 по 2016 гг. на консультативный прием детского колопроктолога обратилось 930 детей с заболеваниями нижнего отдела толстой кишки. Объективное

общее обследование дополняли тщательным локальным осмотром области промежности и крестца. При этом осмотре можно обнаружить следы кала на промежности, раздражение перианальной кожи, расположение ануса, наличие послеоперационных или посттравматических рубцов, анального рефлекса, трещин анального канала, геморроидальных узлов, аномалий развития, выделений из прямой кишки, наличие опухолевидных образований, свищей в области ануса и крестца. Ректальное пальцевое обследование дает возможность оценить растяжимость ануса, тонус сфинктера, содержимое и величину ампулы прямой кишки, болезненность, изменения стенки кишки. В амбулаторных условиях вполне возможно проведение ано-ректоскопии, после проведения необходимой предварительной подготовки.

Проведенное обследование позволило диагностировать следующие заболевания: трещина ануса – 98, выпадение прямой кишки – 82, проктит – 78, полип прямой кишки – 67, остроконечные кондиломы ануса – 23, хронический параректальный свищ – 50, флебэктазии ануса и геморрой – 39, эпидермальная киста промежности – 8, хронические запоры – 210, недержание кала – 230.

Наличие сформированного параректального свища (50 больных) служило показанием для радикального иссечения свищевого хода в условиях хирургического отделения. Дети с трещинами анального канала

(98 больных), проктитами (78 больных), получали консервативное лечение под контролем колопроктолога. выпадением прямой кишки (82 больных). В том случае, когда у ребенка 4–9 лет в области ануса находили венозный узел кольцевой вены ануса, диагностировали флебэктазию. Считаем, что в этом возрасте отсутствие геморроидальных сплетений не позволяет диагностировать геморрой. Больных с геморроем всего 9 – это подростки 14–16 лет, преимущественно мальчики. Лечение проводили в амбулаторных условиях под контролем колопроктолога. Эпидермальные кисты промежности, таких больных было 8, служили показанием для оперативного лечения в условиях хирургического отделения. Больных хроническими запорами и недержанием кала направляли для обследования в стационар.

Проведенные диагностические мероприятия позволили своевременно назначить консервативное лечение и определить показания к стационарному обследованию и хирургическому лечению.

Таким образом, выделение специализированного консультативного приема колопроктолога и осуществление комплексной диагностической программы колопроктологических заболеваний позволили повысить качество диагностики этой группы больных, служат профилактикой хирургических осложнений, хронических и онкологических заболеваний толстой кишки.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЛРОМИОТОМИИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПИЛРОСТЕНОЗЕ У ДЕТЕЙ

Полуконова Е. В., Ковальков К. А., Елисеев А. В.

ГБОУ ВПО Кем ГМА МЗ РФ, МАУЗ ДГКБ № 5, Г. Кемерово

Сохраняя неизменным принцип внеслизистой пилоромии, предложенный С. Ramstedt в 1911 году в нашей клинике используется метод лапароскопический способ оперативного лечения гипертрофического пилоростеноза.

Цель: оценить результаты лапароскопической пилоромии при гипертрофическом пилоростенозе у детей.

Методы: основан на проведение лапароскопической пилоромии следующим способом: в области пупа рассекаются мягкие ткани, в брюшную полость вводится оптическая канюля и 30-градусная оптика диаметром 3,9 мм (Karl Storz GmbH, Tuetlingen, Германия), карбоперионеум, давление 7–9 мм. рт. столба, скорость потока 1,5–2 литра в минуту, дополнительно, под визуальным контролем устанавливаются порты по правому и левому флангам, через правый порт окончательным зажимом выводится и фиксируется пилорический отдел желудка у перехода в 12 перстную кишку, через левый, порт путем монополярной коагуляции, в бессосудистой зоне пилорического отдела, начиная от видимой границы двенадцатиперстной кишки и на всю длину гипертрофированного серозно-мышечного слоя, формируется «дорожка», далее произ-

водится разведение мышечного слоя зажимом до свободного пролабирования слизистой, проводится контроль герметичности введением воздуха в желудок, контроль гемостаза, газ, порты удаляются, на раны накладываются пластырные полоски для бесшовного сведения краев. За период с середины 2012 года по май 2016 мы имеем опыт 45 лапароскопических пилоромий. Дети поступали в стационар с различной степенью выраженности клинических проявлений. Диагноз подтверждался проведением ультразвукового исследования пилорического отдела желудка. Предоперационная подготовка проводилась в реанимационно-анестезиологическом отделении, продолжительность определялась степенью выраженности водно-электролитных нарушений. Время лапароскопической пилоромии вышеизложенным способом на сегодняшний день составляет в среднем 14 минут. В ранний послеоперационный период в основном дети наблюдались в реанимационно-анестезиологическом отделении. Энтеральное кормление начиналось через 4–6 часов после оперативного лечения. На полный физиологический дети выходили через 24–36 часов. Инфузионная и антибактериальная терапия проводилась по показаниям. На 5 сутки удалялись повяз-

ки с ран. Косметический эффект удовлетворительный. Среднее пребывание ребенка в стационаре составляло 7 суток. Осложнение в виде неполной пилоромии наблюдали в 2 случаях на этапе освоения метода.

Заключение: на сегодняшний день наш опыт выполнения лапароскопической пилоромии позволяет отдать ему предпочтение перед стандартным способом хирургического лечения

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш., Магамедов В.А., Алибеков М.А.

Азербайджанский Медицинский Университет. г.Баку

Цель – сравнение результатов лапароскопической и открытой аппендэктомии при остром аппендиците у детей.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 336 больных с острым аппендицитом. Больные были распределены на 2 группы. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) была выполнена 154 пациентам (основная группа). У 182 детей (контрольная группа) была произведена открытая аппендэктомия (ОА). Возраст больных составил от 2-х до 15 лет. Срок заболевания – от 18 часов до 3 суток.

Результаты. У больных, которым была проведена ЛА продолжительность операции составил в среднем 30 ± 10 мин. В контрольной группе время операции составляла больше, чем при ЛА, в среднем 50 ± 20 мин. Послеоперационный коечный день при ЛА составил 1 день, обезболивающие препараты вводились 1 сутки после операции. В контрольной группе больных, которым была проведена ОА коечный день составил в среднем 4 ± 2 суток, обезболивающие препараты вводились 2–3 сутки

после операции. Интраоперационных осложнений и летальных исходов не было ни в одной из групп больных. После ОА у 9 детей отмечено раневое осложнение. Суммарный размер оперативных доступов при ЛА 22 ± 8 мм, при ОА 80 ± 20 мм. Следовательно, размеры оперативного доступа при ЛА почти в 4 раза меньше, чем при ОА.

Заключение. Методика ЛА при лечении острого аппендицита имеет ряд преимуществ перед открытой операцией:

1. Малая травматичность и хороший косметический эффект операции.
2. Возможность проведения полноценной ревизии органов брюшной полости.
3. Уменьшение продолжительности операции и тем самым срока анестезии.
4. Сокращение частоту послеоперационных раневых осложнений.
5. Существенная экономия медикаментозных и перевязочных средств.
6. Сокращение коечных дней.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет. г.Баку

Цель- Оценка результатов трансанального эндоректального низведения и резекции толстого кишечника при болезни Гиршпрунга (БГ) у детей без лапаротомии и с применением лапароскопии.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 г. Мы наблюдали 25 детей в возрасте от 1 до 12 лет. У 9 детей операция производилась на спине в литотомическом положении, у 6-и больных – на животе лицом вниз, при приподнятом тазе и в разведенных ногах, а у 10 детей с применением лапароскопии. Для расширения анального канала был применен ретрактор Денис – Брауна. При мобилизации сигмовидной кишки применяли «LigaSure». Перед формированием анастомоза было произведено задняя миотомия. Перация проводилось после тщательной подготовки кишечника. Все больные за день до операции и в послеоперационном периоде в качестве антибакте-

риальной терапии внутривенно получали комбинацию метронидазола и гентамицина. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Через сутки после операции было отмечено дефекация и больные были переведены на питание per os. Для профилактики дисбактериоза со 2-й сутки всем больным были назначены пребиотики. На 5–7-е сутки больные были выписаны домой. С целью профилактики сужения анастомоза начиная со 2-ой недели в течение 4-х недель проводилось бужирование. Функциональные результаты операции оценивались через 6–12 мес после выписки из стационара.

Результаты. Продолжительность операции без лапароскопии составило 110 ± 20 мин., с применением лапароскопии 120 ± 30 мин. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдалось ранняя дефекация и мацерация вокруг ануса. Уже через 2 недели наблюдалось

самостоятельная дефекация 2–3, через месяц 1–2 раза за сутки. Ни одного больного не наблюдалось каломазанье. Один больной с признаками энтероколита 2 раза в стационаре получил консервативное лечения.

Заключение. Трансанальная резекция толстого кишечника при БГ является наиболее эффективным мето-

дом. При ректальных и ректосигмоидальных формах БГ у детей до 3 года может быть методом выбора. Операция у больных лежа на животе способствует укорочению длительности, а также упрощает мобилизацию сигмовидной кишки. При аганглиозах выше сигмовидных кишки и у детей старше 3 лет применение лапароскопии обязательно.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Рыбиков К. И.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», г. Симферополь

Целью нашего исследования явилось совершенствование тактики дифференцированного лечения детей с врожденным вывихом бедра.

Материал и методы. В клинике детской ортопедии и травматологии Республиканской детской клинической больницы г. Симферополя за период с 2005 по 2015 г. находилось на лечении 115 детей больных с врожденным вывихом бедра. Мальчиков было 21 (18,3%) человек, девочек – 94 (81,7%). Односторонний вывих бедра отмечен у 94 (81,7%), двухсторонний – у 21 (18,3%) больных. Подвывих бедра был у 86 (74,8%) больных и вывихи бедра 4 степени отмечены у 29 (25,2%) больных. Больных разделили на две группы. В первой группе (61 больной) применяли консервативное лечение функциональным методом. Во второй группе (54) применяли различные варианты оперативного лечения.

Результаты. У 82,5% детей с врожденным вывихом бедра, которым лечение было начато до трехмесячного возраста, получены хорошие анатомо-физиологические результаты. С шестимесячного возраста лечение производили в условиях стационара методикой накрыватного постоянного вытяжения в вертикальной плоскости на раме. Эффективность данной методики была отмечена в 86% случаев. В случаях, когда консервативное лечение было не эффективным, а также у детей с двух- до четырехлетнего возраста, мы применяли оперативное вмешательство по методике нашей клиники, которая по-

зволяет сохранить правильные анатомические взаимоотношения между мышечными и костными тканями путем создания дополнительного внутреннего ротатора бедра из капсулы тазобедренного сустава. При производстве ацетабулопластики нами использовались аутотрансплантаты, состоящие из двух кортикальных пластин взятых поднадкостнично из крыла подвздошной кости. У 12 детей старше 5-ти лет с целью центрации головки бедренной кости в вертлужной впадине использовались межвертельные корригирующие остеотомии. Пластику надвертлужной области производили с помощью остеотомии по Пембертону и аутопластики как и у детей младшей возрастной группы. В возрастной группе детей до 4-х лет хороший анатомо-функциональный результат получен у 32 (84,2%), удовлетворительный – у 5 (13,2%), неудовлетворительный – у 1 (2,6%) больных. У детей в возрасте от 4 до 8 лет хороший анатомо-функциональный результат получен у 6 (37,5%), удовлетворительный – у 7 (43,8%), неудовлетворительный – у 3 (18,7%) больных.

Выводы. Выбор оптимального метода лечения врожденного вывиха бедра зависит от сроков диагностики, а также возраста пациента. Применяемые консервативные методы лечения (функциональный метод, метод вертикальной тракции), оперативного лечения большинстве случаев дают положительные результаты лечения и могут быть широко использованы в других клиниках.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Притуло Л. Ф., Дубова Е. И., Гонцов С. В., Строчан Е. П., Пейливанов Ф. П., Рыбников А. П.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; Республиканская детская клиническая больница, г. Симферополь

Цель: Выбор оптимального метода хирургического лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных, с тактикой послеоперационного лечения.

Материалы и методы. В Республиканской детской клинической больнице г. Симферополь за последние 10 лет находилось 36 детей с различными формами дуоденальной непроходимости. Сочетанные множественные пороки развития выявлены у 20 детей (55,6%), такие как врожденные пороки сердца, гидроцефалия, болезнь Дауна. У 18 детей (50%) порок развития двенадцатиперстной кишки выявлен антенатально.

Результаты. Постнатально основное место в диагностике непроходимости двенадцатиперстной кишки занимала обзорная рентгенография брюшной полости, на которой определялось два уровня жидкости с газовыми пузырями над ними. Клинические проявления и данные рентгенографии являлись основными показаниями для оперативного вмешательства. После проведения предоперационной подготовки выполнены оперативные вмешательства, во время которых выявлено: мембрана двенадцатиперстной кишки – 12 случаев (33,3%), кольцевидная поджелудочная железа –

16 случаев (44,4%), аберрантный сосуд – 1 случай (2,8%), атрезия двенадцатиперстной кишки – 7 случаев (19,5%).

В зависимости от выявленного порока дуоденальной непроходимости выполнены следующие оперативные вмешательства: иссечение мембраны – 12 случаев, дуоденоанастомоз – 5 случаев, анастомоз по Кимуре – 15 случаев, задний дуодено-еюноанастомоз – 4 случая. Летальность составила 11 детей (30,6%). Из них 10 детей с множественными врожденными пороками развития и болезнью Дауна.

Во время операций заводили за зону анастомоза питательный зонд с целью проведения энтерального питания с 1–3 суток после оперативного вмешательства. На 6–7 сутки начинаем питание в желудок. Данный способ ведения способствовал сокращению сроков парентерального питания.

Выводы. Правильный выбор метода оперативной коррекции зависит от формы порока развития. Дуодено-дуоденоанастомоз по Кимуре является наиболее предпочтительным. Проведение зонда за линию анастомоза способствует более раннему началу энтерального питания.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Рыбиков К. И.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель. Выявление разных групп детей, которым показаны специальные методы исследования на предмет остеопороза.

Материал и методы. С целью ранней диагностики остеопороза у детей (выявления факторов риска) нами был проведен анкетный опрос и обследование 850 детей, находившихся на консультативном ортопедическом приеме и получавших стационарное лечение в отделении травматологии и ортопедии Республиканской детской клинической больницы г. Симферополя. У 185 обследованных детей выявлен остеопороз костей в возрасте от 1,5 до 16 лет. Диагноз замедленной консолидации костных отломков основывался на сборе анамнеза с оценкой имеющихся факторов риска, выявления достаточно неспецифичных и скудных для данной патологии клинических проявлений, остеоденситометрии, рентгенографии, лабораторных методов исследования с акцентом на показатели, отражающие фосфорно-кальциевый обмен, анализа маркеров костного метаболизма и проведения дифференциальной диагностики.

Результаты и обсуждения. У 154 детей отмечалась замедленная консолидация переломов длинных костей. Из них 83 у мальчиков, 71 у девочек. У 144 этих больных выявлены факторы риска возникновения остеопенического состояния – диагностированный остеопороз у старших членов семьи, наличие переломов в анамнезе при незначительной травме, недоношенность, ма-

лый и большой вес при рождении, низкая физическая активность ребенка, длительная иммобилизация, недостаточное поступление кальция с пищей, усталость, боли в спине. Разработан диагностический протокол раннего выявления и дифференцированного лечения нарушений остеорепарации у детей: комбинация трех и более факторов позволяет отнести пациента в группу риска, является показанием к раннему медикаментозному лечению; использование денситометрии, рентгенологического, радиоизотопного и ультразвукового скрининга позволяет достоверно выявить нарушения консолидации перелома кости; использование оперативного, комплексного медикаментозного лечения позволяет избежать формирования ложных суставов у пациентов группы риска.

Выводы. Сбор анамнеза с оценкой имеющихся факторов риска, проведение общеклинических методов исследования с акцентом на показатели, отражающие фосфорно-кальциевый обмен, денситометрическое обследование, проведение дифференциальной диагностики в комплексе должны способствовать раннему выявлению патологии. У всех пациентов с нарушением репаративного остеогенеза нами отмечено сочетание как минимум трех факторов риска возникновения остеопенического состояния. Детям с факторами риска также необходимо выполнять обследование на предмет остеопороза.

КРИТЕРИИ РАННЕЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Притуло Л. Ф., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Васильев О. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Цель: определение гистологических признаков системного воспалительного ответа, фагоцитарной активности и оценка адекватности системного воспалительного ответа.

Материалы и методы исследования. Морфологическое исследование легких проводили у 17 оперированных детей. С помощью иммуногистохимического метода исследования исследовали макрофагальную

активность ткани легкого у больных с острой гнойной деструктивной пневмонией (ОГДП). Оценку уровня цитоплазматической экспрессии CD68 проводили с учетом интенсивности окраски и распределения в альвеолярных макрофагах в процентном эквиваленте.

Результаты. Расстройства кровообращения в различной степени выраженности представлены полнокровием, наличием стаза, сладж-феномена, фибриновых тромбов и очаговыми кровоизлияниями в паренхиму легкого. Наличие лейкостаза в сосудах межальвеолярных перегородок также имело место. Характерны дистрофические изменения сосудистых стенок в виде плазматического пропитывания, мукоидного набухания и фибриноидных изменений. Воспалительные изменения характеризуются диффузной лейкоцитарной реакцией, как в альвеолярных перегородках, так и в просвете альвеол. Кроме того, обнаруживались множественные некротические очаги и острые абсцессы, обусловленные лизирующим эффектом лейкоцитарных ферментов. Характерным признаком также являлось сниженное количество макрофагов и тем самым снижение фагоцитарной активности и способность утили-

зации лейкоцитарно-некротического детрита. В связи с этим по относительному количеству свободных макрофагов, появляющихся в просвете легочных альвеол, можно в определенной мере судить, во-первых, о наличии и интенсивности инфекционной агрессии легких и, во-вторых, об адекватности СВО. Учитывая тот факт, что макрофагальная активность в группе больных с ОГДП осложненных бронхо-легочными свищами составила 30% по сравнению с контролем, а в просвете альвеол вообще отсутствовала можно предположить, что в группе таких больных имеет место неадекватный системный воспалительный ответ, способствующий прогрессированию септического процесса.

Выводы. Развитие такого рода воспалительных процессов в легких связано с аутоинфекцией в результате местной тканевой резистентности, в основном за счет роста грамотрицательной флоры. Учитывая тот факт, что бурное, неадекватное действию повреждающего фактора развитие СВО сопровождается тяжелыми циркуляторно-дистрофическими и некробиотическими изменениями в легких, искажает регенераторные изменения и в результате становится причиной прогрессирующей септической инфекции и сепсиса.

УРОВНИ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ И ЦИТОКИНОВ Т-ХЕЛПЕРОВ 1, 2 ТИПОВ КАК ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЙ КРИТЕРИЙ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Притуло Л. Ф., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Васильев О. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Цель. Изучение роли провоспалительных медиаторов с учетом иммунорегуляторного влияния цитокинов Т-хелперов 1, 2 типа у детей с различными формами гнойно-септических заболеваний на этапе госпитализации.

Материалы и методы. Для изучения цитокинового статуса при острой гнойно-деструктивной пневмонии (ОГДП) проведено исследование у 220 детей, при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) у 110 детей. Исследование концентрации цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИФ- γ) в сыворотке крови осуществляли иммуноферментным методом. Для определения провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α) использовали метод твердофазного иммуноферментного анализа

Результаты. Значения ИЛ-1 β , ФНО- α и СРБ были достоверно выше ($P < 0,01$) в сравнении с показателями контроля. Эти показатели достоверно не отличались между легочной и легочно-плевральной формой. Очевидно, что такая закономерность лежит в плоскости иммунорегуляторного влияния Т-хелперов 1, 2 типа. Уровни цитокинов клеточного профиля (цитокины Т-хелперов 1 типа) достоверно выше показателей контроля ($P < 0,01$), а цитокины гуморального профиля (цитокины Т-хелперов 2 типа) достоверно ниже ($P < 0,01$); при сравнении этих показателей легочной и легочно-плевральной формы достоверно отличались толь-

ко уровни ИЛ-2 ($P < 0,05$). Значение ИЛ-1 β достоверно выше ($P < 0,01$) у детей со всеми формами ОГО по сравнению с контролем. При токсической форме ОГО уровень ИЛ-1 β был самым высоким ($78,41 \pm 10,49$ пг/мл) и при множественном сравнении достоверно отличался ($P < 0,05$) от септико-пиемической и локальной формы. Значения ИЛ-6 и ФНО-альфа достоверно увеличивались ($P < 0,01$) при всех формах ОГО. Для локальной формы ОГО эти показатели были самыми низкими и достоверно отличались от токсической и септико-пиемической формы. У детей с ОГО уровни цитокинов Т-хелперов 1 типа (ИЛ-2, ИФ- γ) были достоверно выше ($P < 0,01$) показателей контрольной группы, а цитокинов 2 типа – достоверно ниже ($P < 0,01$). Выявленные изменения указывают на цитокиновый дисбаланс Т-хелперов 1, 2 типов с активацией цитокинов клеточного типа и угнетением гуморальных, кроме того, дисрегуляция цитокинов не зависит от формы ОГО. Несомненно, интерпретация выявленных изменений в той или иной мере связана с типом возбудителя.

Выводы. Гиперсекреция провоспалительных медиаторов у детей с гнойно-септическими заболеваниями связана с дисбалансом в системе цитокиновой регуляции Т-хелперов 1, 2 типов, который проявляется гиперсекрецией цитокинов клеточного профиля (ИЛ-2, ИФ- γ) и снижением гуморального (ИЛ-4, ИЛ-10).

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Олейник А. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; Республиканская детская клиническая больница, г. Симферополь

Целью нашего исследования было раннее выявление остеопороза у детей с переломами костей и определение основных патогенетически обоснованных способов лечения и реабилитации.

Материал и методы. Нами проведено исследование в отделении травматологии и ортопедии Республиканской детской клинической больницы за период 2014–15 гг. 530 детей с различными переломами костей. Из них переломы костей верхней конечности – 325, переломы костей нижней конечности – 205. Мальчиков было 346 (65,28%) человек, девочек – 184 (34,72%). Диагноз основывался на сборе анамнеза с оценкой имеющихся факторов риска, выявления достаточно неспецифичных и скудных для данной патологии клинических проявлений, остеоденситометрии, проведение общеклинических методов исследования с акцентом на показатели, отражающие фосфорно-кальциевый обмен, рентгенографии, компьютерной томографии, проведения дифференциальной диагностики.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведенного нами исследования дает основание считать, что у детей в группах риска необходимо выполнять денситометрическое обследование, рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника, биохимические исследования крови и мочи. Наиболее распространенным способом лечения детей с переломами ко-

стей является консервативный (7 детей). Хирургическое лечение проведено у 10 больных: интрамедуллярный остеосинтез костей предплечья у 3 больных, у 2 при переломе бедренной кости. У 2 больных после удаления металлоконструкций формировались ложные суставы, что оценивалось нами как неудовлетворительный результат. Дети были оперированы повторно с использованием накостного остеосинтеза. Детям с остеопорозом использование интрамедуллярного остеосинтеза (не блокирующего) на наш взгляд противопоказано. Погружной накостный остеосинтез использовался у 5 детей с остеопорозом. У всех получен хороший результат – уменьшились средние сроки консолидации отломков с 3–4,5 месяцев до 2–3 месяцев, сроки реабилитации больных сократились в 1,6–2 раза. Прооперировано 2 детей с переломами костей голени с использованием аппарата внешней фиксации. Результат лечения расценивали как удовлетворительный. Всем детям с остеопеническим синдромом проводилась медикаментозная терапия препаратами кальция и витамина Д.

Выводы. Остеопеническое состояние является не редкой патологией у детей с переломами костей, сопровождается задержкой остеогенеза и требует индивидуального подхода на этапах лечения и реабилитации детей.

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОНТЕКСТНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Птицын В. А., Вечёркин В. А., Баранов Д. А., Коряшкин П. В.

Кафедра детской хирургии ВГМУ им Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель: улучшение результатов обучения студентов медицинского вуза с помощью написания учебной истории болезни.

Одной из базовых форм деятельности студентов является учебно-профессиональная деятельность, во время которой студент выполняет реальные исследовательские или практические функции. Успешная подготовка врачей в высших медицинских школах связана с активным использованием апробированных методов, каковым является написание студентами учебной истории болезни. Являясь частью контекстного обучения, этот вид студенческой работы развивает учебно-познавательную, информационную и коммуникативную компетенции. Правильное ведение истории болезни, своевременность и полнота записей прививают студентам клиническое мышление и повышают уровень ответственности за результаты лечебного процесса. Изучая детскую хирургию, студенты 6 курса педиатрического

факультета пишут учебную историю болезни на индивидуального курируемого пациента по разработанной на кафедре схеме:

1. Паспортная часть.
2. Клиническая часть.

Анамнез жизни. Анамнез настоящего заболевания. Объективное обследование: а) общий статус, б) специальный статус. Предварительный диагноз. План обследования. Данные лабораторных и специальных исследований. Клинический диагноз и его обоснование. Лечение данного больного, включающие описания операций, пособий. Дневники курации. Заключительный эпикриз с указанием прогноза и рекомендации.

3. Академическая часть: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифф. диагностика, методы лечения данного заболевания. Список литературы, использованной студентом при написании истории болезни.

Используя данную схему, студент проводит полное объективное обследование курируемого больного. Изучение и анализ данных дополнительных исследований, формулирование диагноза, плана обследования и лечения позволяет студенту, развивая учебно-познавательные и информационные компетенции, вырабатывать профессиональные компетенции врача-специалиста. При непосредственном общении с пациентами и их родителями развиваются коммуникативные общекультурные компетенции. При написании академической части используется научно-исследовательская компонента образовательного процесса.

Защита истории болезни проходит в учебной группе как изложение результатов обследования курируемого пациента, анализ и обоснование выводов, обсуждение и дискуссия. Преподавателем выносятся суждения в виде словесной оценки и экспертной оценки по пятибалльной системе. Данная оценка учитывается в общей рейтинговой оценке обучающегося по окончании цикла дисциплины.

Написание учебной истории болезни развивает у обучающегося общекультурные и профессиональные компетенции, а также способствует объективной оценке учебной деятельности студента.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МАСКИ АНОМАЛИЙ УРАХУСА У ДЕТЕЙ

Пяттоев Ю. Г., Тимонина А. В., Гольденберг И. Г., Суслова К. В.

Петрозаводский государственный университет, ГБУЗ «Детская республиканская больница», г. Петрозаводск

Введение. Аномалии мочевого протока – редкая патология, клинические проявления которой многообразны.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезней 10 пациентов (5 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 9 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГБУЗ ДРБ с данной патологией.

Результаты. Частым осложнением аномалии урахуса является воспаление его кисты (6 наблюдений). Клинически осложнение проявлялось острыми (у 4) или рецидивирующими (1 наблюдение) болями в животе, в сочетании с гиперемией кожи в параумбиликальной области (у 3) и выделениями из пупка (у 2). В одном наблюдении у мальчика 2-х лет при поступлении отмечалась клиника разлитого перитонита. При диагностической лапароскопии было обнаружено «бугристое» плотное образование, исходящее из передней брюшной стенке над лоном, окутанное салынком. С подозрением на «опухоль» мочевого пузыря выполнено удаление образования с дном мочевого пузыря. Гистологическое заключение: картина частичного незаращения урахуса с хроническим гнойным воспалением, участками абсцедирования, хронический гнойный омфалит. В другом наблюдении мальчик 11 месяцев переведен из ЦРБ по поводу лихорадки неясного генеза на протяжении нескольких дней. При обследовании в клинике выявлена и вскрыта нагноившаяся киста урахуса. УЗ исследова-

ние брюшной полости позволило выявить патологию у большинства пациентов.

Неосложненное течение кисты урахуса проявлялось пальпируемым образованием в околопупочной области или над лоном (4 наблюдения). Одна из пациенток, девочка 4-х лет, поступила в плановом порядке с диагнозом: пальпируемое образование брюшной полости. По данным УЗ и рентгенологического обследований заподозрена опухоль, исходящая из придатков. При лапаротомии выявлена плотная, «бугристая» опухоль размерами 12х12 см, исходящая из брюшной стенки с переходом на дно мочевого пузыря. Гистологическое заключение удаленного образования – анапластический рак урахуса. После длительного комплексного хирургического лечения (отмечался локальный рецидив, потребовавший повторной операции), полихимиотерапии у пациентки достигнута стойкая ремиссия на протяжении более десяти лет.

Выводы. Многообразие аномалий мочевого протока, неспецифичность клиники и низкая настороженность врачей в отношении данной патологии обуславливают трудности диагностики заболевания. УЗ исследование и фистулография (при наличии пупочного свища) являются доступными неинвазивными и информативными методами ранней диагностики аномалий мочевого протока. Хирургическое лечение рекомендуется во всех случаях (в том числе без клинических проявлений – риск малигнизации у взрослых) патологии урахуса после 6 месячного возраста.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКЕ

Разин М. П., Кулыгина Е. С., Федоровская Н. С., Дьяконов Д. А.

Кировская государственная медицинская академия; Кировский НИИ гематологии и переливания крови, г. Киров

В комплексном лечении больных с врожденным гидронефрозом после оперативного лечения широко используется иммунокорригирующая терапия («имуно-

фан»). Мы изучили биодоступность метода введения под капсулу почки иммунофана, результативность двух способов введения: пункционного и в желатиновой кап-

суле (ЖК). Были исследованы 20 кроликов $m=2650-3100$: равные контрольная (КГ) и основная группа (ОГ). Кроликам КГ под капсулу левой почки (ЛП) в нижнем полюсе пункционно вводился 0,1 мл 0,9% раствора NaCl; под капсулу правой почки (ПП) – стерильная ЖК с 0,1 мл 0,9% раствора NaCl. Кроликам ОГ под капсулу ЛП пункционно вводился 0,1 мл 0,005% раствора имунофана; под капсулу ПП – стерильная ЖК с 0,1 мл этого препарата. Выведение из эксперимента: по 5 кроликов из КГ и ОГ выведены через 7 дней и по 5 кроликов из ОГ и КГ выведены через 14 дней. Морфологическое исследование: все почки из ОГ и КГ, и по 1 селезенке из ОГ 1-й и 2-й экзертации.

Результаты: через 7 дней после операции в КГ и ОГ после пункционного введения препарата не отмечалось дефектов в капсуле ЛП. В КГ у всех – умеренное венозно-капиллярное полнокровие, эритроцитозы и незначительные плазмостазы; стенки сосудов умеренно отечны, разволокнений и периартериальных скоплений нет; значительный отек канальцев в корковой зоне с незначительным количеством цилиндров в просветах; клубочки интактны, капсула Шумлянско-Боумана (ШБ) незначительно расширена у 60% и значительно сужена у 40%; незначительные признаки зернистой дистрофии у всех. В ОГ: незначительное венозно-капиллярное полнокровие у пролеченных с пункционным введением и умеренное – с ЖК, эритроцитозы более выражены

у животных с ЖК; отек стенки сосудов и отек канальцев в корковой зоне менее выражены у животных с пункционным введением; отека клубочков нет; сужение капсулы ШБ более характерно для ЖК, незначительное и умеренное расширение – для пункционного введения. Через 14 дней в КГ отмечались те же изменения, что и при 1-й экзертации, только расширение капсулы ШБ было более выраженным у 20%; в 1 случае (пункционное введение) наблюдалась выраженная деформация клубочков. У 20% (пункционное введение) – очаги лимфогистиоцитарной инфильтрации в мозговом веществе. Особенности в ОГ: в 1 случае (введение ЖК) отек канальцев в корковой зоне менее выражен; у 1 животного (и пункционное введение, и ЖК) – выраженная деформация клубочков; расширение капсулы ШБ менее характерно для пункционного введения. При исследовании селезенки в ОГ: группа 1-й экзертации – уменьшение массы на 25% по сравнению с нормой; группа 2-й экзертации – уменьшение массы на 18% по сравнению с нормой, что свидетельствует об иммуноотропном стадийном действии имунофана после его введения под капсулу почки.

Т.о., предложенный метод интраоперационной иммунокоррекции минимально инвазивен и абсолютно биодоступен. Оба способа (пункционное введение и введение иммуноотропного препарата в ЖК) в эксперименте лишены осложнений и эффективны.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМ «НЕПЕДИАТРИЧЕСКИХ» СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Разин М.П., Касаткин Е.Н.

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

В последние годы перманентная реформа высшей школы стала принимать лавинообразный характер. Скорость принятия законодательных решений и ответственность их генераторов вносят неразбериху, нервозность в учебно-методический процесс, заражают преподавателей формализмом и хронической боязнью «выплеснуть с водой и дитя». На «непедиатрических» специальностях («Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело») ситуация представляется наиболее сложной. Приказ МЗиСР РФ № 112н от 11 марта 2008 г. уравнивал в правах выпускников педиатрического и лечебного факультетов: и те и другие имеют одинаковое юридическое обоснование проходить обучение в интернатуре и ординатуре по детской хирургии. Отсюда следует, что преподаванию нашего предмета у студентов «непедиатрических» факультетов нужно придавать значительно больше внимания. Вот только ФГОС и его потомки не видят в нашем предмете дисциплины, уничижая названием «Модуля» и вгоняя детскую хирургию в одну строку с госпитальной хирургией. Причем стандартом узаконивается общая трудоемкость этой химеры – 10 ЗЕ (из них 216 аудиторных часов), по 72 часа в трех семестрах. Сколько часов следует отводить кон-

кретно на детскую хирургию – этот вопрос рассматривается в разных вузах по-разному – от 36 до 72. Этот принципиальный вопрос решается в зависимости от авторитетности и заинтересованности руководителя кафедры детской хирургии конкретного вуза. В любом случае часов на преподавание детской хирургии ФГОС и рабочими программами у студентов «непедиатрических» специальностей отпускается значительно – в 4–8 раз – меньше, чем на специальности «Педиатрия». Удручает факт отсутствия промежуточной аттестации по детской хирургии. В каких-то вузах в экзаменационные билеты по госпитальной хирургии включают вопросы детской хирургии, в каких-то – нет. Где-то для приема этого экзамена приглашают детских хирургов, где-то – нет. Мы живем в прекрасной и единой стране, глубина подготовки студентов-медиков по детской хирургии не должна носить лоскутный географический характер и определяться субъективными факторами, она должна быть закреплена законодательно.

В последние годы чаще приходится сталкиваться с ситуацией, когда выходцы с лечфака приходят к нам в интернатуру и ординатуру, что, конечно, таит в себе определенные трудности, т.к. их обучение приходится на-

чинать с общего ухода и пропедевтики детских болезней, что не предусматривается соответствующими рабочими программами. В погоне за слепым переносом некоторых аспектов западных моделей обучения на наши рельсы, стремлением регламентировать и стандартизировать все

учебные процессы, руководители отечественного образования отказываются видеть их специфичность, заставляя и нас видеть в студентах не столько будущих специалистов, сколько наборы освоенных компетенций. И соглашаться с таким положением дел нельзя.

РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В ПРОЦЕССЕ ВОСПИТАНИЯ И ЛИЧНОСТНОМ СТАНОВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Разин М. П., Копысова Л. А.

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Среда медицинского вуза имеет свои особенности, связанные с уникальным гуманизмом преподаваемых дисциплин. Также важно, чтобы обогащение новыми знаниями сводилось не только к их арифметическому накоплению, но к способности мыслить нестандартно, неординарно, творчески. Хороший врач рождается только в постоянной неудовлетворенности существующими методиками и результатами лечения больных, во всех остальных случаях – дипломированный, и только. Помочь студентам получить необходимые профессиональные знания, привить практические навыки и нравственные ориентиры – непростые задачи преподавателей высшей школы, кроме того, было бы очень недальновидным суживать становление студентов-медиков только проводимой учебно-воспитательной работой, им необходимо прививать и навыки НИР. Работа в СНО позволяет углубленно изучать наиболее актуальные проблемы дисциплин, мобилизует внеаудиторную работу студентов, освоение необходимых практических навыков, умений и большинства предписанных профессиональных компетенций.

В Кировской ГМА студенческие научные кружки существуют не один десяток лет. За эти годы сотни будущих врачей пробовали себя в НИР, осознавая для себя главное: только в мучительном, истязающем желании знать врач рождается как профессионал. Бесценен опыт воспитательной работы, почерпнутой в СНО. Больные (и особенно экстренные) не поступают в стационар в 8.30 с началом практических занятий! Во время заседаний СНО, проводимых в вечернее время, студенты на конкретных

клинических ситуациях в приемном покое вовлекаются вместе со своим преподавателем в решение актуальных задач этического, профессионально-медицинского, практического и правового плана. В СНО занимаются лучшие из наших студентов, но они неодинаковы по своему потенциалу. Мы выделяем три уровня подготовки в СНО. К базовому можно отнести студентов, регулярно посещающих заседания СНО, выступающих на них с докладами, анализирующих медицинскую документацию и периодику, владеющих компьютерной техникой; к выпуску из вуза они публикуют научные работы тезисного характера. Студенты высокого уровня подготовки под руководством преподавателей выполняют самостоятельные научно-практические изыскания, выступают с докладами на конференциях регионального уровня и бывают отмечены на них, публикуются в российских и международных сборниках, в региональных медицинских журналах. Студенты продвинутого уровня уверенно владеют иностранным языком, IT-технологиями, выступают с докладами на всероссийских конференциях и бывают отмечены на них, публикуются в рейтинговых журналах; их исследования носят диссертационный характер.

Кроме прочего, мы не должны забывать, что профессионализм = компетентность + порядочность. Очень хотелось бы, чтобы полифоничная работа педагога не игнорировала вторую составляющую этого тандема, только в таком случае станет возможным делать упор на личностном созревании специалиста, что особенно важно для врача.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Феоктистова Е. В., Нагорная Ю. В.

РНМУ им. Н. И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с ОАП.

Материалы и методы: С 2001 г. в отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова проводится торакоскопическое клипирование (ТК) открытого артериального протока (ОАП). За это время прооперировано 75 детей в возрасте от 1 мес. до 13 лет с массой тела от 2 до 45 кг. При ТК ОАП положение больного на правом

боку, применяется одноканальная вентиляция легких и используются 4 троакара (3 X 5 мм и 1 X 10 мм – эндоклипатор). В последнее время у больных раннего возраста мы используем инструменты 3 мм и эндоклипатор 5 мм. При клипировании ОАП накладываем одну клипсу размерами ML или M. Клипсами данного размера возможно закрывать ОАП до 11 мм. Минимальная травматичность торакоскопического клипирования ОАП позволила нам

выполнить сочетанные операции у 4 больных: ТК ОАП и операции по поводу желудочно-пищеводного рефлюкса, воронкообразной деформации грудной клетки.

Результаты: средняя продолжительность операции 23 +/- 10 мин. Полное прекращение кровотока по ОАП

достигнуто у всех детей. Одна конверсия при ТК ОАП, вследствие кровотечения при его мобилизации. Летальных исходов не было.

Выводы: ТК является оптимальным и надёжным методом закрытия ОАП у детей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Залихин Д. В., Маннанов А. Г., Алхасов М. Б., Митупов З. Б., Холостова В. В., Ермоленко Е. Ю., Халафов Р. В.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. Н. Пирогова, г. Москва

Цель: анализ лапароскопического способа оперативного вмешательства при лечении детей с хронической дуоденальной непроходимостью.

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) – это клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением моторной и эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки (ДПК) различной этиологии (органической или функциональной природы), который приводит к задержке (стазу) ее содержимого. Общепризнанной классификации ХДН не создано. Однако этиологические факторы можно условно разделить на 2 группы: органические и функциональные. Среди последних, в свою очередь, выделяют первичные и вторичные формы ХДН, возникающие в связи с другими (первичными) заболеваниями дуоденохоледохо-панкреатической зоны. С 2012 по 2015 года в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова наблюдались 9 детей явлениями ХДН (5 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 3 до 17 лет. Из них один ребенок 11 лет был с синдромом Дауна. У детей отмечались жа-

лобы на периодические боли в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту после приема пищи, снижение аппетита, отрыжку воздухом или пищей с горьким вкусом, урчание и чувство переливания в кишках. 3 девочек были астенического телосложения и пониженного питания. У 2-х детей отмечалась склонность к запорам. Для диагностики пациентов с явлениями ХДН механической формы мы использовали ультразвуковое исследование, рентгеноконтрастное исследование пассажа по ЖКТ, компьютерную томографию брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию. Учитывая механическую этиологию явлений ХДН, детям выполнено лапароскопическое наложение дуоденоюноанастомоза. Интраоперационных осложнений не было, время операции составило от 90 мин до 180 мин. После проведения оперативного вмешательства дети находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 4 суток, энтеральная нагрузка начата с 5 суток. Выписаны из стационара на 10–12 сутки в удовлетворительном состоянии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю., Дегтярева А. В., Голованев М. А., Куликова Н. В., Ратников С. А.

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва.

Цель: оценить результаты хирургического лечения детей с билиарной атрезией.

Проведена ретроспективная оценка результатов лечения детей с билиарной атрезией, находившихся в отделении торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова в период с 2000 по 2015 гг. В исследовании приняло участие 77 пациентов. До 2008 года выполнялись традиционные операция Касаи (26 пациента). Первая видеоассистированная операция Касаи выполнена в 2007 года, а с 2013 г. портоэнтеростомия осуществлялась целиком с помощью лапароскопической методики (всего 49 пациента), у 2 пациентов выполнена традиционная операция.

Средний возраст на момент выполнения операции Касаи был примерно одинаковым и составил в среднем 79,6±32,5 дней в группе больных, подвергшихся традиционной операции, и 81,4±21,5 в группе пациентов, ко-

торым была произведена видеоассистированное или лапароскопическое вмешательство. Лишь трое пациентов было оперировано в возрасте старше 3,5 мес. С целью оценки изменений ткани печени и формирования прогноза всем детям интраоперационно проводилась пункционная биопсия печени. Конверсий на открытое вмешательство ни в одном случае не было.

Самым частым послеоперационным осложнением в обеих группах был холангит. В первый месяц после операции холангит развился у 21,7% пациентов, оперированных по традиционной методике, у 21,1% – по лапароскопической, в первый год – у 40,7% и 52,2%, и в сроки более года после оперативного вмешательства у 21,1% и 22,2% соответственно.

Другие осложнения были представлены геморрагическим синдромом (4 пациента), пупочной грыжей (1 пациент), кровотечением из варикозно расширенных

вен пищевода через 3, 5, 10, 11, 15, 19 и 20 месяцев после портоэнтеростомии (7 пациентов), тромбоз левой ветви воротной вены (1 пациент). После операций из лапаротомного доступа у 4 пациентов наблюдались 5 осложнений, потребовавших экстренного оперативного вмешательства: спаечная кишечная непроходимость, перфорация тощей кишки, перфорация вертикальной язвы двенадцатиперстной кишки, перфорация попереч-

ной ободочной кишки. Подобных осложнений после лапароскопической портоэнтеростомии не было.

Выживаемость пациентов с нативной печенью составила 48,6% в первый год после операции. В течение 2-х лет после операции в трансплантации печени не нуждалось 27,4%, до 8-и лет – 21,3%, более 8 лет – 15,3%. Максимальный срок наблюдения после операции Касаи, при котором не потребовалась трансплантация печени, составил 16 лет.

ОТСРОЧЕННЫЙ ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Разумовский А.Ю., Гебекова С.А.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва.

Цель: улучшить результаты лечения детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Анализ в работе подвергнуты истории болезней 18 детей, которым выполнен отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в период с 2006 по 2016 гг. По классификации Gross бессвищевая форма атрезии пищевода наблюдалась у 6 (33%) детей, с дистальным ТПС – у 12 (67%) детей. Сопутствующие пороки развития выявлены у 10 (55,5%) детей.

Результаты. В послеоперационном периоде со стороны анастомоза у 16 (89%) детей возникли послеопе-

рационные осложнения. Несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза развилась у 4 (22%) детей. Сужение эзофаго-эзофагоанастомоза сформировался у 11 (61%) детей. ЖПР развился у 14 (78%) детей. Из 18 детей 3 умерло (17%). В отдаленном периоде экстирпация пищевода выполнена 4 (27%) выжившим детям.

Выводы. Таким образом, отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз позволяет более 70% случаев сохранить собственный пищевод обеспечивающий физиологическую функцию транспорта пищи из ротовой полости в желудок.

СЛУЧАЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ЗРЕЛОЙ ТЕРАТОМЫ С ГЛИОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ У ПАЦИЕНТКИ 14 ЛЕТ

Раковский С.М., Погорелов Д.Н., Панарин Е.В.

ГУЗ «Областная детская больница» г. Липецк

Цель: описание редкого клинического случая билатеральной зрелой тератомы яичников у пациентки 14 лет. Больная, 14 лет, поступила в срочном порядке в детское онкологическое отделение ГУЗ «Областная детская больница» г. Липецка 21.04.2016 с клиникой пальпируемой опухоли над лоном, болевым абдоминальным синдромом. Амбулаторно осмотрена детским хирургом. Выполнено РКТ брюшной полости и малого таза от 19.04.2016: забрюшинные лимфоузлы справа размерами 13 x 7 см. В проекции правого яичника определяются два кистозных образования с тонкой стенкой, плотности серозной жидкости, размером 5,4 x 5,5 см x 6 см и 18 x 14 x 14 см. Амбулаторно выполнено МРТ малого таза без и с контрастным усилением от 20.04.2016: Первое сверху и спереди от матки оттесняя ее и подавливая мочевой пузырь, неправильной овальной формы, размерами 14,0x10,0x18,0 см, с четкими контурами, однородным жидкостным содержимым, на фоне которого определяются тонкие неполные перегородки, стенки образования неравномерной толщины, за счет наличия по дорзальной стенки образования пристеночного включения, размерами до 2,8x1,0x0,8 см. При проведении динамического контрастного усиления в солидном компоненте определяется очаг интенсивного ускоренного

контрастирования. Второе образование расположено кзади от матки, неправильной формы, с четкими контурами, однородным жидкостным содержимым, с тонкими стенками и перегородками, размерами – 7,0 x 8,2–5,0 см. С подозрением на злокачественную герминогенную билатеральную опухоль яичников направлена в детское онкологическое отделение ГУЗ «Областная детская больница». В рутинных анализах крови патологии не выявлено. 27.04.2016 выполнена операция: нижнесрединная лапаротомия, сальпингоовариотоморэктомия справа. Удаление опухоли правого яичника с резекцией по здоровым тканям. Тотальная оментэктомия. При ревизии малого таза на париетальной брюшине выявлено множество новообразований белого цвета размерами до 0,3 x 0,4 см. Одно из них взято на биопсию. Гистологическое заключение лаборатории патологии ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева от 29.04.2016: билатеральная зрелая тератома.

Интерес данного наблюдения заключается в редком билатеральном поражении яичников тератоидной опухолью. Важным моментом клинического случая является сочетание характерного для солидных тератом глиоматоза брюшины, с билатеральной кистозной зрелой тератомой яичников.

АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ У ДЕВОЧЕК

Ратников С. А., Чундокова М. А., Черкесова Е. М.

ГБОУ ВПО «Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Цель: обоснование необходимости аппендэктомии при первичном пельвиоперитоните у девочек. Вопрос выполнения аппендэктомии при первичном пельвиоперитоните у девочек остается спорным до настоящего времени. Проведено ретроспективное исследование историй болезни детей с данной патологией. В ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова за период с 2001 по 2015 гг. находилось на лечении 158 девочек в возрасте от 3 до 15 лет с диагнозом первичный пельвиоперитонит. При этом пик заболеваемости отмечен в возрасте от 3 до 10 лет. Все пациентки оперированы эндоскопически с предварительным диагнозом «острый аппендицит». У всех детей выявлен первичный пельвиоперитонит из них у 147 девочек выявлен вторичный аппендицит в связи, с чем выполнена аппендэктомия. В 11 случаях вторичных изменений червеобразного отростка не отмечалось, и аппендэктомия не производилась. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. При лапароскопии в 65% случаев выявлен мутный, тянущийся выпот, из них в 7% выявлены отложения фибрина, в 35% – прозрачный выпот. Отмечались следующие макроскопиче-

ские изменения в червеобразном отростке: гиперемия червеобразного отростка (37%), инъецированность сосудами (35%), ригидность (10%), наложения фибрина (3%), деформирование спайками (7%), в 6% – изменений не выявлено. При морфологическом исследовании удаленных червеобразных отростков деструктивные изменения отмечены в 39%, вторичные изменения отмечались в 43%, явления хронического аппендицита отмечались в 8%, воспалительной инфильтрации не отмечалось в 7% случаев. Таким образом, выполнение аппендэктомии у детей с первичным пельвиоперитонитом оправданно, поскольку невозможно достоверно оценить уровень поражения червеобразного отростка и исключить вероятность развития дальнейшего вторичного воспаления. Золотым стандартом лечения у детей является диагностическая/санационная лапароскопия. По нашему мнению, при выполнении лапароскопических операций при патологии органов малого таза у девочек попутная аппендэктомия вполне оправдана и позволяет избежать риск развития острого аппендицита в будущем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДЕКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Рахманов М. А.

Кафедра детской и неонатальной хирургии Казахского медицинского университета непрерывного образования. Республика Казахстан. г. Алматы.

Несмотря на известные успехи детской хирургии, проблема лечения различных форм аппендицита, как и ее осложнения при различных формах у детей сохраняет свою актуальность.

Особенно большие проблемы возникают при лечении осложненных форм аппендикулярного перитонита.

Целью настоящей работы явилось лапароскопические методы диагностики и лечения распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей, в экстренной хирургии на базе клиники ЦДНМП (ДГКБ № 1) г. Алматы.

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) применялась у детей, как операция выбора при всех формах аппендицита и его осложнениях. Для этого использовался стандартный доступ ЛА, рекомендованный F. Gotz

Материалы и методы исследования. В работе представлены и проанализированы истории болезни и результаты хирургического лечения детей находившихся на стационарном лечении в период 2000–2015 г на клинической базе ЦДНМП (ДГКБ № 1) г. Алматы. Из 736 оперированных больных, разных форм перитонитом, лапароскопи-

ческим методом была выполнена операция на 534 больных детях, в возрасте от 3 лет до 14 лет, что составляет (72,5%). Из них противопоказаний не отмечено, на конверсию–27,5%. Средняя продолжительность лапароскопической операций составляет в среднем до 65 мин (от 45 до 80 мин.) Послеоперационных осложнения – 7 случая (1,31%). Течение послеоперационного периода, после лапароскопического лечения больного с перитонитом протекало значительно легче и отмечалось ранние сроки восстановления у оперированных детей.

Результаты исследования и их анализ. Данных проанализированных истории болезни у детей, с осложненными формами аппендицита достоверно указывает на то, что лапароскопический метод лечения, исключают минимум послеоперационных осложнений.

Выводы. Следовательно, на современном этапе развития хирургии лапароскопическая аппендэктомия является новым эффективным и перспективным методом лечения острого аппендицита у детей, особенно его осложненных форм в условиях экстренной хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ

Розин В. М., Батаев С. М., Зурбаев Н. Т., Будкевич Л. И., Игнатъев Р. О., Афаунов М. В., Федоров А. К., Богданов А. М., Молотов Р. С., Лудикова М. Ю.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского» ДЗ г. Москвы

Введение. Острая деструктивная пневмония (ОДП) относится к распространенным гнойно-воспалительным заболеваниям детского возраста, приносящим серьезный ущерб здоровью. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости ОДП детей всех возрастных групп. Соответственно, участились случаи развития легочно-плевральных осложнений при ОДП. Лечебная тактика в отношении таких пациентов весьма вариабельна и может быть как максимально консервативной, так и активной хирургической. Важную роль здесь играют торакаскопические методы лечения с использованием различных технологий санации плевральных полостей.

В данном сообщении представлен первый опыт использования гидрохирургической установки для дебрідмента фибринозных наложений в плевральной полости во время торакоскопии.

Материалы и методы. Гидрохирургическая система «Versajet-II» представляет собой хирургический инструмент, позволяющий удалять фибринозно-гнойные наложения и осуществлять декортикацию легкого водной струей, подаваемой в зону обработки со скоростью 660–1700 м/сек с одновременной аспирацией продуктов санации. Процесс дебрідмента и элиминации детрита является непрерывным, что повышает технологичность процедуры. Поскольку гидрохирургическая система использована при торакокопии впервые, проведены процедуры согласования в локальном этическом комитете клиники и с производителем.

В ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского с сентября 2015 г. по май 2016 г. торакокопия с гидрохирургической санацией проведена у 8 пациентов (4 мальчика и 4 девочки) в возрасте от 1 года до 14 лет. Средний возраст пациентов – 8.6 лет. Одному пациенту до применения гидрохирургической системы была выполнена торакаскопиче-

ская санация плевральной полости, которая не принесла клинического эффекта (ребенок с нарушением функции ЦНС и эпилепсией). Гидрохирургическая санация плевральных полостей проводилась 3 пациентам (37.5%) во вторую стадию эмпиемы плевры, и 5 пациентам (62.5%) в стадию организации эмпиемы.

Результаты. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Повторные торакокопии после гидрохирургической санации не проводились. В 5-ти случаях возбудителем заболевания являлся *Streptococcus pneumoniae* (62.5%), в 3-ех случаях возбудителя заболевания высечь не удалось. Значения С-реактивного белка, при которых стала возможна отмена антибактериальной терапии (<30 мг\л) достигли к 8.2 дню после оперативного лечения. К этому времени значительно улучшились показатели периферической крови и общее состояние ребенка. Средняя продолжительность госпитализации в стационаре составила 23.4 дня. Из них в инфекционном отделении до перевода в хирургический корпус – 12.2 дня и после операции – 11.2 дня. По данным рентгенографии органов грудной клетки и УЗИ плевральной полости через 1 месяц показали, что остаточные явления фибриноторакса сохранились лишь у 1 пациента (ребенок с нарушением функции ЦНС и эпилепсией). Повторные обследования через 3 и 6 месяцев показали, что у всех пациентов отсутствуют плевральные наложения и воспалительные изменения в паренхиме легких.

Выводы. Применение гидрохирургической системы при торакокопии позволяет провести элиминацию фибриновых наложений по всей плевральной полости, декортикацию легкого без повреждения паренхимы легкого и создать условия для скорейшей реабилитации компрометированного легкого.

БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ПИЕЛОСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Ростовская В. В., Хватынец Н. А., Матюшина К. М.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; ГБУЗ Детская Городская Клиническая Больница №9 им. Г. Н. Сперанского, Москва

Диуретическая ультразвуковая пиелография (ДУПГ) – провокационный тест, позволяющий у детей с гидронефрозом оценить степень нарушения проходимости пиелoureтерального сегмента (ПУС) мочеточника по компенсаторным возможностям лоханки. Недоста-

точная сформированность тканевых структур стенок лоханки и ПУС, свойственная детям первых лет жизни, оказывает влияние на специфику формирования индивидуального «профиля» нарушения уродинамики при гидронефрозе и обуславливает сложности в однозначной

траковке результатов ДУПГ по оценке причины гидронефротической трансформации (ГНТ), определяющей прогноз и тактику лечения.

Цель исследования: интегральная оценка функционального состояния уродинамической системы «лоханка-мочеточник» у детей грудного и раннего возраста с ГНТ на основе балльной оценки результатов ДУПГ.

Материалы и методы: 55 детям в возрасте от 3 до 36 мес с 1–3 степенью ГНТ (SFU) выполнена ДУПГ по методике клиники (Бабанин И.Л., 2010) с вычислением транзитного коэффициента пиелоретерального сегмента (Kрус) и коэффициентов эффективности опорожнения (Ko) и адаптации (Ka) лоханки к повышенному потоку мочи, разное соотношение которых определяет разные варианты нарушения уродинамики ВМП.

Результаты: Обструктивно-гипертензионный вариант (ОГВ) нарушения уродинамики ВМП установлен у 18 детей с 1 (n=1), со 2 (n=5) и 3 (n=12) степенью ГНТ. Обструктивный вариант (ОВ) уродинамики диагностирован у 20 детей с 1 (n=2), со 2 (n=8) и 3 (n=10) степенью ГНТ. Деадаптационный вариант (ДАВ) уродинамики ВМП имели 17 пациентов с 1 (n=12), со 2 (n=2) и 3 (n=3) степенью ГНТ.

Учитывая различия в значениях коэффициентов при каждом варианте уродинамики ДУПГ, для оценки тяжести расстройств уродинамики ВМП был введен единый уродинамический показатель, количественно определяющий общую функциональную недостаточность ВМП у детей с гидронефрозом (ОФН ВМП).

Для получения общей балльной оценки степени ОФН ВМП проведено ранжирование коэффициентов [Kрус

(A), Ka (B), Ko (C)] по степени (d) их отклонения от нормы (0,93 и выше) по баллам от 0 до 4, которые суммируются (Ad+Bd+Cd): чем больше сумма баллов, тем тяжелее нарушения уродинамики ВМП. При балльной оценке уродинамических показателей от 1 до 3 диагностируют начальную или легкую (I) степень тяжести, при сумме баллов 4–6 – умеренную (II) степень, при общей сумме баллов 7–9 – выраженную (III) степень, а при сумме баллов 10–12 – тяжелую (IV) степень тяжести функциональной недостаточности ВМП.

У большинства детей (n=15) с ДАВ уродинамики степень нарушения функций ВМП соответствовала легкой (I), у 2-х – умеренной (II). В группе детей с ОГВ выраженную степень ОФН ВМП (III) имели 50% больных (n=9), тяжелую (IV) степень – 5, в остальных случаях диагностированы легкие (n=1) и умеренные (n=3) нарушения функций системы «лоханка-мочеточник». У пациентов с ОВ уродинамики преобладала умеренная II степень нарушений (n=13), выраженная (III) и легкая (I) степень ФП ВМП установлены в 5 и 2 наблюдениях. Степень изменения уродинамики, установленная по балльной системе оценки, достоверно коррелирует с морфометрическим показателем (соединительнотканно-мышечным коэффициентом) в препаратах лоханки/ПУС, полученных у оперированных детей с гидронефрозом.

Заключение: введение единого интегрального показателя ДУПГ (ОФН ВМП) позволяет проводить индивидуальную оценку выраженности нарушения структурно-функционального состояния ВМП у детей грудного и раннего возраста с гидронефрозом ГНТ при разных вариантах нарушения мочевыведения, что способствует более обоснованному выбору оперативного пособия.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Котляров А.Н., Абушкин И.А.

Областная детская клиническая больница, Россия, Челябинск; Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Патология желчевыделительной системы у детей являются одной из самых сложных в плане дифференциальной диагностики и сложности хирургического лечения. Малоинвазивные технологии завоевали прочные позиции в детской хирургии и продолжают успешно и интенсивно совершенствоваться и развиваться, что позволило в последние годы на качественном уровне по-новому решать целый комплекс лечебно-диагностических задач.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения путем оптимизации и внедрения новых миниинвазивных технологий лечения.

Материалы и методы. В основу данной работы положен клинический анализ результатов лечения 95 детей (калькулезный холецистит, аномалии развития желчного пузыря в сочетании с калькулезом, кистозная трансформация холедоха, стеноз БДС, билиарная атрезия) за 2005–2015 гг. Диагноз во всех наблюдениях был уста-

новлен до операции. Диагностика патологии основывалась на УЗИ, оральной и/или в/венной холангиографии, КТ (МСКТ), МРТ, ЭРПХГ, биопсии печени. В последние годы в связи с высоким риском осложнений ЭРПХГ не выполняли, так как появилась возможность проведения МРПХГ.

Результаты. У 58 пациентов лапароскопическая холецистэктомия проведена в 96,5% случаев, у 2 детей была конверсия доступа в связи с выраженным спаечным процессом в области тела и шейки пузыря. У 3 пациентов при проведении ЭРПХГ и МРПХГ выявлено расширение части проксимального отдела общего желчного протока и наличие конкремента в его просвете. При наличии стеноза БДС выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Объем хирургической эндоскопической коррекции врожденных кист холедоха у 29 детей включал холецистэктомия, резекцию кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле

тонкой кишки. Через расширенное пупочное кольцо экстрaperитонизировали участок начального отдела тощей кишки. Открытым способом формировали межкишечный Ру-анастомоз, который вновь погружали в брюшную полость. Свободный конец Ру-петли проводили позади ободочно и интракраниально формировали анастомоз. Эндоскопические хирургические вмешательства при билиарной атрезии выполнены у 8 больных. В 2-х случаях,

при наличии билиарного цирроза, проведена лапароскопическая ревизия ворот печени, биопсия, остальным (6) – произведена операция портоэнтеростомии по Касаи.

Заключение. Лапароскопические вмешательства могут быть применены у детей любого возраста с патологией желчевыделительной системы. Объем и особенности техники оперативного вмешательства определяются видом патологии и развившимися осложнениями.

ХРОНИЧЕСКИЙ МЕГАДУОДЕНУМ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Рошаль Л. М., Карасёва О. В., Ахадов Т. А., Горелик А. Л., Граников О. Д., Брянцев А. В., Харитонов А. Ю.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность проблемы врожденных аномалий двенадцатиперстной кишки, в том числе, после множественных оперативных вмешательств, обусловлена выраженным снижением качества жизни пациента, невозможностью полноценного питания и развития ребенка.

Цель: Демонстрация органосохраняющего хирургического лечения хронического мегадуоденума гигантских размеров.

Пациенты и методы: Девочка, 9 лет, обратилась в НИИ НДХиТ с клиникой острой кишечной непроходимости.

Из анамнеза: По поводу субтотальной атрезии двенадцатиперстной кишки дважды оперирована в возрасте 1, 3 суток. Выполнены дуоденоюноанастомоз, рассечение эмбриональных тяжей. В возрасте 5 и 7 лет по поводу острой спаечно-кишечной непроходимости был выполнен лапароскопический адгезиолизис. Наблюдалась по месту жительства, несколько отставала от сверстников в росте и весе, периодически отмечались рвоты. В течение последнего года отмечено значительное увеличение размеров живота, регулярные, обильные (до 1,5 л) рвоты «старой «пищей».

Результаты. При поступлении на фоне консервативных мероприятий клиника острой кишечной непроходимости купирована, что позволило провести обследование и подготовить ребенка к операции. По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлена дилатированная 12 п.к., занимающая практически всю брюшную полость до уровня малого таза. При ЭГДС: умеренное увеличение размеров желудка, 12 п.к. резко дилатирована, мешкообразной формы с большим объемом застойно-

го содержимого (до 3 л.), Фатеров сосок визуализируется на задней стенке, не изменен. В дне (нисходящей части?) 12 п.к. определяется анастомоз с тощей кишкой, сужения анастомоза нет. Внутрипросветная анатомия 12 п.к. изменена из-за избыточной складчатости после эвакуации содержимого. Для уточнения анатомии верхних отделов ЖКТ ребенку была выполнена диагностическая лапароскопия совместно с ЭГДС: двенадцатиперстная кишка в виде «фартука» занимает эпи и мезогастрий вплоть до входа в малый таз, нависает над дуоденоюноальным анастомозом. МСКТ с контрастированием, а также селективная ангиография чревного ствола и мезентериальных сосудов грубых нарушений ангиоархитектоники не выявили. С целью предоперационной подготовки в течение 2-х недель девочка получала парентеральное питание, противоспаечную терапию (Пеницилламин), выполняли ЭГДС с декомпрессией 12 п.к.. Операция: Лапаротомия, адгезиолизис, резекция мешкообразной части (2/3) дуоденума с созданием неодоуденоюноанастомоза. В послеоперационном периоде и далее в катамнезе (Змес) у ребенка отмечено постепенное сокращение проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки, восстановление пассажа по верхним отделам ЖКТ, полная адаптация к кормлению общим столом, увеличение массы тела.

Вывод. Сочетание врожденных пороков развития и перенесенных ранее оперативных вмешательств с вторичными функциональными нарушениями верхних отделов ЖКТ затрудняют диагностику и выбор тактики хирургического лечения. Применение всего диагностического арсенала позволяет планировать и выполнить органосохраняющее реконструктивное оперативное вмешательство.

ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦАМИ

Рощупкина А. К., Кузетченко И. Н., Бычкова О. С.

Российская детская клиническая больница. Лазерная хирургия Москва, 2016 год

Цель исследования: разработка нового эффективно-го метода лечения детей с обширными послеожоговыми рубцами с использованием фракционного CO2 лазера

Задачи: 1. Определить показания и противопоказания к применению методики CO2 фракционной лазерной абляции у детей с послеожоговыми рубцами.

2. Выработать тактику ведения пациентов в послеоперационном периоде после проведения CO₂ фракционной лазерной абляции.

3. Оценить эффективность CO₂ фракционной лазерной абляции у детей с последствиями ожоговой травмы.

В докладе представлен опыт применения фракционной лазерной абляции аппаратом Ultra Pulse, фирмы Lumenis, для лечения и косметической коррекции послеожоговых рубцов у детей.

Обработка рубцов проводилась на хирургическом CO₂ лазере с длиной волны 10600 нм, снабженным микроабляционным фракционным ручным сканером Deep Fx, в режиме Scaar.

Микросканер: Размер пятна: 0,12 мм, Глубина: до 4 мм, Плотность: 1–25%

Параметры лазерного воздействия определялись толщиной рубцовой ткани, и составляли от 60–150 мДж/

см², частота 250 Гц, степень покрытия составляла от 3% до 5%.

Методика лечения заключалась в однократном наложении ряда микроимпульсов на поверхности рубцовой ткани, без повторных проходов одной и той же области.

Клинические примеры:

Преимущества фракционной лазерной абляции

Короткая реабилитация (3–5 дней)

Минимальный риск осложнений (быстрое заживление, отсутствие обширной раневой поверхности)

Максимальный результат выравнивания рельефа кожи за одну процедуру

Функциональный эффект – восстановление подвижности конечностей, пораженных рубцовыми деформациями

Возможность эффективного лечения келоидных рубцов

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Рудакова Э.А., Ковалева О.А., Юрков С.В.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера; Краевая детская клиническая больница, г. Пермь

Цель: определить особенности диагностики и тактики при инородных телах пищеварительного тракта у детей.

Материал и методы. Проведен анализ 147 историй болезни больных, поступивших в клинику детской хирургии с инородными телами желудочно-кишечного тракта в возрасте от 7 месяцев до 15 лет; мальчики (91; 61,9%), девочки (56; 38,1%).

Результаты. Наиболее часто встречаются инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), попавшие в организм ребенка в результате бесконтрольности со стороны родителей – 78,1%. Основная масса пациентов – дети первых трех лет жизни (72,6%), длительность нахождения инородных тел от нескольких часов до 10 дней. Среди госпитализированных детей в 8 случаях были выявлены множественные инородные тела (магниты) с давностью пребывания их в просвете желудочно-кишечного тракта от нескольких часов до 2 недель. В одном случае сроки нахождения инородных тел в просвете желудка не установлена. Поводом для обращения этого пациента в стационар были боли в животе, а множественные инородные тела (цепочка магнитов) были выявлены случайно при проведении рентгенологического обследования. В 58% случаев инородные тела

выходили самостоятельно. В 14% случаев инородные тела вызывают осложнения разной степени тяжести, среди них: катаральный эзофагит и гастрит (5,76%), фибринозно-язвенный эзофагит и гастрит (6,48%), стеноз пищевода (1,44%), пенетрация английской булавки в стенку желудка (0,72%), формирование трахео-пищеводного свища (0,72%). При удалении множественных инородных тел (цепочки магнитов) в двух случаях потребовалось проведение хирургического вмешательства: у одного ребенка произошла пенетрация стенки желудка с формированием желудочно-юнонального свища, в другом случае произошла пенетрация стенки тощей кишки с формированием межкишечного свища. Эндоскопическое удаление инородных тел из желудочно-кишечного тракта в одном случае было неуспешным, что потребовало выполнения минилапаротомии (гастротомия, удаление магнита из просвета желудка).

Выводы. Таким образом, инородные тела пищеварительного тракта в детском возрасте сопровождаются разнообразной клинической картиной и требуют индивидуальной тактики ведения пациента. Необходимость хирургических вмешательств возникает при развитии осложнений, вызванных длительным нахождением инородных тел в просвете желудочно-кишечного тракта.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Смирнова Е.И., Канюк И.А.

Тверской государственный медицинский университет

Цель работы: анализ результатов лечения больных с высокой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы: за период 2005–2015 гг в ДОКБ г. Твери наблюдались 28 детей – с диагнозом высокая

кишечная непроходимость. Соотношение лиц женского 11 (39%) и мужского пола 17 (61%) составило 3:2. Причинами высокой кишечной непроходимости у детей являлись: мембрана 12-перстной кишки 12 случаев (42%); атрезия 12 перстной кишки – 7 (25%); синдром Ледда – 6 (21%) кольцевидная поджелудочная железа – 3 (11%). Выявлены сочетания незавершенного поворота кишечника с мембраной 12-перстной кишки, кольцевидной поджелудочной железой, атрезией 12 перстной кишки 8. Встречались следующие сочетанные пороки развития: сложные врожденные пороки развития сердца; атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем, атрезии прямой кишки; болезнь Гиршпрунга; синдром Дауна. Антенатально диагноз высокой кишечной непроходимости, по результатам УЗИ плода, установлен в 10 случаях. Стоит отметить, что у всех матерей отмечалась угроза прерывания беременности во II триместре и многоводие. Сроки поступления в стационар от 1 до 7 суток. В план обследования входило УЗИ органов брюшной полости и рентгенологическое исследование ЖКТ. 26 детей оперированы после стабилизации состояния и проведения

дообследования. Проводились следующие операционные вмешательства: иссечение мембраны, рассечение врожденных спаек, дуодено-дуоденоанастомоз. 2 детей не оперированы, в связи с тяжелыми сочетанными пороками развития. Срединная лапаротомия выполнена в 14 случаях, поперечная лапаротомия в правом мезогастринии в – 12.

Результаты: в послеоперационном периоде погибло 5 детей с тяжелыми сопутствующими хирургическими и соматическими патологиями. У 20 новорожденных отмечалось полное выздоровление. В 1 случае отмечен рецидив высокой кишечной непроходимости у пациента с синдромом Ледда, выполнена релапаротомия, обнаружена и иссечена мембрана 12-перстной кишки.

Выводы: успех лечения высокой кишечной непроходимости зависит от ранней постановки диагноза в антенатальном периоде, родоразрешение в перинатальном центре, наличия сопутствующих врожденных пороков, своевременного перевода ребенка в хирургический стационар для оперативного лечения, выбора оптимальных сроков оперативного вмешательства.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.

Тверской государственный медицинский университет

Цель исследования: обосновать гипотезу формирования инвагинации кишечника (ИК) с позиций недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и преобладающего типа регуляции вегетативной нервной системы (ВНС) у детей.

Материалы и методы: с 1996 по 2015 гг. в ГБУЗ ДОКБ г. Твери находились на лечении 182 пациента с ИК. Возраст детей варьировал от 3 месяцев до 15 лет. Доминировала илеоцекальная форма ИК 95,6%. Неоперативная дезинвагинация выполнена 120 (66%) детям, оперировано – 62 (34%). Проведенный анализ интраоперационных находок выявил, что преобладающей механической причиной является мезаденопатия – 35%, доля органической патологии (образования, дивертикулы Меккеля и др.) – 8%. У 57% причина формирования ИК не выявлена. Данный факт и доминирование илеоцекальной ИК позволяет рассматривать недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ) с позиций НДСТ. Так как кровь относится к соединительной ткани, выполнено скрининговое исследование крови по выявлению закономерностей, связанных с проявлениями НДСТ. 54 детям были исследованы показатели крови: щелочная фосфатаза, сиаловые кислоты (СК), фибриноген, растворимые фибриномерные комплексы, агрегация тромбоцитов с АДФ, спонтанная агрегация тромбоцитов, агрегация тромбоцитов с ристомидином, агрегация тромбоцитов с коллагеном, осмотическая резистентность эритроцитов к 0,9% раствору NaCl (ОР), магний эри-

троцитов (МЭ). Пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа условно здоровые -18; 2 группа – 17 детей с внешними проявлениями НДСТ. 3 группа – дети перенесшие ИК. У 34 пациентов с ИК определен преобладающий тип ВНС с оценкой индекса напряженности (ИН) по Р.М. Баевскому на аппарата «Полиспектр-Нейрософт».

Результаты: выявлены достоверные различия $P < 0,005$ между 3 группами по 3 показателям – ОР, МЭ, СК. Наблюдалось увеличение средних показателей ОР и МЭ в группе с НДСТ ($1,46 \pm 0,42$ и $7,62 \pm 0,48$), по сравнению со здоровыми ($0,92 \pm 0,24$ и $5,89 \pm 0,34$), и значительное увеличение данных показателей в группе с ИК ($5,34 \pm 1,2$ и $22,94 \pm 2,73$). Обратная тенденция по СК – снижение в 2 группе ($3,74 \pm 0,16$) по сравнению со здоровыми ($3,44 \pm 0,14$) и более низкие значения СК в 3 группе ($2,12 \pm 0,12$). У 64,7% определен парасимпатический тип ВНС, у 24% смешанный и в 5% симпатический. У преобладающей группы с парасимпатическим типом ВНС ИН фоновой пробы составил Мср. – 17,3 ед.

Выводы: НБЗ следует рассматривать как висцеральный признак НДСТ, наличие которого у всех больных с ИК подтверждается обнаружением специфических маркеров в виде увеличения показателей МЭ, ОР и снижением СК. Усиленная перистальтика кишечника, обусловленная парасимпатическим типом регуляции ВНС, при НБЗ является одним из предрасполагающих факторов кишечного внедрения у детей младшей возрастной группы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Горшков А.Ю., Алехова Е.Л., Михайлова С.И.

Тверской государственный медицинский университет. г. Тверь

Цель исследования: изучить особенности клинического течения метаэпифизарного остеомиелита, провести сравнительный анализ возможностей различных методов диагностики.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни детей II х.о. ДОКБ г. Твери с 2005 по 2015 г. с метаэпифизарным остеомиелитом (МЭО). Использовались общеклинические методы исследования, бактериологический, методы медицинской визуализации.

Результаты: в структуре обследуемых больных наибольшую группу составили дети до 1 года 48 (75%) самая высокая частота заболеваемости отмечалась у детей в возрасте до 1 мес. 30 (62.5%), от 1г до 3-х лет 16 (46.8%), преобладали мальчики 39 (60.9%). По клиническому течению встречалась местная форма 53 (82.8%), септикопиемическая 11 (17.2%), токсическая форма не отмечалась. Из септических осложнений на первом месте выступала пневмония 6 (54.5%). У детей 1-го года жизни заболевание начиналось остро с появления и нарастания симптомов интоксикации: гипертермия 45 (70.3%), нарушение психофизиологического статуса 38 (59.3%), изменение кожных покровов 41 (64%), тахикардия 8 (12.5%), одышка 7 (10.9%). В возрасте от 1г до 3 лет преобладала локальная форма. Факторы риска развития и отягощения заболевания выявлены в 34 (53.1%) случаях (неблагоприятный антенатальный период, очаги хронической инфекции у матери, недоно-

шенность, перинатальное поражение ЦНС). По локализации очага воспаления преобладало поражение эпифиза бедренной кости и поражение тазобедренного сустава. 26 (40.6%). Идентифицирован возбудитель у 46 (71.8%) пациентов. В 28 (43.7%) случаях выделен *Staphylococcus aureus*. У всех пациентов имелись признаки системного воспалительного ответа (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево). Повышение уровня С-реактивного белка регистрировалось у 44 (56.2%) больных. Рентгенологические признаки МЭО выявлены у 47 (73.4%) на 10–14 день болезни. УЗИ-диагностика в дебюте заболевания проводилась 29 (45.3%) больным, информативность приближалась к 80%. Компьютерная томография выполнена у 8 больных (12.5%), более информативна в экстремедулярную фазу. МРТ использовали в интрамедулярную фазу в качестве уточняющей методики у 4 пациентов (6.25%).

Выводы: Основным этиологическим фактором является золотистый стафилококк, наибольшая частота заболевания зарегистрирована в группе детей в возрасте до 1-го мес. У большинства пациентов заболевание началось с общей симптоматики. Локальные симптомы прогрессируют медленно, что представляет определенные диагностические трудности. Первичный очаг воспаления локализуется преимущественно в эпифизах длинных трубчатых костей с развитием артрита. В ранней диагностике заболевания методом выбора является УЗ-исследование.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Горшков А.Ю., Смирнова Е.И.

Тверской государственный медицинский университет; Детская областная клиническая больница, г. Тверь

Цель работы. Выработка оптимальной лечебно-диагностической тактики у детей с разлитым гнойным перитонитом аппендикулярного генеза.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе лечения 37 детей в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2005 по 2015 годы. Среди них девочек 20 (54%), мальчиков 17 (46%). Все пациенты имели деструктивную форму острого аппендицита (острый гангренозно-перфоративный аппендицит). Больные с перитонитом в поступали в сроки свыше 24 часов (31 чел. – 83,78%). Поздняя госпитализация относится к дальним районам Тверской области. Вторичные инфильтративные висцериты (оментит, тифлит, илеит, сальпингит) сопровожда-

ет перитонит, причем наиболее часто в воспалительный процесс вовлекаются большой сальник (78,4%) и купол слепой кишки (67,6%), а также терминальный отдел подвздошной кишки (34,7%). В этиологической структуре гнойного перитонита преобладает *E. coli* (до 61,7%).

Алгоритм обследования больных с перитонитом включал: сбор анамнеза, объективное обследование ребенка от момента его поступления в стационар до выписки, инструментальные методы исследования (обзорная рентгенография, ультразвуковое исследование брюшной полости). Для подтверждения абсцедирующих форм перитонита проводится компьютерная томография до операции и в послеоперационный период (11 больных). Определение сонографических признаков разлитого перитонита (наличие картины деструктивного аппендицита,

свободного экссудата в межпетлевом пространстве), позволяло прогнозировать тактику хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. Дренирование полости малого таза по А.И. Генералову используем в клинике с 1980 г. Применение методики привело к снижению внутрибрюшных осложнений почти в 1,5 раза, за счет уменьшения образования послеоперационных абсцессов брюшной полости. Эндоскопическая методика операции применяемая в клинике с 2008 года позволяет полностью санировать брюшную полость и устанавливать аспирационный дренаж в полость малого таза под визуальным контролем, учитывая индивидуальные анатомо-морфологические особенности брюшной по-

лости ребенка. Отказ от промывания брюшной полости (с 2005 года) привело к уменьшению послеоперационных осложнений, за счет уменьшения случаев ранней спаечно-кишечной непроходимости и сокращения числа нагноений послеоперационной раны.

Выводы. Анализ динамики хирургической тактики и послеоперационных осложнений при разлитом гнойном перитоните у детей аппендикулярного генеза показал, что наиболее значимое влияние на сокращение послеоперационных осложнений оказали дренирование брюшной полости по А.И. Генералову, отказ от промывания брюшной полости антисептиками и переход на эндоскопическую методику операции.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Карташёв В.Н., Аврасин А.Л., Медведев А.А., Бурчёнкова Н.В.

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

Цель: анализ результатов методов лечения гидронефроза.

Материалы и методы: работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 285 детей в возрасте от 3-х мес. до 17 лет, из них детей до 1 года – 29, находившихся на обследовании и лечении в урологическом отделении ДОКБ г. Твери за период с 1994 по 2015 гг. Соотношение мальчиков и девочек составило 191 (67%):94 (33%). Левосторонний гидронефроз диагностирован у 178 (62,5%) детей, правосторонний у 95 (33,3%), двухсторонний у 12 (4,2%). При постановке диагноза используется международная классификация 1993 года, по которой выделяют 4 степени гидронефроза. Основными методами обследования детей были: внутривенная урография, статическая нефросцинтиграфия, УЗИ почек с доплерографией сосудов, диуретическая эхография, компьютерная томография. Всего проведено 348 вмешательств: методом выбора оперативного лечения продолжает оставаться операция Хайнес – Андерсена – Кучеры, выполняемая из люмботомического и лапароскопического доступов (197 операций – 195 детям). Стентирование гидронефротической почки, как способ предоперационной подготовки и метод интраоперационного дренирования выполнялось в 83 случаях 69 детям. С 2015 г. стентирование применяется, как самостоятельный метод лечения, главным образом у детей грудного возраста с 1–2 степенью гидронефроза и проявлениями

(фенотипическими, кардиальными и висцеральными) недифференцированной дисплазией соединительной ткани с возможностью созревания прилоханочного сегмента.

Результаты: Гистологическому исследованию подвергнуто 192 микропрепарата прилоханочного сегмента. Выявлено 3 типа морфологических изменений: склероз (56,8%), фиброз (29,7%), воспалительные изменения (пиелит, уретерит) – (13,5%). Отмечено, что воспалительные изменения прилоханочного сегмента преимущественно встречаются у детей младшей возрастной группы (до 3-х лет). Отдалённые результаты лечения в сроки от 6 месяцев до 15 лет изучены у 113 больных. Критериями оценки проведенного лечения явились: течение вторичного пиелонефрита, анатомо-функциональное состояние почки. После операции Хайнес – Андерсена – Кучеры хорошие результаты достигнуты в 96%. Тактика ведения больных грудного возраста с 1–2 степенью гидронефроза методом стентирования в настоящее время отрабатывается, требуется накопление клинического опыта и более длительное наблюдение за больными.

Заключение: Высокая эффективность оперативных методов лечения гидронефроза делает их методами выбора. Следует продолжить изучение ближайших и отдалённых результатов стентирования мочеточника, для возможного применения у детей грудного возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, как самостоятельного метода лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ

Рустамов В.М., Аверин В.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить эффективность применения саморасширяющихся биодеградируемых стентов (СРБС) при рубцовой непроходимости пищевода.

Ретроспективно проанализированы истории болезни 13 пациентов перенесших процедуру стентирования пищевода СРБС. Все пациенты проходили лечение после-

ожоговых щелочных стриктур пищевода на базе Детского хирургического центра в период с 2006 по 2014 годы. Им имплантировано 16 СРБС «ELLA-CS», (одному ребенку трижды, одному – дважды). Средний возраст пациентов на момент имплантации стента составил 5,5 лет. В 37,5% случаев на момент имплантации СРБС имелась двойная стриктура в проксимальной и дистальной части пищевода. В 94% случаев протяженность стриктуры была более 30 мм. Продолжительность предшествующего лечения в виде бужирований, баллонных гидродилатаций, лазерной вапоризации в среднем составляла 2,8 года. Лазерное иссечение рубцов применялось у троих (19%) пациентов. В 69% случаев традиционное лечение имело осложнения в виде перфорации пищевода, которое сопровождалось медиастинитом, плевритом, пневмомедиастинумом. У 44% пациентов на определенном этапе накладывалась гастростома для кормления и бужирования по нити. В ближайшем периоде применения СРБС (1 месяц), был получен хороший результат: удовлетворительное состояние, отсутствие дисфагии и боли. При рентгенологическом контроле умеренное сужение пищевода определялось у одного пациента (6,3%). В связи с неправильным подбором размера стента, в 6,3% случаев (1 пациент), им-

плантация была неудачна. Эффективность метода стентирования в раннем периоде применения – 87,5%. Через 4 месяца после стентирования 25% пациентов не имели жалоб и клинических проявлений признаков нарушения проходимости пищевода. У 37,5% пациентов отмечалась дисфагия 1 степени и у 37,5% пациентов – 2 степени. Отмечалась четкая зависимость между продолжительностью заболевания, степенью стеноза пищевода и наличием осложнений (перфорации пищевода) в процессе предшествующего лечения. В результате применения метода стентирования пищевода, у 77% пациентов удалось получить ремиссию, продолжительностью 1–4,5 лет.

Выводы. Применение СРБС может заменить систематические расширения стриктур разными методами, сократить сроки лечения, уменьшить количество манипуляций и процент инвалидизации. Стентирование предпочтительнее проводить в более раннем периоде после ожога пищевода щелочью (не позднее 4–6 месяцев после начала формирования рубцовой ткани). Размеры стентов должны подбираться индивидуально, с учетом протяженности, диаметра стеноза, наличия супрастенотического расширения и возрастных норм.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Рыбакова Д. В., Керимов П. А., Казанцев А. П., Рубанский М. А., Капкова О. А., Хижников А. В.

ФГБНУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» Москва, МинЗдрава РФ, Москва

Актуальность: Использование эндохирургии в диагностических целях направлено на уточнение характера изменений, выявленных при неинвазивных методах исследования, получение достаточного количества опухолевого материала для всех видов морфологического исследования и оценки распространенности процесса.

Цели: определить возможности эндохирургии в диагностике опухолевых заболеваний торакоабдоминальной локализации у детей.

Материалы и методы: в НИИ ДОГ эндохирургические операции у больных с различной опухолевой патологией регулярно проводятся с 2007 года. С 2007 г. по 2012 г. с диагностической целью проведено 160 операция у 153 детей, из которых 63 лапароскопических и 44 торакокопических биопсии. Кроме диагностических биопсий было выполнено 53 торакокопических резекций легких у 51 ребенка с целью диагностики прогрессирования заболевания, подтверждения метастатического поражения или воспалительного процесса, что составило 33% от всех диагностических операций. Возраст больных варьировал от 2 месяцев до 19 лет. Соотношение по полу было приблизительно равным: мальчиков было – 76 (49,7%), девочек – 77 (50,3%). А детей до года было 9,8% (15 детей). Длительность торакокопических и лапароскопических биопсий составила от 20 минут

до 260 минут, в среднем 59 минут. Кровопотеря во время диагностических операций в среднем составила 78,3 мл. Интраоперационные осложнения возникли в 5 случаях, а послеоперационные – 8. После эндохирургических операций у 59,3% пациентов проводилось специальное лечение, у 7,4% была повторная операция, но уже в радикальном объеме и в 33,3% выписывались на продолжение лечения по месту жительства или в профильное учреждение. Сроки начала лечения специального лечения варьировались от нескольких часов до 20–30 дней из-за осложнений во время операции. Среднее время начала специального лечения составило 4 дня.

Заключение: Преимущества использования эндохирургии в детской онкологии являются: ранние сроки начала специального лечения, малая травматичность, минимальная кровопотеря, низкое число послеоперационных осложнений, ранняя активация пациента и сокращения сроков пребывания в стационаре, хороший косметический эффект. Выполнения эндохирургических операций у детей со злокачественными опухолями можно в возрасте от нескольких недель, при этом не нарушаются онкологические принципы выполнения оперативного вмешательства, а также возраст ребенка не является ограничивающим фактором для выполнения эндохирургических операций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СОЛИДНЫМИ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рыбакова Д. В., Керимов П. А., Казанцев А. П., Рубанский М. А., Хижников А. В.

ФГБНУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» Москва, МинЗдрава РФ Москва

Актуальность: Солидные псевдопапиллярные опухоли поджелудочной железы (СППО) являются редкими новообразованиями с низким злокачественным потенциалом, составляют менее 3% от опухолей.

Цель: Определить тактику и возможности хирургического лечения детей с СППО поджелудочной железы.

Материалы и методы: С 2007 по 2015 года прооперировано 11 детей с диагнозом СППО поджелудочной железы. Мы проанализировали клинико-диагностические данные, объемы операции, результаты лечения и время наблюдения.

Результаты: Все пациенты были девочки возрастом от 9 до 15 лет (средний возраст составил 12 лет). Течение заболевания в большинстве случаев было бессимптомное, однако у 2 детей наблюдался болевой синдром в эпигастриальной области, у 1 ребенка была тошнота и рвота. По данным обследования у 5 пациентов опухоль располагалась в хвосте поджелудочной железы, у 3 – в теле и у 3 – в головке. Максимальный размер опухоли составил 8,7 см в диаметре, и располагалась в головке поджелудочной железы. У 5 детей была выполнена лапароско-

пическая дистальная резекция поджелудочной железы, у 2 – ГПДР, у 2 – центральные резекции поджелудочной железы и по 1 случаю выполнена дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы, резекция крючковидного отростка поджелудочной железы с резекцией стенки двенадцатиперстной кишки. Время операции составило от 90 до 290 минут, максимальная кровопотеря оставила 200 мл. Осложнения возникли у 6 пациентов: в 4 случаях – послеоперационный панкреатит с формированием панкреатического свища, в 1 – кровотечение из панкреатической ветви селезеночной артерии, в 1 случае – пневмония. Срок наблюдения пациентов составил от 8 лет до 1 месяца. Все пациенты живы без признаков рецидива заболевания.

Заключение: СППО поджелудочной железы является редким заболеванием у детей, которое обычно встречается у девочек пубертатного возраста. Основным методом лечения является хирургический, использование эндохирургии возможно, однако очень строго надо определять показания к данному виду лечения и риск послеоперационных осложнений.

ЧРЕСКОЖНАЯ РИГОТТОМИЯ И ЛИПОФИЛЛИНГ У ДЕТЕЙ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Рыбченко В. В., Александров А. В., Лагутина А. А., Трусов А. В., Старостин О. И.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского

Актуальность: чрескожная риготтомия и липофиллинг – альтернативный метод хирургической пересадке дермато – жировых трансплантатов, заключающийся в пересадке собственных жировых тканей в места дефицита мягких тканей, где имеется рубцовая трансформация кожи и подлежащих слоев. Преимуществами метода являются – малоинвазивность процедуры, возможность формирования большого количества каналов, при этом жировые клетки заполняют весь объем небольшим порциями, что увеличивает скорость приживания липографтов и неоваскуляризации.

Цель исследования: оценка преимуществ данного метода в сравнении с классическими методиками

Пациенты и методы: Оценены результаты лечения 15 детей с посттравматическими деформациями и послеожоговыми рубцами и деформациями различной локализации, госпитализированных в ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского с 1.09.2016 по 20.06.2016. Этапы проведения хирургической коррекции: I этап – собственно липосакция (тюменесцентная). II этап (основной) – подготовка донорского ложа для пересадки жировых графтов. Выполнение риготтомии (формирование каналов

с помощью пересечения рубцово- измененных тканей в разной плоскости), которые впоследствии заполняются жировыми клетками. III этап – подкожное и/или внутрикожное введение липографтов для восполнения объема при контурных деформациях.

Пациенты условного разделены на группы: первая группа – 6 детей с контурными деформациями (послеожоговыми и посттравматическими). Лечение проведено в несколько этапов (не менее 3). Первый этап позволяет восполнить не более 20–30% площади дефекта. Для хирургической коррекции у пациентов данной группы в основном использовался липофиллинг.

Вторая группа – 5 детей с гипертрофическими рубцами и контрактурами крупных суставов. Первым этапом выполнена агрессивная риготтомия и с последующим внутрикожным введением липографтов для устранения контрактур.

Третья группа – 4 детей с послеожоговыми рубцами, нарушениями структурного состава кожи. Всем пациентам потребовалось выполнение 1–2 этапов липофиллинга в сочетании с риготтомией, что позволило улучшить пластичность кожи и частично устранить косметический дефект.

У всех пациентов отмечен хороший косметический и функциональный результат. Осложнений не получено.

Выводы: преимуществами данной методики являются:

– устранение косметического дефекта и деформаций;

– формирование и восстановление подкожно – жирового слоя;

– улучшение эластичности кожного покрова;

– улучшение качества психо – социальной адаптации детей с последствиями термических ожогов.

ЗАКРЫТИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рыбченко В.В., Александров А.В., Лагутина А.А.

ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва

Актуальность: сложность реконструкции дистальных отделов нижних конечностей, является одной из актуальных проблем микрохирургии.

Возрастающее число больных с сочетанными повреждениями дистальных отделов нижних конечностей, сложность и длительность их лечения, большая частота осложнений, высокий показатель инвалидизации определяют актуальность данной темы в настоящее время.

Параметры зон микрохирургических лоскутов, ограничивающие применение в детском возрасте:

- Приемлемый косметический и функциональный дефицит
- Длинная сосудистая ножка с диаметром сосуда не менее 2 мм
- Реконструктивный потенциал – свойства кожного покрова, толщина и тканевой состав лоскута и способности к трехмерному ремоделированию.

К таким критическим областям можно отнести лицо, кисть и предплечье, область коленного сустава, стопу, кости, гениталии.

Целью данной работы является определение показаний для различных методик закрытия мягких тканей на дистальных отделах нижних конечностей, который в дальнейшем позволит получить хорошую функцию нижних конечностей.

Пациенты и методы: С 2009 по 2015 год в 6 хирургическом (микрохирургическом) отделении ДГКБ № 13 имени Н.Ф. Филатова пролечено 14 пациентов с дефектами тканей дистальных отделов нижних конечностей:

Выводы: Микрохирургическая аутотрансплантация комплексов мягких тканей, и перемещение лоскутов с осевым типом кровоснабжения является методом выбора при обширных дефектах тканей дистальных отделов нижних конечностей. Данная методика позволяет закрыть дефект тканей и утраченную функцию конечности, и сокращает сроки реабилитации больных.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ ЦИТОСТАТИКА (НІРЕС) У РЕБЕНКА С МУЦИНОЗНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Глазунов А.А., Хороненко В.Э., Соболев Д.Д., Мордвин П.А.

Морозовская детская городская клиническая больница; Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Интраоперационная гипертермическая перфузия цитостатика (НІРЕС) является наиболее оптимальным способом профилактики канцероматоза брюшины в сочетании с радикальным хирургическим вмешательством. Мы представляем первый успешный опыт выполнения подобного вмешательства у ребенка с диагнозом муцинозная аденокарцинома толстой кишки. Девочка 9 лет поступила в нашу больницу с подозрением на острый аппендицит. При УЗИ, выполненном в приемном отделении было выявлено объемное образование брюшной полости, локализованное в области илеоцекального угла. После дообследования девочки (КТ с контрастированием, определение уровня онкомаркеров в крови, колоноскопия), была выполнена лапароскопическая биопсия новообразования, при цитологическом исследовании жидкости из брюшной полости выявлено наличие опухолевых клеток. По результатам морфологического исследования выявлена

муцинозная аденокарцинома толстой кишки (T4N1M0) – опухоль с высоким риском развития канцероматоза брюшины. Ребенок оперирован, выполнена правосторонняя гемиколэктомия, формирование тонко-толстокишечного анатсамоза, биопсия лимфузлов брыжейки тонкой кишки в сочетании с интраоперационной гипертермической перфузией цитостатика на аппарате SunChip в течение 90 мин. Послеоперационный период протекал гладко, признаков развития коагулопатии и микротромбозов, а также органной недостаточности не выявлено. Проводилась интенсивная дезинтоксикационная инфузионная терапия. Восстановление моторики кишечника отмечено на 5 сутки после операции. Длительность госпитализации составила 17 к/д. Через 3 недели после хирургического вмешательства начата противоопухолевая ПХТ по программе FOLFOX. В настоящий момент катамнестическое наблюдение составляет 7 месяцев, признаков

локального рецидива или диссеминации опухолевого процесса по брюшной полости нет. Ребенок находится на амбулаторном наблюдении в удовлетворительном состоянии. Таким образом, проведение интраоперационной гипертермической перфузии брюшной полости раство-

ром цитостатика (НІРЕС) является эффективным способом профилактики канцероматоза брюшины, о чем свидетельствуют многочисленные зарубежные публикации, а также значительный опыт, накопленный отечественными онкологами в отношении взрослых пациентов.

ДВУХЭТАПНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ (ALLPS) У РЕБЕНКА С ГИГАНТСКОЙ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ САРКОМОЙ

Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Глазунов А.А., Куренков И.В., Манукян С.Р., Гурзо Ю.Д.

Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва; Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Двухэтапная (ALLPS) резекция печени является методикой выбора у пациентов с гигантскими опухолями, слабо чувствительными к ПХТ, для которых выполнение радикальной операции в один этап сопряжено с высоким риском развития острой печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. В Морозовской ДГКБ находился на лечении ребенок 3 лет с гигантской эмбриональной саркомой печени, выявленной при обращении матери с жалобами на увеличение объема живота. При УЗИ было выявлено объемное образование правой доли печени, занимающее 2/3 паренхимы всего органа. По данным КТ и МРТ было подтверждено, наличие опухоли, среднее интенсивно накапливающее контрастное вещество, повышение онкомаркеров (АФП). Была выполнена пункционная биопсия, при которой установлен диагноз эмбриональная саркома печени T2bN1Mx, 3 стадия, IRS-III, группа высокого риска, подтвержденный по данным иммуногистохимического исследования. Учитывая высокий риск выполнения радикального оперативного вмешательства, было принято решение о проведении ПХТ. После проведения 4 цикла ПХТ по программе CWS-2009, а затем дополнительно ПХТ второй линии в объеме одного цикла по данным контрольного обследования ожидаемого уменьшения объема новообразования в связи с чем ребенку было выполнена ALLPS-резекция

печени. На первом этапе (in situ split) из лапаротомного доступа была лигирована правая ветвь воротной вены, а также сформирована плоскость резекции паренхимы на основе данных об ангиоархитектонике, полученных при интраоперационном УЗИ. Послеоперационный период протекал благоприятно. При динамическом УЗИ и КТ, выполненных на 2 и 4 сутки согласно волнометрическим расчетам выявлено увеличение объема левой доли печени более чем в 2 раза, в то время как правая доля, пораженная опухолевым процессом, несколько уменьшилась в объеме. На 7 сутки после первого этапа была выполнена непосредственная резекция печени, при этом интраоперационно отмечено значительное увеличение размеров левой доли. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия, на 5 сутки после второго этапа ребенок выписан домой. В дальнейшем было проведено 7 циклов поддерживающей ПХТ по программе CWS-2002. В настоящий момент катамнестическое наблюдение составляет 11 месяцев, по данным контрольного обследования признаков наличия неопластического процесса нет. Таким образом, данное наблюдение крайне интересным и перспективным у пациентов с планируемыми предельно допустимыми резекциями печени в связи с тем, что освещает первый успешный опыт выполнения в России ALLPS-резекции печени у ребенка.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОБЛАТОМЫ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Манукян С.Р.

Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва; Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Нейробластома - одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей детского возраста. Анатомические особенности расположения данной опухоли диктуют необходимость выбора адекватного и безопасного хирургического доступа, а также применение микрохирургической техники для выделения и максимального сохранения всех анатомических структур, проходящих через опухолевую массу. Представлен опыт лечения нейробластомы сложной анатомической локализации в Морозовской детской городской клинической больнице ДЗ г. Москвы нако-

пленный за период с ноября 2013 года по июнь 2016. Были проанализированы 27 пациентов, которым были выполнены радикальные и циторедуктивные хирургические вмешательства. Возраст детей составил от 3 месяцев до 9 лет (среднее значение – 4 года), среди них 47% - мальчиков и 53% - девочек. Первичных пациентов в наших наблюдениях было 82%, а в 18% случаев диагноз был установлен в других лечебных учреждениях. Показаниями к экстренной госпитализации у ряда пациентов (71%) были наличие болевого синдрома, длительной лихорадки, гипотрофии,

симптомов интоксикации. После определения группы риска решался вопрос о сроках выполнения оперативного вмешательства и неоадьювантной полихимиотерапии. Сроки пребывания пациентов в хирургическом стационаре составили от 12 до 32 суток (med-16). Оперативное вмешательство выполнялось, при необходимости, с использованием системы для возврата аутологичной крови Cell Saver. Длительность оперативного вмешательства не превышала 4 часов, даже в тех случаях, когда был необходим этап ангиопластики. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов, что составило 18% от общего числа пациентов оперированных детей. У 1 ребенка в связи с развитием клинической картины спаечной кишечной непроходимости и невозможностью ее консервативного разрешения был выполнен успешный лапароскопический

адгезиолизис. У 2 детей в связи с явлениями послеоперационного хилоперитонеума после травматичного вмешательства на органах забрюшинного пространства была проведена длительная антисекреторная терапия в сочетании с тотальным парэнтеральным питанием, купировавшая лимфоррею. В 2 случаях после удаления новообразования средостения отмечался парез купола диафрагмы с развитием полисегментарной пневмонии. Послеоперационное лечение проводилось в отделении клинической онкологии согласно современным международным протоколам ПХТ – NB. Т. о. лечение детей с нейробластомой сложной анатомической локализации является задачей, реализация которой возможна лишь при наличии хирургии экспертного уровня, а также мощной анестезиологической и реанимационной службы.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ГИСО ЖЕЛУДКА

Рябов А. Б., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Глазунов А. А., Мурчина А. Н.

Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва; Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Гастроинтестинальные стромальные опухоли являются редкой патологией (15–20 случаев на 1 млн.) и, по данным литературы, составляют 0.1–3% всех новообразований желудочно-кишечного тракта. По данным национального регистра Великобритании, ГИСО у детей моложе 14 лет встречаются с частотой 0.02 на 1 млн. в год. Девочка 15 лет поступила в нашу больницу с жалобами на периодические боли в животе, снижение веса за последние 3 месяца. По данным УЗИ было выявлено объемное образование брюшной полости, локализованное в области желудка ближе к антральному отделу. После дообследования девочки (КТ с контрастированием, КТ органов грудной клетки, определение уровня онкомаркеров в крови), выявлено двухузловое образование размерами 3,6 x 4,9 x 7,2 см, исходящее их стенки желудка по малой кривизне, имеющее экзоэндофитный рост. Диссеминации опухолевого процесса и увеличения внутрибрюшных лимфоузлов не выявлено. Была выполнена одномоментная ФЭГДС с глубокой биопсией, которая оказалась неинформативна, и лапароскопическая биопсия новообразования. По результатам морфологического и иммуногистохимического исследования выявлена гастроинтестинальная стромальная опухоль. Ребенок оперирован, выполнена лапароскопическая атипичная резекция желудка, при которой их 4-х троакарного доступа удалось полностью удалить опухоль в пределах здоровых

тканей и ушить дефект передней стенки желудка с использованием сшивающего аппарата Eschelon 60mm. Опухоль удалена из брюшной полости в эндомешке без фрагментации через мини-лапаротомный доступ по Пфаннештилю. Послеоперационный период протекал гладко, на 4-е сутки выполнено рентгеноскопия желудка с оценкой пассажа, которое признано удовлетворительным, начата энтеральная нагрузка. Ребенок выписан на 10-е послеоперационные сутки. По данным цитогенетического исследования мутации гена c-kit не выявлено, ребенку назначена таргетная терапия препаратом Гливек (Иматиниб) 400 мг/сутки с динамическим амбулаторным УЗИ и КТ-контролем. В настоящий момент катamnестическое наблюдение составляет 5 месяцев. По данным контрольного УЗИ и КТ органов брюшной полости с двойным контрастированием через 3 месяца признаков локального рецидива или диссеминации опухолевого процесса нет. Ребенок находится на амбулаторном наблюдении в удовлетворительном состоянии. Таким образом, в случаях отсутствия диссеминации опухолевого процесса при гастроинтестинальных стромальных опухолях эндохирургическое лечение является высокоэффективным и малотравматичным, позволяет сократить сроки реабилитации пациентов, а также добиться превосходного косметического результата без увеличения риска рецидива заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Саввина В. А., Николаев В. Н., Варфоломеев А. Р., Тарасов А. Ю., Петрова Н. Е.

Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова; хирургическое отделение Педиатрического центра РБ №1 – НЦМ, г. Якутск

Цель исследования: оценить результаты лечения болезни Гиршпрунга у детей.

Материалы и методы исследования: с 2007 по 2015 гг. в хирургическом отделении Педиатрического центра

г. Якутска оперировано по поводу болезни Гиршпрунга 14 детей в возрасте от 2 месяцев до 6 лет. Тотальная форма болезни Гиршпрунга наблюдалась у 3 детей (21,4%), субтотальная форма – у 2 (14,2%), ректо-сигмоидная форма – у 6 (43%), ректальная форма – у 3 (21,4%). 7 детям выполнена операция Соаве-Болея, остальным 7 – эндоректальное низведение ободочной кишки.

Результаты: после операции Соаве-Болея в 1 случае выявлена остаточная зона аганглиоза, ребенок оперирован повторно с хорошим функциональным результатом, в остальных случаях: хороший результат в 43%, удовлетворительный – 43% (отмечаются купируемые консервативными мероприятиями запоры, каломазание 1–2 степени у детей после колэктомии по поводу тотальной формы болезни Гиршпрунга). С 2012 года в отделении внедрена методика эндоректального низведения ободочной кишки при ректальном и ректо-сигмоидном поражении ободочной кишки врожденным аганглиозом. Выполнено за исследуемый период 7 операций, все вмешательства проведены без лапароскопической асси-

стенции, максимальная длина мобилизации ободочной кишки составила 50–60 см, самый ранний возраст больного был 2 мес. На фоне превентивной колостомы эндоректальное низведение выполнено у 2 детей. В 1 случае в раннем послеоперационном периоде наблюдалось осложнение в виде параректального абсцесса (ребенок без колостомы), купировано эндоректальным дренированием. Хороший функциональный результат достигнут у большинства больных – 71%, у остальных – удовлетворительный (умеренное каломазание). Немаловажным фактором является косметический результат – отсутствие послеоперационных рубцов.

Выводы: После проктопластик по поводу болезни Гиршпрунга необходимо проводить комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на регулирование устойчивого стула и стимуляцию удерживающей функции. Эндоректальное низведение ободочной кишки является наименее травматичным вмешательством, способствующим снижению послеоперационных осложнений и хорошему косметическому результату.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОРТ СИСТЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Савлаев К. Ф., Шароев Т. А., Иванова Н. М.

Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям, г. Москва

Цель: улучшение результатов лечения и качества жизни детей, больных злокачественными опухолями путем имплантации центральных венозных порт систем.

Материалы методы: в нашей клинике с 2013 года проведена имплантация 92 центральных порт систем у детей от двух месяцев до 17 лет. Всем детям планировалась длительная инфузионная терапия, химиотерапия. После имплантации порт системы начинали введение препаратов в первые минуты по окончании операции. Продолжительность послеоперационного периода составляла 7 дней и была обусловлена заживлением послеоперационной раны.

Результаты: при работе с порт системами мы встречались в 2-х случаях с отрывами катетеров и миграции их в полость правого желудочка, что потребовало рентгенэндоваскулярной операции. Данные осложнения были связаны с применением низкопоточных порт систем определенного производителя. В 8 случаях отмечался тромбоз и фибрирование катетера порта, в связи с не полноценным уходом. В одном случае мы наблюдали миграцию камеры порта, что было связано с нарушением технологии установки. У двух детей отмечалось инфицирование порт систем, проведение консерватив-

ного лечения было неэффективным, в связи с чем порт системы были удалены.

Выводы: через подкожный порт можно: брать кровь на анализы; делать внутривенные инъекции; проводить длительное капельное введение лекарств; переливать препараты крови. Преимущества подкожного порта: уменьшает порою фатальный риск инфицирования; обеспечивает сосудистый и венозный доступ с первых минут до нескольких лет; позволяет многократно вводить препараты химиопрепараты; все препараты вводятся безболезненно; не требуются перевязки; позволяет проводить регулярные безболезненные заборы крови из вены для анализа; психологический комфорт для пациента, так как нет боязни частых и болезненных инъекций; после окончания инфузии и удаления иглы, больной может вернуться к привычному образу жизни, без опасений принимать душ или ванну, плавать в бассейне или море. Имплантация порт систем представляет собой важное направление в педиатрической онкологии, что имеет большое значение с деонтологических и социальных позиций, существенно повышая качество жизни пациентов. Полученные сведения, позволяют рекомендовать имплантируемые порт системы для широкого использования.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА БРОДИ У ДЕТЕЙ

Сафаров А. С., Сафаров Б. А., Ахмедов Р. Ш., Фарозов Х. А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения абсцесса Броды у детей.

Мы располагаем опытом комплексной диагностики и лечения 43 больных с абсцессом Броды у детей. Возраст

больных колебался от 2 до 15 лет. В сроки до 1 месяца от начала заболевания поступили 13 больных, до 2 месяца 11, до 3 месяцев 10 позже 9 больных. До поступления больные лечились по поводу следующих заболеваний: ревматоидный артрит, бруцеллез, неврит и другие. Большинство из них поступили с жалобами на наличие болей в пораженной части кости иногда сопровождающейся повышением температуры тела, пастозность мягких тканей, неэффективности консервативной терапии.

Диагностика абсцесса Броди складывалась из обзорной рентгенографии пораженной части конечности в 2-х проекции с применением свинцовой решеткой разделенной на квадратами. Абсцессы чаще всего располагались в метафизарной и метадиафизарной частей бедренной и большеберцовой костей у 34 (79%) больных, у 7 (16,3%) в плечевой кости и у 2 (4,7%) в пяточной кости.

Тактика лечения больных складывалась из предоперационной подготовки и под общим обезболиванием, производилась пункция полости соответственно меткой в квадратах свинцовой сетки, с помощью специальной внутрикостной иглы. Содержимое полости брали на бактериологическое исследование на флору и чувствительности к антибиотикам. С целью создания полноценного оттока из полости накладывалось одно перфорационное

отверстие в дно полости. Таким образом, полость гнояника промывалась асептическим раствором до полной санации. В последующем с помощью иглы внутрикостно в два приёма вводили растворы антибиотиков.

У 14 (32,6%) больных иглы удалялись в сроках от 6 до 8 дней, у 21 (48,8) от 8 до 10 и у 8 (18,6%) детей иглы удалялись в сроках от 10 до 12 дней. С первого дня больным назначалось антибактериальное, десенсибилизирующее, противовоспалительное, общеукрепляющее и иммуностимулирующие. По очищению полости и удалению иглы больным назначалось препараты кальция (кальций Д3 никомед, остеогенон), улучшающие микроциркуляцию, актовегин, трентал, анаболические гормоны, физиотерапевтические процедуры: УВЧ, электрофорез, озокеритная аппликация.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения в сроках наблюдения до 5 лет оценены по трехбалльной системе. Хорошие результаты отмечены у 33 (76,7%) больных, где на серии рентгенограмм отмечалось полное заполнение полости новыми костными тканями. Удовлетворительные результаты отмечены у 7 (16,3%) больных, где на серии рентгенограмм полости частично заполнялись новыми костными тканями. Неудовлетворительное в 3-х случаях (7%), где отмечалось обострение процесса, больным проводился повторный курс лечения.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сахаров С. П., Аксельров М. А.

Тюменский государственный медицинский университет, Г. Тюмень

Цель исследования: изучить динамику развития инфекционного процесса, вызванного культивируемыми бактериями на фоне ожоговой травмы у кроликов породы «шиншилла».

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели изучена динамика развития инфекционного процесса у кроликов породы «шиншилла» на фоне ожоговой травмы. Под наблюдением находилось 2 группы животных по 16 кроликов в каждой группе: 1-я – кролики, инфицированные подкожно культивируемыми бактериями *P.aeruginosa* и *S.aureus*; 2-я – кролики, инфицированные подкожно некультивируемыми бактериями *P.aeruginosa* и *S.aureus*. На фоне ожоговой травмы животным одновременно вводили смесь бактерий *P. aeruginosa* и *S.aureus* в равной концентрации – 10^5 степени микробных клеток. На фоне наркоза кролики получали ожоговую травму со степенью поражения ШАБ степени, площадь повреждения поверхности тела – 15,5–17,7%.

Динамику развития инфекционного процесса наблюдали в течение 21 дня. Погибших животных вскрывали и определяли во внутренних органах концентрацию бактерий и в гистологических срезах определяли наличие патологических изменений.

Результаты. Культивируемые бактерии на фоне ожоговой травмы вызывали инфекционный процесс во внутренних органах животных на 8–12 день с летальным исходом, а некультивируемые бактерии на фоне ожоговой травмы вызывали гибель животных в результате поражения головного мозга на 2–3 сутки с выделением *P.aeruginosa* из мозговой ткани.

Заключение. На фоне ожоговой болезни в организме кроликов породы «шиншилла» существенное влияние оказывали как культивируемые, так и некультивируемые бактерии. Некультивируемые бактерии *P.aeruginosa* обладали тропизмом к нервной ткани, а у культивируемых бактерий тропизма не выявлено.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Сварич В. Г.

Республиканская детская больница, г.Сыктывкар

Цель: уменьшить риск интраоперационных и послеоперационных осложнений при болезни Гиршпрунга у детей

Материалы и методы: в период с 1988 по 2015 годы под нашим наблюдением находились 129 детей с рек-

тальной и ректосигмоидной формой болезни Гиршпрунга. Из них 79 детей были оперированы с помощью одномоментной трансанальной лапароскопически ассистированной резекции толстой кишки.

Из особенностей техники оперативного вмешательства следует отметить следующее. Разработан простой и безопасный метод установки первого троакара в брюшную полость. Полуокружным разрезом под пупком обнажают пупочный тяж и отсекают последний строго по уровню его перехода в апоневроз, с образованием сквозного дефекта пупочного кольца в свободную брюшную полость, достаточный для введения троакара. Особенность мобилизации толстой кишки заключалась в том, что брыжейку удаляемой части кишки пересекали рядом с краем последней, а мобилизацию брыжейки остающейся части кишки проводили, пересекая магистральный сосуд с оставлением дуги первого порядка, необходимой для сохранения кровоснабжения. Необходимости в восстановлении целостности тазовой брю-

шины и ушивании дефекта брыжейки толстой кишки не было, так как при низведении край брыжейки остающейся в брюшной полости толстой кишки плотно прижимался к интактной тазовой брюшине.

Результаты: через три месяца в ближайшем послеоперационном периоде хороший результат был отмечен у 85,7% пациентов, удовлетворительный у 14,3%, неудовлетворительный результатов не было. Через двенадцать месяцев в отдаленном послеоперационном периоде хороший результат был у всех детей (100%), удовлетворительный и неудовлетворительный результаты отмечены не были. Ни у одного пациента не было зафиксировано каких-либо интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Выводы: использование предложенных вариантов техники трансанальной лапароскопически ассистированной операции при болезни Гиршпрунга у детей позволяет профилактировать риск интраоперационных и послеоперационных осложнений.

СОПРЯЖЕННОСТЬ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИЗНЕФРОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Севергина Л.О., Меновщикова Л.Б., Петрухина Ю.В.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова; ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И. Пирогова

Введение. Основу формирующейся почки составляют три взаимодействующих между собой источника: уретеральная почка (мочеточник, лоханка, чашечки, собирательные трубочки), нефрогенная ткань (почечные канальцы) и мезенхима (сосудистая составляющая, интерстиций). Однако изучению мезенхимального компонента и сосудистой мальформации не уделялось должного внимания.

Целью исследования является морфологическое и иммуногистохимическое изучение проявлений мальформации сосудов почек и признаков дизнефрогенеза при врожденном гидронефрозе (ГН) у 63 детей в возрасте от 2 дней до 15 лет с первичным ГН.

Результаты исследования. Признаки дизангиогенеза (патологическая извилистость интрапаренхиматозных артерий всех калибров, рассыпной или неправильный тип ветвления сосудов, элементы «почкования» сосудов, вариабельность толщины стенки артерий, синусоидное расширение вен) сочетаются с изменениями почечной паренхимы: группы сближенных гломерул, уменьшение числа капиллярных петель в сосудистых клубочках, расширение экстракапиллярного пространства, наличие гломерулярных и канальцевых кист и групп недифференцированных канальцев в корковом слое. Указанные изменения у детей первых недель представлены наиболее ярко.

Проведенное ИГХИ позволяет подтвердить роль различных факторов роста в нарушении формирования сосудов почки и aberrантного нефрогенеза в целом. Так повышенная экспрессия TGF β 1, который поддер-

живает незрелость тубулярных клеток и ингибирует ангиогенез, и его рецепторов в цитоплазме нефроцитов проксимальных и дистальных канальцев, петле Генле, собирательных трубочках, цитоплазме нефроцитов недифференцированных канальцев подтверждает нарушение ангио- и нефрогенеза. Экспрессия TGF β 1 в экстрацеллюлярном матриксе (дериват интерстициальных макрофагов) сопряжена с интерстициальным фиброзом и развитием воспалительной реакции – проявлением вторичных признаков первичного гидронефроза.

Степень нарушения нефрогенеза положительно коррелирует со слабой экспрессией VEGF на клетках сосудистого компонента почки. Именно VEGF стимулирует эндотелиальные клетки и их предшественники к формированию гломерулярных структур. Также можно говорить об ингибирующем влиянии этого фактора на формирование ГМК и нормальной структуры стенки ЛМС, что приводит к развитию межмышечного концентрического склероза. О нарушении процесса формирования паренхимы почки свидетельствует и выраженная экспрессия CD34 на эндотелии капилляров гломерул. и определение α -SMA в стромальных клетках вокруг мелких сосудов интерстиция уже сформированной почки.

Заключение. Проведенный комплексный морфологический анализ биоптатов почек у детей с первичным ГН позволил подтвердить тот факт, что в основе незрелости и гипоплазии почечной ткани лежит процесс нарушения формирования интрапаренхиматозных сосудов.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ТРИХОБЕЗОАРА В ТОНКИЙ КИШЕЧНИК – «СИНДРОМ РАПУНЦЕЛЬ»

Слепцов А. А., Саввина В. А., Варфоломеев А. Р., Николаев В. Н., Корякина А. Д.

Отделение гнойной хирургии педиатрического центра Республиканской больницы № 1 Национальный Центр Медицины г. Якутск РС (Я); Кафедра педиатрии и детской хирургии мединститута СВФУ им. М. К. Аммосова

Введение: Трихобезоар при «синдроме Рапунцель» тонкого кишечника как макропрепарат представляет собой клубок волос, похожий на «длинную косу». «Синдром Рапунцель» является редким и необычным вариантом при котором съеденные волосы проходят мимо желудка и двенадцатиперстной кишки, накапливаются в тонком кишечнике.

Клинический случай: из анамнеза известно, что девочка с психоречевым синдромом, олигофренией, в 2013 году в возрасте 6 лет оперирована в плановом порядке по поводу трихобезоара желудка, в то время длина волос ребенка была до пояса. Со слов родителей, у девочки после выписки сохранялась склонность к поеданию волос и различной шерсти. С целью профилактики родители подстригли волосы ребенка до плеч.

В марте 2016 года девочка с жалобами на боли в животе в течение нескольких дней поступила в отделение гнойной хирургии педиатрического центра в тяжелом состоянии, с выраженным синдромом интоксикации, обезвоживанием, рвотой, высокой температурой. После предоперационной подготовки экстренно оперирована с признаками перитонита. Выполнена верхне-срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости. В просвете тонкого кишечника, начиная от связки Трейтца, на протяжении 60 см пальпируется инородное тело, вызвавшее обтурацию просвета тонкого кишечника. Выше участка инородного тела, на расстоянии от 1 см от связки Трейтца, имеется перфорационное отверстие по брыжеечной стороне кишки длиной до 4 см и шириной до 2 см – наложен двухрядный шов (викрил 5/0). На расстоянии около 50 см от связки Трейтца

выполнена поперечная энтеротомия, удален трихобезоар. Безоар длиной до 60 см с участком расширения, который полностью вызывал обструкцию просвета кишечника. При ревизии трихобезоар состоит из множества коротких волос и различной шерсти. Энтеротомия ушита двухрядным швом (викрил 5/0). Послеоперационный период протекал гладко, проведено лечение согласно стандарта перитонита. В анализах крови девочки отмечалась выраженная гипохромная анемия: ЭР-5,7, Нв- 87 г/л.

Ребенку выставлен диагноз «синдром Рапунцель» – редкое заболевание, при котором пациенты съедают свои волосы, последние могут накапливаться в кишечнике, вызывая клинику непроходимости и перфорации. Данное заболевание встречается достаточно редко.

Выводы:

- У детей, страдающих психическими отклонениями, имеющих гипохромную анемию, отмечается извращение вкуса, что может способствовать возникновению трихотилломании и триховагии.
- Причиной попадания волос в тонкий кишечник с последующей его обтурацией может служить короткая длина волос, так как более длинные волосы образуют клубок в желудке.

Рекомендации:

1. В комплексе послеоперационном лечении детей с «синдромом Рапунцель» необходимо купировать признаки гипохромной анемии.
2. При невозможности отучить ребенка от поедания волос, показана стрижка налысо.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

Слизовский Г. В., Кужеливский И. И., Федоров М. А., Козырев А. А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

В числе симптомов поражения опорно-двигательного аппарата у ребенка при ДЦП часто выявляются контрактуры суставов конечностей и деформации опорно-двигательного аппарата. При этом контрактуры всегда являются вторичными.

Мнения хирургов и ортопедов-травматологов о сроках, показаниях и этапности оперативного лечения детей с осевыми деформациями стоп и голеней различные. Показаниями к оперативному лечению являются: наличие деформации, болевой синдром, нарушение функции стоп, затруднение при ношении обуви, косметические дефекты стопы, безуспешность консервативной терапии.

Цель – снижение травматизации и осложнений за счет одномоментной установки корректора в субта-

ранное пространство, корректирующего плосковальгусную деформацию стопы.

Метод основан на хирургической коррекции паралитической плосковальгусной деформации стоп у детей. Выполняют косо направленный кожный разрез чуть кпереди и дистально наружной лодыжки в длиной до 4 см, выполняют послойный доступ к подтаранному суставу, из синуса с помощью кусачек Льюера удаляют рубцовую ткань, и связки заполняющие подтаранный сустав. Суставную поверхность таранной кости и среднюю и переднюю фасетки пяточной кости зачищают от хрящевой ткани с помощью ложечки Фолькмана, хрящевую ткань удаляют полностью до кровяной росы. Стопу выводят в положение нормокоррекции. В область подтаранного

сустава с помощью специального инструмента выполняют подбор размера импланта конической формы из пористого никелида титана размером от 10 мм до 18 мм. После подбора оптимального по размеру импланта с максимально возможной степенью коррекции деформации стопы одномоментно устанавливают в полость подтаранного сустава основанием обращенным кнаружи стопы, под углом до 15 градусов к фронтальной плоскости, далее, с помощью зажима Кохера дополнительно закрепляют в суставе с помощью добойника. Выполняют пробные движения стопой для проверки, того что имплант стоит в суставе плотно, тенденции к миграции нет. Рану послойно, наглухо ушивают викрилом, без оставления дренажа. Накладывают отдельные швы викрилом на кожу. Асептическая повязка на область послеоперационного шва. На нижнюю конечность накладывают подложку под гипс, далее на нижнюю конечность накладывают циркулярную гипсово-полиуретановую повязку от верхней трети голени до кончиков пальцев, стопу фиксируют под прямым углом. Пневмогутт распускают.

Контрольную рентгенограмму выполняют через 3–5 дней от операции в прямой и боковой проекциях в гипсовой повязке.

Нахождение в гипсово-полиуретановой повязке составляет до 8–12 недель от операции, контрольные снимки в 6 и 8 недель от операции, гипсовую повязку снимают при условии создания косного блока вокруг имплантата из никелида титана, и отсутствии болевых ощущений или дискомфорта в проекции подтаранного сустава стопы. После снятия гипсовой повязки назначают обязательное ношение ортопедической обуви с фиксированной пяткой, высоким жестким берцем, и стелькой с внутренним поднятым краем, с целью максимальной разгрузки медиального отдела стопы, ношение данной обуви в течение 6 месяцев со дня оперативного вмешательства. В 6 месяцев выполняют контрольную рентгенограмму стопы в прямой и боковой проекциях. Далее контрольные рентгенограммы стопы в прямой и боковой проекциях выполняют 1 раз в 12 месяцев с последующей консультацией врача детского ортопеда.

ОПЕРАЦИЯ ПЕНЬЯ – 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ НИЗКИХ И ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ФОРМАХ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕВОЧЕК

Смирнов А. Н., Холостова В. В., Залихин Д. В., Адлейба С. Р.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Заднесагиттальная аноректопластика по методике предложенной Альберто Пенья является «золотым стандартом» в лечении атрезии прямой кишки у девочек с ректо-вестибулярными и ректо-перинеальными свищами во всем мире, несмотря на предлагаемые многочисленные модификации этой методики. В клинике детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова на базе ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова операция Пенья выполняется с 1982 года, к настоящему времени накоплен опыт лечения у 354 детей в возрасте от 14 суток до 5 лет. Операции выполнялись по классической технологии, так что, за прошедший период времени усовершенствования техники операции касались только использования более современного инструментария для коагуляции и разделения тканей, шовного материала и применения современных аппаратов для миостимуляции структур анального сфинктера.

Ряд девочек были оперированы повторно, в силу ранее перенесенных неудачных вмешательств (32 ребенка). На момент поступления 78 детей являлись носителями колостом, остальным детям стома накладывалась как первый этап оперативного лечения в нашей клинике. Причем, до 2007 года применялась раздельная трансверзостома, с 2007 года по н.в. – подвесная колостома на первой петле сигмовидной кишки с защитой против заброса содержимого в отводящий отдел стомы. Наложение стомы осуществлялось одновременно с основным этапом операции – аноректопластикой. После окончания хирургического лечения всем детям проводились реабилитационные мероприятия длительностью до 5–6 лет и более.

Осложнения, связанные со стомами, отмечены у 60 (16,9%) детей. Среди них можно выделить осложнения кишечных стом (%): эвагинация стомы 27 (7,6%), заброс кишечного отделяемого в отводящий конец стомы – 18 (5%), расхождение кожной раны между концами стом (только при раздельной трансверзостоме) – 15 (4,2%).

В ходе проведения аноректопластики интраоперационно повреждение задней стенки влагалища отмечалось у 48 (13,5%) детей, однако, данный факт не отражался на дальнейшем течении послеоперационного периода и не считается осложнением. В раннем послеоперационном периоде отмечена ретракция задней стенки низведенной кишки с развитием серозно-слизистого затека у 3 (0,8%) детей.

Результаты лечения оценивались в сроки через 6 и 12 мес после окончания лечения, а затем ежегодно до 6–7 лет у большинства детей. В более старшем возрасте наблюдались дети, имеющие нарушения моторно-эвакуаторной функции.

В отдаленные сроки преобладающими нарушениями были: избыток слизистой в области неоануса 52 ребенка (14,6%), выпадение прямой кишки – 10 (2,8%), стеноз неоануса – 21 (5,9%). Все эти осложнения были устранены хирургическим путем или путем бужирования неоануса при его стенозе. Моторно-эвакуаторные нарушения в виде запоров и недержания кала (каломазания) отмечены у 178 (50,2%) и 85 (24%) детей соответственно. Подобные состояния подлежали консервативному лечению, в т. ч. с применением БОС-терапии с положительной динамикой у подавляющего большинства пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МАЛЬРОТАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ. МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Смирнов А. Н., Соколов Ю. Ю., Субботин И. В., Холостова В. В., Залихин Д. В., Фатеев Ю. Е., Степанов А. Э., Ионов А. Л., Аверьянова Ю. В., Кирсанов А. С.

РНМУ им. Н. И. Пирогова; РМАПО Минздрава РФ; РДКБ Минздрава России

Цель: создание алгоритма диагностики и дифференцированного подхода к лечению различных вариантов незавершенного поворота кишечника (НПК) у детей старше периода новорожденности

Частота встречаемости синдрома мальротации по данным различных литературных источников колеблется от 0,8: 1000 до 1: 500 и является не редкой причиной кишечной непроходимости у как у новорожденных, так и у детей старшего возраста. Однако, у детей старше периода новорожденности в связи с малосимптомным, длительным течением, неспецифичностью симптомов диагностика нарушения фиксации и ротации кишки затруднена.

Материалы и методы: Нами проанализирован материал 5 клиник за 15-летний период. Количество изученных пациентов – 64, что, учитывая редкость патологии, представляет большую клиническую группу. При анализе возрастной структуры пациентов отмечено, что чаще обращались пациенты дошкольного и старшего школьного возрастов, что совпадает с основными периодами роста детей. Клинические проявления сгруппированы в 3 группы: дети с длительным неспецифическим гастроэнтерологическим анамнезом (78%); пациенты с картиной острой высокой кишечной непроходимости (19%). У 2-х детей (3%) мальротация была выявлена случайно при проведении УЗИ. Основными клиническими проявлениями в нашем исследовании ведущее место заняли периодические боли в животе, что составило 82%, также наиболее часто встречаемым является синдром рвоты, часто с примесью желчи (данный симптом нам встретился в 76%). Запоры также явились одним из наиболее частых клинических симптомов (порядка 31%). Синдром мальабсорбции (в т. ч. периодическая диарея) 15.6%; эрозивный гастрит 9.38%; астенический синдром 4.7%; бронхиальная астма, ГЭРБ на фоне синдрома рвоты 6.3%; кровь в стуле 3.13%; болезнь Крона 1.6%. Одной из характерной особенностей всех клинических про-

явлений является наличие светлых промежутков между симптомами. Выявлены патогномичные эхо-признаки НПК: расширение двенадцатиперстной кишки 100% случаев, маятникообразная перистальтика 100%, спиралевидный ход верхней брыжеечной вены закручивающейся вокруг верхней брыжеечной артерии, расширение вен брыжейки средней кишки, эхографический симптом «улитки» которая включает в себя прямо идущую верхнюю брыжеечную артерию с наличием спиралевидного хода вокруг нее верхней брыжеечной вены и кишки, высокий индекс резистентности, снижающийся в послеоперационном периоде. При рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ ведущими рентгенологическими симптомами являются «штопорообразный» ход тонкой кишки и расположение тонкой кишки слева от позвоночного столба. Патогномичными рентгенологическими симптомами при ирригографии выявлены: высокое стояние купола слепой кишки в эпигастрии; мегаколон (12,5%), что может объясняться, на наш взгляд, гипомоторикой ЖКТ. В 55% выполнена лапаротомия, 35% оперированы лапароскопически, из которых в 10% случаев была выполнена конверсия. Основными этапами хирургического лечения явились – разделение эмбриональных тяжей (100%) и деторзия средней кишки, выполненная у большинства пациентов (87%). Разработан алгоритм эффективного лапароскопического устранения заворота. Восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту имеет прямую зависимость от степени расширения ДПК и составила от 5–6 суток до 2–3 мес. Болевой синдром и явления мальабсорбции купируются уже в раннем послеоперационном периоде. Осложнений связанных с операцией и летальных исходов не было. Таким образом, выработанный нами алгоритм обследования пациентов с синдромом мальротации старше периода новорожденности, позволяет выбрать оптимальный способ и объем оперативного лечения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

Смирнов А. Н., Чирков И. С.

РНМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Отличительным моментом подавляющего количества вентральных грыж у детей является то, что внутренние органы, находящиеся в грыжевом мешке, никогда не имели своего вместилища в брюшной полости, которая у большинства пациентов недоразвита. Частота данной нозологии относительно врожденных пороков

этой анатомической области имеет прямую корреляцию с ними.

Целью исследования явилось изучить результаты лечения детей с обширными вентральными грыжами.

Материалы и методы: В ДГКБ№13 им. Н.Ф. Филатова с 2001 года в поле нашего внимания попало

64 ребенка с вентральной грыжей среднего ($n = 21$) большого ($n = 34$) и гигантского размера ($n=9$). Всем детям выполнена оперативная коррекция: местными тканями ($n=42$), с образованием дубликатуры апоневроза по типу «пол пальто» ($n=13$) и с использованием биоимплантата Permacol ($n=9$). При отсутствии критического показателя висцеро-абдоминальной диспропорции предпочтение отдавалось пластике местными тканями. Для закрытия вентральной грыжи пот типу «пол пальто» использовали встречные лоскуты апоневротического растяжения белой линии живота. Материал Permacol мы использовали при лечении вентральных грыж с целью закрытия дефекта грыжевых ворот только тогда, когда интраоперационно невозможно было осуществить радикальную пластику местными тканями. В этом случае выполняли безнатяжную пластику по типу Underlay. Также детям с отсутствием пупка выполнена одномоментная неоумбилопластика. Результаты: Безусловно радикальная хирургическая коррекция вентральной грыжи местными тканями «край

в край» выполненная нами у 64% больных включенных в исследование выполненная в максимально возможном раннем возрасте (1–3 года) нами у 60,9% является наиболее приемлемым видом оперативного лечения.

Выводы: Наиболее адекватным методом хирургического лечения вентральных грыж у детей, является радикальная пластика местными тканями «край в край», в наиболее возможный ранний срок, с максимальным восстановлением нормальной анатомии мышц брюшного пресса. Материал Permacol показан к применению при лечении вентральных грыж с целью закрытия дефекта грыжевых ворот, когда интраоперационно невозможно осуществить радикальную пластику местными тканями. В этом случае рекомендовано выполнить безнатяжную пластику по типу Underlay. Только натяжная гернеопластика «край в край» с сочетанием с неоумбилопластикой у детей после этапного оперативного (по методике Гросса) и консервативного лечения омфалоцеле у 64% больных позволила добиться отличного функционального и косметического результата.

ОПЕРАЦИЯ СОАВЭ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ – 50-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Смирнов А. Н., Дронов А. Ф., Холостова В. В., Залихин Д. В., Маннанов А. Г.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова (Москва)

В клинике детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова к настоящему времени накоплен 50-летний опыт применения операции Соавэ в лечении детей с болезнью Гиршпрунга всех возрастных групп. Подробный анализ результатов лечения и сравнения традиционного 2-х этапного и современного малоинвазивного вариантов операции Соавэ проведен с 2000 года и включает истории 256 детей в возрасте от 0 до 15 лет. Среди проанализированных больных часть детей были радикально оперированы по месту жительства – 21 человек (8,2%) и госпитализированы в связи с развитием рецидива заболевания (18 детей (7%)) или поздних осложнений (3 ребенка (1,2%)).

Части пациентов (48 детей (18,7%)) до поступления в клинику была предварительно наложена кишечная стома. В работе проанализированы многообразные способы хирургической коррекции болезни Гиршпрунга, применяемые в зависимости от клинической ситуации: традиционная лапаротомная операция Соаве – 108 пациентов; лапароскопически-ассистированное низведение толстой кишки по методике Соаве-Джорджсона – 118 пациентов; трансанальное низведение толстой кишки без вмешательства на брюшной полости – 15 детей. Осложнения

возникли у 60 пациентов (23,4%), в том числе, стеноз анастомоза 17 (6,7%), энтероколит 22 (8,6%), несостоятельность коло-ректального анастомоза различной степени – 4 (1,5%).

Повторные вмешательства выполнены у 46 пациентов в связи с наличием остаточной аганглионарной зоны или осложнений. Критериями для оценки результатов лечения служили моторно-эвакуаторные нарушения – запоры, недержание кала и энтероколит. Результаты лечения оценены как отличные у 92 пациентов (59,7%), хорошие – 45 (29,2%), удовлетворительные – 12 (7,8%), неудовлетворительные – 3 (1,9%), плохие – 2 (1,3%).

Имея длительный и обширный опыт применения операции Соавэ у детей, можно сказать, что данная методика, адаптированная к условиям малоинвазивной хирургии является высокоэффективной в лечении болезни Гиршпрунга у детей. Однако, одноэтапность хирургического вмешательства обуславливает более высокий риск осложнений со стороны коло-ректального анастомоза. Отдаленные результаты применения традиционного и эндохирurgicalического способа выполнения операции Соавэ не имеют достоверных различий.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Смирнов А. Н., Голованев М. А.

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Проблема острого аппендицита является актуальной как среди взрослых, так и среди детей. И остается от-

крытым вопрос в выборе тактики оперативного лечения детей с данной патологией. Во многих клиниках до сих

пор выполняется открытая аппендэктомия при осложненных формах аппендицита.

С целью обоснования выбора методики оперативного лечения при осложненных формах острого аппендицита было проведено ретроспективное исследование.

В ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за период с 2009 по 2015 гг. находилось на лечении 1456 детей в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом острый аппендицит. Из них осложненных форм было 273 ребенка (периаппендикулярный инфильтрат – 138, периаппендикулярный абсцесс – 74, перитонит – 61). При этом пик заболеваемости отмечен в возрасте от 6 до 14 лет.

Всем детям, поступавшим в клинику с диагнозом «острый аппендицит», помимо общих физикальных методов обследования, так же выполнялось предоперационное обследование: определение количества лейкоцитов и лейкоцитарная форма, выполнялся анализ КОС, биохимическое обследование. До операции детям выполнялось УЗИ исследование.

В зависимости от состояния ребенка проводилась предоперационная подготовка. Критериями для проведения предоперационной подготовки являлись: температура тела выше 38 С., частота сердечных сокращений свыше 90 ударов в минуту, частота дыхания выше

20 в минуту, выраженные метаболические нарушения, гиповолемия.

Всем детям выполнялась лапароскопия, устанавливались 3 троакара в типичных местах. В зависимости от размеров червеобразного отростка в пупок или над лонном устанавливался 11-миллиметровый троакар. Производилась ревизия брюшной полости. В последующем выполнялась лапароскопическая аппендэктомия, традиционным или ретроградным способом. На основании червеобразного отростка накладывалось две петли Рёдера. Конверсий не было. В случае невозможности удаления червеобразного отростка по техническим причинам, производилось дренирование брюшной полости. Оперативное лечение на данном этапе заканчивалось. Детям назначалась антибактериальная терапия, аппендэктомия производилась в холодном периоде после рассасывания инфильтрата.

Показаниями к дренированию брюшной полости являлись: наличие выпота в брюшной полости, разделение периаппендикулярного инфильтрата, остаточная полость после санации периаппендикулярного абсцесса. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. На 5–6 сутки производился УЗИ-контроль, повторный анализ крови и мочи. Дети выписывались домой на 6–7 послеоперационные сутки.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРЕСАКРАЛЬНЫМИ ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМ

Соколов Ю. Ю., Исаев В. Ю., Сафин Д. А., Глизнуцын О. Е., Лупенко Д. Ю., Ольхова Е. Б.

РМАПО МЗ РФ; ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», г. Москва; ГБУЗ ДГКБ №15, г. Пермь

В структуре детских хирургических заболеваний пресакральные объемные образования встречаются редко, что наряду с отсутствием специфичных жалоб у пациента и родителей и низкой настороженностью у врачей первичного звена, обуславливает трудности диагностики данной патологии.

Цель: проанализировать опыт лечения детей с пресакральными объемными образованиями.

Материалы и методы. За последние годы на лечении находились 12 детей с пресакральными объемными образованиями. Поводом для госпитализации послужили жалобы на боли в животе, а так же длительные и упорные запоры. Возраст больных был от 2 мес. до 17 лет. Распределение по полу: 7 девочек и 5 мальчиков (1,4:1). Предоперационное обследование включало объективный осмотр с ректальным исследованием, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости трансабдоминальным и трансперинеальным сканированием, ирригографию, компьютерную томографию с внутривенным контрастным усилением, магнито-резонансную томографию.

Результаты. В результате проведенного обследования у 8 (66,7%) детей выявлен синдром Куррарино,

включающий в себя мальформацию аноректальной области, пресакральное объемное образование и порок развития крестцовых позвонков. В остальных 4 (33,3%) наблюдениях имелись изолированные пресакральные образования. Оперированы 11 детей. В одном случае при подтвержденном злокачественном характере опухоли ребенок переведен в РОНЦ им. Блохина. Выбор оперативного доступа определялся уровнем расположения объемного образования и видом порока развития прямой кишки. При наличии мальформации прямой кишки и локализации образования ниже S4 позвонка операция выполнялась из задне-сагиттального доступа. При расположении образования выше S4 позвонка (в 1 случае) использована комбинация лапароскопии и задне-сагиттального доступа. По результатам патогистологического исследования зрелая тератома выявлена в 7 (58,4%) случаях, незрелая тератома – в 2 (16,6%), дермоидная киста – в 2 (16,6%) и гамартома – в 1 (8,4%) наблюдении.

Выводы. Таким образом, наличие у детей пресакрального объемного образования требует точной топической диагностики, что определяет выбор оптимального оперативного доступа.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНФРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ КИСТОЗНЫХ УДВОЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Соколов Ю. Ю., Зыкин А. П.

ГБОУ ДПО РМАПО; ДГКБ святого Владимира ДЗМ

Цель: оценить эффективность эндохирургических вмешательств у детей с инфрадиафрагмальными кистозными удвоениями (КУ) пищеварительного тракта.

Материалы и методы: С 2007 по май 2016 годы были оперированы 69 детей в возрасте от 5 дней до 15 лет с КУ отдела пищеварительного тракта различной локализации. Из них инфрадиафрагмальные диагностированы у 48 детей, из них кистозные удвоения кардиального отдела пищевода – у 2, кистозные удвоения дна и тела желудка – у 6, кистозные удвоения желудка с локализацией в поджелудочной железе – у 2, гастродуоденальное удвоения – у 4, удвоения желудка с ретроперитонеальной локализацией – у 2, парафатериальное удвоение ДПК – у 1. Удвоения тонкой кишки наблюдались у 16. Удвоения баугиниевой заслонки – у 3. Удвоения ободочной и сигмовидной кишки – 8. Кистозное изолированное удвоение прямой кишки – у 1 ребенка. Наличие множественных удвоения пищевода и желудка в сочетании с внедолевой легочной секвестрацией и эзофагеальным бронхом установлено у 1 ребенка. Торакоабдоминальные сообщающиеся удвоения ДПК диагностированы в 2 случаях.

Клинические симптомы присутствовали у 33 (68,8%) детей. Диагностическая программа включала применение МСКТ и МРТ, по показаниям – рентгеноконтрастного исследования ЖКТ, ФГДС, ирригография. Кистозные удвоения желудка и тонкой кишки были диагностированы при антенатальном УЗИ в 5 случаях. До операции правильный диагноз удалось установить у 34 (70,8%) больных, в остальных случаях наличие удвоений ЖКТ было подтверждено в ходе или лапароскопии.

Результаты. Миниинвазивные вмешательства выполнены у 44 детей. Энуклеацию кистозного удвоения абдоминального отдела пищевода с сохранением собственной слизистой оболочки и последующим восстановлением мышечного слоя пищевода произвели в 2 случаях, в 1 случае операция выполнена в тотальном лапароскопическом варианте, 1 – комбинированным торако- и лапароскопическим способом. Кистозные удвоения желудка энуклеированы лапароскопически у всех

больных. Удвоения, переходящие с привратника на медиальную стенку ДПК, были фенестрированы с демукозацией внутренней оболочки у 4 детей. КУ желудка, расположенные в области хвоста поджелудочной железы и в забрюшинном пространстве, были иссечены 4 детям. При парафатериальном удвоении ДПК была выполнена трансдуоденальная фенестрация стенки кисты. При удвоениях тонкой кишки тотально лапароскопически операцию удалось провести у 9 пациентов, у 7 – в лапароскопически-ассистированном варианте. Энуклеация кистозного удвоения тонкой кишки выполнена у 12 детей, резекция сегмента кишки с формированием энтероэнтероанастомоза – 4 детей, из них с применением сшивающего аппарата – в 3 случаях. Удвоения баугиниевой заслонки энуклеированы с сохранением илеоцекального угла у 2 пациентов, операции выполнены лапароскопически-ассистированно. У одного ребенка с илеоцекальной инвагинацией и некрозом илеоцекального угла выполнена лапаротомия и резекция илеоцекального угла с наложением межкишечного анастомоза. Удвоения толстой кишки энуклеированы лапароскопически у 2 детей, лапароскопически-ассистированно – у 3, в 2 случаях выполнена резекция сегмента кишки с формированием анастомоза лапаротомным доступом. Ребенку с удвоением прямой кишки выполнено выделение кисты лапароскопически. В наблюдении торакоабдоминального удвоения ДПК потребовалась конверсия с переходом на торако- и лапаротомию. В раннем послеоперационном периоде в 1 случае после иссечения гастродуоденального КУ выполнена лапаротомия с ушиванием дефекта стенки ДПК. В остальных 47 наблюдениях осложнений не отмечено.

Выводы. У детей возможна эндовидеохирургическая коррекция удвоений пищеварительного тракта. Миниинвазивные вмешательства могут быть применены в разных возрастных группах больных при различных локализациях и анатомических вариантах пороков.

СТАДИИ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Соловьев А. Е., Шатский В. Н., Гудков Р. А.

Рязанский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Клиническая диагностика инвагинаций кишечника у детей не всегда точно отражает тяжесть заболевания, что может быть причиной тактических и лечебных

ошибок. Более объективным критерием, который позволяет определить стадию инвагинации, является степень эндотоксикоза. О степени эндогенной интоксика-

ции судили по уровню веществ средней молекулярной массы

(СММ 1, СММ 2), лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), активности АЛТ, АСТ. Исследования проводились при поступлении на 3, 5, 7 и 10 сутки после дезинвагинации.

Анализируя клинические и лабораторные данные у 143 детей мы попытались уловить динамику токсимии. Известно, что изменения микроциркуляции после дезинвагинации приводят к нарастанию уровня метаболитов и продуктов распада. Их уровень будет зависеть от стадии инвагинации, способа дезинвагинации и качества послеоперационного ведения.

Клиническое обследование детей с учетом лабораторных и инструментальных методов позволило нам выделить 3 стадии инвагинации: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную. Наиболее выраженные сдвиги гомеостаза отмечены у детей в поздних стадиях, по-видимому, за счет значительного всасывания продуктов распада через поврежденную стенку кишечника. По-нашему мнению, улучшить результаты лечения после дезинвагинации можно лишь стабилизировав гемодинамику, нормализовав микроциркуляцию, проведя интубацию кишечника, а также используя методы экстракорпоральной детоксикации, например плазмофорез, опережающе нарастанию токсемии.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Соловьев А. Е., Шатский В. Н., Гудков Р. А.

Рязанский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

В клинике оперирован 61 ребенок в возрасте от 1,5 до 14 лет с уретерогидронефрозом одной из удвоенных почек. У 14 детей причиной заболевания явилась внутрипузырная эктопия одного из устьев мочеточника, у 13 – врожденный стеноз, у 16 – уретероцеле, у 18 – пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

В связи с полной утратой функции одной из удвоенных почек 15 детям произведена гемиуретеронефрэктомия, 7 – геминефрэктомия. При этом у 10 больных обнаружена эктопия одного из удвоенных мочеточников, у 12 – уретероцеле. У 16 детей иссекали пораженный мочеточник до мочевого пузыря из 2 разрезов. У 6 детей с эктопией мочеточника произвели геминефрэктомию без иссечения пораженного мочеточника.

Лоханочно-лоханочный анастомоз сформирован у 12 детей, мочеточниково-лоханочный – у 16 детей, мочеточниково-мочеточниковый анастомоз – у 11 детей. Отличный и хороший результат отмечен у детей при формировании лоханочно-лоханочного и мочеточниково-лоханочного анастомоза.

Анализ отдаленных результатов свидетельствует, что при отсутствии пузырно-мочеточникового рефлюкса наложение анастомозов без удаления пораженного мочеточника и уретероцеле в дальнейшем не нарушает уродинамику верхних мочевых путей. Менее благоприятные результаты отмечены при наложении межмочеточникового анастомоза, особенно в нижней трети.

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ D. NUSS

Стальмахович В. Н., Дюков А. А., Дуденков В. В., Дмитриенко А. П.

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная Медицинская Академия последипломного образования»; ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница», г.Иркутск

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) у детей относится к тяжелым порокам развития, представляющим определенные трудности для коррекции. При выраженной степени деформации у пациентов имеется грубый косметический дефект и функциональные нарушения сердечно-сосудистой и дыхательных систем.

Цель исследования – улучшить результаты лечения ВДГК путем углубления знаний о редких осложнениях торакопластики по методу D. NUSS.

Материалы и методы. С 2002 до 2016 года было выполнено 218 торакопластик по классической и модифицированной методике NUSS. Проведение металлоконструкции в загрудинном пространстве осуществлялось под контролем видеоторакокопии.

Результаты: У 4-х детей встретились редкие осложнения: перелом грудины на уровне ее сочленения рукоятки и тела (возникло через 1,5 мес. после торакопластики); развитие напряженной гематомы в фиброзной капсуле, сформировавшейся вокруг металлоконструкции (возникло через два года после выполнения торакопластики); ущемление порции широчайшей мышцы спины под металлоконструкцией (возникло у пациента через 1,5 года после торакопластики); частичная компрессия подключичного сосудистого пучка (возникло в раннем послеоперационном периоде).

Заключение. Все осложнения можно было профилактировать при условии индивидуального подхода к каждому из пациентов: металлоконструкция не должна доходить до широчайшей мышцы спины 1,5–2,0 см.,

что предотвратит ее ущемление. При наличии диспластического Морфаноподобного синдрома, при ригидной грудной клетки у юношей в возрасте 17–18 лет и ВДГК по типу «каньона», следует при торакопластики использовать две пластины, что предупредит избыточное давление на одно опорное ребро и не приведет к вторично-

му перелому грудины или повреждению межреберных сосудов. При ригидной грудной клетке у юношей целесообразно использовать для торакопластики методику, разработанную нами и предусматривающую частичную хондротомию деформированных ребер, что уменьшает нагрузку на опорные ребра.

ВНУТРИКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Степанов М. А., Пискалов А. В., Злобин Б. Б.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск

Резюме. Большая часть диафизарных переломов предплечья у детей может лечиться консервативно в гипсовой повязке, показаниями для оперативного вмешательства переломов предплечья у детей включают открытые переломы, невправимые переломы и нестабильные переломы.

Цель. Рассмотреть показания, функциональные результаты и наш взгляд на оперативное лечение интрамедуллярными титановыми эластичными штифтами (Titanic Glastic Nail – TEN)

Методы. 27 детей оперативное лечение интрамедуллярными титановыми эластичными штифтами (TEN). Возраст пациентов 5–16 лет. Показания к операции: диафизарные переломы предплечья со смещением отломков по длине, нестабильные переломы одной или обеих костей предплечья. Стержни вводились интрамедулярно, под контролем С-дуги, по стандартной методике, минуя зоны роста. Особое внимание обращали, чтобы не ранить сухожилия разгибателя и поверхностный лучевой кожный нерв. Тэны вводились ретро- или антерградно в зависимости от вида и уровня перелома. Длина гвоздя была измерена от ближайшего до дистального эпифиза под усилителем рентген изображения. Диаметр тэна подбирались от 1,5 до 3 мм в зависимости от диаметра размера мозгового канала на уровне isthmus. Свободные концы стержней были введены в толщу тканей под кожей. Шинирование руки использовалось во всех случаях от 4 до 6 недель. Физиотерапия и лечебная физкультура была начата как можно раньше.

Результаты. Открытая репозиция потребовалась у 1 пациента из-за трудной катетеризации тэном, в связи с давностью перелома (более 2 недель) и наличия мозоли в мозговом канале. Среднее время консолидации, которое

определяется как наличие веретенообразной костной мозоли на рентгенограммах, составляло два месяца (диапазон 1,5–3 месяца). Результаты были превосходны у 25 пациентов и хороши в остальных случаях. Никаких случаев несрастаний или неправильных сращений не было. Воспалительных явлений, случаев нагноения не было. С осложнениями, такими как несоответствие длины конечности, влияние на функции конечности, эпифизарное повреждение, угловую или вращательную деформацию, синостоз или ограниченное движений в локтевом суставе мы не обнаружили на протяжении 3 лет. 18 пациентов перенесли операцию по удалению имплантата. Удаление стержней проводилось по результатам клинко-рентгенологического сращения, под региональным или общим наркозом. Длительность пребывания в стационаре 7,1±1,4 суток.

Обсуждение. Большинство педиатрических переломов предплечья может быть излечено консервативно закрытым сращением. Диафизарные переломы не восстанавливают допустимые деформации полностью, оставляя функциональные недочёты; поэтому, они требуют более анатомичного сопоставления. Доказано, что угловая деформация 20° ограничит вращение предплечья приблизительно 30%. Гибкий внутрикостный остеосинтез – предпочтительный метод фиксации для педиатрических переломов предплечья. В нашем случае несрастания или неправильные сращения не встречались. Не было никаких отмеченных инфекций. Метод позволяет выполнить закрытую анатомичную репозицию и достаточную фиксацию отломков, при этом минимально травмируя мягкие ткани. Техника введения ТЭНов оригинальна, быстра. А также, что важно у детей, отсутствует травматизация зон роста.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Стрюковский А. Е., Тараканов В. А., Нестерова И. В., Старченко В. М., Надгериев В. М., Колесников Е. Г., Терещенко О. А., Пилипенко Н. В., Шатов А. В., Левченко И. С.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель: разработка комплексной программы реабилитации детей с аноректальными пороками развития.

Считаем, что задачами реабилитации данного контингента больных являются: профилактика и лечение рубцовых стенозов в области кожно-слизистого перехода, купирование недостаточности анальных сфинктеров – частота встре-

чаемости в послеоперационном периоде – до 99%, коррекция вторичных иммунодефицитных состояний и дисбиоза кишечника, которые диагностируются в 100% случаев.

Располагаем опытом лечения 67 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных агенезий. Из них были составлены 2 группы больных, сопостави-

мые по возрастному-половому составу и анатомическим формам порока: контрольная группа – 34 больных обоих полов в возрасте от 6 до 18 месяцев, составленная историческим методом; и основная группа больных – 33 пациента.

В контрольной группе реабилитацию начинали проводить по окончании этапного оперативного лечения. «Воспитание» актов дефекации проводили по классической схеме: общее физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, контрастные ванночки, у детей старше года – тренировочные клизмы. Для профилактики и лечения стенозов ануса использовали: пальцевое бужирование и металлические бужи. Коррекцию дисбиоза кишечника проводили по методике тотальной деконтаминации. Изучение иммунного статуса не проводилось.

Реабилитацию основной группы детей с аноректальными мальформациями начинали проводить сразу по

сле завершения промежностного этапа хирургического лечения. Наряду с традиционными методами, в неё были включены: местная физиотерапия (эндоректальные биполярные и монополярные электростимуляционные аппаратами «Эндотон-01Б» и «Ультратон»). Профилактика анальных стенозов проводилась с применением вибробуживания. Коррекция дисбиоза кишечника проводилась по методике селективной деконтаминации, под контролем анализа кала на дисбактериоз. Коррекцию вторичных иммунодефицитных состояний проводили направленными иммуномодуляторами (виферон, имунофан) под мониторинг-контролем иммунограммы.

Заключение: применение данной программы реабилитационных мероприятий позволило сократить сроки реабилитационной терапии с 4–5 лет в контрольной группе, до 1,5–2 лет – в основной и добиться хороших функциональных результатов в 98% наблюдений.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Султонов Ш. Р., Ахмедов Р. Ш., Зарифов Х. З., Абдуллоев М. Ф.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Метод основан над опытом лечения 121 больных с разлитым перитонитом. Возраст больных колебался от 2 до 15 лет. Из 121 больных местный перитонит отграниченный перитонит отмечен у 28 (23,2%), местный неотграниченный у 5 (4,2%), диффузный перитонит у 42 (35,0%), разлитой перитонит у 46 (37,6%) больных. Всем больным было проведено рентгенологическое, лабораторное и УЗ-исследование.

Лапароскопическая аппендэктомия и санация брюшной полости выполнялась под общим эндотрахеальным наркозом с миорелаксацией. При проведении операции проводили полноценную ревизию органов брюшной полости. Результатом ревизии являлись подтвержденный на макроскопическом уровне диагноз, отражающий форму воспалительного процесса, наличие и характер осложнений. У 4 (3,3%) больных диагностирован флегмонозный аппендицит и у 117 (96,7%) гангренозно-перфоративный аппендицит. Всем больным аппендэктомия выполнялась лигатурным способом, лигирование производили интракорпарально. 16 (13,2%) больных произведена, частичная оментэктомия, где отмечались инфильтрация сальника и имбиция гноем.

На завершающем этапе для окончательной санации брюшной полости производили промывание растворами

фурациллина и декасана, до макроскопически чистых вод. Объем необходимой промывной жидкости варьировал от 2 до 4 литров. Дренирование брюшной полости производили с помощью силиконовой трубки диаметром до 14–18 мм с боковыми отверстиями, её кончик устанавливали в полость малого таза. Послеоперационный период протекал гладко. В послеоперационном периоде продолжалась комплексная интенсивная корригирующая терапия, начатая в предоперационном периоде; антибактериальная терапия проводилась согласно чувствительности к антибиотикам. Дренажная трубка удалена на 5 сутки и швы сняты на 7 сутки. На 7 сутки после операции больным назначались физиотерапевтические процедуры. Больные начали ходить на 2–3 сутки. Продолжительность госпитализации составила от 8 до 14 суток, тогда как при традиционной лапаротомии продолжительность госпитализации больных с разлитым перитоните составляет более одного месяца. Все 121 больных в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Таким образом, лапароскопическая санация брюшной полости при аппендикулярном перитоните является высокоэффективным, малоинвазивным методом с наименьшей травмой при всех вариантах его расположения и позволяющей сократить сроки пребывания больных в стационаре и избежать множество послеоперационных осложнений.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сухов М. Н., Мустафа А. Х., Лывина И. П., Кобяцкий А. В., Поляев Ю. А., Брюсов Г. П., Исаева М. В., Нарбутов А. Г.

ФГБУ Российская Детская Клиническая Больница Минздрава России, Отделение микрохирургии сосудов, г. Москва

Введение: Вазоренальная гипертензия представляет собой тяжелое заболевание, характеризующееся подъе-

мом артериального давления до высоких цифр, зачастую не купирующееся приемом комбинаций гипотензивных

препаратов, вызванное поражением артериального русла почек, нередко приводящее к вторичному сморщиванию почек. В детском возрасте наиболее частые причины нарушения проходимости почечных артерий (ПА) атоартериит (АА) и фибромускулярная дисплазия (ФМД).

Материалы и методы: За период с 2002 по 2016 год в отделении сосудистой хирургии РДКБ проходили обследование и лечение 16 пациентов с вазоренальной гипертензией в возрасте от 2 до 17 лет. В комплекс обследования входили: клинические анализы, УЗИ, КТ с контрастированием, ангиография, скintiграфия почек, консультация клинического фармаколога. 3 пациента (19%) с ФМД поступили после ранее проведенной баллонной ангиопластики ПА. В выборе метода лечения ориентировались на состояние почечной паренхимы по данным скintiграфии. У 5 пациентов (31%) в связи с резким снижением либо отсутствием функции почки была выполнена лапароскопическая нефрэктомия. 10 детям (63%) выполнено орто-ренальное шунтирова-

ние «конец в бок» с пластикой аорты, из них у 1 ребенка (6%) в связи с протяженным стенозом ПА, выполнена пластика протезом Goretex. В 1 случае родители отказались от проведения оперативного лечения. В 1 случае выполнена этапная двусторонняя пластика ПА.

Результаты: Положительная динамика в виде снижения АД отмечена у 14 пациентов (87,5%). Среди них полной отмены гипотензивной терапии удалось добиться у 6 детей (37,5%), в остальных случаях было уменьшено количество и дозировка препаратов. В 1 случае цифры АД существенно не изменились, ребенок наблюдается нефрологом.

Заключение: Хирургическая коррекция вазоренальной гипертензии является эффективным методом лечения, в большинстве случаев позволяет добиваться хорошего клинического эффекта. Однако, для выполнения хирургической коррекции необходим строгий отбор пациентов на основании комплексного клинико-инструментального обследования.

РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА: КОГДА ПРЕКРАЩАТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ?

Сухоцкая А.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Щебеньков М.В., Салахов Э.С., Баиров В.Г.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова; ФГБУ СЗФМИЦ имени В.А. Алмазова Санкт-Петербург

Введение: Химические ожоги пищевода занимают первое место среди всех заболеваний пищевода у детей. Наиболее часто ожоговое поражение встречается у детей в возрасте до 3х лет, из них мальчики составляют около 60%. Большинство рубцовых стенозов пищевода хорошо поддаются бужированию. Дети, нуждающиеся в пластике пищевода в результате тяжелого рубцового поражения пищевода, становятся редким исключением.

Цель: показать сложность принятия решения о необходимости экстирпации пищевода после химического ожога пищевода.

Материал и методы: Больной О. в возрасте 1 года 2 мес. проглотил средство для чистки плит. С жалобами на беспокойство, дисфагию, гиперсаливацию срочно госпитализирован в ДГКБ № 5. При первичной фиброэзофагогастроскопии (ФЭГС) диагностировано распространенное поражение стенки пищевода II–III степени. Проведен короткий курс консервативной терапии, контрольная ФЭГС проведена на 9 сутки после травмы. Эндоскопическая картина соответствовала II–III степени поражения. Однако, в этот период дисфагии у ребенка не было, самочувствие не страдало и, несмотря на неоднократные беседы, мать отказалась от дальнейшего лечения.

Результаты: На 20 сутки после травмы появилась дисфагия. Ребенок госпитализирован, диагностирован рубцовый стеноз пищевода и патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Начато бужирование пищевода под наркозом по проводнику, антирефлюксная консервативная терапия, а затем и хирургическое лечение ГЭР,

но устойчивого эффекта достичь не удавалось, ребенок получал только жидкую пищу. От гастростомии мать категорически отказывалась. В течение 2 лет по желанию матери в детской больнице Минска ребенку проводили процедуры лазерной реканализации пищевода (22 сеанса) с временным эффектом. К концу четвертого года лечения мать ребенка, которому исполнилось уже 5 лет, обратилась в ДГБ № 1. Клинически и рентгенологически выявлена практически полная непроходимость пищевода на протяжении нижних двух третей. Проведено бужирование пищевода под наркозом и затем осмотр – нижние две трети пищевода не имели слизистой оболочки на всем протяжении, грубые рубцовые изменения. Принято решение о нецелесообразности продолжения консервативного лечения. Родители дали согласие на операцию. Произведена торакоскопическая резекция 2/3 пищевода, наложена гастростома. При гистологическом исследовании стенка удаленного участка пищевода не дифференцируется на слои, представляет собой сплошную рубцовую ткань. Через месяц мальчику произведена заградительная пластика пищевода толстокишечным трансплантатом.

Заключение: при соблюдении этапности лечения и наблюдения за больным с тяжелым химическим ожогом пищевода риск утраты органа минимальный. Принятие решения о необходимости хирургического лечения химического ожога пищевода должно приниматься в случае, когда консервативная терапия не эффективна, и при ФГЭС в протяженном участке пораженного пищевода отсутствует регенерация слизистой оболочки.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Тараканов В. А., Терещенко О. А., Пелипенко Н. В., Стрюковский А. Е., Полеев А. В., Колесников Е. Г.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Цель: разработка комплексной программы лечения детей с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Располагаем опытом лечения 334 детей с ХОП в возрасте от 11 месяцев до 16 лет. Были диагностированы следующие степени ХОП: I – 80 детей (23,9%); II – 164 (49%); III – 90 (26,9%). Лечение проводилось по созданной в клинике схеме, включающей общую дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, антикоагулянты, антигистаминные препараты, гормонотерапию, физиотерапевтическое лечение, антациды, обволакивающие средства, репаратанты. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) выполнялась каждые 10 дней. При развитии признаков стенозирования пищевода проводили раннее лечебно-профилактическое бужирование. При появлении клинко-эндоскопической картины рубцового стеноза пищевода сочетающегося с эрозивным эзофагитом, у 28 больных (8,3%), не пользовались методикой раннего бужирования, а проводили его в более поздние сроки, по купированию воспаления и эпителизации эрозий. Бужирование проводилось под эндоскопическим контролем – 3–5 процедур с интервалом в 3 дня. Длительность курса бужирования определялась выраженностью и протяженностью стенозированного участка. В 14 случаях (4,2%) при развитии клинко-эндоскопической картины

декомпенсированного стеноза пищевода тактикой выбора явилось наложение гастростомы для питания ребенка и бужирования пищевода по нити-направителю. После проведенного лечения у 100% детей с I степенью ХОП (243 человек – 73%) в течение 2–4 недель удалось купировать воспалительный процесс и добиться полной эпителизации пищевода. У 48 детей (14,3%), с II степенью ХОП спустя 4 недели от начала лечения отмечались остаточные эрозивные явления. Они были переведены на амбулаторное лечение. При контрольном ФЭГДС, через спустя 4 недели отмечалось полное купирование воспалительного процесса и эпителизация пищевода. У 14 пациентов (8,3%) с III-й степенью ХОП со стенозом пищевода курсы бужировающей терапии проводились 3–48 месяцев и сопровождалась обкалыванием зоны сформировавшегося стеноза препаратом Метипред, при сохраняющихся эрозивных процессах. По купированию воспалительного процесса продолжено обкалывание зоны стеноза препаратом Лонгидаза 3000 МЕ. Разработанная нами комплексная программа лечения детей с различными степенями ХОП позволяет добиться полного выздоровления либо формирования компенсированного стеноза и избежать осложнений, требующих хирургической коррекции в подавляющем большинстве случаев – 99,4%.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ОСНОВЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Тараканов В. А., Терещенко О. А., Полеев А. В., Стрюковский А. Е., Пелипенко Н. В.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Цель: установить эффективность эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) при кровотечениях портального генеза у детей с циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы: за период 1997–2015 гг. в клинике детской хирургии КГМУ на базе ДККБ в лечении ВРВП у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) применяется методика эндоскопического склерозирования. Этот метод применён у 32 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет. Мальчиков было 20 (62%), девочек – 12 (38%). Структура цирротического поражения печени представлена следующими формами: портальный цирроз (13 чел), исход хронического вирусного гепатита «В», «С» или «G» (13 чел), идиопатический фиброз печени (4 чел), муковисцидоз (2 чел). Использовалась классификация ВРВП с I по V степень. Большинство больных имело ВРВП III–V ст. До начала склеротерапии пищеводное кровотечение (ПК) отмечалось у 19 (58%) больных, имея рецидивирующий характер. До применения склеротера-

пии 4 детей (12%) были оперированы по поводу СПГ и его осложнений.

ЭС выполнялось по принятой в клинике методике и схеме. Обкалывание ВРВП проводилось как при острых кровотечениях, так и с профилактической целью. Основным склерозирующим препаратом был 1% раствор этоксисклерола. После проведенного курса ЭС у 17 детей (52%) удалось полностью ликвидировать ВРВП. У 9 чел. (32%) отмечен хороший эффект (уменьшение степени ВРВП, отсутствие ПК и его рецидивов), у 3 чел. (8%) – удовлетворительный эффект (ВРВП не прогрессирует, нет ПК). У 3-х больных (8%) ЭС было неэффективным, что объяснялось локализацией варикоза в области кардиального отдела и дна желудка и явилось показанием к оперативному лечению (выполнены операции гастрозофагеального разобщения). Осложнения ЭС развились у 1 больного (4%) в виде явлений постсклеротического стеноза пищевода, потребовавшего бужировающей терапии.

Выводы: 1. ЭС эффективно предотвращает пищеводные кровотечения у детей с ЦП, улучшая качество и продолжительность жизни. 2. По сравнению с оперативным вмешательством склеротерапия лучше переносится

больными с ЦП. 3. При эндосклерозировании не происходит снижения портальной перфузии печени и не усугубляется порто-системная энцефалопатия, в отличие от большинства видов шунтирующих операций.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Тараканов В. А., Микава Н. В., Старченко В. М., Чулков О. Э., Мельников М. В.

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет. г. Краснодар

Цель. Изучение результатов хирургического лечения различных форм рака щитовидной железы у детей в Краснодарском крае.

Материалы и методы. За последние шесть лет с 2009 по 2014 гг. в онкологическом отделении ГБУЗ Детская краевая клиническая больница г. Краснодара находилось на лечении 18 детей со злокачественными новообразованиями щитовидной железы. Из них 5 (27,8%) мальчиков и 13 (72,2%) девочек. Возраст детей в основном старше 10 лет – 15 человек (83,3%), а пациентов до 10 лет включительно было 3 (16,7%) человек. Дети преимущественно были из регионов края – 14 человек (77,8%). В плане обследования детям проводились общеклинические исследования, включающие общий анализ крови, гормонограмму, ультразвуковое исследование щитовидной железы, пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием пунктата. При этом диагноз злокачественного новообразования до операции установлен 15 детям. Поражалась чаще одна доля: узел справа отмечен у 8 (44,5%) детей, слева – у 6 (33,3%), множественное двустороннее поражение имело место в 4 (22,2%) случаях. Все дети прооперированы: гемитиреоидэктомий – 10 (55,5%), тиреоидэктомий – 3 (16,7%), субтотальных резекций – 2 (11,1%), резекций доли – 3 (16,7%). Резекции доли были проведены в тех трех случаях, когда диагноз злокачественного новообразования не был вери-

фицирован до операции. Этим детям в последующем были проведены тиреоидэктомии. Трём (16,7%) пациентам после гемитиреоидэктомии по получении гистологического заключения, в связи с прорастанием опухолью капсулы и сосудов, проведены повторные операции по удалению оставшейся доли. По данным патогистологического исследования папиллярный рак выявлен у 8 (44,5%) детей, фолликулярно-папиллярный – у 7 (38,9%), у 2 (11,1%) пациентов установлен фолликулярный рак, а у 1 (5,5%) ребенка имел место медуллярный рак щитовидной железы в виде двустороннего поражения. Среди 18 прооперированных больных в раннем послеоперационном периоде у 2 (11,1%) детей имели место осложнения в виде одностороннего пареза возвратного нерва, который носил транзиторный характер, гипопаратиреоз развился у 3 (16,7%) детей (после тиреоидэктомий). Все дети живы, наблюдаются у эндокринологов, рецидивов не было.

Выводы. При хирургическом лечении злокачественных новообразований щитовидной железы минимальный объем оперативного лечения – гемитиреоидэктомия при одностороннем поражении, что позволяет сохранить ткань железы, снижает частоту послеоперационных осложнений, уменьшает необходимость проведения гормонотерапии в послеоперационном периоде. При двустороннем поражении или наличии прорастания капсулы показана тиреоидэктомия.

ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Тарасов Н. И., Крестьяшин В. М., Выборнов Д. Ю., Ти-Мин-Чуа Д. В.

ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва

Актуальность: Переломы костей предплечья у детей всех возрастных групп – одна из самых частых травм в структуре экстренной травматологии, встречаемость в 1,5 раза выше переломов верхней конечности другой локализации. Данный факт требует разумного и профессионального подхода к лечению переломов костей предплечья с учетом возраста, состояния пациента, локализации и типа перелома.

Цель: целью данной работы является демонстрация вариантов лечения костей предплечья у детей и их результатов

Материалы и методы: На базе отделения травматологии и ортопедии ДГКБ № 13 им. Филатова с 2010 по 2015 год проходили лечение 1800 детей с переломами костей предплечья различной локализации, проходившие оперативное лечение. При лечении данной патологии эталоном

является проведение закрытой репозиции. При этом, к сожалению, процент неудовлетворительных результатов на фоне вторичного смещения остается достаточно высоким. При лечении переломов дистального сегмента переломов костей предплечья остеосинтез костей предплечья применяется от 10 до 24% в различные годы работы отделения. При лечении диафизарного сегмента процент применения остеосинтеза колеблется от 20 до 46%. Установка металлофиксаторов производится под контролем рентгеноскопии. В качестве вариантов фиксации рассматриваются спицы, эластичные титановые стержни, реконструктивные пластины. На этапах лечения проводится рентгенография, ультразвуковые исследования для прогнозирования процесса консолидации.

Выводы: Метод интрамедуллярного остеосинтеза для лечения переломов костей предплечья у детей можно считать универсальным: применение спиц возможно в возрасте от 3 до 17 лет, функционально стабильный остеосинтез применим в старшей возрастной группе от 10 до 17 лет. Выбор фиксатора в перекрестных возрастных группах остается за хирургом.

На основании ультразвукового исследования возможно прогнозирование консолидации различных вариантов переломов, выявление групп риска и разработка лечебно-профилактических мероприятий в индивидуальном порядке. На данном этапе исследования нарушений формирования регенерата в группах исследования не выявлено.

ВОЗМОЖНОСТИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ КИСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Хлебникова М.А., Кардаш Е.В.

РНИМУ им.Н.И. Пирогова, ДГКБ №13 им.Н.Ф. Филатова, г. Москва

Большая часть пороков дистальных сегментов верхней конечности нуждается в коррекции в раннем возрасте. В свою очередь, травма кисти достаточно распространена в разные периоды жизни детей. Механизм получения повреждений может изменяться в зависимости от возраста. Подход к остеосинтезу может варьироваться исходя от вида патологии (травма или пороки развития) и возраста детей.

Метод фиксации спицами у детей наиболее распространен, учитывая короткие, по сравнению со взрослыми и подростками, сроки консолидации и более простую реабилитацию. К положительным моментам принадлежит и относительно простой способ фиксации и удаления. К отрицательным – необходимость дополнительной иммобилизации (гипс, ортез). Более стабильный остеосинтез минипластинами, винтами, тенами применяется тогда, когда возраст и вид патологии позволяют их использовать. Это сделало возможным сократить сроки иммобилизации и начать своевременную реабилитацию. К отрицательным сторонам данного способа фиксации относится более трудоемкий способ оперативного лечения и сложность удаления.

За период с 2007 по 2016 гг. в отделении травматологии и ортопедии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова проведено оперативное лечение у 2460 пациентов с травмами, ее последствиями, а так же различными пороками развития кистей. Из них дети с ортопедической патологией составили 32% (787 детей), с травмой – 68% (1673 детей).

Детям с пороками развития дистального сегмента верхней конечности, их отдаленными последствиями и отдаленными последствиями травмы оперативное вмешательство выполнялось в 99% случаев в раннем и дошкольном возрастах. При этом применялся остеосинтез спицами посредством диа-, интрамедуллярной и трансартикулярной фиксации. Учитывая быстрые сроки консолидации у пациентов младшего возраста данный вид

стабилизации был методом выбора. В подростковом и юношеском периодах при возникновении деформаций после оперативного лечения в раннем возрасте применялся остеосинтез минипластинами.

При травматических повреждениях кисти (закрытыми переломами различной локализации – 68%, открытыми (в т.ч. с переломами ногтевых фаланг с размозжением и частичным отрывом) – 22%, ранами – 10%) хирургическое лечение с остеосинтезом закрытым способом выполнялось в 65%, открытым – 15%, ПХО, ушивание ран, кожная пластика – 20%. При нестабильных переломах, могут возникать вторичные смещения, с целью предупреждения которых при внутри- и околоуставных, косых и оскольчатых переломах выполнялся металлоостеосинтез. В раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте – фиксация спицами. В юношеском и подростковом периодах увеличиваются сроки консолидации и длительность иммобилизации гипсовой лонгетой, что приводит к более быстрому формированию контрактур пястно-фаланговых и межфаланговых суставов и трудностям в последующей реабилитации. Трансартикулярная фиксация усугубляет эту ситуацию. Поэтому в эти возрастные периоды использовался преимущественно остеосинтез с микропластинами, винтами, тенами, диафиксацией спицами.

Выводы. Анализ клинических случаев позволил разработать концепцию по использованию остеосинтеза в детской практике. У детей младших возрастов при любой патологии кисти, учитывая короткие сроки консолидации, показаны более простые виды фиксации (спицы). В старшем возрасте необходимо применять более стабильный остеосинтез-микропластинами, винтами, тенами, спицами, избегая при этом трансартикулярной фиксации. Данная концепция позволяет обеспечить прочную и безопасную для суставов фиксацию, максимально раннюю реабилитацию и социальную адаптацию детей.

АГРЕССИВНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Тарасов А.А., Савченков А.Л., Степанов В.Н., Абросимова Т.Н.

Смоленский государственный медицинский университет; Смоленская областная клиническая больница, г. Смоленск

Цель: оптимизация лечебной тактики у детей с «агрессивными» инородными телами желудочно-ки-

шечного тракта (аккумуляторные батарейки, магнитные шарики).

Материалы: в клинике детской хирургии СГМУ за 10 лет находилось на лечении с инородными телами желудочно-кишечного тракта 136 детей в возрасте от 6 мес. до 15 лет, из них с «агрессивными» инородными телами 39 (28,7%).

Результаты: у 29 пациентов в качестве инородных тел выявлены батарейки, которые способны вызвать тяжелые осложнения местного и общего характера (электрохимический ожог, некроз, перфорация, токсический эффект). При подозрении на проглатывание батарейки всем пациентам выполнялось рентгенографическое исследование органов грудной и брюшной полостей. Наличие инородного тела в пищеводе и желудке у 25 больных явилось экстренным показанием для выполнения ФГДС под общим обезболиванием и удаления инородного тела. У всех больных, даже при малых сроках (3–6 часов) нахождения батареек в желудочно-кишечном тракте отмечены признаки эрозивного поражения слизистой, что в дальнейшем потребовало лечения у гастроэнтеролога.росло число пациентов (10 детей) с магнитными инород-

ными телами. Всем детям с подозрением на магнитные инородные тела так же выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости. При наличии инородных тел в проекции желудка (6 пациентов) выполнялась ФГДС и удаление их. При возникшем у 7 пациентов пассаже по желудочно-кишечному тракту единичного магнита или их конгломерата (3) и аккумуляторной батарейки (4) проводилось динамическое наблюдение и лечение, включающее стимуляцию перистальтики и назначение гастроэнтеропротекторов. При множественных дистанцированных между собой магнитах в связи с развивающейся клиникой перитонита у двух пациентов было выполнено оперативное вмешательство – удаление инородных тел, ушивание перфорации.

Выводы: дети, которые проглотили агрессивные инородные тела (аккумуляторные батарейки, магнитные шарики) подлежат немедленной госпитализации в детский хирургический стационар. Лечебная тактика должна быть активной – их удаление, что предотвращает развитие тяжелых осложнений.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Татульян А. А., Хачиян М. М., Барова Н. К., Шабаетова Н. А.

Кубанский государственный медицинский университет; Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Цель: изучить спектр микрофлоры у пациентов с гнойно-септическими заболеваниями лёгких и проанализировать её чувствительность к антибиотикам.

Материалы и методы: проведён анализ 72 положительных результатов посевов у детей, находившихся на лечении в ГБУЗ ДККБ МЗ Краснодарского края за период с 01.01.15г по 31.12.15 г. Выделение культуры проводили стандартными методами, а определение чувствительности к антибиотикам диско-диффузионным методом.

Результат: в бактериологическом пейзаже преобладал *Staph. aureus* 73,6%. Также были выделены культуры *Ps. aeruginosa* 11,1%, *Kl. pneumoniae* 6,9%, *Ent. faecalis* 5,5%.

Staph. aureus чувствителен к ЦФ, защищённым пенициллинам. *Ent. faecalis* резистентен к ампициллину в 25%. Высока резистентность *Kl. pneumoniae* к ЦФ III поколения (80%), амикацину (60%), при хорошей чув-

ствительности к карбапенемам. БЛРС-продуцирующие штаммы составляют 80%. *Ps. aeruginosa* полирезистентна, лучшая чувствительность у пипер./тазобактама (86%), колистина, ципрофлоксацина, цефопер./сульбактама – в 74%. ЦФ III поколения, амикацин, карбапенемы не могут являться препаратами выбора, так как чувствительность к ним 50% и ниже.

Выводы: основным возбудителем при гнойно-септических заболеваниях лёгких остается *Staphylococcus aureus*. Г- микрофлора выделялась у пациентов на респираторной поддержке и длительно получавших антибактериальную терапию. Препараты выбора для лечения *Staph. aureus*: ЦФ, защищённые пенициллины. При выделении полирезистентной Г- флоры проведение эмпирической антибактериальной терапии невозможно. Лечение назначается только по чувствительности.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕРАЗОБЩАЮЩЕЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Текотов А. Н., Склярова Т. А., Струянский К. А.

РНМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Цель: Определить дооперационные и интраоперационные критерии отбора детей с вазоуретеральным конфликтом, которым возможно выполнение неразобщающей пиелопластики.

Методы: В отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ?13 им. Н.Ф. Филатова за последние 3 года находилось 55 детей с вазоуретеральным конфликтом, из них

34 мальчика и 21 девочка. 43 детям выполнили разобщающую пиелопластику с формированием антевазального анастомоза, средний возраст детей 12.3 года. 12 детям проведена неразобщающая пиелопластика с транспозицией и фиксацией aberrантного сосуда, возраст пациентов в этой группе – 14.2 года. Выполнение лапароскопической вазопексии возможно при соблюдении дооперационных

и интраоперационных критерий отбора детей. Дооперационные критерии включают: отсутствие антенатального выявления, старший возраст детей – 12–16 лет периодические боли в животе и поясничной области, интерметтирующий гидронефроз, Большая почечная лоханка и при умеренном расширении чашечек. Интраоперационные критерии: констатация аберрантного сосуда, отсутствие видимых изменений лоханочно-мочеточникового сегмента, перистальтика в области пиелоуретерального сегмента, отрицательная диуретическая проба после перемещения сосуда.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила 60 минут (40–120 мин). Внутреннее дрени-

рование J-J стентом проводилось первым трем детям. Далее все дети велись бездренажно. Послеоперационное пребывание в стационаре составило в среднем полтора дня (1–3 дней). Длительность катамнеза составила 2 года. У одного ребенка возник рецидив гидронефроза.

Заключение: Применение вазопексии при строгом соблюдении дооперационных и интраоперационных критериев отбора детей для выполнения этой методики, позволяет достичь хороших результатов лечения врожденного гидронефроза у детей, причиной которого является аберрантный сосуд.

СТРУКТУРА И ДИАГНОСТИКА ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Тен Ю.В., Клейменов Е.В., Куляшова О.В., Страхатова Н.А.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель: изучить структуру лимфопролиферативных заболеваний у детей в Алтайском крае, оценить чувствительность цитологического метода исследования.

Материалы и методы: на базе нашей клиники проведен ретроспективный анализ историй болезни 74 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, госпитализированных в отделение хирургии с подозрением на лимфому за последние 5 лет. 19 больным, у которых наблюдалось увеличение шейных, подчелюстных и подбородочных лимфатических узлов не более 2,5 см, была выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием. Во всех случаях выявлена лимфоидная гиперплазия, больные выписаны под наблюдение.

На основании изучения группы из 65 пациентов определены показания к хирургической биопсии: стойкое увеличение лимфатических узлов более 2,5 см в течение 2 месяцев на фоне противовоспалительной терапии. Объем оперативного вмешательства заключался в удалении одного или нескольких изменённых лимфоузлов с целью цитологического и гистологического исследования.

Результаты: установлено, что чаще оперировались по поводу увеличенных лимфоузлов дети подросткового возраста – 27 (42%). Соотношение мальчиков к девочкам примерно 2:1. Увеличенные лимфоузлы в 45% (29) наблюдений локализовались в области шеи; заушные 5%

(3), надключичные 15% (10), надлопаточные 2% (1), окологрушевые 3% (2), паховые 2% (1), подбородочные 2% (1), подмышечные 12% (8), поднижнечелюстные 9% (6).

Окончательный диагноз устанавливался на основании гистологического исследования. Интраоперационно выполнялись мазки-отпечатки лимфоузлов с целью цитологического исследования. Чувствительность цитологии составила 72%, а специфичность 100%.

В 48% наблюдений лимфопролиферативный процесс был исключён, причиной увеличения лимфоузлов, как правило, являлась фолликулярная гиперплазия. Злокачественные образования диагностированы в 42% случаев, из них лимфома Ходжкина подтверждена в 70%, неходжкинские лимфомы в 30%.

Выводы: дифференцированный подход к лечению детей с синдромом лимфаденопатии позволяет определить показания к хирургической биопсии. В 42% увеличенные лимфоузлы у оперированных больных были связаны со злокачественными образованиями. Среди лимфом в Алтайском крае чаще встречается лимфома Ходжкина (70%), что заметно выше общероссийских показателей (около 40%).

Низкая чувствительность (72%) цитологического исследования не позволяет рекомендовать данный метод как основной для дифференциальной диагностики лимфаденопатии.

ПРОГРЕССИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Тен Ю.В., Бойко А.В., Осецкий И.Г., Тен К.Ю., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель: определить наиболее оптимальные из современных оперативных методик лечения врождённых паховых грыж.

Методом ретроспективного анализа 525 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с паховой грыжей за период 2013–2015 гг. выявлены достоинства и недостатки применяемых хирургических

методов лечения, установлена корреляция рецидивов с техникой проведения коррекции заболевания.

Результаты. В течение рассматриваемого промежутка времени пролечено 407 детей с паховой грыжей открытым методом, у 118 применялась стандартная методика SEAL, внедрённая Harrison и подразумевающая преперитонеальное проведение и подкожное завязывание

проленовой нити вокруг внутреннего пахового кольца через просвет иглы Туохи, введённой чрескожно над элементами семенного канатика или круглой связки матки. При традиционном грыжесечении выделение вагинального отростка брюшины происходило без вскрытия пахового канала. Пластика пахового канала по Бассини потребовалась лишь в 9 случаях, пациенты при этом достигли возраста 16–17 лет, имелись данные за слабость внутренней косой и поперечной мышц, поперечной фасции, отягощённый анамнез заболевания – рецидивы грыж. Грыжевой мешок перевязывался, не прибегая к его прошиванию, которое служит дополнительным травмирующим фактором и в дальнейшем может привести к рецидиву грыжи. Лишь у 18 детей грыжевой мешок был предварительно прошит. Максимально выделенный из окружающих тканей вагинальный отросток брюшины по форме напоминает песочные часы. Уровень затягиваемого узла лигатуры приходился на участок со стороны брюшины, а не на уз-

кую часть, это позволяет в дальнейшем избежать образования «воронки» и рецидива грыжи. Во избежание прорезывания уже завязанной лигатуры вначале срезаем её над затянутым узелком и только затем грыжевой мешок, оставляя культю около 0,5 см. Для ускорения облитерации вагинального отростка, его культю под завязанной лигатурой изнутри обрабатываем СВЧ-электрокоагуляцией. С целью получения достойного косметического эффекта накладывался внутрикожный шов.

Выводы. Эволюция методов лечения врождённых паховых грыж у детей привела к появлению двух равноправных и эффективных методик лечения, не уступающих друг другу в своём клиническом значении. Эндоскопическое преперитонеальное лигирование вагинального отростка предпочтительнее у детей до 3 лет, при двухсторонней паховой грыже, при сочетании паховой и пупочной грыж. В остальных случаях методом выбора остаётся открытый традиционный способ в авторской модификации.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Полянская М.О., Казанцева Е.О., Красильников А.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

Цель исследования: Оценить эффективность эндоскопических вмешательств при различной патологии в детской хирургии.

Материалы и методы: За период с 2010 г. по первое полугодие 2016 г. на базе клиники детской хирургии Алтайского края был выполнен ряд эндоскопических вмешательств у детей с такой патологией, как: ахалазия пищевода – 2; атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем – 2; врожденные ложные диафрагмальные грыжи – 3; кисты брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза – 58; мультикистоз почек – 21; кисты почек – 19; варикоцеле – 108; операции Кучера при гидронефрозе – 5; антирефлюксная операция Коэна – 2; различные трансуретральные вмешательства – 87; биопсия лимфоузлов средостения – 3; иссечение бронхогенных, энтерогенных, легочных кист – 5; удаление инородного тела плевральной полости – 1; иссечение эхинококковой кисты печени – 1; иссечение кист печени, селезенки – 5; эндоскопическая гастростомия – 3.

Результаты: При уретероцеле удалось провести лечебные манипуляции эндоскопически и избежать выполнения цистотомии. Формирование нового устья, форма, размеры и положение которого обеспечивают свободный отток мочи из мочеочника при наименьшем

риске в дальнейшем развития пузырно-мочеточникового рефлюкса. При образованиях задней части уретры также проводились трансуретральные резекции, с полным освобождением просвета уретры и восстановлением пассажа мочи. При кистах почек – резекция кист, адипозисторенопластика, полипы мочевого пузыря и уретры – уретроцистоскопия, иссечение полипа. При кистах яичников – удаление кист. При атрезии пищевода с ТТПС удалось клипировать свищ и восстановить целостность пищевода. При ПМР IV степени – проведена диагностическая уретроцистоскопия, стентирование мочеочника, эндоскопическая эндовезикальная уретероцистонеоимплантация с защитой мочеочника по Коэну.

Заключение: Эндоскопия является одной из наиболее быстро развивающихся отраслей в детской хирургии. Эндовидеоскопические вмешательства позволяют проводить операции и манипуляции на внутренних органах при помощи специального эндоскопического оборудования. При этом малая травматичность и высокая точность воздействия, а также доступность для эндоскопического вмешательства практически всех анатомических областей приводит к улучшению результатов лечения, минимизации риска развития послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации и быстрейшему возвращению к нормальной жизнедеятельности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ

Тен К.Ю., Тен Ю.В., Красильников А.А., Полянская М.О.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

Цель: выбор оптимального метода хирургической коррекции гипоспадии.

Материалы и методы: за период с 1984 по 2015 гг. в клинике детской хирургии АГМУ было пролече-

но 763 ребенка с различными формами гипоспадии. По классификации: головчатая – 325 детей (42,5%), стволовая – 341 (44,5%), мошоночная – 45 (5,8%), промежуточная – 13 (1,7%), гипоспадия «типа хорды» – 39 (5,1%).

Результаты: одномоментная коррекция выполнялась при головчатой форме с умеренной вентральной девиацией полового члена по методике MAGPI, Савченко в собственной модификации, Snodgrass. С выраженным искривлением кавернозных тел и других формах гипоспадии – по методике Duckett, Hodgson.

Одноэтапная коррекция гипоспадии проведена у 165 детей, что составило 21,6% от общего числа пациентов с данной патологией.

При выполнении операции Hodgson имели место относительные технические сложности. Осложнения при этом развивались чаще, чем при других операциях. В настоящее время данный вид коррекции порока не используется.

Выполнение операций по методике Duplay, Snodgrass, Duckett, MAGPI и Савченко давало вполне удовлетворительные результаты. В ходе выполненных операций

была разработана собственная модификация одномоментной коррекции. Меатус при этом оставлялся «на месте». Данные нововведения заметно улучшили результат и позволили снизить риск возникновения осложнений.

Тем не менее, послеоперационные осложнения после одномоментных коррекций были отмечены у 14 больных (8,5%): проксимальная дистопия меатуса – 5 (по Hodgson – 4, MAGPI – 1), свищи уретры – 7 (по Hodgson – 3, MAGPI – 1, собственная модификация – 1, операция Snodgrass – 2), разрушение искусственной уретры – 1, рецидив искривления полового члена – 1.

Всем больным с возникшими осложнениями была выполнена коррекция. Повторные вмешательства в дальнейшем не потребовались.

Выводы. Для проведения хирургической коррекции гипоспадии целесообразно использование различных методик операции. Только выбор определенного способа лечения в зависимости от формы гипоспадии и индивидуальных особенностей пациента позволяет достичь хороших косметических и функциональных результатов лечения.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Тен К. Ю., Полянская М. О., Казанцева Е. О., Красильников А. А., Клейменов Е. В., Усова М. И.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель исследования: Изучить и оценить возможности эндоскопической диагностики и коррекции наиболее частых урологических заболеваний детского возраста.

Материалы и методы: За период с 2010 г. по первое полугодие 2016 г. на базе клиники детской хирургии Алтайского края был выполнен ряд эндоскопических вмешательств у детей с такой патологией, как уретероцеле – 35; образования мочевого пузыря – 12; камни мочевого пузыря и устьев мочеточников – 7; полипы, клапаны задней части уретры – 14; стентирование мочеточников после реконструктивных операций на пиелоретральном сегменте – 12; гипертрофия семенного бугорка – 2.

Результаты: При уретероцеле удалось провести лечебные манипуляции эндоскопически и избежать выполнения цистотомии. Формирование нового устья, форма,

размеры и положение которого обеспечивают свободный отток мочи из мочеточника при наименьшем риске возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса. При образованиях задней части уретры также проводились трансуретральные резекции, с полным освобождением просвета уретры и восстановлением пассажа мочи. Все прооперированные больные были выписаны с выздоровлением, желаемый эффект достигнут в полном объеме.

Заключение: Эндовидеохирургические вмешательства – довольно эффективный метод лечения в детской урологии, позволяющий в ряде случаев избежать объемных, тяжелых операций. В силу своей малоинвазивности эндоскопический метод значительно сокращает сроки лечения больных в стационаре, при этом не страдает качество оперативного приема.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ ПРИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Тимофеева А. В., Карасева О. В., Мельников А. В., Горелик А. Л.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия

Цель: Представить первый опыт и возможности эндоскопической ассистенции в краниофациальной хирургии.

Методы: Обобщен опыт 23 видеоскопических ассистенций (ВЭА) при краниофациальной травме (КФТ) у детей. За год КФТ различной степени тяжести была диагностирована у 147 детей. Из них 47 (33,8%)

детям были выполнены оперативные вмешательства. У 23 (48,9%) детей во время операции проводили ВЭА.

Результаты: В большинстве (13;56,5%) случаев осуществляли ВЭА при переломах нижней стенки орбиты: в 6 – через гайморову пазуху, в 4 – через подресничный доступ, через оба доступа – 3. В одном (4,3%) наблю-

дении выполнена репозиция вдавленного перелома латеральной стенки орбиты.

ВЭА также использовали при переломе нижней челюсти в области углов с двух сторон, что позволило провести операцию внутривитальным способом – 2; при репозиции вдавленного перелома передней стенки лобной пазухи, что позволило выполнить тщательную санацию последней и избежать большого разреза – 2; при репозиции вдавленного перелома назотомоидального комплекса – 1; при репозиции переломов костей носа – 1; при переломах верхней стенки орбиты – 2; для контроля стояния пластины на дне орбиты – 3 и для контроля удаления пластин – 2.

Интраоперационных осложнений, связанных с использованием ВЭА не было.

Заключение: Эндоскопия обеспечивает не только дополнительную помощь при оперативном вмешательстве, но и возможность малоинвазивного устранения КФТ. Видеоэндоскопический контроль обеспечивает оптимальную визуализацию области перелома при КФТ, что позволяет не только уточнить структуру повреждения, но и выполнить анатомическую репозицию и фиксацию перелома с использованием оптимального операционного доступа, что в свою очередь обеспечивает лучший эстетический результат. Эндоскопия также позволяет свести к минимуму осложнения в ходе проведения манипуляций и может быть рекомендована для контроля течения посттравматического процесса и удаления имплантов.

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

Титов Д. В., Файко Е. Ю., Грамзин А. В., Феофилов И. В.

Новосибирская областная клиническая больница, отделение детской хирургии; Областной детский урологический центр; Новосибирский Государственный медицинский университет

Вопрос выбора адекватного метода реконструктивного лечения мочеиспускательного в детской урологической практике до сих пор весьма актуален, несмотря на стремительное развитие медицинской науки и техники. Увеличение количества больных требующих проведения реконструктивных вмешательств на уретре связано со стремительным ростом распространенности врожденных аномалий развития мочеиспускательного канала.

Целью работы послужил выбор метода реконструктивных операций на мочеиспускательном канале у детей и анализ эффективности применения методики буккальной пластики уретры.

В период с 2013 по 2015 г., на базе областного детского урологического центра проведено 339 оперативных вмешательств на мочеиспускательном канале у детей. В структуре оперативных вмешательств ведущее место занимали пластики уретры (Duplay, Gilpin, Zaontz, Mathieu, Duckett, Hodgson III, Hodgson XX – Asopa, onlay-tube F-VIII, Snodgrass) 285 (84,5%), буккальная пластика уретры 13 (3,8%), ушивание свищей уретры 39 (11,5%), иссечение дивертикулов уретры 2 (0,2%).

Методика пластики уретры расщепленным лоскутом слизистой щеки применялся, в основном, при проведении реконструктивных операций на мочеиспускательном канале у детей, многократно оперированных по поводу проксимальных форм гипоспадий в анамнезе. В девяти случаях применялась методика ventral – onlay graft, в двух случаях применялась методика dorsal – onlay graft, в двух случаях пластика уретры тубуляризованным лоскутом.

Продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила от 3-х месяцев до трех лет. В группе пациентов которым применялись методика dorsal – onlay graft и пластика уретры тубуляризованным лоскутом, хорошие результаты достигнуты во всех случаях. В группе пациентов которым применялись методика ventral – onlay graft в двух случаях в послеоперационном периоде сформировались свищи уретры.

Таким образом, внедрение в урологическую практику реконструктивных операций на мочеиспускательном канале при помощи буккальной пластики уретры представляется весьма перспективным в случаях наличия дефицита пластического материала после многократного оперативного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ МЕТОДОМ ДЕРМОТЕНЗИИ

Трусов А. В., Фомина М. Г., Щербакова М. А., Цапкин А. Е., Тарасова Д. С., Лагутина А. А.

ГБУЗ Детская Городская Клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Ликвидация обширных рубцовых дефектов, у пациентов, перенесших тяжелую ожоговую травму, в связи с дефицитом пластического материала является одной из актуальных задач в пластической хирургии.

Приоритетным является бережное отношение к сохранным кожным покровам. Экспандерная дермотензия – наиболее совершенный и оптимальный способ восстановления кожного покрова, позволяющий со-

хранить, все свойства нормальной кожи, позволяет сформировать лоскут в непосредственной близости от проблемного участка, нужной текстуры, формы и размера.

Цель исследования – оценка возможности проведения пластики свободным, растянутым, полнослойным кожным трансплантатом необходимого размера у пациентов с выраженным дефицитом сохранной кожи.

Материалы и методы. В данной работе представлен «Способ получения полнослойного кожного трансплантата» (патент на изобретение № 2332179, от 26.12.2006 г.). Сущность способа – формирование свободного растянутого полнослойного кожного трансплантата, полученного способом экспансерной дермотензии. Данным методом были пролечены 16 пациентов.

У всех детей имелись рубцовые деформации и контрактуры кожных покровов, приводящие к стойкому снижению качества жизни. Экспансерную дермотензию выполняли устройствами эндоэкспандер для растяжения мягких биотканей «ОАО НИИ резиновых и латексных

изделий». Расширители имели прямоугольный типоразмер 120–45 мм и 90–45 мм. Для обработки донорского материала использовали «Планшет для обработки кожного трансплантата», Патент на изобретение № 2317032, от 21.09.2006 г. Так же радионож «Surgitron» и гидронож «Versa jet».

Результаты лечения. Получены и успешно использованы свободные аутоотрансплантаты площадью до 300 кв. см. Донорские раны «закрыты» местными тканями с формированием линейного нормотрофического рубца.

Отмечены хорошие и удовлетворительные результаты лечения. Осложнения отмечены у 2 пациентов в виде краевых некрозов пересаженных трансплантатов, которые были устранены консервативными методами.

Заключение. Данный способ позволяет получить необходимое количество полнослойной кожи у детей с рубцовыми деформациями кожи и является решением проблемы дефицита донорского материала у ожоговых реконвалесцентов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ ДЕРМАБРАЗИИ И МИКРОНИДЛИНГА

Трусов А. В., Фомина М. Г., к. м. н. Цапкин А. Е., Щербак М. А., Лагутина А. А., Тарасова Д. С.

ГБУЗ Детская Городская Клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского, г. Москва

Введение. Улучшение косметического результата лечения детей после ожоговой травмы, является важной и актуальной задачей реконструктивно-восстановительной реабилитации.

Цель исследования. Определить эффективность лечения детей с посттравматическими рубцовыми деформациями кожных покровов методом лазерной абразии и микронидлинга. Материалы и методы. Метод основан на комбинированном воздействии на рубцы углекислого лазера и микроигольчатой терапии. После удаления наконечника части рубца лазером, происходит реорганизация тканей, улучшается их эластичность, а также отмечается усиление клеточных восстановительных процессов. Микроперфорации тканей дермороллерами (микронидлинг) инициируют высвобождение факторов клеточного роста. Проницаемость тканей, ее «дренажная» функция, на короткое время многократно увеличиваются. В своей работе использовали лазерную CO₂ систему «Лансет-2» со сканером СКК-К-005 м и дермороллеры Microneedle Skin Nurse System MR200 (2.00). Операции выполнили 64 (100%) пациентам в возрасте от 6 до 18 лет. Девочки составили 44 (69%), мальчики 20 (31%). У 5 (8%) детей с целью местного обезболивания использовали крема ЭМЛА. У 39 (61%) больных проведено общее обезболивание. Косметический дефект располагался в области лица у 34 (53%) детей, в 18 (28%) случаях локализовался в области верхней конечности, у 12 (19%) пациентов

рубцы в области нижних конечностей и грудной клетки. Абразию выполняли в режиме «super pals». Длительность суперимпульса варьировала от 100 до 300 мкс. Во всех случаях мы использовали сканер СКК-К-05М, обеспечивающий быстрое и равномерное перемещение сфокусированного лазерного луча по поверхности обрабатываемого участка. Обработка выполнялась «фигурой квадрат» от 3х3 до 10х10 мм. Использование сканера и суперимпульсного режима излучения, позволяли «снять» поверхностный слой рубца толщиной ≈ 15 мкм. По абразивной поверхности дермороллерами выполняли множественные микроперфорации дна раны в различных направлениях. Однократно проводилось орошение ран препаратом «Преднизолон» 30 мг/мл. Перевязки осуществляли на 2, 4-е сутки.

Результаты лечения. Эпителизация происходила в сроки от 4 до 7 суток. 38 детям проведены операции от 3–8 раз, 11 детям 2 раза, 14 пациентам однократно. Осложнений не отмечено. Оценивая косметические результаты у всех детей как хорошие, у 52 пациентов (81%) мы отметили улучшение смещаемости тканей и значительное снижение рубцовых стяжений.

Заключение. Лечение детей с посттравматическими рубцовыми деформациями кожных покровов комбинированным методом лазерной абразии и микронидлинга, позволяет получить хорошие косметические и функциональные результаты. Микронидлинг усиливал проницаемость ожоговой раны, вызванной лазерным излучением, что позволило положительно воздействовать на эпителизацию.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ ИМПЛАНТОВ

Тулинов А. И., Кривулин С. П., Ефременков А. М., Игнатьев Е. М., Трофимов К. С.

Детская областная клиническая больница г. Белгород

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) занимает ведущие позиции в структуре урологических заболеваний у детей и является частой причиной развития пиелонефрита, гидронефроза, почечной гипертензии, сморщивания почки и ХПН.

Самым распространенным методом лечения ПМР является эндоскопическое моделирование уретерovesикального соустья путём инъекции объёмобразующего материала в подслизистый слой устья мочеточника.

С 2005 по 2015 года в нашей клинике выполнено 322 операции – эндоскопического лечения ПМР у 255 больных. Показаниями для операции считали ПМР 2–4 ст., неэффективность консервативного лечения в течение 6 мес., признаки сморщивания и рефлюкс-нефропатии почки. Возраст пациентов на момент лечения от 4-х месяцев до 16 лет. У 188 больных наблюдалось одностороннее поражение, двустороннее – у 67 (26%).

В качестве объёмобразующего импланта мы использовали коллаген производства ООО «МИТ» и гидрогель Vantris. Vantris является стабильным синтетическим веществом, не склонным к миграции и биодеградиро-

ванию. Коллаген вводили через эндоскопическую иглу в количестве от 1 до 3 мл, Vantris – от 0,4 до 1 мл.

220 эндоскопических подслизистых имплантаций произведено с использованием коллагена и 102 – с применением Vantris. Рецидив заболевания отмечен у 66 больных (30%) после введения коллагена и у 9 (8,8%) – после инъекции Vantris. Осложнение в виде обструкции соустья с введением коллагена отмечено у 1 пациента (0,45%) и у 4 (3,9%) детей с применением Vantris.

Таким образом Vantris проявил себя стабильным объёмобразующим имплантом, использование которого позволяет выполнить эндоскопическое моделирование уретерovesикального сегмента. Относительно высокое число обструктивных осложнений при использовании нерассасывающегося импланта требует более осторожного выполнения процедуры с одномоментным введением не более 0,8–1,0 мл.

Выводы: наиболее оптимальным мы считаем использование нестабильных имплантов при лечении ПМР у детей младшей возрастной группы (до 3-х лет), тогда как использование биополимеров со стабильными характеристиками предпочтительно у старших детей.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕРМИНОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЯИЧНИКА У ДЕВОЧКИ 9 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Уквальберг М. Е., Пяттоев Ю. Г., Рианов В. В., Савчук О. Б., Савчук М. О., Ларионова Н. А.

Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт

Цель – представить редкий случай злокачественной герминогенной опухоли у девочки 9 лет, который протекал под маской острого живота.

Девочка К. 2006 г.р. больна с 18.12.15, когда появились рвота, боли в левых отделах живота, отсутствие стула в течение 4-х дней, пациентка госпитализирована в инфекционное отделение ЦРБ, где после выполнения клизмы был получен обильный стул, боли утихли. 21.12.15 появились резкие боли в правых отделах живота, повышение температуры до 38 гр., тошнота. Пациентка была осмотрена хирургом ЦРБ – картина аппендицита, выполнена лапаротомия, выявлен вторично-измененный аппендикс, удален. При ревизии в малом тазу выявлено образование синюшного цвета размерами 7x8x5 см, операция завершена. 22.12. девочка была переведена в Детскую республиканскую больницу г. Петрозаводска. В срочном порядке проведено УЗИ органов малого таза и СКТ: в полости малого таза визуализируется кистозно-солидное образование неправильной округлой

формы с неровными четкими контурами размерами 64x72x68 мм, объемом 150 куб.см., неравномерно накапливающее контрастное вещество, образование расположено позади мочевого пузыря, несколько отдавливая его, матка четко не визуализируется, определяется левый яичник 9x15x10 мм, правый – четко не определяется. В клиническом анализе крови лейкоцитоз до 12,7 Г/л, палочкоядерный сдвиг до 10%, анемия до 102 г/л, уровень альфа-фетопротеина 65, 41 МЕ/мл (норма до 14 МЕ/мл), уровень лактатдегидрогеназы 514 Ед/л, других изменений не было выявлено. 23.12.15 выполнена лапаротомия по Пфанненштилю: в полости малого таза между маткой и прямой кишкой выявлено бугристое плотное образование синюшного цвета размерами 7x8x5 см, исходящее из левого яичника, с признаками заворота на 480 град.-удалено. В малом тазу незначительное количество геморрагического выпота. Признаков инвазии большого сальника нет. Матка и правые придатки интактны, в межподвздошном пространстве и по ходу

подвздошных сосудов имеется дорожка лимфоузлов – до 3–4 мм. Течение послеоперационного периода было гладкое. По данным контрольного обследования признаков активного опухолевого процесса не выявлено, уровень альфа-фетопroteина снижался в соответствии с временем полураспада, что свидетельствовало о радикальности выполненной операции.

Заключительный диагноз: Злокачественная герминогенная опухоль левого яичника сложного строения

с элементами опухоли желточного мешка T2N0M0, Па ст. FIGO.

Таким образом, для своевременной диагностики злокачественных герминогенных опухолей яичников необходима правильная оценка клинических симптомов, обязательная ревизия органов малого таза при проведении аппендэктомии, а также онкологическая настороженность при выявлении опухолей яичника у девочек в любом возрасте.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ

Умеров М. Ю.

ГБУЗ РК «ФМЦ» ОСП Детская больница с Детской поликлиникой, отделение хирургии детского возраста, г. Феодосия

Цель: совершенствование лечебной тактики при кефалогематомах (КГ) у новорожденных.

Материал, методы исследования и их обсуждение. Проведен анализ лечения 189 новорожденных с КГ.

Результаты исследований и их обсуждение. Выявлены основные этиологические и патогенетические факторы образования КГ. Выделены теменные и затылочные кожно-апоневротические сегменты и зона абсолютного риска пункции, допустимая и рекомендуемая зона пункции КГ. Выделены стадии эволюции оссификации КГ: гемолиза сгустков крови (ГСК) до 2–3 недель, начала оссификации КГ (НОКГ) до 1,5–2 месяцев, сформированной оссифицированной КГ (СОКГ) свыше 2 месяцев, имеющие практическое значение и определяющие лечебную тактику детского хирурга (возможность расширения времени «пункционного окна» для аспирации КГ; уход от необходимости открытой резекции капсулы КГ на стадии НОКГ с минимизацией риска операционных осложнений). Динамика развития малых КГ предполагает возможность их консервативного лечения, включая рецидивы пункционного удаления КГ объемом до 5,0 мл без риска воспалительных и костно-деструктивных изменений. КГ среднего и большого размеров определяют активную хирургическую тактику с акцентом на ее раннюю пункционную аспирацию с учетом времени активного

лизирования гематомы (4–5 сутки). Алгоритм ведения новорожденных с КГ должен включать обязательный дифференциальный диагноз с эпидурально-поднадкостничными гемоликоворомами (ГЛ) с проведением ультразвуковых (НСГ) и лучевых методов диагностики. Предложенная схема пункционного удаления КГ с учетом рекомендуемых зон позволяет уменьшить частоту рецидивов кровоизлияний и минимизировать риск возможных осложнений. Обоснована пролонгированная отсроченная пункционная аспирация «пропущенных» КГ с расширением времени «пункционного окна» в сроки до 1,5–2 месяцев на стадии НОКГ («пергаментная капсула») с закрытой аутопластикой мобилизованной новообразованной капсулы измененной подлежащей порозной кости с локальной давящей повязкой эластичным бинтом (без открытого хирургического иссечения капсулы КГ).

Заключение. Результаты проведенных исследований углубляют имеющиеся представления о закономерностях клинического течения, рентгенологических проявлений и морфологической эволюции КГ, что способствует выбору наиболее рационального метода лечения в зависимости от стадии процесса. Основное внимание, безусловно, должно уделяться мерам профилактики этиологических и патогенетических факторов риска образования КГ.

ПОГРАНИЧНЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Файзулов Д. А., Азизов А. А., Шерназаров И. Б., Раджабов О. З.

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе

Цель: проанализировать результаты консервативного и хирургического лечения язвенно – некротического энтероколита (ЯНЭК) у новорожденных и детей раннего возраста.

Метод основан на изучении 83 больных новорожденных и детей грудного возраста с ЯНЭК, получивших лечение в клинике.

В 25 (30,1%) случаях при неосложненном течении проводилась комплексная консервативная терапия.

34 пациентам (40,9%), с осложненным течением энтероколита и относительно стабильным состоянием сразу выполнено радикальное хирургическое вмешательство.

У 24 детей (28,8%) с развивающимися перитонеальным шоком и крайне тяжелым состоянием, как проме-

жучный этап в лечении, в последние годы нами использовался лапароцентез, с дренированием брюшной полости, в дальнейшем по мере стабилизации состояния ребенка выполнялась радикальная операция.

В обеих группах у оперированных больных наблюдалось поражение тонкого кишечника до 90% случаев, в большинстве встречались единичные перфорации, а некроз кишечника без перфорации наблюдался в 6 случаях.

Общая летальность у новорожденных с ЯНЭК за указанный период составила 52,2%. Релапаротомия по поводу различных осложнений потребовалась в 9 случаях (9,7%).

Таким образом ЯНЭК является тяжелым заболеванием периода новорожденности и грудного возраста, обуславливая высокую летальность этой категории пациентов. Эффективность лечения определяется своевременной клинической стадией развития заболевания, диагностикой, объемом и характером комплексной терапии.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА ДЕТЕЙ

Филиппова Е. А., Голованев М. А., Пучкова А. А.

НЦ АГП им. академика В. И. Кулакова Минздрава России; РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова

Пилоростеноз – гипертрофия мышц привратника желудка, проявляется нарушением его проходимости в первые 12–14 суток жизни ребенка. Классическая манифестация данной патологии происходит на 2–4 недели жизни ребенка, с появлением рвоты «фонтаном», с последующей гипотрофией и электролитными нарушениями.

Целью данной работы явилось описание ультразвуковой диагностики пилоростеноза у двух детей с атипичным клиническим течением.

Материалы и методы: За период с января 2016 по июнь 2016 в научно-консультативное педиатрическое отделение ФГБУ НЦ АГП им. В. И. Кулакова Минздрава России обратились родители двух детей.

Мальчик М. 4 месяца (постконцептуальный возраст 43 недели, скорректированный возраст 3 недели). Из анамнеза: недоношенность 27 недель, БЛД, классическая форма, тяжелое течение; паховая грыжа с 2-х сторон; последствия перинатального поражения ЦНС смешанного генеза; ПVL. Вес 3105 г. (<3%) Прибавка за последние 4 месяца 2235 г. В день обращения осмотрен педиатром. Рвоты не было, срыгивания непостоянные, небольшим объемом. Направлен педиатром на УЗИ в плановом порядке.

Девочка А. 3,5 мес. Из анамнеза: роды на 39 неделе, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, выписана на 4 сутки в удовлетворительном состоянии. Родители обратились в поликлиническое отделение с жалобами на срыгивания большим объемом с 3 месяцев. Вес ребенка на момент осмотра 7600 г. Прибавка за последний месяц 900 г.

Результаты. Паренхиматозные органы без структурных изменений. Желчный пузырь полусокращен. В желудке в обоих случаях после 4-х часового голодного промежутка сохранялось большое количество содержимого. Кардиальный отдел сформирован правильно, не изменен.

Пилорический отдел у мальчика М.: длина антральной части желудка 18 мм (норма до 17 мм), толщина мышечной стенки 5 мм (норма до 3 мм). Пилорический канал 2–3 мм, эвакуация крайне замедлена. Ребенок был осмотрен хирургом, рекомендована госпитализация. Вечером, в день обращения, мать обратила внимание на остро начавшуюся рвоту. Утром ребенок был госпитализирован в ДГКБ № 13, прооперирован. Выписан домой на 5 сутки.

Пилорический отдел у девочки А.: длина антральной части 21 мм, толщина мышечного слоя 6–7 мм. Пилорический канал до 2 мм. Эвакуация замедлена. На следующий день ребенок был госпитализирован в ДГКБ № 13, прооперирован. Выписана домой на 4 сутки.

Выводы: При наличии у ребенка недостаточной прибавки в весе, рвоты или постоянных срыгиваний вне зависимости от возраста, обязательным является УЗИ органов брюшной полости. УЗИ брюшной полости с водно-сифонной пробой – ведущий метод в диагностике моторно-эвакуаторных нарушений пищевода и желудка у детей раннего возраста. Группой риска атипичного течения пилоростеноза являются недоношенные дети с перенесенной тяжелой перинатальной патологией.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ ГЕТЕРОПЛАСТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Фохтин В. В., Кузин А. С., Махров Л. А., Козлов А. С., Моисеев С. Н., Трубин И. В.

Российская детская клиническая больница, г. Москва

Одной из серьезных проблем в детской ортопедической практике является замещение костных дефектов в процессе оперативного вмешательства. Это связано с сохраняющейся высокой частотой патологии со стороны костной ткани: вы-

явления дистрофических костных кист, очагов фиброзной дисплазии, доброкачественных костных опухолей, применения корригирующих остеотомий совместно с костной пластикой. Оперативное вмешательство предполагает уда-

ление значительных фрагментов и участков поражённой кости с необходимым последующим замещением дефекта аутотрансплантатом или гетеротрансплантатом.

Гетеротрансплантаты могут использоваться отдельно, в комбинации с аутогенной костью или аллотрансплантатом в качестве костного наполнителя, в комбинации с кровью или костным мозгом. По данным статистического анализа 7 хирургического отделения ФГБУ РДКБ, за прошедший 2012–2015 год всего было выполнено 172 оперативных вмешательства с применением костно-пластических материалов. К таким оперативным вмешательствам относились: экскохлеации и пластики костных кист; корригирующие остеотомии с применением металлоостеосинтеза; пластики при ложных суставах и недостаточной состоятельности регенератов после аппаратного удлинения сегментов конечностей; замещения обширных дефектов костной ткани после удаления очагов фиброзной дисплазии, гигантоклеточных опухолей, остеобластокластом, остеоид-остеом, энхондром и первично хронического остеомиелита.

В 51,2% случаев использовались гранулы и блоки комбинированных гетеротрансплантатов, что составило 86 оперативных вмешательств. С их использованием выполнено: корригирующих остеотомий- 12 оперативных

вмешательств, костных пластик при несостоятельности регенерата и ложных суставах- 10 оперативных вмешательств. При заполнении обширных дефектов кости препарат использовался: во время экскохлеации очагов фиброзной дисплазии- 16 оперативных вмешательств, пластики костных кист- 22 оперативных вмешательства, пластики костных дефектов после удаления доброкачественных опухолей – 18 оперативных вмешательств, пластики после удаления очагов первично-хронического остеомиелита- 8 оперативных вмешательств.

Осложнений после проведённых оперативных вмешательств в виде повторных костных пластик не отмечено. Сроки наблюдения за больными после костных гетеропластик составляли 3 года. Непосредственный контроль – рентгенография оперированной зоны в сроки: 6 месяцев, 1 год, 2 года и 3 года от момента проведённого оперативного вмешательства.

Применение гетеротрансплантатов с различными формами патологии костной ткани показало свою высокую остеокондуктивную эффективность и безопасность в детской практике. Гетеротрансплантаты позволяют одновременно замещать обширные костные дефекты, избегая проведения дополнительных оперативных вмешательств в виде повторной костной пластики.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ КИСТОЗНОГО УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Фролов Е. А., Назарова И. М., Лёвочкин С. П., Галица В. В.

БУ ХМАО – Югры «Нижевартовская окружная детская клиническая больница», г. Нижевартовск

Цель: демонстрация случая редкой патологии ЖКТ.

Материалы и методы: Пациентка П., 11 лет, поступила 11.01.16г в ХО НОКДБ г. Нижевартовска с диагнозом: объемное образование неясной органопринадлежности верхних отделов брюшной полости слева.

Из анамнеза: В начале декабря 2015 года появились боли в левой половине живота. Находилась на обследовании по месту жительства. При выполнении УЗИ выявлено образование, размером 4х4 см в проекции верхнего полюса левой почки.

При поступлении состояние девочки удовлетворительное, жалоб не предъявляла. Соматически без особенностей. С целью определения топографического расположения образования выполнена КТ ОБП: в забрюшинном пространстве, по паравертебральной линии слева, на уровне позвонков Th11-L2, выявлено патологическое объемное многокамерное образование неправильной формы, с четкими, бугристыми контурами, размерами (max) 44,3х40х41,9 мм, интимно прилежащее к левому надпочечнику, к желудку, к ножке диафрагмы, к верхнему контуру поджелудочной железы, к почке, селезенке, отесняющее левый надпочечник кпереди. 14.01.16г выполнена срединная лапаротомия. Пальпаторно и визуально выявлено округлой формы образование, с жидкостным содержимым внутри, располагающееся за кардиальным отделом желудка,

над телом поджелудочной железы, медиальнее ворот селезенки. Выявлено гантелевидное удвоение данного образования, с медиальной стороны дифференцировать и отделить стенку желудка и стенку данной кисты не представлялось возможным. Состояние расценено как кистозное удвоение кардиального отдела задней стенки желудка. У большей из двух кист вскрыт просвет, выделилось около 20 мл слизеподобного мутноватого содержимого, аспирировано отсосом. При этом отмечено, что меньшая из кист также опорожнилась. Взаимосвязи с просветом желудка не выявлено, но киста и желудок имели общую стенку. При помощи УЗ скальпеля выполнено удаление стенок кистозного удвоения. Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы сняты на 9 сутки- заживление раны первичным натяжением. Перед выпиской 21.01.16г выполнено контрольное УЗИ ОБП- структурной и органической патологии не выявлено.

Вывод: Представленный клинический случай интересен редкостью встречаемой патологии, а так же тем фактом, что несмотря на информативность выполненных методов предоперационного обследования (КТ ОБП и УЗИ ОБП), диагноз и органопринадлежность образования, установить перед операцией не представлялось возможным, и окончательный диагноз был интерпретирован лишь интраоперационно.

МАЛАЯ ПРОКТОЛОГИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Халафов Р.В.

Кафедра детской хирургии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.Н. Пирогова, г. Москва

Цель: анализ результатов лечения заболеваний малой проктологии в детском возрасте

В настоящее время мы обладаем значительным опытом лечения детей с заболеваниями заднепроходной части промежности, изучаемых в разделе малой колопроктологии. За период с 2013 по 2016 год в отделении неотложной и гнойной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова находились дети со следующими патологиями: анальная трещина (27 детей), острый парапроктит (117), параректальный свищ (110), геморрой (12), избыточная кожная складка ануса (16), киста копчика (62 ребенка), кондиломы анальной области (11 детей). При обследовании детей использовались стандартные методы диагностики, принятые для проктологических больных с соответствующей патологией. В ходе лечения установлено, что анальная трещина у 18 детей отмечена на фоне запоров, только 4 детям потребовалось хирургическое лечение. Острый парапроктит и параректальный свищ встречается в основном у детей первых 3-х лет (98% наших наблюдений). У детей чаще выявлялись полные внесфинктерные свищи (72%). При лечении параректального свища случаев

мы использовали метод склеротерапии (раствор йода 10%), который был эффективен в большинстве наблюдений. При отсутствии эффекта от склеротерапии, выполнялось оперативное вмешательство. Геморрой чаще всего встречался в возрасте 14–16 лет. При неэффективности консервативного лечения, детям выполнялась геморроидэктомия, рецидива не отмечено. В собственных наблюдениях избыточная кожная складка ануса выявлена только у девочек. Показанием к оперативному лечению мы считаем незаживающая трещина под основанием складки и косметический дефект, который беспокоит родителей или ребенка. При установлении диагноза эпителиальный копчиковый ход (киста копчика) детям выполнялась радикальное оперативное вмешательство. Во всех случаях послеоперационная рана ушивалась «наглухо» с оставлением страховочного дренажа. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 2 детей, рецидив также у 2 детей. У детей с кондиломами анальной области в одном клиническом наблюдении выявлена болезнь Крона. Наиболее оптимальным способом лечения детей с кондиломами мы считаем метод криодеструкции.

ОПЕРАЦИЯ ДЕЛАТОРРЕ ПРИ НИЗКИХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Эргашев Б.Б., Каримов И.М., Хамроев У.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Выбор хирургического метода лечения в ранних сроках болезни Гиршпрунга (БГ) представляют трудность среди детей грудного возраста, в связи многоэтапности и высокой травматичности классических методов брюшно-промежностных проктопластики (БППП). Однако, высокотехнологические операции БГ у маленьких детей не везде и всегда было возможно с отсутствием лапароскопии. Поэтому, при хирургическом лечении БГ у детей грудного возраста до конца не решены и являются актуальной проблемой в детской колопроктологии.

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения при дистальных формах БГ у детей грудного возраста.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и хирургическое лечение за последние 9 лет, у 41 грудного ребенка при дистальных формах БГ в возрасте: до 3 месяцев – 12; 3–6 месяцев – 13; 6–12 месяцев – 16 по методу Делаторра на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Сущность операции демукозации трансанальным доступом зона аганглиоза без повреждения сфинктера, резекции мобилизованного дистального отдела толстой кишки и создание колоанального анастомоза.

Результаты: Показаниями к операции Делаторра явились: ректальная форма БГ с поражением ампулярной

части (короткий сегмент); ректосигмоидальная форма (длиной до 5 см); отсутствие острого воспаления в слизистой стенке дистальной части толстой кишки и резкой дилатации ампулы прямой кишки. Противопоказаниями были: высокие (субтотальная и тотальная) формы болезни; наличие острых воспалений; множественные глубокие и эрозивные язвы в слизистой ампулы прямой кишки; гнойники параанальной области.

Преимуществами операция явились: радикальность; шадящность; короткая продолжительность; простота выполнения; миниинвазивность; исключение абдоминальных осложнений; гладкое послеоперационное течение и малые экономические затраты.

По нашим клиническим наблюдениям, осложнения в интраоперационном и послеоперационном периоде, связанные с техникой операции, не наблюдались. Всем больным проводилась операция без предварительного наложения сигмостомии. На вторые сутки наблюдались отхождение самостоятельного стула. Больные с удовлетворительным состоянием выписались домой на 7 сутки после операции. При ежемесячном контрольном осмотре у всех больных клинические признаки запора отсутствовали, недержание кала выявлено у 21 (55%) оперированных

больных. В реабилитационном лечении после проведения 1–3 курсов электростимуляции с интервалом 3 месяца, недержание кала постепенно исчезло в течение года.

Вывод: При хирургическом лечении дистальных форм БГ у детей грудного возраста операция Делаторре является высокоэффективным и малоинвазивным методом.

ПОВТОРНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Эргашев Б.С., Хамроев У.А., Авазов Р.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных пороков (АП) и повторно-реконструктивные коррекции (ПРК) остаются далеко нерешенной в колопроктологии детского возраста.

Цель работы. Улучшить результатов лечения ПРК при АП у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 33 больных за последние 7 лет, с функциональным нарушением заднего прохода после первичной аноректопластикой. Среди них 17 (51.5%) больным была произведена повторная промежностная проктопластика, 11 (33.3%) – брюшно-промежностная, 3 (9.1%) – передне-сагитальная и 2 (6.1%) – задне-сагитальная проктопластика. Больные оперированы: 2-кратно – 12 (36.4%), 3-кратно – 14 (42.4%) и 4-кратно и более – 7 (21.2%). Всем больным проводились общефизикальные, лабораторные и специальные методы исследования. Больные распределялись: 1-группа (15) – получившие только оперативное лечение (ОЛ). 2-группа (18) – после каждой ПРК обязательное получившие курс реабилитационное лечение (РЛ).

Результаты. При ретроспективном изучении клинических данных, неудачность первичной коррекции АП и её осложнения выявлено на почве диагностических (39%) ошибки: неправильное определение высоты атрезии, недиагностирование свищей уретры, неточная идентификация аномалий при первичной диагностике; и тактических (61%) ошибок: неправильный выбор показаний и сроков проведения ПХ коррекции или наложения колостомы,

ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки. Послеоперационные осложнения АП у детей зависело от выбора оперативной тактики, эффективности метода ПРК, наличия сопутствующих врожденных патологии соседних органов и профессионализма хирурга. При ПРК аноректальной зоны придерживались приёмами: по возможности обходиться без лапаротомии, с минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Результаты ПРК показали что, чем больше кратность вмешательства, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому, важно чтобы после каждой ПРК, для профилактики рубцовом стенозе заднего прохода и рубцовой деформации ран промежности, проводить полный курс местное противовоспалительное и спазмолитическое РЛ, электрофорез с лидазой с баллонодилатацией анального жома и недостаточности анального жома проводились электростимуляция (ЭСМ). Это позволило на 30% улучшить результатов после ПРК и излишней повторной операции, что доказывает эффективность выбранной тактики.

Выводы: Улучшению результатов ПРК во многом зависят от проведения местное РЛ после каждой повторной операции.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ ЭНДОСКОПИСТА

Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Коваленко М.И.

НИИ НДХиТ, Москва

Актуальность. Диагностика инородных тел ЖКТ в ряде случаев представляет определенные трудности, что нередко приводит к их несвоевременному удалению и развитию осложнений.

Целью исследования. Определить возможности ЭГДС в диагностике и лечении инородных тел ЖКТ у детей.

Материалы и методы: Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 186 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет, поступивших в НИИ НДХиТ с подозрением на инородное тело ЖКТ с 2012 по 2017 г.: 99 мальчиков (53,2%) и 87 девочек (46,8%), средний

возраст детей составил $3,1 \pm 2,6$ года. Сроки поступления в стационар варьировали от 1 часа до 3 месяцев. Во время эндоскопии устанавливали локализацию, вид и характер инородного тела, наличие и причины фиксации, что было основанием для выбора дальнейшей тактики лечения и определения возможности эндоскопического извлечения. Исследование проводили в условиях специализированного кабинета или операционной под в/в или эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов эндоскопами фирмы Olympus. Выбор эндоскопа и инструментария определялся возрастом пациента и характером инородного тела.

Результаты: распределение детей по локализации инородных тел выглядело следующим образом: у 27 (14,5%) детей диагностировано инородное тело пищевода, у 77 (41,4%) – желудка, у 54 (29%) – тонкой кишки, у 28 (15,1%) – толстой кишки. Инородные тела представлены следующими типами артефактов: монеты (85; 45,7%), магниты (18; 9,7%), батарейки (29; 15,6%), иглы, шурупы, гвозди (23; 12,4%), трихобезоар (1; 0,5%), прочие инородные тела (30; 16,1%). Детям с любыми инородными телами пищевода, батарейками, множественными магнитами и колюще-режущими предметами желудка, 12 п/к и начальных отделов тощей кишки ЭГДС выполняли в экстренном порядке. Экстракция инородных тел

при ЭГДС была выполнена в 75,8% (141) наблюдений. В одном случае выполнена колоноскопия с удалением мигрирующей в поперечно-ободочную кишку интубационной трубки. После экстракции инородного проводили осмотр ЖКТ: при диагностике воспалительных и деструктивных изменений назначали антисекреторную терапию динамическим эндоскопическим контролем.

Выводы: Пациенты с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта требуют неотложной эндоскопической помощи. В условиях специализированного хирургического стационара эндоскопическое извлечение инородных тел является щадящим, безопасным и эффективным методом.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

Хворостов И. Н., Синицин А. Г., Снигур Г. Л., Андреев Д. А., Копань Г. А., Дамиров О. Н., Вербин О. И.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: доказать наличие значимых различий структуры удаленных червеобразных отростков у детей с хроническим абдоминальным синдромом (ХАС) с локализацией в правой подвздошной области у детей в сравнении с острым аппендицитом (ОА).

Методы исследования. Иммуногистохимические исследования с использованием поликлональных антител к VEGF, MMP-9, CD106 (LabVision, UK), VIP, Collagen-III-alpha-1 (GeneTex, USA) проводили с применением систем детекции «UltraVision» (LabVision, UK), используя протокол высокотемпературной демаскировки антигенов в миниавтоклаве Pascal (DakoCytomation, Дания).

Результаты. У детей с ХАС (n=30) над воспалительными и деструктивными изменениями преобладали признаки умеренного нарушения кровообращения: полнокровия сосудов, отека мышечного слоя, очаговых периваскулярных кровоизлияний. Язвенно-некротические изменения не визуализировались, воспалительная лейкоцитарная инфильтрация локализовалась в пределах слизистой оболочки. При иммуногистохимическом исследовании обнаруживали экспрессию протеинов VEGF, MMP-9 и CD106 в подслизистом слое и мышечной оболочке, умеренную экспрессию белка

CollagenIIIalpha 1, слабую для протеина VIP в слизистой оболочке и подслизистом слое. Наибольшее количество иммунопозитивных клеток было MMP-9-позитивным, умеренное количество VEGF-, VIP- и Collagen-III-alpha-1-позитивными.

В червеобразных отростках детей с ОА (n=30) определялись выраженные деструктивные и воспалительные изменения в виде субтотального некроза слизистой оболочки, диффузной лейкоцитарной инфильтрации всех слоев стенки с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов. Иммуногистохимические исследования показали уменьшение экспрессии всех исследуемых белков, что могло быть обусловлено повреждением антигенных детерминант гидролитическими ферментами нейтрофильных сегментоядерных гранулоцитов. Экспрессия VEGF была умеренной, VIP и CollagenIIIalpha 1 незначительной (преимущественно в кровеносных сосудах мышечного слоя) и сомнительной для MMP-9 и VIP в единичных клетках мышечного и серозного слоев.

Можно утверждать, что в изменения в отростке у больных с ХАС связаны с локальными гипоксическими нарушениями, лежащими в основе болевого синдрома у детей с ХАС, что является показанием для оперативного лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ НЕОРЕКТУМ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Хворостов И. Н., Шрамко В. Н., Андреев Д. А., Вербин О. И.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель исследования: определить состояние неоректум после хирургического лечения аноректальных пороков развития для выработки оптимальной тактики лечения.

Методы исследования. Методом магнитно-резонансной томографии обследовано 20 детей: с низкими фор-

мами –9 больных (1 группа), высокими – 11 больных (2 группа). Степень анальной инконтиненции изучали по шкалам Rinitala и Stephens-Smith.

Результаты. Недержание кала различной степени выраженности выявлено у всех обследованных больных.

Установлено, что у больных с высокими формами атрезии преобладали тяжелые нарушения функции удерживающего аппарата неоректум 2 и 3 степеней. Так, 1 степень недержания выявлена только у больных с низкой атрезией ($n=3$, 42,9%), что соответствует легкому нарушению функции удержания. Недержание кала 2 степени обнаружено при высокой атрезии в 83,3% ($n=5$), при низких только у 42,9% больных ($n=3$). В остальных случаях с меньшей частотой в обеих группах выявляли 3 степень анальной инконтиненции. Обнаружено, что величина аноректального угла не оказывала существенного влияния на выраженность анальной инконтиненции и составила при высокой атрезии $117+17,8^\circ$, при низкой $115,9+15,9^\circ$. Проведенные исследования показали, что значимым показателем, оказывающим влияние на степень выраженности недержания кала является величина давления в анальном канале. Так, увеличенные степени анальной инконтиненции по шкале Stephens-

Smith сопровождалось снижением как базового давления в анальном канале ($r = -0,649$; $p < 0,05$), так и при произвольном сокращении. При проведении МРТ установлено, что, независимо от вида атрезии, при 1 степени недержания у 60% ($n=3$) обнаруживались пороки развития копчика и крестца (соответственно по 30%). При 2 степени недержания костных изменений позвоночника не обнаружено только у 12,5% пациентов. В остальных случаях выявлены сочетанные пороки развития крестца и копчика, спинного мозга, пресакральные липомы. У 2 больных с 3 степенью анальной инконтиненции обнаружены сочетанные тяжелые врожденные аномалии позвоночника и спинного мозга (агенезия копчика, фиксированный спинной мозг)

Комплексное изучение состояния неоректум позволяет разработать оптимальную стратегию лечения анальной инконтиненции у детей после оперативной коррекции аноректальных аномалий.

ПОЛНЫЙ СВИЦ ПУПКА. АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА

Хертек К.В., Ооржак М.Д., Саая Ч.Д., Беспалова Н.В.

Республиканская больница №1 МЗ РТ, детское хирургическое отделение г.Кызыл

Цель: определение сроков оперативного лечения при патологии развития желточного протока.

Ребенок Б., 1 сутки жизни, от 3 беременности, 2 своевременных, физиологических родов на 39–40 неделе, протекавшей с токсикозом в 1 триместре. Вес при рождении 3059 гр., рост 49 см. На 1 с.ж. появились жалобы на кишечное отделение из области пуповинного остатка, ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии Перинатального центра, вызван детский хирург. При осмотре: состояние ребенка стабильное, течение периода новорожденности. По внутренним органам без особенностей, период адаптации. Стула на было, диурез адекватный. Местно: пупочный канатик утолщен за счет красно-бархатистого цвета образования, который выше 0,5 см. от основания открывается свищевым ходом, с красными бархатистыми краями, из которого отходит кишечное содержимое. При ревизии желобоватым зондом свободно уходит в брюшную полость. Выставлен диагноз: полный свищ пупка (желточного протока), показано оперативное вмешательство в экстренном порядке после предоперационной подготовки. После выполнения предоперационной подготовки, ребенок на реанимобиле доставлен в детское хирургическое отделение Республиканской больницы №1 в сопровождение врача реаниматолога. Выполнена средне-срединная лапаротомия, разрезом окаймляющим пупок, кожа и ПЖК ушита над про-

током. Выделены, перевязаны, пересечены пупочная вена, пупочные артерии, уракус. В операционную рану выведена петля подвздошной кишки, несущая желточный проток на широком основании, расстоянии 25 см от илео-цекального угла. Выполнена клиновидная резекция желточного протока, кишечная стенка ушита в поперечном направлении двухрядным швом PDS3/0. Гемостаз. Послойные швы на рану. Ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии Перинатального Центра в сопровождении врача реаниматолога. В послеоперационном периоде пассаж по кишечнику восстановился на 3 сутки, ребенок выписан с выздоровлением на 14 сутки после операции.

Выводы: при полном свище пупка, аномалии развития желточного протока, целесообразно выполнение оперативного вмешательства в экстренном порядке, сразу после установления диагноза во избежание развития осложнений. Особенность оказания экстренной хирургической помощи новорожденным в нашей Республике оказывается в двух отдельных медицинских учреждениях, что вызывает определенные трудности. Операционный блок и детское хирургическое отделение находятся в Республиканской больнице №1 (при «взрослой» больнице), а в Перинатальном центре нет операционного зала, что ведет к транспортировке новорожденных детей с хирургической патологией из одного мед-учреждения в другой.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИЕЙ

Цап Н.А., Тимошинова О.А., Великанов А.В., Чудаков В.Б., Наумова О.А.

Уральский государственный медицинский университет; Детская городская клиническая больница №9; Областная детская клиническая больница №1, г. Екатеринбург

Цель исследования – проанализировать результаты лечения детей с билиарной атрезией (БА), оценить воз-

можности паллиативного компонента терапии и радикального этапа в виде трансплантации печени.

Материалы и методы. Клинический материал представлен 9 случаями БА за период с 2007 по 2015 гг., что соответствует средней частоте встречаемости порока в Свердловской области 1: 50000–60000 новорожденных. Сформирован междисциплинарный лечебно – диагностический подход в организации помощи данному немногочисленному контингенту детей, который диктует взаимодействие хирурга и гастроэнтеролога, гепатолога в постоянном режиме в связи с наиболее частым вариантом исхода БА в цирроз печени. Комплексное обследование детей включало МРТ-холангиографию и пункционную биопсию печени для детальной морфологической оценки аномального строения внутрипеченочного билиарного дерева. Диагноз был установлен в сроки от 2 до 6 месяцев жизни. В 2/3 случаев порок характерен для мальчиков. БА у 50% детей сочетается с врожденными пороками сердца, пупочной и двусторонними паховыми грыжами больших размеров, которые устранялись оперативным путем.

Результаты и обсуждение. Трансплантация печени выполнена 2 (22,2%) детям в возрасте 7 и 8 месяцев в центре трансплантологии и искусственных органов им. Шумакова, оба ребенка находятся на иммуносупрессивной терапии, наблюдаются гепатологом ДКП №9 и в фе-

деральном центре. Развиваются по возрасту. Один ребенок 11 месяцев в листе ожидания на трансплантацию печени.

Остальные 6 детей с прогрессирующим формированием цирроза печени, развитием печеночно-клеточной недостаточности, синдрома портальной гипертензии получали паллиативную хирургическую помощь в виде этапных лапароцентезов для эвакуации асцита. Гепатологи отмечают резкое ухудшение состояния детей после данного вмешательства. В этой группе одному ребенку в возрасте 1,5 месяцев выполнена операция Касаи на отключенной по Ру петле.

Проведение заместительной терапии 20% раствором альбумина, СЗП, позволяет достичь хорошего эффекта в виде уменьшения асцита, полисерозита за счет замещения белковосинтетической функции печени, что позволяет увеличить продолжительность жизни таких детей в ожидании трансплантации печени. Летальные исходы в возрасте от 7 месяцев до 1 года 3 месяцев у 6 (66,7%) детей.

Таким образом, билиарная атрезия является одним из сложнейших врожденных пороков развития с точки зрения своевременной радикальной коррекции аномалии и паллиативных лечебных мероприятий.

ТОТАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ИЛИ НЕЙРОМЫШЕЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ?

Цап Н.А., Винокурова Н.В., Трубицына И.А.

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

Цель исследования – изучить ближайшие и отдаленные результаты тотальной и субтотальной резекции толстой кишки.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии с 2005 по 2015 гг. находились на лечении 18 детей с протяженными формами болезни Гиршпрунга (БГ) в возрасте от 1 месяца до 4-х лет. В возрастной структуре значительно преобладали мальчики 14 (77,7%). Проведено комплексное клиничко – лабораторное, лучевое обследование: контрастная Ro-графия, УЗИ толстой кишки, эндоскопическое (ректоколоноскопия, лапароскопия с поэтапной не менее 3-х сегментов полнослойной биопсией стенки толстой кишки).

Результаты и обсуждение. Мы отмечаем увеличение количества детей с протяженными патанатомическими изменениями стенки толстой кишки в виде дис- и аганглиоза, что приводит к массивным резекциям кишечника, развитию торпидных форм течения энтероколита, синдрому короткой кишки. По протяженности зоны дис- и аганглиоза пациенты распределены на 3 группы: субтотальная форма – 7 (38,9%) детей, тотальная форма – 9 (50%) детей и с поражением терминального отдела подвздошной кишки – 2 (11,1%) детей. Выбор способа и объема оперативного вмешательства был дифференцирован: при субтотальной форме БГ выполняли колоректоанастомоз по Соаве (3) или высокий

колоректоанастомоз над тазовой брюшиной (4); при тотальной форме выполняли илеоректоанастомоз по Соаве (4) или илеоректоанастомоз «конец в конец» (6). Погиб 1 ребенок с тотальным поражением кишки на фоне сопутствующей патологии с развитием тромбоза верхней полой вены. У остальных детей ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. Развитие синдрома короткой кишки, проявляющимся частым стулом, отмечается у всех детей с тотальной формой и поражением подвздошной кишки. У 2 из них развился тяжелый синдром мальабсорбции, требующий проведения длительных курсов консервативной терапии.

Резюме гистологических заключений включает хронические дистрофические изменения стенки толстой кишки на различных участках, средней и тяжелой степени с явлениями эрозий и язв, наличием 3-его типа нейроинтестинальной дисплазии (НИД) с выраженным склерозом подслизистого и мышечного слоев. В полнослойных биоптатах толстой кишки указано на отсутствие, снижение количества нервных ганглиев, их дисплазию.

Таким образом, считаем более правомочным диагнозом нейромышечной дисплазии толстой кишки, недооценка которой и выполнение «щадящих» операций приведет к повторным вмешательствам.

ОПЕРАЦИЯ СОАВЕ ОПТИМАЛЬНАЯ КЛАССИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Цап Н.А., Винокурова Н.В., Трубицина И.А., Чудаков В.Б., Кошурников О.Ю.

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

Цель исследования – анализ 10-летнего опыта лечения детей с болезнью Гиршпрунга (БГ), когда радикальный этап хирургической коррекции порока развития толстой кишки представлен операцией Соаве.

Материалы и методы. В отделениях плановой хирургии и хирургии новорожденных за 10 лет оперировано 53 ребенка в возрасте от 1 месяца до 9 лет. В половой структуре однозначно преобладают мальчики – 89%. В анамнестическую выборку включены дети с жалобами на затруднения отхождения мекония, отсутствие самостоятельного стула, вздутие живота, получение стула после клизмы, что расцениваем как типичную картину течения БГ. Окончательный диагноз БГ, ректосигмоидной или иной более протяженной формы аганглиоза устанавливался путем проведения клинико-рентгенологического исследования, в котором основная ответственная роль принадлежит ирригографии в фазе тугого наполнения и при опорожнении толстой кишки. В случаях недостаточной информативности проводили поэтажную биопсию толстой кишки (4 случая) для уточнения морфоструктурных нарушений в строении стенки толстой кишки.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев – 51 (96,2%) ребенок – проведено трехэтапное оперативное лечение: формирование колостомы на отключение порочного участка кишки, проведение ра-

дикального этапа с последующим закрытием колостомы. Одноэтапная операция по Соаве проведена 2 детям. Важным преимуществом операции Соаве считаем сохранность иннервации серозно-мышечного футляра прямой кишки при тщательной демукозации её. В ближайшем послеоперационном периоде у 3-х (5,6%) детей отмечалось развитие энтероколита клебсиеллезной (1) и клостридиальной (2) этиологии, проведено консервативное лечение, выписаны с выздоровлением. Стрессовая язва двенадцатиперстной кишки осложнила послеоперационный период у 1 ребенка. В отдаленном периоде у 1 ребенка сформировался стеноз колоректоанастомоза, который потребовал поднаркозного бужирования с последующими курсами физиотерапии, что привело к полному излечению. Летальные исходы возникли в 2 случаях (3,7%): интраоперационное осложнение в виде тромбоза верхней полой вены на фоне сопутствующей патологии (1), несостоятельность анастомоза с развитием перитонита (1).

Проведена оценка катамнеза всех 50 детей, оперированных по Соаве на основе сбора анамнеза и оценки регулярности самостоятельного стула, проведения обследования (УЗИ кишечника, ирригографии). Дети росли и развивались по возрасту, восстановление пассажа кишечного содержимого было достигнуто во всех случаях, каломазанья не отмечалось ни у одного ребенка.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Цилько А.А., Артюшевская Д.М., Фурманчук Д.А., Лесковский Д.В., Шалькевич А.Л., Пушкарева Л.В., Свирский А.А.

РНПЦ детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Септические осложнения – частое явление в практике интенсивной терапии, характеризующееся полиорганной дисфункцией в ответ на инфекцию, одна из ведущих причин смертности в стационарах. Администраторы стационаров, представители гигиенического контроля и клиницисты не всегда пользуются едиными критериями при констатации наличия у пациента сепсиса. В настоящее исследование вошли пациенты, получавшие лечение в отделениях анестезиологии и реанимации РНПЦ детской хирургии в течение 2015 года, диагноз сепсиса которым был выставлен официально, с регистрацией в центре гигиены и эпидемиологии.

Группу исследования составили 19 пациентов, 9 мальчиков (47,4%) и 10 девочек (52,6%), что составило 1,7% от общего числа 1130 пациентов, пролеченных за указанный период. Возраст варьировал от 1 суток до 10 лет, преобладали пациенты в возрасте до 1 года (57,9%), из них 5 новорожденных детей (26,3%), медиана возраста соответствовала 17 месяцам. Положительные результаты посевов крови выявлены только у 8 пациентов

из 19 (42,1%). У 5 (26%) пациентов сепсис был выставлен до поступления в отделение при переводе из других стационаров. В 6 (31%) случаях выявлялись множественные очаги инфекционного повреждения с аналогичными микробиологическими характеристиками и в сочетании с синдромом полиорганной дисфункции. Наиболее часто выявлялась грамотрицательная флора (68%), в 11% грамположительные бактерии, в 21% случаев обнаружены грибы рода *Candida*. Во всех случаях бактериальных высевов имела место мультирезистентная флора.

Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации составила $25,3 \pm 8,4$ дня (минимум 3, максимум 96 дней), что не отличалось достоверно от средней продолжительности пребывания в отделении. Летальность в исследуемой группе составила 26,3% и в 4 из 5 случаев была обусловлена в том числе наличием некурабельной хирургической патологии.

Анализ данных, полученных при исследовании, подтвердил низкую частоту постановки диагноза септических

осложнений в сравнении с данными доступными в зарубежных источниках, отсутствие отличий в продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии, что указывает на вероятную неэффективную диагности-

ку сепсиса и необходимость внимательного пересмотра критериев выявления септических осложнений в соответствии с признанными международными критериями, что является предметом нашего будущего исследования.

ТЕХНИКА МЕТОДА ДЛИТЕЛЬНОГО НЕПРЕРЫВНОГО АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ КОСТНОГО ГНОЙНОГО ОЧАГА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Цыбин А. А., Мохаммад Башир, Давлицаров М. А., Бояринцев В. С., Машков А. Е., Вайс А. В., Дубоносов Ю. В.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина, г. Тула

Актуальность. По данным литературных источников острый и хронический гематогенный остеомиелит у детей является не только одной из форм хирургической инфекции, но и тяжелым вариантом течения гнойно-воспалительного процесса.

Основным оперативным вмешательством при острой стадии заболевания остается остеоперфорация и фистулсеквестрнекрэктомия с одним из вариантов дренирования остаточной костной полости в хронической стадии болезни.

Цель. Описать технику метода длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага в лечении остеомиелита у детей.

Материалы. При выборе аспирационного дренирования в лечении и профилактике остеомиелита, мы исходили из того, что аспирационная методика в хирургии применялась с конца позапрошлого века в лечении гнойно-воспалительных заболеваний и профилактике осложнений. До настоящего времени она используется как самостоятельный способ или как составная часть других приемов дренирования гнойного очага, и зарекомендовала себя как эффективный и безопасный метод лечения.

Дренирование очага осуществляется под общим обезболиванием через один из известных доступов, который зависит от локализации гнойного процесса в пораженном сегменте. Вскрытие костномозгового канала производится вне очага воспаления путем фрезевой остеоперфорации. Остеоперфорация производится в одном месте,

чаще выше, или ниже основных патологических изменений кости. Через остеоперфорацию в соответствии с длинником кости (трубчатая кость) костномозговой расширялся на протяжении всего остеомиелитического очага. Это осуществляется при помощи гибкого сверла.

После хирургической санации очага через остеоперфорацию в костномозговой канал заводится перфорированная пластиковая дренажная трубка и укладывается на протяжении очага воспаления. Внутренний диаметр трубки от 0,1 до 0,8 см в зависимости от диаметра кости и возраста пациента.

Проксимальный, свободный конец дренажной трубки выводится через контраптертуру и подсоединяется к аспирирующему устройству, при помощи которого создается разрежение от 0,15 до 0,350 атм. на протяжении всего периода лечения. Аспирацию можно проводить различным техническим устройством.

Послеоперационную рану зашивают наглухо с дополнительным дренированием или оставляют без наложения первичных швов под повязкой.

Заключение. Таким образом, в хронической стадии заболевания техника применения длительного аспирационного дренирования не отличается от применения ее в острой стадии остеомиелита. Разница заключается в параметрах длительности процесса. Она должна быть достаточной и обеспечить время для регенерации костных структур, устранить патологические условия, поддерживающие воспалительный процесс в кости на этот период.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Черногоров О. Л., Медведев А. И., Журило И. П., Круглый В. И., Козьмин М. А.

Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З. И. Круглой; Орловский государственный университет им. И. С. Тургенева

Цель: обобщение собственного опыта лапароскопических вмешательств у детей с осложненными формами острого аппендицита и оценка результатов лечения.

За период с января 2012 по май 2016 года в хирургическом отделении нашей клиники находилось на лечении 102 больных с осложненными формами острого аппендицита (абсцессы, перитониты) в возрасте от 2 до 15 лет. Из них 64 мальчика, 38 девочек. 17 детей поступали в кли-

нику в тяжелом и очень тяжелом состоянии с давностью заболевания более 72 часов. У 7 детей на момент поступления имелись множественные межпетельные абсцессы брюшной полости и клиника кишечной непроходимости. Всем детям оперативные вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом, без осложнений. У одного ребенка вмешательство пришлось конвертировать из-за мощного спаечного процесса (ребенок поступил

в тяжелом состоянии на 10 сутки с момента заболевания с клиникой перитонита и кишечной непроходимости). В одном случае потребовалась релапароскопия по поводу ранней спаечной непроходимости у больного, поступившего через 5 суток с момента заболевания с аппендикулярным перитонитом, абсцессами брюшной полости. Интраоперационно лаваж брюшной полости осуществлялся большим количеством (до 4,5–5 литров) 0,9% р-ра NaCl. Дренажирование проводилось трубчатым дренажем через надлобковый порт, а в случаях разлитых перитонитов и множественных абсцессов в брюшную полость устанавливался дренаж типа Blake. У 2 детей с плотными инфильтратами и разлитым перитонитом, отросток при первой операции удален не был. Они оперированы через 6–9 месяцев в плановом порядке, выполнена лапароскопическая аппендэктомия без технических слож-

ностей и осложнений. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 10,4 койко-дня. Максимальный срок пребывания в стационаре составил 31 койко-день у ребенка 5 лет с сепсисом, множественными абсцессами брюшной полости, двусторонней пневмонией, которому потребовалось выполнение лапаротомии, лапаростомии. При этом была использована методика Negative pressure wound treatment (NPWT). В последние 2 года мы перешли на 100% лапароскопический доступ при острых процессах в брюшной полости у детей и считаем его более «выгодным» при осложненных формах острого аппендицита. В этом случае имеется возможность адекватной интраоперационной санации всей брюшной полости, что приводит к сокращению сроков лечения, а также, даже при тяжелых распространенных гнойных процессах, значительно снижает риск возникновения спаечной болезни.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Чкадуа Т.З., Асирова Г.В., Брусова Л.А.

ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ, г. Москва.

Введение. Реконструктивная отоластика признанно является одним из самых сложных разделов пластической хирургии. В настоящее время для формирования ушной раковины используют как аутологичные ткани, так и синтетические материалы. Выбор материала для построения каркаса ушной раковины является важным решением для достижения хорошего результата.

Цель – оптимизировать хирургическое лечение пациентов с дефектами и деформациями ушных раковин путем разработки дифференцированного подхода к выбору метода реконструктивной отоластики.

Материалы и методы. В период с 2012 г. по 2016 г. было пролечено 60 пациентов с дефектами и деформациями ушных раковин различной этиологии с применением следующих методов: реконструкция с использованием аутореберного хряща (17), силиконового имплантата (40), аутореберного хряща с применением височно-теменного фасциального лоскута (3).

Результаты. Результаты проведенных операций по реконструктивной отопластике расценивались как хорошие (65%) при первичном заживлении ран, достаточной выраженности контуров сформированной ушной раковины. В 30% случаев были получены удовлетворительные результаты, когда наблюдались субкомпенсация кровоснабжения кожных лоскутов с вторичным заживлением,

рубцовые деформации аутодермотрансплантатов, невыраженная рельефность каркаса ушной раковины. Неудовлетворительные результаты, полученные в 5% случаев, были связаны с развитием следующих специфических осложнений: при использовании аутореберного хряща у 1 пациента наблюдался частичный некроз кожных лоскутов; в группе с применением силиконового имплантата из осложнений были прорезывание без инфицирования (1) и прорезывание с инфицированием (1). В группе с аутореберным хрящом и височно-теменным фасциальным лоскутом специфических осложнений выявлено не было.

Заключение. В возрасте 6–9 лет при наличии рубцовых изменений реципиентной зоны, достаточном кровоснабжении височно-теменной фасции методом выбора была 1-этапная операция с использованием силиконового имплантата. В возрасте от 9–10 лет при достаточной степени развития хрящевой части ребер, отсутствии рубцов в реципиентной области проводилась 2-этапная реконструктивная отоластика при помощи аутореберного хряща. При выраженной рубцовой деформации реципиентной зоны, недостаточном развитии поверхностной височной артерии и большом риске прорезывания силиконового имплантата 1-этапно выполнялась операция с применением аутореберного хряща, височно-теменного фасциального лоскута и аутодермотрансплантатов.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Чудинов Д.С., Аршинова М.С., Морозов Д.А., Пименова Е.С.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель: Анализ повторных операций при болезни Гиршпрунга (БГ).

Материалы и методы: повторные операции выполнены 11 детям с БГ в возрасте от 11 месяцев до 15 лет.

4 пациента перенесли перед этим более трех операций. Первичными операциями были: Soave-Ленюшкина (4), O. Swenson (1), Georgeson (3), Rehbein (1), сфинктеротомия (1), Duhamel (1). Показаниями для обследования стали: задержка стула (6), недержание кала (1), задержка и недержание (4). Комплексная диагностика установила, что причинами были: стеноз анастомоза (4), моторная дисфункция (гипертонус или недостаточность сфинктера) – 4, и остаточная зона аганглиоза (3).

Результаты: Повторные вмешательства были представлены: операцией O. Swenson (5), реконструкцией сфинктерного аппарата (5), наложением двустольной асцендостомы (1). Ближайшие результаты повторных

вмешательств: восстановление самостоятельного стула (7), периодическая потребность в клизмах (2), сохраняющаяся тенденция к энкопрезу (1), временная стома (1).

Выводы: Наиболее частым поводом к повторным операциям является моторная дисфункция прямой кишки и мышц промежности, наличие остаточной зоны аганглиоза или стеноза анастомоза. Повторное вмешательство детям с болезнью Гиршпрунга может потребоваться вне зависимости от методики первичной операции. Грамотный выбор вторичной операции позволяет улучшить функциональный результат. При этом несомненно, что корректное первичное лечение способствует лучшим результатам, нежели повторные вмешательства.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕКРУТАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ

Чундокова М.А., Черкесова Е.М.

ГБОУ ВПО «Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Цель исследования: Изучить результаты органосохраняющих операций при перекруте придатков матки.

Введение: Вопрос хирургической тактики при перекруте придатков матки является актуальным, т. к. по данным разных авторов в 60–70% случаев выполняется аднэксэктомия. Однако яичник является одним из звеньев цепи гормональной регуляции, и его удаление в детском возрасте может привести к снижению эстрогенной функции, спровоцировать нарушения менструальной функции и нейроэндокринные расстройства. Последние годы в литературе появились сообщения о «консервативном» методе лечения данного состояния, когда после деторсии яичник и маточная труба не удаляются.

Материалы и методы: С 2006 по 2014 гг в ДГКБ№ 13 им. Н.Ф. Филатова находились 16

девочек с перекрутом придатков матки. Средний возраст пациенток 7,5 лет (5мес-15 лет). Давность заболевания составила от 1 до 5 суток. Диагноз при поступлении у 9 детей – подозрение на острый аппендицит, у 5 – киста брюшной полости, у 3 – перекрут придатков матки. До операции диагноз перекрута установлен у 8 девочек, причем только у трех по УЗИ. Все дети оперированы эндоскопически. У 6 детей выполнена аднэксэктомия ввиду явного некроза придатков матки, у 10 детей, несмотря на признаки ишемии, выполнена органосохраняющая операция. В послеоперационном периоде проводилось симптоматическое лечение: трентал, антибиотикотера-

пия, сеансы ГБО с первых суток. Состояние придатков матки контролировалось клиническим осмотром и ежедневным динамическим эхографическим исследованием.

Результаты: Состояние детей в послеоперационном периоде было удовлетворительным. После органосохраняющей операции (10 детей) при ЦДК кровотоков определялся в пораженном яичнике на 2 сутки у 2 девочек, на 3 сут – у 4 детей, на 4 сут – у трех, у 1 ребенка результат был отрицательный. Размеры и эхоструктура яичника нормализовались к 5 сут у 4 детей, к 8 сут – у 5, у 1 девочки УЗ-картина осталась без изменений. Родители ребенка с неудовлетворительными результатами УЗИ от повторной лапароскопии отказались, и ребенок был выписан домой. Остальные дети обследованы в отдаленные сроки после операции (1–9 лет). При УЗИ яичники (эхоструктура и размеры) соответствуют возрасту, определяются фолликулы. У 6 девочек пубертатного возраста менструальная функция не нарушена.

Выводы: Проведенный метод лечения перекрута придатков матки у 9 детей позволил сохранить анатомическую единицу и потенциал репродуктивной функции. Макроскопические характеристики не являются абсолютно объективными для решения вопроса о аднэксэктомии. Данная проблема требует дальнейшего изучения, т. к. на сегодняшний день не существует объективных методов оценивающих жизнеспособность придатков матки после деторсии.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СТАДИИ ЛАТЕНТНОЙ ИШЕМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Шабалдин Н.А., Горшкова С.В., Шабалдин А.В., Головкин С.И.

Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

Патогенез болезни Легг-Кальве-Пертеса (БП) связан с прогрессирующим развитием асептического некроза головки бедра. Выделяют нулевую стадию БП или ла-

тентной ишемии головки бедренной кости. Переход этой стадии в первую неминуемо приводит к необратимости процесса асептического некроза. С этих позиций эффек-

тивная ее диагностика и раннее лечение может пролонгировать переход в последующие стадии болезни. Это особенно важно для детей раннего и дошкольного возраста. Стадия латентной ишемии не имеет четких рентгенологических проявлений и характеризуется наличием выпота в полости тазобедренного сустава при проведении УЗИ диагностики. Исходя из этого целью настоящего исследования – был поиск локальных иммунных критериев ассоциированных с БП. Для выполнения поставленной цели был обследован 21 ребенок, имеющий признаки ранней стадии БП (возрастной интервал: 3–12 лет; гендерный состав: 17 мальчиков и 4 девочки). Группа сравнения была представлена 93 детьми с транзиторным синовитом тазобедренного сустава (возрастной интервал: 2,5–12 лет; гендерный состав: было 69 мальчиков и 24 девочки). Диагноз транзиторного синовита тазобедренного сустава (ТСТС) был выставлен на основании исключения БП, юношеского эпифизиолиза головки бедренной кости, опухолевых процессов, травм, инфекций (хламидиоз, псевдотуберкулез, иерсиниоз, туберкулез) и т.д. У всех детей проведено исследование концентраций в синовии провоспалительных цитокинов (интерлейкина 1 бэта – IL-1b, фактора некрза опухоли альфа – TNF-а, интерферона альфа – INF-а), проаллергических цитокинов (рецепторного антагониста интерлейкина 1 – IL-1Ra, интерлейкина 4 – IL-4). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0, for Windows 7. Результаты считали

достоверными при ошибке достоверности менее 5%, что соответствует медико-биологическим исследованиям. Сравнение иммунологических характеристик, отражающих локальный воспалительный ответ в синовии, при БП и ТСТС показало следующее. При БП достоверно выше, чем при ТСТС, были уровни IL-1Ra, TNF-а, INF-а; а при ТСТС достоверно выше, чем при БП, были IL-4 и IL-1b ($p < 0,05$). Данные представлены в таблице.

Таблица. Особенности локального цитокинового статуса при БП и ТСТС

Показатель	БП, n=21			ТСТС, n=93			P
	Me	LQ	UQ	Me	LQ	UQ	
IL-1Ra	980,7	735,5	1225,82	516,8	387,6	646,1	$p < 0,05$
TNF-a	63,31	47,48	79,14	32,84	47,48	79,14	$p < 0,05$
INF-a	44,66	33,49	55,82	22,29	16,72	27,86	$p < 0,05$
IL-4	10,21	7,21	15,32	18,92	13,22	27,11	$p < 0,05$
IL-1b	9,46	7,09	11,82	32,58	24,43	40,72	$p < 0,05$

Известно, что IL-1Ra, TNF-а синтезируются микро- и макрофагами при захвате, фагоцитоза и процессинге антигена; а INF-а – под действием вирусных и бактериальных геномов. Тем самым, эти первичные данные указывают, что триггером воспаления при БП могут быть аллергические реакции в том числе и на вирусно-бактериальные антигены. Понижение IL-1b при манифестации воспаления может быть обусловлено конституциональными факторами, в том числе и через полиморфные варианты генов семейства IL-1. Представляется актуальным исследование генетических предикторов БП в семействе IL-1.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНИХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А. М., Атакулов Д. О., Шамсиев Ж. А., Рахимов Ф. Э.

2-клиника Самаркандского государственного медицинско-го института, Узбекистан, г.Самарканд

За последние десятилетия отмечен значительный рост распространенности гипоспадии. В настоящее время в странах Европы и США аномалия встречается с частотой 1 случай на 150–250 новорожденных мальчиков. При этом не существует единого, общепризнанного подхода к хирургическому лечению, что приводит к сложностям в выборе оптимального метода коррекции.

Цель исследования: улучшение результатов хирургической коррекции передних форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы: в урологическом отделении 2-клиники Самаркандского медицинского института за период с 1997 по 2014 года пролечено 104 детей передними формами гипоспадии. Больные в зависимо-

сти от метода оперативной коррекции были разделены на 2 группы: 1 (контрольная) 58 (55,8%) больных, пролеченных в период с 1997 по 2004 года, им уретропластика проводилась по методике Метью (Mathieu) и 2 (основная) – 46 (44,2%) больных, получивших лечение в период с 2005 по 2014 года, им была применена модификация данной методики. При анализе результатов лечения в отдаленном периоде отмечается снижение количества неудовлетворительных результатов с 10,7% до 3,8%.

Таким образом, уретропластика по Метью (Mathieu) в модификации клиники показала свою эффективность, что отразилось при анализе отдаленных результатов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦВЕТНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж. А., Атакулов Д. О., Давранов Б. Л.

2-клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан, г.Самарканд

В детских хирургических стационарах одну из первых мест занимают операции по поводу ущемленных грыж,

которые достигают до 8–20% всех оперативных вмешательств, а в ургентной хирургии второе место после остро-

го аппендицита. Актуальными методами диагностики, позволяющими значительно снизить количество тактических ошибок, являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография органов брюшной полости.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения ущемленных грыж у детей.

Материал и методы: в отделениях неонатальной и общей хирургии 2-клиники СамМИ с периодом 2012 по 2015 года пролечено 36 больных поступивших с клиникой ущемленной грыжи. Превалировали больные мужского пола 27 (75%), девочек было 9 (25%). В сроках от момента ущемления до 12 часов было 19 (52,8%), до 24 часов – 7 (19,4%), более суток – 10 (27,8%) больных. При этом в комплекс обследования и диагностики было использовано ультразвуковое исследование с цветной доплерографией. При этом определялось содержимое грыжи и степень ущемления за счет выраженности отека окружающих тканей. Исследование проводилось на аппарате «Sono Scape SSI-5000» с линейным датчиком 7,5 МГц с приставкой цветного доплеровского картирования, последнее позволило получить дополнительные све-

дения: оценить функциональное состояние содержимого грыжевого мешка за счет определения скорости кровотока и степени ишемии ущемленного органа. После полного клинико-лабораторного обследования больным, независимо от сроков ущемления грыжевого содержимого, если не было местных признаков воспаления и симптомов катастрофы брюшной полости, на основании ультразвукового исследования с цветной доплерографией, проводилась попытка консервативного разущемления, которое принесло успех у 22 (61,1%) пациентам. В дальнейшем они были оперированы в плановом порядке. Остальным 14 (38,9%) больным после кратковременной предоперационной подготовки проводилась экстренная херниолапаротомия с ревизией содержимого ущемленного грыжевого мешка, от которой зависела дальнейшая хирургическая тактика.

Таким образом, применение ультразвукового исследования с цветной доплерографией в значительной степени позволяет, на основании степени нарушения кровотока в ущемленном грыжевом содержимом, более точно установить давность заболевания и выработать правильную хирургическую тактику.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ И КИСТАХ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Шангареева Р.Х., Парамонов В.А., Еникеев М.Р., Асфандияров Б.Ф., Пьянкова А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РБ; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа.

Цель: оптимизация диагностики и лечения при опухолях и кистах средостения у детей.

Анализируются результаты диагностики и лечения 48 детей с новообразованиями средостения, находившихся на стационарном лечении в РДКБ с 2004 по 2015 гг. Мальчиков 22, девочек 26. Патология выявлена в возрасте до 3 лет у 21, от 3 до 7 лет у 15, от 7 до 15 лет у 12 детей.

В анамнезе стойкое тахипноэ отмечено у 28, стридозное дыхание у 13 детей. У 28 пациентов в анамнезе родители отмечали частые ОРВИ. При физикальном обследовании у 22 пациентов выявлена деформация грудной клетки, отсутствие и ослабление дыхания отмечено у 32, симптом Горнера у 5 обследованных. С выраженным респираторным дистресс синдромом, вследствие сдавления трахеи и бронхов в стационар поступили 12 детей. В период предоперационной подготовки 4 пациентам проводилась искусственная вентиляция легких.

Основным методом диагностики являлась обзорная рентгенография органов грудной клетки. Для уточнения характера новообразования во всех случаях выполнена компьютерная томография.

После биопсии лимфатического узла 7 пациентам с лимфомой проводилось консервативное лечение. Хи-

рургическое лечение выполнено 41 ребенку: торакотомия, удаление опухоли в 34, эндовидеоторакоскопическое вмешательство в 7 случаях.

По данным гистологического исследования лимфома выявлена у 7 детей, зрелая тератома – 8, энтерогастрогенные кисты – 3, бронхогенная киста – 7, лимфангиома – 4, нейробластома – 7, ганглионеврома – 6, тимомегалия – 2, по одному случаю киста вилочковой железы, шваннома, ангионейробластома, ангионейрофиброма.

Выводы: У большинства пациентов с новообразованиями средостения диагноз установлен в возрасте до 3 лет. Наиболее часто клиническими признаками при данной патологии являются проявления со стороны органов дыхания. Для своевременной диагностики опухолей и кист средостения необходимо выполнение рентгенографии грудной клетки детям, часто болеющим ОРВИ. Наиболее часто встречаются нейрогенные опухоли. Выбор метода оперативного лечения определялся локализацией, размерами и структурой новообразования, при кистозном характере и при опухолях не больших размеров методом выбора является операция торакоскопическим доступом.

РОЛЬ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ ЖКТ

Шарапов В.И., Назарова И.М.

БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница», г. Нижневартовск

Цель: улучшение качества диагностики и лечения детей с полипами ЖКТ.

Материалы и методы: в нашей клинике за 3 года (2013–2015 годы) у 25 детей были выявлены и удалены

полипы ЖКТ различной локализации. Полип пищевода – 9 детей в возрасте от 8 до 17 лет; полип желудка – 3 детей: 8, 14 и 15 лет; полип ободочной кишки – 3 ребенка, возраста 3, 11 и 16 лет; полип сигмовидной кишки – 4 ребенка: 3, 4, 8 и 13 лет; полип прямой кишки – 6 детей, возраста от 3 до 10 лет.

При локализации полипов в верхних отделах ЖКТ специфической подготовки, как правило, не требовалось. При расположении полипов в толстом кишечнике, выполнялась предоперационная подготовка кишечника с помощью препарата «Фортранс» у детей старше 14 лет и с помощью высоких очистительных клизм у детей младше 14 лет. Использовалось оборудование фирмы Olympus: эндоскопы GIF-V70, GIF-XP160, GIF-E3, GIF-Q150, PCF-160AL, электрохирургический блок UES-30, электрохирургические петли разных форм, самозатягивающиеся петли, точечный коагуляционный электрод.

Удаление полипов проводилось по следующим показаниям:

1. полипы с кровотечением;
2. множественные полипы с активным ростом;
3. полипы, стимулирующие образование хронических эрозий;

4. рост полипа в ходе наблюдения в течение 1 года;

5. полипы 4-го типа (на ножке).

Все операции выполнялись под общей ингаляционной анестезией. При удалении полипов пищевода обязательным условием являлась интубация трахеи. В ходе исследования определялись локализация, размер, форма полипа, показания к удалению. Выполнялась электроэксцизия полипов эндоскопическими электрокоагуляционными петлями с последующей обработкой основания полипов точечной коагуляцией. Весь удаленный материал отправлялся для патогистологического исследования.

Результаты и обсуждение: всем пациентам проводилось контрольное эндоскопическое исследование на 10е сутки после проведенной полипэктомии. Осложнений отмечено не было. При обследовании пролеченных детей через 6 месяцев после полипэктомии: жалоб пациенты не предъявляли, повторного роста новообразований не отмечалось. При гистологическом исследовании во всех случаях верифицировался железистый полип.

Выводы: считаем, что внутрипросветная фиброэндоскопия играет ведущую роль при диагностике и лечении полипов ЖКТ у детей, являясь малоинвазивным диагностическим и лечебным методом детской хирургии.

ОЛИМПИАДА ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ – НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Шастин Н. П., Ерохина Н. О., Смолянкин А. А.

РНМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

В последние годы в нашей стране часто проводятся студенческие олимпиады по хирургии, они имеют большое значение для профессиональной подготовки специалиста, однако ряд моментов в организации данных мероприятий нас не удовлетворял, а специализированных олимпиад по детской хирургии не проводилось. В 2014, 2015 и 2016 годах мы три раза провели олимпиады по детской хирургии. Они были организованы по инициативе сотрудников, ординаторов и студентов научного кружка кафедры детской хирургии РНМУ им. Н. И. Пирогова, под эгидой Российской ассоциации детских хирургов, при поддержке и в стенах Детской городской клинической больницы им Н. Ф. Филатова г. Москвы.

При организации олимпиады мы исходили из того, что она должна опираться на базовые знания и навыки, которые обязательны для любого детского хирурга, при этом не выходить за рамки учебника. В каждом конкурсе должен быть способен принять участие любой член команды. Часть конкурсов должна быть командными и иметь эвристическую направленность. Исполнение заданий должно документироваться, решения жюри – обнародоваться, во всех случаях – с обоснованием, все материалы – публиковаться.

Конкурсы, которые проводились в ходе олимпиады, на наш взгляд, имеют самостоятельное значение для преподавания и могут быть использованы в педагогической практике. Сущность конкурса «Протокол» в том, что участникам его предлагается, просмотрев небольшой видеосюжет клинического исследования ребен-

ка, написать его протокол и поставить предварительный диагноз. Все участники олимпиады имели возможность познакомиться с каждым из написанных протоколов и с комментариями к ним, что имело большое значение для формирования соответствующих профессиональных навыков. В ходе конкурса «На приеме» участник должен был имитировать заболевание в соответствии с полученным заданием. Он исполнял роль «пациента» или одного из его родителей, а команда – соперник – «врачи», задавала вопросы, уточняющие характер жалоб и анамнез, «ставила диагноз» и давала рекомендации по лечению. Этот конкурс не только имеет для молодых медиков информационное значение, и приучает их работать в команде, используя методы «мозгового штурма», но и развивает актерские качества, которые так необходимы врачу.

Ряд других конкурсов позволял оценить уровень знаний участников в области анатомии, английского языка, семиотики и диагностики хирургических болезней детского возраста, и навыки выполнения простейших хирургических манипуляций и десмургии.

Олимпиада представлена на странице <https://vk.com/olympiada.dhir>. Мы предлагаем все материалы для свободного распространения и использования в педагогической деятельности. Мы полагаем, что мероприятия, аналогичные проводимой нами олимпиады могут и должны проводиться в ходе работы научных студенческих кружков при клинических кафедрах. Они в непринужденной, игровой форме позволяют студентам получить знания и отработать навыки, необходимые врачу – детскому хирургу.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫСОКОЙ ФОРМЕ АТРЕЗИИ АНУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шерназаров И. Б., Султонов Ш. Р., Рахмонов Ш. Дж., Шарипов П. Ш., Раджабов О. З.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель. Представить наш опыт хирургического лечения высокой формы атрезии ануса, в частности проктопластику, задним сагиттальным доступом.

За последние 7 лет (2010-2016) в нашей клинике детской хирургии пролечено 52 больных с высокой формой атрезии ануса и прямой кишки; несвищевая форма была выявлена у 12 детей и 40 детей были со свищами в мочеполовой системе. У 24 девочек были вестибулярные свищи. Ректовагинальные свищи отмечены – у 6. Мальчиков с ректоуретральными свищами было 10 больных.

При диагностике широко применялись УЗИ-исследования, рентгенологическая диагностика (рентгенография по Вангестину) и фистлоирригография. Больным с высокой формой атрезии проведено этапное лечение; из них 22 наложена колостома или сигмостома. После наложения колостомы основным этапом выполнялась заднесагиттальная проктопластика, которая производилась детям в возрасте преимущественно 8–12 месяцев. Остальным 30 больным произведена первично заднесагиттальная проктопластика. Особенности хирургической техники: определение центра наружного сфинктера; сохранение наружного сфинктера; мобилизация кишки; соответствие размера низводимой кишки по диаметру наружного сфинктера; адекватная леваторопластика на протяжении 3–3,5 см. С ректовестибуляр-

ными свищами были 24 больных, ректоуретральными свищами 10, ректоуретральными тяжами – 5, ректовлагалищными свищами 6. Из 52 детей с высокой формой атрезии у 12 (23,1%) больным хирургическая коррекция осуществлялась в 3 этапа; в новорожденном возрасте накладывалась сигмостомия (1 этап), через 6–8 месяцев проводилась проктопластика заднесагиттальным доступом (2 этап) и спустя 1–2 месяца закрывалась сигмостома (3 этап).

Из 52 больных с высокой надлеаторной атрезией после этапной операции у троих (5,7%) наступило сужение сформированного анального отверстия, которое ликвидировано бужированием на фоне комплекса рассасывающей терапии. У двух отмечен энкопрез из-за пролабирования слизистой сформированной прямой кишки. После иссечения слизистой и проведения физиотерапевтических процедур энкопрез ликвидирован.

Лечение детей с аноректальными пороками должно проводиться в хирургических центрах врачами имеющими опыт лечения детей раннего возраста с подобной патологией. Наилучшие функциональные результаты могут быть получены при адекватном выборе метода и срока радикального оперативного лечения, соблюдении техники вмешательства и длительной последовательной реабилитации.

АНАЛИЗ ЯТРОГЕННЫХ СЛУЧАЕВ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ЗА 30 ЛЕТ

Шмаков А. П., Зувев Н. Н., Зуева О. С.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Цель. Изучить и провести анализ ятрогенных осложнений, встретившихся в нашей практике, возникших как в клинике детской хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет» (ВГМУ), так и в других отделениях и лечебных учреждениях Витебской области.

Материал и методы. Изучена медицинская документация УЗ «Витебский областной клинический центр» (ВОДКЦ), а в ряде случаев и других медицинских организаций города и области. За период более 30 лет у нас лечились 334 ребенка с ятрогенными заболеваниями и осложнениями, возникшими как в отделениях ВОДКЦ (около 40%), так и других медицинских учреждений (около 60%). Новорожденных было 163 (недоношенных 47,1%), до 1 года-14, 1–3 года- 112, 3–7 лет- 33, 7–14 лет- 12 пациентов. Для систематики патологий была использована классификация ятрогений С. Я. Долецкого (1989 г.).

Результаты и обсуждение. В нашей работе преимущественно встретилась ятрогения воздействия: реанимаци-

онно-наркотическая (84), травматическая (94), манипуляционная (156). Представлены виды возникших осложнений, их лечение и исходы. Наиболее уязвимыми были дети раннего возраста (86%). Летальность составила 3,6%, инвалидность 3%. Уменьшение рисков врачевания связано с углубившимися знаниями особенностей патогенеза болезней, реактивности организма и внедрения современных медицинских технологий, тактических установок, высококлассной техники. В последние 10–15 лет практически исчезли инъекционные, наркотические, термические осложнения, однако увеличилось число пневмотораксов при ИВЛ у новорожденных с РДС, хотя и здесь летальность снизилась до 2,4%. Наблюдается рост особенно нозокомиальных инфекционных осложнений. Однако вряд ли возможно полностью исключить ятрогению травматического генеза, так как она является следствием агрессивных приемов лечения, увеличивающих риск возникновения непредвиденных реакций, даже при правильном применении по-

собия, а уж тем более при допущении лечебно-тактических и технических ошибок. Их предупреждение есть результат соединения глубоких теоретических знаний, умений их практического применения, совершенного рукоделия в совокупности с даром предвидения.

Многолетний опыт и проведенный анализ неблагоприятных результатов врачевания позволили сформулировать рекомендации для уменьшения опасности и снижения риска, особенно маргинального характера, при оказании медицинской помощи.

ОБСТРУКТИВНАЯ НЕФРОПАТИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III – V СТАДИИ У МАЛЬЧИКОВ С КЛАПАНАМИ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

Шумихина М. В., Меновщикова Л. Б., Чугунова О. Л., Гурская А. С., Левитская М. В., Шумихин В. С., Склярова Т. А., Гуревич А. И., Богуславская М. А., Корчагина Н. С.

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

Наиболее частой причиной инфравезикальной обструкции у новорожденных и детей раннего возраста является клапан задней уретры. Несмотря на успешное лечение самой обструкции вероятность развития хронической болезни почек (ХБП) достаточно высока.

Целью нашего исследования было изучение частоты развития терминальной стадии ХБП и предикторов ее развития.

Материалы и методы: исследование включало 55 мальчиков (с января 2007 по декабрь 2015 г.) с клапаном задней уретры. Всем детям выполнено стандартное обследование (общие и биохимические анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование с доплерографией сосудов почек, цистография, статическая нефросцинтиграфия почек, цистоскопия).

Результаты: антенатально порок развития органов мочевой системы заподозрен у 43 детей (из них наличие инфравезикальной обструкции предположено у 100% детей, консультированных в кабинете дородовой диагностики, организованным в 2012 г. на базе ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова). Постнатально обструкция нижних мочевых путей проявлялась отсутствием самостоятельных мочеиспусканий (10/55) или слабой струей при мочеиспускании (35/55). 12/55 детей поступили с признаками почечной недостаточности. У всех детей диагностирована обструктивная уропатия: 41/55 – двустороннее поражение, 24/55 детей (39 мочеточников) – пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), в основном (86%) – высокой степени, 12/55 детей (19 мочеточников) – нерефлексирующий мегауретер

НРМУ, 19/55 (38 мочеточников) – комбинированное поражение – ПМР с одной стороны и НРМУ – с другой. Всем детям проведено оперативное лечение – трансуретральная резекция клапана задней уретры (ТУР КЗУ) в первые месяцы жизни, при необходимости – коррекция сопутствующих уропатий. Ультразвуковые признаки нефропатии имели 42 ребенка даже после хирургического лечения. Средний период наблюдения составил 2,3 года (0,6–8 лет). Хроническая болезнь почек II стадии диагностирована у – 6 детей, III стадии – у 3, IV стадии – у 4, трое пациентов имеют развитие терминальной болезни почек. Один из этих детей успешно перенес трансплантацию почки, двое находятся на перитонеальном диализе. Для оценки риска развития ХБП III–V стадии использовался наиболее высокий уровень креатинина в течение года после установки диагноза (nadir creatinine). Показано, что у всех детей ХБП I–II стадии креатинин был ниже 75 мкмоль/л, с III–V стадией – выше 75 мкмоль/л. При оценке индекса микроальбумин/креатинин в разовой порции мочи после выписки из стационара выявлено превышение показателей (выше 30 мг/г) у 28/55 мальчиков, в 100% у детей с ХБП III–V стадией.

Заключение: клапан задней уретры в сочетании с ПМР и/или НРМУ приводит к формированию нефропатии и развитию ХБП III–V стадии. Уровень креатинина выше 75 мкмоль/л в течение года после установки диагноза является фактором неблагоприятного прогноза и предиктором развития терминальной стадии ХБП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ У ОЖОГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦОВ КОЖИ

Шурова Л. В., Будкевич Л. И.

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва

В настоящее время применение современных повязок позволило добиться значительного сокращения сроков эпителизации ран, однако не решило проблему обра-

зования послеожоговых рубцов кожи. Одной из причин этого является позднее начало проведения противорубцового лечения. В связи с тем, что ткань формирующего

рубца в первые сутки после эпителизации дефекта кожи отличается повышенной сухостью и ранимостью, возможно образование флектен или микротрещин. Наличие последних затягивает на несколько недель начало противорубцового лечения, что повышает риск образования грубых рубцов.

Решить данную проблему мы решили с помощью раневых покрытий, традиционно используемых при лечении пациентов с поверхностными ожогами или остаточными гранулирующими ранами с элементами эпителизации. Наиболее подходящими для этой цели оказались изделия Аквасель Foam, изготовленные на основе технологии «Гидрофайбер» на пенной основе. Благодаря стерильной мягкой нетканевой структуре повязки обеспечивается защита нежной рубцовой поверхности от механических повреждений и локальной бактериальной инвазии, предотвращается потеря влаги и мацерация.

Раневые покрытия Аквасель Foam были использованы в течение 1 суток после эпителизации ожоговых ран перед выпиской из стационара у 20 детей. Пациенты осматривались через 2 дня после использования повязок, а затем через 10, 30 и 60 дней. Анализ результа-

тов оценивался на основе клинического осмотра рубцов с использованием 5-ти балльной шкалы клинических признаков и трехмерного фотографирования аппаратом «Antera 3D».

Результаты применения повязки Аквасель Foam показали, что рубцы после её применения отличались гладкой ровной поверхностью, отсутствием эритемы и признаков сухости или нарушения её целостности, рано появлялись признаки эластичности ткани. Это позволяло назначать противорубцовые мази уже на первой неделе после эпителизации раневой поверхности.

Таким образом, применение современных раневых покрытий на основе технологии «Гидрофайбер» позволяет улучшить состояние неэпителия с первого дня после заживления ожоговой поверхности. Это обусловлено тем, что под защитным влиянием повязки происходит более быстрая «стабилизация» нежной рубцовой поверхности в течение первых дней после заживления ожоговой раны. Данное обстоятельство имеет большое значение в профилактике образования грубых рубцов, так как исключается угроза их инфицирования и значительно сокращаются сроки начала применения местных противорубцовых препаратов.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Щебенков М.В., Салахов Э.С., Орлов А.Е., Воллерт Т.А., Бондаренко Н.С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова; ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, ДГБ № 1 г. Санкт-Петербург

Цель: определить оптимальную тактику ведения пациентов с инородными телами (ИТ) пищевода и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в зависимости от вида ИТ, сроков поступления и клинической картины. Обобщены результаты диагностики и лечения пациентов с ИТ пищевода и ЖКТ, поступавших в ДГКБ № 5 и ДГБ № 1 г. Санкт – Петербурга в течение 10 лет. Всего с 2006 по 2015 гг. было пролечено 1395 пациентов с ИТ ЖКТ и пищевода. Всем пациентам с рентгенконтрастными ИТ проводилось рентгенологическое обследование. Показаниями к проведению фиброэзофагогастроскопии являлись подозрение на: ИТ пищевода, желудка, ИТ остроконечной формы и все батарейки. Монеты составили 55,4% всех ИТ пищевода и ЖКТ, батарейки 21,6%, другие ИТ 23%. В 717 случаях инородные тела удалось извлечь при эндоскопии из верхних отделов ЖКТ и в 6 – из толстой кишки. После длительного стояния монет в пищеводе, эзофагит найден у 55 пациентов, пролежни пищевода у 6, гематома пищевода наблюдалась в 1 случае. После батареек у 9 выявлены химические ожоги пищевода, рубцовые стриктуры пищевода у 4. Пациентам с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода проводили бужирование. Ожоги желудка после миграции батареек найдены у 13 пациентов. ИТ пищевода на фоне послеоперационных стриктур были удалены у 31 ребенка. У трех детей наблюдали

микрOPERфорацию пищевода, зажившую на фоне консервативной терапии и назогастрального зонда. Пятеро детей оперированы по поводу длительно стоящих ИТ пищевода, с формированием пролежней и трахеопищеводных свищей. Общее количество ИТ кишечника составило 292 случая. Из них 271 ИТ эвакуировались естественным путем на фоне стимуляции перистальтики. Оперативное лечение потребовалось 29 пациентам. В 21 случае ревизия брюшной полости выполнялась при наличии двух и более магнитов по ходу кишечника при рентгенографии. У 6 пациентов ревизия выполнялась на вторые сутки госпитализации при отсутствии динамики со стороны рентгенологической картины, что говорило о фиксации магнитов к кишечной стенке. В остальных 15 случаях были признаки перфорации полого органа. Все магниты были удалены с последующим ушиванием дефектов кишки и при необходимости санации брюшной полости. Все операции начатые лапароскопически потребовали конверсии для более тщательной ревизии и удаления всех ИТ. Эндоскопическая диагностика и удаление – наиболее безопасный и эффективный метод в лечении ИТ пищевода и желудка при любых сроках заболевания. Ревизия брюшной полости необходима кроме перитонитов во всех случаях «замерших» магнитов, при этом лапароскопия чаще малоэффективна.

СЕГМЕНТАРНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА И ЛИГАТУРНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Щербакова О. В., Врублевский С. Г., Ионов А. Л., Козлов М. Ю., Трунов В. О.

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, ФГБУ РДКБ МЗ РФ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. г. Москва.

Актуальность: У детей с рецидивирующими свищами прямой кишки сохраняется низкое качество жизни и нередко возникает необходимость в повторных операциях. В отечественной литературе работы по лечению прямокишечных свищей у детей с использованием лигатурного дренирования и сегментарной проктопластики полнослойным лоскутом не представлены.

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения детей со свищами прямой кишки, используя этапный подход с лигатурным дренированием перед операцией, и делая выбор в пользу современных методик с перемещением лоскута.

Материалы и методы. С 2009 года в отделении колопроктологии РДКБ и с 2014 года в отделении неотложной и абдоминальной хирургии МДГКБ оперированы, с использованием современных методик, 34 ребенка со свищами прямой кишки, из них с перианальной болезнью Крона – 21, с первичными иммунодефицитами (с ВЗК-подобными проявлениями) – 4 ребенка, с неспецифическим хроническим парапроктитом – 9 больных.

Дети с перианальной болезнью Крона ранее оперированы в половине случаев (11 из 21–52%), 8 из них неоднократно. После внедрения современных методик пациентам со свищами прямой кишки первым этапом выполнялось лигатурное дренирование – non-cutting seton (16), затем, после купирования воспалительного процесса в прямой

кишке, выполнялось иссечение свища (9) либо сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом с иссечением свища (8). Всем пациентам с ВЗК-подобными иммунодефицитами проводилось лигатурное дренирование свищей, позволяющее избежать септические осложнения при проведении трансплантации костного мозга. Детям с хроническими парапроктитами выполнялось иссечение свища в 3 случаях, 5 пациентам выполнена сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом.

Результаты. При лечении пациентов с параректальными свищами по классическим методикам отмечались послеоперационные рецидивы в 6 наблюдениях, в том числе и после наложения стомы (4 из 9–44%), из них у 2 пациентов с БК в возрасте 20 лет рецидивировали перианальные поражения, что потребовало проведения хирургического лечения. После сегментарной проктопластики отмечен рецидив через год после операции лишь у одного пациента с болезнью Крона (1 из 13–7,7%). У двоих пациентов с БК лигатура удалена и отмечено заживление свища на фоне биологической терапии.

Заключение: Первые результаты использования лигатурного дренирования и сегментарной проктопластики полнослойным лоскутом у детей со свищами прямой кишки разной этиологии, показывают хорошие результаты и могут являться методом выбора, обладая всеми преимуществами минимально инвазивных вмешательств.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ

Щербинин А. В., Фоменко С. А., Москаленко А. С., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Москаленко С. В.

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк; Клиника детской хирургии им Н. Л. Куца, г. Донецк.

Введение. Заболевания, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины, наиболее часто требуют планового хирургического лечения в детском возрасте. Врожденная паховая грыжа и гидроцеле влияют на кровообращение яичка все время их существования. Хирургическая коррекция этой патологии изменяет гемодинамику тестикул, однако полностью не нормализует, и является одной из причин нарушения фертильности в будущем.

Цель исследования – изучение изменений параметров кровотока яичек у детей с патологией влагалищного отростка брюшины, требующей хирургической коррекции, на основании анализа данных ультразвукового исследования тестикул до и после оперативного лечения.

Материалы и методы. Обследовано 87 мальчиков в возрасте от 3 до 17 лет, оперированных в Республикан-

ской детской клинической больнице г. Донецка по поводу врожденной паховой грыжи и гидроцеле. В качестве контрольной группы были обследованы 34 мальчика, находившихся на стационарном лечении с хирургической патологией, не связанной с органами половой системы. Всем пациентам проводилось ультразвукографическое исследование с доплерографией яичек накануне оперативного лечения, через 1 и 7 суток после него. Были изучены пиковая систолическая и конечная диастолическая скорости кровотока, индекс резистентности.

Результаты. Индекс резистентности сосудов яичка до оперативного вмешательства был достоверно выше у детей с патологией влагалищного отростка брюшины на стороне поражения. Через 1 сутки после операции индекс резистентности достоверно повышался по сравне-

нию с предоперационным периодом. Через неделю происходило снижение показателя практически до исходных цифр, то есть кровотока восстанавливался. Это сопровождалось переходом кровообращения в яичке на новый уровень: повышалась как систолическая, так и диастолическая скорость кровотока. Однако интенсивность кровообращения на пораженной стороне оставалась значительно ниже, чем у пациентов контрольной группы.

Заключение. У детей с врожденной паховой грыжей и гидроцеле наблюдается исходное обеднение кровотока яичка стороны поражения. Ранний послеоперационный период характеризуется выраженной ишемией паренхимы яичка стороны оперативного пособия. Через неделю улучшается кровообращение яичка пораженной стороны, однако сохраняется недостаточность его кровоснабжения.

НОВЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Щербинин Р.Л., Вечеркин В.А.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж

Цель: выявление связи между изменениями структурных свойств эритроцитов и клиническими стадиями НЭК у новорожденных.

Материалы и методы. В исследование включено 140 новорожденных детей. Контрольная группа – новорожденные, не имеющие клинических проявлений НЭК (50) и основная – новорожденные с установленным клиническим диагнозом НЭК (90). Основная группа – 20 новорожденных с первично диагностированным НЭК на хирургических стадиях, 10 – с первично диагностированным НЭК на обратимых стадиях с прогрессом заболевания до хирургических стадий, а также, 60 детей с НЭК на обратимых стадиях, не требующих хирургического лечения. Оценка изменений структурно-функционального состояния мембран эритроцитов в зависимости от стадии НЭК проводилась методом автоматической регистрации кислотных и осмотических эритрограмм, разработанном на кафедре биофизики и биотехнологии

биологопочвенного факультета ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет».

Результаты. При анализе результатов исследования определены два показателя индуцированного кислотного гемолиза эритроцитов, значения которых статистически достоверно изменяются в зависимости от стадии заболевания по сравнению с контрольными значениями: константа максимальной скорости гемолиза (K_{max}) и показатель уровня кислотной резистентности ($t_{лат}$). Так, значения $t_{лат}$ – по-ступательно уменьшались от 150 сек. в контрольной группе до 66,6 сек. ($p < 0,05$) при необратимой форме НЭК. Значения величины K_{max} , напротив, статистически достоверно увеличились от 0,27 относительных единиц в контрольной группе до 9,67 отн.Ед. ($p < 0,05$) при необратимом НЭК.

Заключение. Константа максимальной скорости гемолиза (K_{max}) и показатель уровня кислотной резистентности ($t_{лат}$) могут рассматриваться в качестве дополнительных критериев ранней диагностики НЭК.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ АНОМАЛИИ – ВРОЖДЕННЫЙ РЕКТАЛЬНЫЙ МЕШОК ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕВОЧЕК

Эргашев Н.Ш., Отамуратов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – диагностика и хирургическая тактика редкого варианта аноректальной мальформации – врожденного ректального мешка у девочек

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в период 2004-2015 гг. находились на обследовании и лечении 210 девочек в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ из них у 3 (1,4%) диагностированы ректальный мешок сочетавшейся с клоакой. Больным проводились комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, УЗИ внутренних органов; контрастное рентгенологическое исследование толстой кишки.

Результаты и их обсуждения. При ВРМ должен присутствовать следующие компоненты: мешковидное или дивертикулярное расширения укороченной толстой кишки заполненное меконием или фекалиями без гаустраций, жировых подвесок, Tenia; отсутствие переходной зоны между мешком и нормальной кишки; утолщение стенки с гипертрофией слизистой оболочки; нарушение кровоснабжения мешочка; наличие мочеполового свища. По К. L. Narasimharao (1984), различающее 2 вида (полное и неполное) и 4 типа. Наблюдавшиеся нами из 3 больных у одной девочки данные соответствовали на II тип ВРМ имевшее сообщение с мочевым пузырем, у 2- IV типу патологии, открывавшееся во влагалище. Во всех 3 наших наблюдениях ВРМ был установлен во время операции

проведенные в связи с явлениями низкой кишечной непроходимости при клоаке, у одной из них отмечена также омфалоцеле средних размеров, как правило требовавшее экстренной операции.

При наличии узкого свища или при его obturации размеры кистозного расширения будут большими, при достаточной ширине свища, мешок может быть относительно небольшими и толстостенными. При контрастной цистографии отмечается поступление контрастной массы из мочевого пузыря в полость в несколько раз превышающее его объем в ректальный мешок.

Оптимальная хирургическая тактика при ВРМ окончательно не установлена. Во всех наших наблюдениях первичные операции были завершены наложением стомы: у одной цекостомы без резекции кистозного расширения; у второй резекции кистозного расширения с наложением сигмостомы; у третьей двойной сигмостомы у которой по жизненным показаниям повторно проведена резекция кистозного расширения с низведением толстой кишки в промежность. Основным принципом опе-

ративного лечения при ВРМ является резекция кистозно расширенного мешка с низведением здорового участка толстой кишки при достаточной ее длине или создание либо удлинения толстой кишки путем моделирующей колопластики из ректального мешка для свободного низведения в промежность.

В заключении можно отметить, что для ВРМ характерны специфические компоненты, которые способствуют появления признаков низкой кишечной непроходимости и урогенитального инфицирования. При атрезии прямой кишки или клоаки наличие раздутый купол кишки с уровнем жидкости, занимающее большой объем в брюшной полости на рентгенограмме являются характерными признаками ВРМ при котором требуются проведения целенаправленных дооперационных исследований, интраоперационной верификации вариантов и тип anomalies. Соответствующая оперативная коррекция должна проводится в специализированных учреждениях, имеющее опыт работы и лечения детей с тяжелыми формами аноректальных мальформаций.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Эргашев Б. Б., Эшкабилов Ш. Д.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при РПЦ; Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которой составляет от 1:2440 до 1:4500 новорожденных. Лечение АП до сих пор представляет большие проблемы для хирургов-неонатологов, особенно если АП сочетается с другими anomalies, частота которых при АП превышает 40%.

Цель исследования: Представить наш опыт лечения атрезии пищевода с множественными пороками развития.

Результаты: В Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при РПЦ за последние 2 года (2014–2015 гг.) поступило 78 новорожденных с различными формами АП. У 30 (38%) пациентов из 78 (100%) имело место сопутствующие anomalies, чаще всего врожденные пороки развития (ВПР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердца, мочеполовой и опорно-двигательной систем. Особые трудности представляют те из них, которые по жизненным показаниям требуют раннего хирургического лечения, так же, как и АП (например, сочетание АП с дуоденальной не-

проходимостью). Поскольку сочетания бывают самыми разнообразными, тактика лечения должна избираться строго индивидуально. Но, абсолютно обязательным является ликвидация тех компонентов, каждого из сочетанных ВПР, которые представляют угрозу для жизни ребенка.

За 2 года из 30 новорожденных детей АП с другими множественными врожденными пороками развития (МВПР) органов и систем у 28 (93%) было проведено оперативное вмешательство. Из них, у 11 (39%) был летальный исход, до операции умерло 2 (7%). Основными причинами смертности детей с АП были сопутствующая соматоневрологическая патология, родовые травмы, недоношенность и отчасти МВПР. Отягощающими факторами явились неправильная транспортировка, аспирация, гипотермия, эксикоз и бронхопневмония.

Заключение: Пороки развития, сочетавшегося с АП может быть скорректированы одновременно с основным пороком. Результаты лечение при этом зависят от вида и характера основного и сопутствующего порока.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЕГО ПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Яковенко Д. Д., Лохматов М. М., Пименова Е. С., Морозов Д. А.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова, г. Москва

Цель: Анализ использования баллонной дилатации пищевода, как альтернативного метода бужирования, у детей.

Материалы и методы: на базе кафедры были комплексно обследованы и пролечены трое детей с множе-

ственными врожденными пороками развития. Двоим детям изначально была выполнена колоэзофагопластика, одному – этапная элонгация пищевода по Кимура, по поводу атрезии пищевода. Всем детям проводилась серия эндоскопических баллонных дилатаций зон стеноза пищевода. В одном случае дополнительно применялся метод бужирования.

Результаты: Комплексное обследование выявило у двоих детей стеноз верхнего отдела пищевода, величиной 2 и 4 мм соответственно. У одного пациента образовался стеноз нижнего отдела пищевода – 2 мм. После серии эндоскопических баллонных дилатаций (± 7 сеансов) у пациентов со стенозом верхней трети пищевода

удалось увеличить проходимость пищевода на $\pm 69,5\%$. Использование баллонной дилатации попеременно с бужированием позволило увеличить проходимость пищевода на $\pm 31\%$ у ребенка со стенозом нижней трети пищевода. Среднее количество дней между процедурами составило $\pm 3,5$ дня. Все дети были выписаны домой без затруднения глотания пищи.

Выводы: Таким образом, баллонная дилатация пищевода показала себя, как высокоэффективный, малоинвазивный метод, позволяющий в короткие сроки разрешить стеноз любого отдела пищевода с минимальным риском осложнений и хорошим функциональным результатом.

КИСТОЗНАЯ ФОРМА АТРЕЗИИ ХОЛЕДОХА – БЛАГОПРИЯТНЫЙ ТИП ОБСТРУКТИВНОЙ ХОЛАНГИОПАТИИ

Якубов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: анализировать результаты лечения кистозной формы атрезии холедоха у детей.

Метод основан на анализе 11 (14,5%) из 76 детей с кистой холедоха, проходивший на обследовании и лечении в клиникских базах кафедры госпитальной детской хирургии, детской экологии ТашПМИ в 1979-2016 г.

Результаты и их обсуждение. Изменения со стороны печени у новорожденных и детей грудного возраста с кистой холедоха были наиболее частыми (у 22–28,9%) и варьировались от умеренной выраженности клинических и лабораторных данных, характерных для воспалительных изменений в печени, до отчетливых признаков печеночной недостаточности. Кистозная форма атрезии холедоха – благоприятный тип обструктивной холангиопатии отмечены у 11 (13,9%) больных, при котором с момента рождения наблюдались признаки паренхиматозного поражения печени и желчных протоков. Наряду с интенсивной желтухой выявлен резкий геморрагический синдром и асцит. У всех этих больных наблюдалась механическая желтуха. В 10 случаях меры по купированию механической желтухи в течение 5–7 дней не дали положительного эффекта. Сохранились высокая гипербилирубинемия и гипокоагуляция. В связи с этим больным проведена операция наружного дренирования для декомпрессии и санации билиарного тракта. При интраоперационной холангиографии у всех больных прохождение контраста в двенадцатиперстную

кишку не наблюдалось, что свидетельствовало о критическом стенозе большого дуоденального сосочка или атрезии дистального отдела холедоха. Во время операции у 5 больных обнаружено расширение I типа, у 6 – IV. Содержимым кисты у 4 больных была слизь, у 4 – слизь с примесью желчи, у 3 – конкременты с желчью. При морфологическом исследовании биоптатов печени выявлены признаки билиарного цирроза. Клинические признаки печеночной недостаточности и явлений цирроза у этих больных при морфологическом исследовании свидетельствует о внутриутробном поражении печени с быстрым прогрессированием процесса после рождения. Общий билирубин повышался до 200–430 мкмоль/л у 5 (36,4%) больных с явным преобладанием связанного билирубина; у 7 (63,6%) наблюдалось его умеренное преобладание, что свидетельствовало о нарушении конъюгации билирубина на фоне прогрессирования холестатических изменений в печени. Летальные исходы наблюдались у 3 больных из этой группы (одна больная умерла до операции). Все умершие дети имели признаки билиарного цирроза печени, подтвержденные клинико-лабораторными данными и результатами аутопсии. 8 из 11 больных выписаны из стационара после паллиативной (5) и радикальной (3) операции.

Таким образом, кистозную форму атрезии холедоха считаем наиболее благоприятным типом обструктивной холангиопатии.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОНОВ ПРИ КИСТАХ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: определить роль реконструктивных операций желчных протоков при кистах холедоха у детей.

Метод основан на анализе 74 (97,4%) оперированных из 76 детей до 16 лет с кистой холедоха, проходивший

на обследовании и лечении в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии, детской экологии ТашПМИ в 1979-2016 г.

Результаты и их обсуждение. У 44 больных проведено гепатикоэнтеростомии по Roux; гепатикодуоденостомия – у 11; внутреннее дренирование с частичным иссечением кисты – у 7, наружное дренирование кисты – у 11 больных. У одной больной при обнаружении разрыва кисты холедоха во время операции произведено ушивание место разрыва без дренирования.

Реконструкция внепеченочных желчных протоков с восстановлением оттока желчи в 12 п.к. проводилось у 4 больных при больших или гигантских кистах, а так же при технических сложностей, обусловленные с повышенной кровоточивостью при мобилизации кисты из массивных спаек вокруг кисты, распространяющееся на прилегающие органы после перенесенной ошибочной или не радикальной первичной операции, а так же при воспалительном процессе вокруг кисты с билиарной гипертензией (заявка на изобретение UZ IAP 2015 0065). При этом мобилизируют нисходящая ветвь 12 п.к. и дистальная часть кисту холедоха до места ее соприкосновения с воротной веной. Производится продольный разрез по передней поверхности мобилизованной кисты для визуального определения анатомии желчных протоков и вариантов слияния общего желчного протока с пузырным и протоком поджелудочной железы, намечаются зоны иссечения стенки кисты и уровень перевязки в дистальном отделе общего желчного протока. Перевязка должна быть максимально ниже при самостоятельном впадении общего желчного протока в 12 п.к. или на 0,5 см выше от места впадения

панкреатического протока в общий желчный при билиарно-панкреатическом слиянии. Мобилизация осуществляется только по передней и боковой поверхностям кистозно-расширенного желчного протока, что позволяет предупредить повреждение интимно прилегающей воротной вены и печеночной артерии. Формируется канал общего желчного протока длиной 4,0–5,0 см на протяжении и диаметром 0,7–1,0 см по всему периметру мобилизации. Далее в среднем отделе нисходящей ветви 12 п.к. проводятся дуоденотомия для создания билиодигестивного анастомоза. Размер дуоденотомии должен соответствовать диаметру реконструированного общего желчного протока, длина последнего оставляется в нужном объеме для создания анастомоза без натяжения. Избыточная часть канала иссекается под углом 45° и накладывается холедоходуоденоанастомоз.

Таким образом, данный способ, предусматривающий частичное иссечение при больших или гигантских кистах холедоха, а так же спаечном и воспалительном процессе гепатодуоденальной зоны первично или повторно оперированных больных, можно считать альтернативным в сложной реконструкции кисты холедоха – гепатикоэнтеродуоденостомии или гепатикоаппендикодуоденостомии. При катамнестическом наблюдении и на основании проведенных исследований риск развития малигнизации кисты считаем преувеличенным. В наших наблюдениях ни в одном случае не встретили данное осложнение. При выполнении данной операции сохраняется физиологический пассаж желчи в 12 п.к., а формирования косяго анастомоза под углом 45° на передне-латеральной поверхности нисходящей ветви 12 п.к. предупреждает восходящий рефлюкс желчи.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Программа Съезда детских хирургов России 4

МАТЕРИАЛЫ II СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

Абдибеков М.И., Шасаитов Т.А., Салаев Е.Б. Результаты пиелопластики у детей 16

Абушкин И.А., Белякова А.В. Результаты лечения тотального агангиоза толстой кишки с формированием двух агангионарных заплат на здоровой тонкой кишке 16

Аверин В.И., Свирский А.А., Махлин А.М. Лечение непаразитарных кист селезенки у детей 17

Аверин В.И., Голубицкий С.Б., Запольский А.В., Валек Л.В., Никуленков А.В. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей 17

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Моксякова Е.Г. Особенности ведения девочек с травмами наружных половых органов 18

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Журавлева С.А., Короткова С.А. Проблемы диагностики перекрута придатков матки у девочек 18

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Моксякова Е.Г., Тарбая Н.О. Эндометриоз у девочек пубертатного периода 19

Айбашов Х.А., Анарбаев А.А., Абдихаликов Ж.А. Особенности клинического течения множественного и сочетанного эхинококкоза печени у детей 20

Айрян Э.К., Райгородская Н.Ю., Морозов Д.А., Колосов А.В. Хирургическое лечение детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников, воспитывающихся в мужском паспортном поле 20

Аксельров М.А., Столяр А.В., Сергиенко Т.В., Кострыгин С.В., Горохов П.А., Дадашева С.М., Сахаров С.П., Евдокимов В.Н., Свазян В.Н., Емельянова В.А. Новое устройство для выполнения экстрокорпоральной герниорафии у детей 21

Аксельров М.А., Слизовский Г.В., Кострыгин С.В., Сергиенко Т.В., Свазян В.В., Сахаров С.П., Кернс А.В., Кужеливский И.И. Малоинвазивные технологии в лечении килевидной деформации грудной клетки (КДГК) у детей 21

Аксельров М.А., Чернышев А.К., Ситко Л.А., Емельянова В.А., Аксельров А.М., Супрунец С.Н., Бодрова Т.В., Вешкурцева И.М. Прогрессирующий некротизирующий энтероколит. компьютерные технологии в помощь практикующему врачу 22

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Аксельров А.М., Сахаров С.П., Свазян В.В., Емельянова В.А., Мальчевский В.А., Чевжик В.П. Пути улучшения ранней диагностики онкологической патологии у детей 22

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Сергиенко Т.В., Емельянова В.А., Супрунец С.Н., Аксельров А.М., Сахаров С.П., Свазян В.В., Вешкурцева И.М. Успешный случай лечения гигантской тератомы шеи у новорожденного ребенка 22

Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Столяр А.В., Сахаров С.П., Кокоталкин А.А. Эмбриональный notes при лечении калькулезного холецистита у детей 23

Александров С.В., Баиров В.Г., Сухоцкая А.А., Щеголева Н.А. Лечение пороков развития легких (кистоаденоматозной трансформации и секвестрации) у новорожденных и детей раннего возраста 23

Александров А.В., Рыбченко В.В., Львов Н.В., Александрова Н.Е. Опыт хирургического лечения детей с пороками развития кисти в условиях отделения микрохирургии 24

Александров А.В., Рыбченко В.В., Львов Н.В., Александрова Н.Е. Восстановление сухожилий сгибателей пальцев кисти в области фиброзно-синовиальных каналов у детей 24

Анастасов А.Г., Канивец Е.А., Друпп Н.А. Премедикация у детей грудного возраста 25

Анастасов А.Г., Канивец Е.А., Друпп Н.А. Оптимизация общего обезболивания у детей с патологией органов лимфоидного кольца глотки 26

Антоненко Ф.Ф., Щербенко О.И., Радионов М.В., Аббасова Е.В., Шахбозян К.А., Слобина Е.Л., Антоненко Л.Б., Крянев А.М. Современная 3D конформная лучевая терапия как альтернатива хирургическим технологиям при рецидивирующих гемангиомах и ангиофибромах основания черепа у детей 26

Арабская Е.А., Чевжик В.П. Случай миграции инородного тела пищевода (монеты) в средостение 27

Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П. Опыт лечения язвенных кровотечений у детей раннего возраста 27

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И. Случаи редкой патологии лимфатической системы у детей 28

Афанасьев А.П., Комолкин И.А., Ульрих Э.В. Хирургическое лечение детей с деформацией грудной клетки и позвоночника при нейрофиброматозе I типа 28

Афаунова О.Н., Богданов С.Б., Филиппенко Н.А., Марченко Д.Н., Титаренко Е.А. Особенности течения ожоговой болезни у пациентов детского возраста при наличии сопутствующей патологии 29

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А., Мирзаев З.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А. Лапароскопия при абдоминальных травмах у детей 30

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Улугмуратов А.А., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А. Опыт лечения инвагинационной кишечной непроходимости у детей 30

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А. Возможности компьютерной томографии в диагностике врожденной обструкции мочеточника у детей 31

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А. Алгоритм диагностики и мониторинга за детьми с обструктивными уропатиями 32

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А. Доплеровское картирование в диагностике врожденных заболеваний почек у детей 32

<i>Бабанин И.Л., Гельдт В.Г., Казанская И.В.</i> Результаты трансуретральной коррекции пороков уретерovesикального сегмента при удвоении верхних мочевых путей у детей.....	33
<i>Бабич И.И., Багновский И.О.</i> Магнитные инородные тела жулудочно-кишечного тракта у детей.....	34
<i>Бабуч С., Петрович В., Наку В., Негру И.</i> Применение амниотической мембраны в экспериментальной реконструкции брюшной стенки	35
<i>Базлуцкий Е.А., Соловьёв А.А., Тимофеев Д.В., Юрков П.С.</i> Способ меатотомии у детей	35
<i>Баиров В.Г., Салахов Э.С., Казиахмедов В.А.</i> Тактика лечения при осложненных химических ожогах пищевода, вызванных инородными телами.....	36
<i>Баиров В.Г., Салахов Э.С., Казиахмедов В.А., Орлов А.Е.</i> Инородные тела жулудочно-кишечного тракта у детей и их осложнения.....	37
<i>Баиров В.Г., Амидхонова С.А., Сухоцкая А.А.</i> Результаты создания анастомозов в зависимости от уровня атрезии тонкой и толстой кишки.....	37
<i>Баковский В.Б., Титов Ф.В., Ковальков К.А.</i> Опыт артроскопического лечения вывиха надколенника у детей	38
<i>Балаганский Д.А., Гюнтер В.Э., Осипкин В.Г., Погорелко В.Г.</i> Оперативное лечение болезни Гиршпрунга с применением компрессионного устройства с памятью формы	38
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Шумливая Т.П., Убилава И.А., Леви А.И., Кулиш Т.А., Надгериев В.М., Асатуров В.Э.</i> Диагностика и лечение перекрута придатков матки у девочек	39
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Панкратов И.Д., Колесников Е.Г., А.И. Леви, Стрюковский А.Е., Чемсо А.М.</i> Анализ причин поздней диагностики при переруе придатков у детей	39
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Горьковой И.С., Киселев А.Н., Кулиш Т.А., Панкратов И.Д.</i> Пластическое замещение раневых дефектов у детей	40
<i>Барская М.А., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Мунин А.Г., Серегина Т.Н., Скрипичин Н.А., Завьялкин В.А.</i> Результаты лечения детей с некротической эпифасциальной флегмоной при ветряной оспе	40
<i>Басаргин Д.Ю., Воробьев Д.А., Тищенко М.К.</i> Хирургическая артроскопия коленного сустава у детей.....	41
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Вайс А.В., Якунов А.Н., Крук Н.Н., Дегтярев П.Ю.</i> Оптимальная хирургическая тактика при удалении инородных тел кишечника	41
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Вайс А.В., Якунов А.Н., Крук Н.Н., Дегтярев П.Ю.</i> Клиническое проявление удвоения кишечника.....	42
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Вайс А.В., Якунов А.Н., Крук Н.Н., Дегтярев П.Ю.</i> Результат наблюдения пациентов с сужением крайней плоти после консервативного лечения.....	43
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Вайс А.В., Якунов А.Н., Крук Н.Н., Дегтярев П.Ю.</i> Клинические проявления врожденного заворота яичка.....	43
<i>Белякова О.О., Смольников С.А., Марухно Н.И.</i> Малоинвазивные технологии в лечении мочекаменной болезни у детей	44
<i>Богданов С.Б., Афаунова О.Н., Бабичев Р.Г., Марченко Д.Н., Гитаренко Е.А.</i> Создание оптимальных условий восстановления кожного покрова в комбустиологии.....	44
<i>Бондаренко Н.С., Казан А.В., Немилова Т.К., Котин А.Н.</i> Выбор метода лечения при рецидивирующей инвагинации кишечника у детей	45
<i>Бородулин А.Н., Пчеловодова Т.Б., Шаимова Д.В., Поверин Г.В., Егорова О.О.</i> Сравнительная характеристика методов лечения болезни Гиршпрунга	45
<i>Боцман А.В., Бекезин В.В., Тарасов А.А., Пересецкая О.В.</i> Состояние оксидативного статуса у детей первого года жизни с гемангиомами наружных покровов в зависимости от их гистологического строения	46
<i>Будкевич Л.И., Астамирова Т.С., Мирзоян Г.В., Сошкина В.В.</i> Совершенствование применения раневых покрытий в комбустиологии детского возраста.....	46
<i>Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А.</i> Возможности малотравматичного лечения деформаций стоп у детей с артрогрипозом	46
<i>Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А., Платонов С.М.</i> Эффективность артрорезирующих операций при лечении детей в возрасте старше 11 лет с различными деформациями стоп.....	47
<i>Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В., Баушев М.А.</i> Метод Понсети и его осложнения при лечении косолапости у детей....	48
<i>Вавилов М.А., Бландинский В.Ф., Громов И.В.</i> Оценка различных систем лечения косолапости у детей с использованием международных шкал.....	48
<i>Валиулов И.М., Кулинич Р.А., Евсеенкова Т.Г.</i> Диагностика и лечение патологического гастроэзофагеального рефлюкса у детей.....	49
<i>Валиулов И.М., Антонов Д.В.</i> Эндоскопическая баллонная дилатация пищевода у детей со стенозами различной этиологии.....	49
<i>Великанов А.В., Михайлова О.Е., Чукаев В.И., Макаров П.А., Чукаев А.В., Виниченко М.М., Рокина Л.В., Копырин Д.А.</i> Изменения в лечебной тактике при инородных телах жулудочно-кишечного тракта у детей	50
<i>Веселый С.В., Климанский Р.П.</i> Результаты лечения новорожденных с пороками развития жулудочно-кишечного тракта, ассоциированными с персистирующими внутриклеточными возбудителями	50
<i>Веселый С.В., Юдин О.И.</i> Прогнозирование клинического течения и исхода острого неспецифического мезаденита у детей.....	51
<i>Вечеркин В.А., Климов А.В., Птицын В.А., Гурвич Л.С., Павлова А.С., Шукина А.А.</i> Инородные тела жулудочно-кишечного тракта у детей	51
<i>Винокурова Н.В., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Кошуриков О.Ю., Наумова О.А.</i> Миниинвазивные оперативные вмешательства в лечении болезни Гиршпрунга у детей	52

<i>Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Струкова О.О.</i> Липофилинг – аутотрансплантация жировой ткани – необходимый этап в реабилитации пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области	52
<i>Володько Е.А., Годлевский Д.Н., Аникиев А.В., Мираков К.К., Окулов А.Б.</i> Исходы лечения гипоспадии у пациентов с вариантами нарушения формирования пола	53
<i>Воробьев Д.А., Басаргин Д.Ю., Тищенко М.К.</i> Стабилизация надколенника после острого травматического вывиха у детей	54
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазивили М.Н., Корочкин М.В., Кулаев А.В., Врублевский А.С.</i> Лапароскопические возможности реконструкции верхних мочевых путей при удвоении	54
<i>Врублевский С.Г., Коварский С.Л., Врублевская Е.Н., Шмыров О.С., Гуревич А.И., Лазивили М.Н., Вавилова Е.А., Дёмина А.М., Врублевский А.С.</i> Комплексный подход к диагностике и лечению детей с солитарными кистозными образованиями почек	55
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Манжос П.И., Иманалиева А.А., Врублевский А.С.</i> Опыт лечения детей с использованием ретроперитонеоскопического доступа при патологии верхних мочевых путей	55
<i>Выборнов Д.Ю., Анисимова Е.В., Лодыгина Е.А., Байдин С.А., Тарасов Н.И.</i> Гипербарическая оксигенация в комплексной терапии остеохондропатий у детей	56
<i>Галица В.В., Назарова И.М., Лёвочкин С.П., Мунасинов Р.Н.</i> Лечение детей с кистозными образованиями органов малого таза	56
<i>Гаркавенко Ю.Е.</i> Реабилитация детей с ложными суставами и дефектами длинных костей нижних конечностей с применением методик чрескостного остеосинтеза	57
<i>Гаркавенко Ю.Е., Долгиев Б.Х.</i> Коррекция деформаций нижних конечностей у детей с последствиями гематогенного остеомиелита	58
<i>Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С.</i> Подход к эндоскопическому лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием препарата VANTRIS	58
<i>Гасанова Э.Н., Григорьева М.В., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В.</i> Современный подход к лечению перекрута гидатиды у детей	59
<i>Гильмутдинов М.Р., Лобашов В.В., Нурмеев И.Н.</i> Опыт лечение косолапости у детей до 1 года по методу Понсети	59
<i>Гисак С.Н., Черных А.В., Вечеркин В.А., Склярова Е.А., Баранов Д.А., Гаврилова М.В., Коряшкин П.В., Семин Т.Ю.</i> Клебсиеллезная этиология острого аппендицита у детей и трудности его распознавания при атипичном расположении червеобразного отростка	60
<i>Гоциенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Белогурова М.Б., Богданов И.Ю.</i> Аденокортикальный рак у ребенка с множественными врожденными пороками развития	60
<i>Горелова Е.М., Петрикова, Игнатъев Е.М., Лысов А.Е.</i> Случай успешного лечения гигантской крестцово-копчиковой тератомы у новорожденного	61
<i>Горемыкин И.В., Дерюгина Л.А., Краснова Е.И.</i> Критерии оценки тяжести поражения мочевыделительной системы у детей с врожденным мегауретером	61
<i>Грамзин А.В., Койнов Ю.Ю., Титов Д.В.</i> Анализ результатов оперативного лечения гемодинамически значимого открытого артериального протока по материалам клиники	62
<i>Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Саруханян О.О., Батунина И.В.</i> Неполный перекрут яичка со спонтанным самопроизвольным раскручиванием	62
<i>Гринь А.И., Аверин В.И.</i> Лечение аппендикулярного перитонита у детей на современном этапе	63
<i>Губарев В.И., Зоркин С.Н., Сальников В.Ю., Филинов И.В., Петров Е.И., Зеликович Е.И.</i> Ригидность стеноза как фактор, влияющий на результат баллонной дилатации высокого давления стриктур мочеточника при гидронефрозе и обструктивном мегауретере у детей	63
<i>Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Парамонов В.А., Мингулов Ф.Ф.</i> Современные методы лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста	64
<i>Гумеров А.А., Рахмангулов Р.Р., Парамонов В.А., Солдатов Ю.П., Сагадеев В.А.</i> Инородные тела пищевода у детей	65
<i>Давлятов С.Б., Асадов С.К.</i> Нарушение функции печени при сочетанном осложненном эхинококкозе у детей	65
<i>Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И.</i> Подготовка детских хирургов в Республике Беларусь	66
<i>Демин Н.В.</i> Лечение детей с гидронефрозом с использованием лапароскопической техники	66
<i>Демин Н.В.</i> Оперативное лечение пациентов со скрытым половым членом	67
<i>Демин Н.В.</i> Результаты лечения проксимальных форм гипоспадии с использованием пластики уретры по Onlay-tube и двухэтапной операции Враска	68
<i>Денис А.Г., Абушкин И.А., Румянцев В.А., Галиулин М.Я., Иванова Н.А., Лапин В.О., Бревдо Ю.Ф.</i> Улучшение результатов лечения младенческих гемангиом головы и шеи	68
<i>Дженалаев Д.Б., Билал Р.Э., Рустемов Д.З.</i> Эндовидеохирургия в коррекции врожденной дуоденальной непроходимости у новорожденных	69
<i>Домарёв А.О., Крестьянин В.М., Крестьянин И.В., Гришин А.А.</i> Роль позиции стопы в генезе болевого синдрома дистальных отделов нижней конечности у детей	70
<i>Донской Д.В., Ионов Д.В., Соловова В.П., Коровин С.А., Соколов Ю.Ю.</i> Классификация и лечебная тактика при инородных телах пищеварительного тракта у детей	70
<i>Доронин Ф.В., Минаев С.В., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Герасименко И.Н., Романеева Н.В.</i> Диспансерное наблюдение за детьми с внепеченочной формой портальной гипертензии в детском хирургическом стационаре	71
<i>Жидовинов А.А., Пермяков П.Е., Пирогов А.В.</i> Оценка результатов оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей	71
<i>Журило И.П., Черногоров О.Л., Жиронкина В.К., Сергиенко М.В., Толкач Н.С.</i> Опыт лапароскопических вмешательств у детей с гинекологической патологией	72

<i>Журило И.П., Толкач А.К., Толкач Н.С.</i> Лечебно-диагностическая тактика при полипах и полиповидных образованиях пищевода у детей	72
<i>Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Кузьмин А.И., Бородин Р.В., Родионов В.Г., Шухина М.И., Фролова Ю.В., Терехина М.И.</i> Опыт лечения распространенного перитонита у детей	73
<i>Заугарова К.М., Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю.</i> Урофлоуметрия в диагностике расстройств мочеиспускания у детей	73
<i>Захаров А.И., Коварский С.Л., Струянский К.А., Склярова Т.А., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В., Агеева Н.А.</i> Ретроперитонеоскопический доступ при простом врожденном гидронефрозе у детей	74
<i>Злобин С.Б., Ситко А.Л., Ларкин И.И.</i> Раннее выявление диспластического сколиоза у детей и подростков на догоспитальном и госпитальном этапе	75
<i>Зорин В.И., Жила Н.Г.</i> Внутрисуставные повреждения колена у детей	75
<i>Зоркин С.Н., Шахновский Д.С.</i> Ассоциация полиморфизмов генов цитокинового ряда и нефросклероза при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей	76
<i>Зоркин С.Н., Шахновский Д.С., Акоюн А.И., Маликов Ш.Г., Губарев В.И., Сальников В.Ю.</i> Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей при удвоении верхних мочевыводящих путей	76
<i>Зоркин С.Н., Борисова С.А., Акоюн А.В., Шахновский Д.С., Апакина А.В.</i> Наш подход к ведению больных с уретероцеле при удвоении собирательной системы	77
<i>Зузова А.П., Тарасов А.А.</i> Особенности уропатогенов у детей с хирургической патологией мочевыделительной системы	77
<i>Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Джонсирхонов Л.М.</i> Нарушение нереспираторной функции легких у детей с острыми хирургическими заболеваниями тонкой кишки	78
<i>Ибодов Х.И., Азизов Б.Дж., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Убайдуллоев В.Р.</i> Нарушение детоксикационной функции легких и ее коррекции у детей с абдоминальным сепсисом	78
<i>Ибодов Х., Асадов С.К., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Ибодов Н.С.</i> Профилактика микроциркуляторных нарушений и их коррекция при уретропластике с использованием лоскутов крайней плоти у детей проксимальной гипоспадией	79
<i>Игнатъев Е.М., Ефременков А.М., Кривулин С.П., Трофимов К.С., Тома А.Н., Фролов Б.Ф.</i> Опыт лапароскопической фенестрации солитарных кист почек у детей	80
<i>Игнатъев Е.М., Ефременков А.М., Петрикова Н.И., Горелова Е.М., Шведова О.В., Косякин В.Н.</i> Хирургическое лечение детей с лимфангиомами брыжейки кишечника	80
<i>Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Азизов Б.Дж., Каимова М., Ибодова Г.Х.</i> Оптимизация диагностики изменения состояний контрлатеральной почки у детей с односторонним нефролитиазом	81
<i>Индракова С.Б., Смирнова А.Р., Смирнов В.А.</i> Лечение инвагинации кишечника у детей	82
<i>Исаев В.Ю., Сафин Д.А., Глизнуцин О.Е., Белкина Е.В.</i> Опыт лечения детей с эпителиальным копчиковым ходом	82
<i>Исаев В.Ю., Сафин Д.А., Глизнуцин О.Е., Белкина Е.В.</i> Опыт лечения детей с острым и хроническим парапроктитом	83
<i>Караваева С.А., Котин А.Н., Леваднев Ю.В., Горелик Ю.В., Соловьева О.А.</i> Некроз желудка у новорожденных	83
<i>Карасева О.В., Тимофеева А.В., Брянцев А.В., Граников О.Д., Горелик А.Л., Капустин В.А.</i> Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей	84
<i>Карасёва О.В., Горелик А.Л., Харитонова А.Ю., Коваленко М.И.</i> Пункционно-дилатационная трахеостомия: как я это делаю	85
<i>Карпова И.Ю., Паришков В.В., Царева Л.А., Пятова Е.Д.</i> Пренатальная диагностика крестцово-копчиковых тератом	85
<i>Касымжанов А.Н., Ангелов А.В., Сулейменов Ж.Б., Хамитов М.К., Хужахмедова Р.</i> К лечению чрезмышечковых переломов у детей	86
<i>Киргизов И.В., Линник А.В., Шишкин И.А., Сырыгина Л.В.</i> Клинико-анамнестические особенности болезни Гиришпрунга у детей	86
<i>Киргизов И.В., Линник А.В., Шишкин И.А., Сырыгина Л.В.</i> Определение факторов риска развития хронического толстокишечного стаза у детей	87
<i>Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Киреев Д.А., Строганов А.Б., Марковский А.В., Заугаров М.Ю., Фоголева А.А., Звягинцев А.А.</i> Эволюция микробной флоры от детей к взрослым	87
<i>Кобяцкий А.В., Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Сухов М.Н., Исаева М.В., Лывина И.П., Мустафа А.Х., Нарбутов А.Г., Дроздов А.В.</i> Синдром Клиппель–Треноне у детей. Диагностика и тактика лечения	88
<i>Ковалева О.А., Опенышева А.В., Рудакова Э.А., Горковец К.И.</i> Особенности послеоперационного лечения энтероколита у новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела	89
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж.</i> Экспериментальное исследование влияния лапароскопической гастростомии на возникновение гастроэзофагеального рефлюкса	89
<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Хирургическое лечение атрезии толстой кишки	90
<i>Козлов Ю.А., Распутин А.А., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Михайлов Н.И., Барадиева П.Ж., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Лечение пациентов с сочетанием атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки	90
<i>Козлов Ю.А., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Михайлов Н.И., Барадиева П.Ж., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Атрезия пищевода в составе VACTERL ассоциации	91
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Сидоренко Д.А., Барадиева П.Ж., Тимофеев А.Д., Распутин А.А., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Стриктуры кишечника у новорожденных после некротизирующего энтероколита (пост-НЭК стриктуры кишечника)	91
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Мочалов М.Н., Распутин А.А., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Механические кишечные анастомозы с использованием степлеров у детей раннего возраста	92

<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Краснов П.А., Распутин А.А., Барадиева П.Ж., Тимофеев А.Д., Звонков Д.А., Мочалов М.Н., Очиров Ч.Б., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Эндохирургическое лечение ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста	92
<i>Кокоталкин А.А., Швецов И.В., Аксельров М.А.</i> Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у детей	93
<i>Колесников Е.Г., Тараканов В.А., Терещенко О.А., Стрюковский А.Е., Левченко И.С., Пелипенко Н.В.</i> Дифференциальная диагностика паранекроза и некробиоза участков кишки при визуализации их свечения в высокочастотном электрическом поле	93
<i>Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г., Филиппов Д.В.</i> Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей	94
<i>Коновалов А.К., Петлах В.И., Сергеев А.В., Федоров А.К., Кистенева А.А.</i> Некротические эпифасциальные флегмоны как осложнения ветряной оспы у детей	94
<i>Коровин С.А., Дворовенко Е.В., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Коренькова О.В., Тимохович Е.В., Донской Д.В., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопические вмешательства при перекрутах придатков матки у девочек	95
<i>Котин А.Н., Караваева С.А., Попова Е.Б., Кесаева Т.В.</i> Опыт лечения тотального аганглиоза толстой кишки у детей	95
<i>Котин А.Н., Караваева С.А., Зарова И.И.</i> Варианты клинического проявления кист холедоха	96
<i>Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Арестова С.В., Мельцин И.И., Калинина Ю.А.</i> Все ли ясно в подготовке врача-специалиста детского хирурга	96
<i>Кравцов Ю.А., Сичинава З.А.</i> Надмошоночный доступ в хирургии патологии яичка и варикоцеле у детей и подростков	97
<i>Кравцов Ю.А.</i> Метод экстравезикальной пересадки мочеточника при удвоении почек у детей	97
<i>Крестьяшин В.М., Крестьяшин И.В., Зимина О.Ю., Домарев А.О., Стамболиян О.В.</i> Экспериментальный опыт совместного применения ортопедических и остеопатических методов лечения дисплазии тазобедренных суставов	98
<i>Крестьяшин В.М., Зимина О.Ю., Гуревич А.И.</i> Дифференцированный подход в лечении патологии тазобедренного сустава у детей первых 6 мес жизни	99
<i>Кузнецов А.С., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Калинина Ю.А., Арестова С.В., Мельцин И.И.</i> Пузырно-мочеточниковый рефлюкс – проблемы и пути решения	99
<i>Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Инновационные технологии при хирургическом лечении заболеваний головного мозга у детей	100
<i>Ли И.Б., Дюков А.А., Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Перловская В.В., Степанова Н.М., Ангархаева Л.В., Страшинский А.С.</i> Лапароскопический способ лечения аппендикулярного перитонита у детей (собственный опыт)	100
<i>Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Литовка Е.В., Музалев А.А.</i> Безоары желудка в практике детского хирурга	101
<i>Литовка В.К., Черкун А.В., Вакуленко М.В., Музалев А.А., Литовка Е.В., Сушков Н.Т.</i> Ганглионеврома забрюшинного пространства и заднего средостения в онкопедиатрии	101
<i>Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Оптимизация тактики хирургического лечения прогрессирующей гидроцефалии у детей раннего возраста	102
<i>Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Есенов К.Т., Царахов В.М., Кесаева М.М., Дзуцева М.Р.</i> Способ оценки результатов хирургического лечения обструктивного мегауретера у детей раннего возраста	103
<i>Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Есенов К.Т., Царахов В.М., Кесаева М.М., Дзуцева М.Р.</i> Антенатальная диагностика обструктивных уropатий	103
<i>Лукаш А.А., Писклаков А.В., Зюбин Б.Б., Лямзин С.И., Юшко А.В., Степанов М.А.</i> Артроскопия как единственно достоверный метод диагностики заболеваний коленного сустава при длительном болевом синдроме в детском возрасте	104
<i>Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ш.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ш.А.</i> Пути улучшения результатов лечения обструктивных уropатий, осложненных пионефрозом, у детей	104
<i>Мазабишоев С.А., Хидиров У.И., Боев Р.К.</i> Тактика интраоперационной интенсивной терапии при тяжелой черепно-мозговой травме у детей	105
<i>Маликов Ш.Г., Зоркин С.Н., Акоюн А.В., Шахновский Д.С.</i> Оценка склерозирования почечной паренхимы у больных с мочекаменной болезнью	105
<i>Маликов Ш.Г., Зоркин С.Н., Акоюн А.В., Шахновский Д.С.</i> Структурно-функциональное состояние почечной паренхимы в отдаленные сроки после дистанционной литотрипсии	106
<i>Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Летихов П.А.</i> Солитарные кисты почек у детей	106
<i>Мамошин А.В., Медведев А.И., Журило И.П., Бодрова Т.Н.</i> Миниинвазивные лечебно-диагностические технологии в практике детской хирургии	107
<i>Мамошин А.В., Медведев А.И., Круглый В.И., Журило И.П.</i> Миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии при интраабдоминальных абсцессах у детей	107
<i>Манжос П.И., Врублевский С.Г., Попов В.Е., Лившиц М.И., Иманалиева А.А.</i> Особенности хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний головного мозга у детей	108
<i>Марухно Н.И., Антоненко Ф.Ф., Перерва О.В., Павлова Я.Е., Сидоров Г.А., Жуков В.С., Ченцова Л.Н.</i> Возможности гастроскопической сфинктеротомии препилорической мембраны у детей как метода лечения	108
<i>Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Атоев И.К.</i> Диагностика хронической почечной недостаточности у детей, страдающих нефролитиазом	109
<i>Мельцин И.И., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Каюмова А.А.</i> Оптимизация лечебной тактики при переломах головки мыщелка плечевой кости у детей	110
<i>Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Севергина Э.С., Леонова Л.В., Врублевский С.Г., Петрухина Ю.В.</i> Современные методы оценки состояния почек при гидронефрозе у детей	110

<i>Меновицкова Л.Б., Гуревич А.И., Севергина Э.С., Леонова Л.В., Врублевский С.Г., Петрухина Ю.В.</i> Современные методы оценки состояния почек при гидронефрозе у детей	111
<i>Меновицкова Л.Б., Ерохина Н.О., Захаров А.И., Склярова Т.А., Левитская М.В., Шумихин В.С., Соттаева З.З., Текотов А.Н.</i> Тактика лечения детей с уретероцеле при удвоении почек	111
<i>Меркулов В.Н., Ельцин А.Г., Мининков Д.С., Саутенко А.А.</i> Вывих надколенника у детей	112
<i>Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дергачев Д.А.</i> Сухожильно-мышечная пластика в лечении посттравматических нейрогенных деформаций стоп после повреждения малоберцового нерва у детей	112
<i>Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дергачев Д.А., Хантаев Т.Б.</i> Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости у детей. тактика лечения	113
<i>Минаев С.В., Ивченко А.А., Мухоморов Ф.С., Ивченко Г.С., Алиев О.З., Садовая А.С., Тертышников А.В.</i> Лечение кавернозных гемангиом челюстно-лицевой области у детей	113
<i>Минаев С.В., Ухина Л.В., Филиппова Н.В.</i> Эпидемиологическая обстановка по конго-крымской геморрагической лихорадке в ставропольском крае	114
<i>Минаев С.В., Филиппова Н.В., Ухина Л.В., Тертышников А.В., Алисултанов И.У.</i> Остеомиелит в детском возрасте	115
<i>Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Доронин Ф.В., Анисимов И.Н., Мащенко А.Н.</i> Новые подходы в лечении эхинококкоза у детей	115
<i>Митарчян Е.В., Манохин В.Н., Индучная С.С., Горелова Е.М.</i> Ультразвуковая диагностика плевральных выпотов	116
<i>Морозов Д.А., Айрян Э.К., Цмокалок Е.Н., Райгородская Н.Ю., Пименова Е.С., Жарков Д.А.</i> Клиторопластика при вирилизации наружных гениталий с мофрологией чувствительных зон головки	116
<i>Морозов Д.А., Пименова Е.С., Окулов Е.А., Аршинова М.А., Чудинов Д.С.</i> Дифференцированная тактика при болезни Гиршпрунга у детей	117
<i>Морозов Д.А., Пименова Е.С., Роговская А.О.</i> Хирургическая тактика при воспалительных заболеваниях кишечника у детей	117
<i>Мустакимов Б.Х., Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Котляров А.Н., Царева В.В.</i> Опыт применения транскутанного ушивания внутреннего пахового кольца (Percutaneous internal ring suturing – PIRS) в лечении детей с паховыми грыжами	118
<i>Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Дж., Молдоисаев К.Б.</i> Эхинококкоз легкого (ЭЛ) у детей	118
<i>Насибова Э.М.</i> Наша тактика ведения анестезиологического пособия при «малых» оперативных вмешательствах у детей	119
<i>Наумова О.А., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Бобковская Е.Е.</i> Диагностические и оперативные особенности удвоений кишечной трубки у детей	120
<i>Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г.</i> Место операции Дюамеля в лечении болезни Гиршпрунга	120
<i>Николаев С.Н., Лодыгина Е.А., Анисимова Е.В., Байдин С.А.</i> ГБО в комплексе реабилитационной терапии детей с обструктивными уropатиями	121
<i>Николаев С.Н., Меновицкова Л.Б.</i> Возможности нефропротекции у детей с рефлюкс-нефропатией	121
<i>Николаев С.Н., Лодыгина Е.А., Анисимова Е.В., Байдин С.А.</i> ГБО в комплексе реабилитационной терапии детей с обструктивными уropатиями	122
<i>Николаев С.Н., Меновицкова Л.Б., Коварский С.Л., Склярова Т.Н., Текотов А.Н., Лазишвили М.Н.</i> Ранняя профилактика хронической болезни почек у детей с синдромом миелиодисплазии	123
<i>Новожиллов В.А., Козлов Ю.А., Милюкова Л.П., Степанова Н.М., Распутин А.А., Латыпов В.В., Петров Е.М., Кондрашина О.Г., Умань Н.В.</i> Аноректальные аномалии у детей раннего возраста: опыт видеоассистированной коррекции	124
<i>Новожиллов В.А., Козлов Ю.А., Степанова Н.М., Милюкова Л.П., Умань Н.В., Латыпов В.Х., Петров Е.М., Кузнецова Н.Н., Алейникова Н.Г., Кондрашина О.Г., Пикало И.А.</i> Оценка эффективности лечения детей с болезнью Гиршпрунга и нейрональной интестинальной дисплазией	124
<i>Нуриллаев Ж.Я., Ганиев Ш.А.</i> Результаты лечения пузырно-влагалищных свищей	125
<i>Окунев Н.А., Бегоулова Е.Г., Окунева А.И.</i> Хирургическая тактика при гинекологических заболеваниях с синдромом острого живота	125
<i>Окунев Н.А., Окунева А.И., Солдатов О.М., Первова Н.А.</i> Химические ожоги пищевода у детей	126
<i>Ооржак М.Д., Хертек К.В., Саая Ч.Д., Беспалова Н.В.</i> Трихобезоар желудка	126
<i>Ормантаев А.К., Турускин В.Г., Джанзаков Б.Б., Исаков В.Ю., Мамаедов Э.Ш., Розахунов Р.Н.</i> Инородные тела желудочно-кишечного тракта (магниты) у детей	127
<i>Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Шумилина В.А., Прахт Е.Б.</i> Гемодинамическая терапия как один из основных лечебных факторов у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса	128
<i>Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Грибанов В.Э.</i> Лечение врожденного ложного сустава обеих ключиц с использованием губчатого вещества подвздошной кости	128
<i>Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Сарычев С.А., Бурханов В.В.</i> Хирургическое лечение мегауретера при уретральной эктопии добавочного мочеоточника	129
<i>Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Сарычев С.А., Щедрина А.Ю.</i> Особенности уродинамики верхних мочевыводящих путей у детей с миелиодисплазией	129
<i>Отamuraдов Ф.А.</i> Диагностика и лечение свищевых форм аноректальных аномалий у девочек	130
<i>Отamuraдов Ф.А.</i> Хирургическая коррекция ректовестибулярных свищей при нормально сформированном анусе	130
<i>Павленко Н.И., Пискалков А.В., Баринов С.В.</i> Применение препарата «Гемоблок» при операциях на органах репродуктивной системы у девочек-подростков	131
<i>Павленко Н.И., Пискалков А.В., Богданова О.Н.</i> Организация гинекологической помощи детям на территории Омской области	132

<i>Павлова Д.Д., Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С.</i> Хирургическое лечение Соха Vara при болезни Маккьюна–Олбрайта	132
<i>Перловская В.В., Зеленин В.Н., Ли И.Б., Ангархаева Л.В.</i> Лечение детей с рубцовой тотальной и субтотальной контрактурой шеи ...	133
<i>Петлах В.И., Константинова И.Н., Коновалов А.К., Иванов В.А., Сергеев А.В., Беляева О.А.</i> Лечебно-диагностический алгоритм у девочек с абдоминальным болевым синдромом в хирургическом отделении	133
<i>Петров М.А., Шляпникова Н.С., Панкратов И.В., Баранов Р.А., Гуревич А.Б., Павлова Д.Д.</i> Варианты стабильного остеосинтеза переломов типа 43-е по классификации АО РССФ	134
<i>Петров М.А., Шляпникова Н.С., Панкратов И.В., Баранов Р.А., Павлова Д.Д.</i> Многооскольчатые переломы костей заднего отдела стопы: консервативно или оперативно?	134
<i>Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Горбачев О.С., Павлова Д.Д.</i> Хирургическое лечение плоскостопия и деформаций переднего отдела стоп у детей	135
<i>Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д.</i> Сухожильные пластики при повреждениях крупных суставов у детей	136
<i>Петров Е.М., Новожилов В.А., Звонков Д.А., Латыпов В.Х., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Богоносев А.Ю., Мороз В.М., Степанова Н.М., Михайлов Н.И., Климов В.А., Милюкова Л.П., Пикало И.А.</i> Лапароскопическое и открытое лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей: сравнение результатов лечения	136
<i>Пикало И.А., Подкаменев В.В., Базлуцкий Е.А., Тимофеев А.Д., Пакельчук А.С., Степанова Н.М.</i> Влияние гемоперитонеума на спайкообразование (экспериментальная работа)	137
<i>Пименова Е.С., Саакян М.С.</i> Тактика лечения больных с аноректальными мальформациями, ассоциированными с врожденными пороками сердца	137
<i>Пименова Е.С., Старостина И.Е.</i> Аноректальная манометрия при аноректальных мальформациях и болезни Гиршпрунга у детей	138
<i>Писклаков А.В., Павленко Н.И.</i> Органосохраняющий подход в лечении перекрутов яичников у девочек	138
<i>Писклаков А.В., Никонов В.М., Зюзько С.С., Степанов М.А., Зюзько А.В., Злобин Б.Б.</i> Преимущество интрамедуллярного остеосинтеза с использованием «TEN» в лечении переломов костей предплечья у детей	138
<i>Плигина Е.Г., Солошенко М.В.</i> Эффективность применения аутоплазмы в комплексной терапии детей с патологией хряща коленного сустава	139
<i>Поздеев В.В., Шкляев П.О.</i> Тактика лечения колопроктологических заболеваний у детей на амбулаторном приеме	139
<i>Полуконова Е.В., Ковальков К.А., Елисеев А.В.</i> Опыт лапароскопической пилоромии при гипертрофическом пилоростенозе у детей	140
<i>Полухов Р.Ш., Магамедов В.А., Алибеков М.А.</i> Оценка результатов лапароскопической и открытой аппендэктомии при остром аппендиците у детей	141
<i>Полухов Р.Ш.</i> Отдаленные результаты трансанальной резекции толстой кишки при болезни Гиршпрунга у детей	141
<i>Притуло Л.Ф., Васильев О.В., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Рыбиков К.И.</i> Лечение детей с врожденным вывихом бедра ...	142
<i>Притуло Л.Ф., Дубова Е.И., Гонцов С.В., Строчан Е.П., Пейливанов Ф.П., Рыбников А.П.</i> Хирургическая коррекция дуоденальной непроходимости у новорожденных	142
<i>Притуло Л.Ф., Васильев О.В., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Рыбиков К.И.</i> Факторы риска остеопороза костей у детей	143
<i>Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Васильев О.В.</i> Критерии ранней морфологической диагностики сепсиса и прогнозирования риска развития сепсиса у детей с острой гнойной деструктивной пневмонией	143
<i>Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Васильев О.В.</i> Уровни провоспалительных медиаторов и цитокинов Т-хелперов 1, 2 типов как иммунорегуляторный критерий у детей с гнойно-септическими заболеваниями	144
<i>Притуло Л.Ф., Васильев О.В., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Олейник А.В.</i> Лечение переломов костей у детей с остеопеническим синдромом	145
<i>Птицын В.А., Вечёркин В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.</i> Учебная история болезни как важная составляющая контекстного обучения студентов педиатрического факультета медицинского вуза	145
<i>Пяттоев Ю.Г., Тимонина А.В., Гольденберг И.Г., Сулова К.В.</i> Хирургические маски аномалий Урахуса у детей	146
<i>Разин М.П., Кулыгина Е.С., Федоровская Н.С., Дьяконов Д.А.</i> Морфологические изменения при проведении интраоперационной иммунокоррекции при операциях на почке	146
<i>Разин М.П., Касаткин Е.Н.</i> Современные особенности преподавания детской хирургии студентам «непедиатрических» специальностей	147
<i>Разин М.П., Копысова Л.А.</i> Роль студенческого научного общества в процессе воспитания и личностном становлении студентов-медиков	148
<i>Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Нагорная Ю.В.</i> Торакоскопическое клипирование открытого артериального протока у детей	148
<i>Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Холостова В.В., Ермоленко Е.Ю., Халафов Р.В.</i> Лапароскопические операции при лечении хронической дуоденальной непроходимости у детей	149
<i>Разумовский А.Ю., Дегтярева А.В., Голованев М.А., Куликова Н.В., Ратников С.А.</i> Результаты лечения билиарной атрезии у детей	149
<i>Разумовский А.Ю., Гебекова С.А.</i> Отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз при атрезии пищевода	150
<i>Раковский С.М., Погорелов Д.Н., Панарин Е.В.</i> Случай билатеральной зрелой тератомы с глиоматозом брюшины у пациентки 14 лет	150
<i>Ратников С.А., Чундокова М.А., Черкесова Е.М.</i> Аппендэктомия при первичном пельвиоперитоните у девочек	151

<i>Рахманов М.А.</i> Результаты лапароскопического лечения распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей в условиях экстренной хирургии.....	151
<i>Розино В.М., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Будкевич Л.И., Игнатъев Р.О., Афаунов М.В., Федоров А.К., Богданов А.М., Молотов Р.С., Лудикова М.Ю.</i> Применение гидрохирургической технологии в лечении детей с легочно-плевральными осложнениями острой деструктивной пневмонии.....	152
<i>Ростовская В.В., Хватынец Н.А., Матюшина К.М.</i> Балльная оценка результатов диуретической пиелосонографии у детей грудного и раннего возраста с гидронефрозом.....	152
<i>Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Котляров А.Н., Абушкин И.А.</i> Малоинвазивная хирургия при патологии желчевыведительной системы у детей.....	153
<i>Рошаль Л.М., Карасёва О.В., Ахадов Т.А., Горелик А.Л., Граников О.Д., Брянцев А.В., Харитонова А.Ю.</i> Хронический мегадуоденум у ребенка 9 лет (клиническое наблюдение).....	154
<i>Роциункина А.К., Кузетченко И.Н., Бычкова О.С.</i> Применение фракционной лазерной абляции у детей с обширными послеожоговыми рубцами.....	154
<i>Рудакова Э.А., Ковалева О.А., Юрков С.В.</i> Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.....	155
<i>Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Смирнова Е.И., Канюк И.А.</i> Анализ лечения новорожденных с высокой кишечной непроходимостью.....	155
<i>Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.</i> Новый взгляд на этиопатогенез инвагинации кишечника.....	156
<i>Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Горшков А.Ю., Алехова Е.Л., Михайлова С.И.</i> Особенности течения и диагностики острого метаэпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста.....	157
<i>Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Горшков А.Ю., Смирнова Е.И.</i> Лечение разлитого гнойного перитонита у детей.....	157
<i>Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Медведев А.А., Бурчёнкова Н.В.</i> Выбор метода лечения врожденного гидронефроза у детей.....	158
<i>Рустамов В.М., Аверин В.И.</i> Оценка эффективности лечения рубцовых послеожоговых стенозов пищевода методом стентирования.....	158
<i>Рыбакова Д.В., Керимов П.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Капкова О.А., Хижиников А.В.</i> Возможности эндохирургии в диагностике опухолевых заболеваний торакоабдоминальной локализации у детей.....	159
<i>Рыбакова Д.В., Керимов П.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Хижиников А.В.</i> Хирургическое лечение детей с солидными псевдопапиллярными опухолями поджелудочной железы.....	160
<i>Рыбченко В.В., Александров А.В., Лагутина А.А., Трусов А.В., Старостин О.И.</i> Чрескожная ригототомия и липофилинг у детей: первый опыт.....	160
<i>Рыбченко В.В., Александров А.В., Лагутина А.А.</i> Закрытие обширных дефектов мягких тканей нижних конечностей.....	161
<i>Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Глазунов А.А., Хороненко В.Э., Соболев Д.Д., Мордвин П.А.</i> Интраоперационная гипертермическая перфузия цитостатика (НІРЕС) у ребенка с муцинозной аденокарциномой толстой кишки.....	161
<i>Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Глазунов А.А., Куренков И.В., Манукян С.Р., Гурзо Ю.Д.</i> Двухэтапная резекция печени (ALLPS) у ребенка с гигантской эмбриональной саркомой.....	162
<i>Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Манукян С.Р.</i> Лечение нейробластомы сложной анатомической локализации.....	162
<i>Рябов А.Б., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Глазунов А.А., Мурчина А.Н.</i> Эндохирургическое лечение ребенка с Гисо желудка.....	163
<i>Саввина В.А., Николаев В.Н., Варфоломеев А.Р., Тарасов А.Ю., Петрова Н.Е.</i> Лечение болезни Гиршпрунга.....	163
<i>Савлаев К.Ф., Шароев Т.А., Иванова Н.М.</i> Использование порт систем при лечении опухолей у детей.....	164
<i>Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Ахмедов Р.Ш., Фарозов Х.А.</i> Результаты комплексного лечения абсцесса Броди у детей.....	164
<i>Сахаров С.П., Аксельров М.А.</i> Механизмы развития инфекционного процесса при ожоговой травме в эксперименте.....	165
<i>Сварич В.Г.</i> Особенности хирургической техники трансанальной лапароскопически ассистированной операции при болезни Гиршпрунга у детей.....	165
<i>Севергина Л.О., Меновщикова Л.Б., Петрухина Ю.В.</i> Сопряженность сосудистой мальформации с проявлениями дизнефрогенеза у детей с первичным гидронефрозом.....	166
<i>Слепцов А.А., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Корякина А.Д.</i> Случай рецидива трихобезоара в тонкий кишечник – «синдром Рапунцель».....	167
<i>Слизовский Г.В., Кузеливский И.И., Федоров М.А., Козырев А.А.</i> Хирургическое лечение диспластических состояний опорно-двигательного аппарата у детей.....	167
<i>Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Адлейба С.Р.</i> Операция Пенья – 30-летний опыт применения при низких и промежуточных формах атрезии прямой кишки у девочек.....	168
<i>Смирнов А.Н., Соколов Ю.Ю., Субботин И.В., Холостова В.В., Залихин Д.В., Фатеев Ю.Е., Степанов А.Э., Ионов А.Л., Аверьянова Ю.В., Кирсанов А.С.</i> Опыт лечения синдрома мальротации у детей старше периода новорожденности. Мультицентровое исследование.....	169
<i>Смирнов А.Н., Чирков И.С.</i> Оперативное лечение грыжевых дефектов передней брюшной стенки у детей.....	169
<i>Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г.</i> Операция Соавэ при болезни Гиршпрунга у детей – 50-летний опыт применения.....	170
<i>Смирнов А.Н., Голованев М.А.</i> Лечение осложненных форм острого аппендицита у детей.....	170

<i>Соколов Ю.Ю., Исаев В.Ю., Сафин Д.А., Глизицын О.Е., Лупенко Д.Ю., Ольхова Е.Б.</i> Опыт лечения детей с пресакральными объемными образованиям	171
<i>Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П.</i> Эндохирургическая коррекция инфрадиафрагмальных кистозных удвоений пищеварительного тракта у детей	172
<i>Соловьев А.Е., Шатский В.Н., Гудков Р.А.</i> Стадии инвагинации у детей	172
<i>Соловьев А.Е., Шатский В.Н., Гудков Р.А.</i> Оперативная тактика уретерогидронефроза при удвоении верхних мочевых путей	173
<i>Стальмахович В.Н., Дюков А.А., Дуденков В.В., Дмитриенко А.П.</i> Редкие осложнения после торакопластики у детей по методу D. Nuss	173
<i>Степанов М.А., Писклаков А.В., Злобин Б.Б.</i> Внутрикостный остеосинтез диафизарных переломов предплечья у детей	174
<i>Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Нестерова И.В., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А., Пилипенко Н.В., Шатов А.В., Левченко И.С.</i> Реабилитация детей с аноректальными мальформациями	174
<i>Султонов Ш.Р., Ахмедов Р.Ш., Зарифов Х.З., Абдуллоев М.Ф.</i> Опыт лечения аппендикулярного перитонита у детей	175
<i>Сухов М.Н., Мустафа А.Х., Лывина И.П., Кобяцкий А.В., Поляев Ю.А., Брюсов Г.П., Исаева М.В., Нарбутов А.Г.</i> Реконструктивно-пластические операции в лечении больных с вазоренальной гипертензией	175
<i>Сухощкая А.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Щебенюков М.В., Салахов Э.С., Баиров В.Г.</i> Рубцовый стеноз пищевода после химического ожога: когда прекращать органосохраняющее лечение?	176
<i>Тараканов В.А., Терещенко О.А., Пелипенко Н.В., Стрюковский А.Е., Полеев А.В., Колесников Е.Г.</i> Комплексная программа лечения химических ожогов пищевода у детей	177
<i>Тараканов В.А., Терещенко О.А., Полеев А.В., Стрюковский А.Е., Пелипенко Н.В.</i> Лечение кровотечений порталного генеза у детей с циррозом печени на основе эндоскопических технологий	177
<i>Тараканов В.А., Микава Н.В., Старченко В.М., Чулков О.Э., Мельников М.В.</i> Тактика хирургического лечения рака щитовидной железы у детей	178
<i>Тарасов Н.И., Крестьянин В.М., Выборнов Д.Ю., Ти-Мин-Чуа Д.В.</i> Варианты оперативного лечения переломов костей предплечья у детей	178
<i>Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Хлебникова М.А., Кардаш Е.В.</i> Возможности остеосинтеза при различной патологии кисти в детском возрасте	179
<i>Тарасов А.А., Савченков А.Л., Степанов В.Н., Абросимова Т.Н.</i> Агрессивные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей	179
<i>Татутьян А.А., Хачиян М.М., Барова Н.К., Шабаетова Н.А.</i> Антибактериальная терапия при гнойно-септических заболеваниях легких у детей	180
<i>Текотов А.Н., Склярлова Т.А., Струянский К.А.</i> Применение неразобшающей пиелопластики при гидронефрозе у детей	180
<i>Тен Ю.В., Клейменов Е.В., Куляшова О.В., Страхатова Н.А.</i> Структура и диагностика лимфопролиферативных заболеваний у детей в Алтайском крае	181
<i>Тен Ю.В., Бойко А.В., Осецкий И.Г., Тен К.Ю., Елькова Д.А.</i> Прогрессивные направления в хирургическом лечении врожденных паховых грыж	181
<i>Тен Ю.В., Тен К.Ю., Полянская М.О., Казанцева Е.О., Красильников А.А.</i> Эндовидеохирургические вмешательства в хирургии детского возраста	182
<i>Тен К.Ю., Тен Ю.В., Красильников А.А., Полянская М.О.</i> Хирургическое лечение гипоспадии	182
<i>Тен К.Ю., Полянская М.О., Казанцева Е.О., Красильников А.А., Клейменов Е.В., Усова М.И.</i> Трансуретральные вмешательства в урологии детского возраста	183
<i>Тимофеева А.В., Карасева О.В., Мельников А.В., Горелик А.Л.</i> Эндоскопическая ассистенция при краниофациальной травме у детей	183
<i>Титов Д.В., Файко Е.Ю., Грамзин А.В., Феофилов И.В.</i> Выбор метода пластики уретры у детей при различных формах гипоспадии	184
<i>Трусов А.В., Фомина М.Г., Щербакова М.А., Цапкин А.Е., Тарасова Д.С., Лагутина А.А.</i> Лечение детей с посттравматическими рубцовыми деформациями кожных покровов с использованием свободных аутоотрансплантатов, полученных методом дермотензии ..	184
<i>Трусов А.В., Фомина М.Г., к.м.н. Цапкин А.Е., Щербакова М.А., Лагутина А.А., Тарасова Д.С.</i> Лечение детей с посттравматическими рубцами кожных покровов комбинированным методом дермабразии и микронидлинга	185
<i>Тулинов А.И., Кривулин С.П., Ефременков А.М., Игнатьев Е.М., Трофимов К.С.</i> Опыт эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с применением объемообразующих имплантов	186
<i>Уквальберг М.Е., Пяттоев Ю.Г., Рианов В.В., Савчук О.Б., Савчук М.О., Ларионова Н.А.</i> Злокачественная герминогенная опухоль яичника у девочки 9 лет (клинический случай)	186
<i>Умеров М.Ю.</i> Патогенетические основы диагностики и лечения новорожденных с кефалогематомами	187
<i>Файзулов Д.А., Азизов А.А., Шерназаров И.Б., Раджабов О.З.</i> Пограничные абдоминальные заболевания в педиатрии и детской хирургии	187
<i>Филиппова Е.А., Голованев М.А., Пучкова А.А.</i> Ультразвуковая диагностика атипичного течения пилоростеноза детей	188
<i>Фохтин В.В., Кузин А.С., Махров Л.А., Козлов А.С., Моисеев С.Н., Трубин И.В.</i> Применение костной гетеропластики в детской хирургии	188
<i>Фролов Е.А., Назарова И.М., Лёвочкин С.П., Галица В.В.</i> Опыт оперативного лечения изолированной формы кистозного удвоения желудка	189
<i>Халафов Р.В.</i> Малая проктология в детском возрасте	190

<i>Хамраев А. Ж., Эргашев Б. Б., Каримов И. М., Хамроев У. А.</i> Операция делаторре при низких формах болезни Гиршпрунга у грудных детей	190
<i>Хамраев А. Ж., Эргашев Б. С., Хамроев У. А., Авазов Р. А.</i> Повторно-реконструктивные коррекции аноректальных пороков у детей	191
<i>Харитонов А. Ю., Карасева О. В., Капустин В. А., Горелик А. Л., Тимофеева А. В., Коваленко М. И.</i> Инородные тела желудочно-кишечного тракта в практике эндоскописта.	191
<i>Хворостов И. Н., Синицин А. Г., Снугур Г. Л., Андреев Д. А., Копань Г. А., Дамиров О. Н., Вербин О. И.</i> Иммуногистохимическая характеристика червеобразных отростков детей, оперированных по поводу хронического абдоминального синдрома с локализацией в правой подвздошной области	192
<i>Хворостов И. Н., Шрамко В. Н., Андреев Д. А., Вербин О. И.</i> Клиническое значение комплексной оценки состояния неоректум у детей с аноректальными мальформациями в послеоперационном периоде	192
<i>Хертек К. В., Ооржак М. Д., Саая Ч. Д., Беспалова Н. В.</i> Полный свищ пупка. аномалия развития желточного протока	193
<i>Цап Н. А., Тимошинова О. А., Великанов А. В., Чудаков В. Б., Наумова О. А.</i> Опыт лечения детей с билиарной атрезией	193
<i>Цап Н. А., Винокурова Н. В., Трубицына И. А.</i> Тотальная форма болезни Гиршпрунга или нейромышечная дисплазия толстой кишки?	194
<i>Цап Н. А., Винокурова Н. В., Трубицына И. А., Чудаков В. Б., Кошурников О. Ю.</i> Операция Соаве оптимальная классика в лечении болезни Гиршпрунга у детей	195
<i>Цилько А. А., Артюшевская Д. М., Фурманчук Д. А., Лесковский Д. В., Шалькевич А. Л., Пушкарева Л. В., Свирский А. А.</i> Аспекты диагностики септических осложнений в детском хирургическом стационаре	195
<i>Цыбин А. А., Мохаммад Башир, Давлицаров М. А., Бояринцев В. С., Маишков А. Е., Вайс А. В., Дубонос Ю. В.</i> Техника метода длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага в лечении остеомиелита у детей	196
<i>Черногор О. Л., Медведев А. И., Журило И. П., Круглый В. И., Козьмин М. А.</i> Опыт лапароскопических вмешательств у детей с осложненными формами острого аппендицита	196
<i>Чкадуа Т. З., Асирова Г. В., Бруслова Л. А.</i> Реконструктивная отопластика: дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения	197
<i>Чудинов Д. С., Аршинова М. С., Морозов Д. А., Пименова Е. С.</i> Повторные операции при болезни Гиршпрунга	197
<i>Чундокова М. А., Черкесова Е. М.</i> Органосохраняющие операции при перекрутах придатков матки у детей	198
<i>Шабалдин Н. А., Горшкова С. В., Шабалдин А. В., Головкин С. И.</i> Иммунологические критерии стадии латентной ишемии при болезни Легг-Кальве-Пертеса	198
<i>Шамсиев А. М., Атакулов Д. О., Шамсиев Ж. А., Рахимов Ф. Э.</i> Хирургическое лечение передних форм гипоспадии у детей	199
<i>Шамсиев Ж. А., Атакулов Д. О., Давранов Б. Л.</i> Применение ультразвукового исследования с цветной доплерографией в диагностике и лечении ущемленных грыж у детей	199
<i>Шангареева Р. Х., Парамонов В. А., Еникеев М. Р., Асфандияров Б. Ф., Пьянкова А.</i> Диагностика и тактика лечения при опухолях и кистах средостения у детей	200
<i>Шарапов В. И., Назарова И. М.</i> Роль внутриспросветной фиброэндоскопии при лечении детей с полипами ЖКТ	200
<i>Шастин Н. П., Ерохина Н. О., Смолянкин А. А.</i> Олимпиада по детской хирургии – новые педагогические технологии	201
<i>Шерназаров И. Б., Султонов Ш. Р., Рахмонов Ш. Дж., Шарипов П. Ш., Раджабов О. З.</i> Хирургическая тактика при высокой форме атрезии ануса у новорожденных и детей раннего возраста	202
<i>Шмаков А. П., Зуев Н. Н., Зуева О. С.</i> Анализ ятрогенных случаев в детской хирургической клинике за 30 лет	202
<i>Шумихина М. В., Меновицкова Л. Б., Чугунова О. Л., Гурская А. С., Левитская М. В., Шумихин В. С., Склярова Т. А., Гуревич А. И., Богуславская М. А., Корчагина Н. С.</i> Обструктивная нефропатия и риск развития хронической болезни почек III – v стадии у мальчиков с клапанами задней уретры	203
<i>Шурова Л. В., Будкевич Л. И.</i> Эффективность использования современных раневых покрытий у ожоговых реконвалесцентов для профилактики образования рубцов кожи	203
<i>Щебенков М. В., Салахов Э. С., Орлов А. Е., Воллерт Т. А., Бондаренко Н. С.</i> Инородные тела пищевода и желудочно-кишечного тракта у детей	204
<i>Щербакова О. В., Врублевский С. Г., Ионов А. Л., Козлов М. Ю., Трунов В. О.</i> Сегментарная проктопластика и лигатурное дренирование у детей с параректальными свищами	205
<i>Щербинин А. В., Фоменко С. А., Москаленко А. С., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Москаленко С. В.</i> Динамика изменений тестикулярного кровотока при хирургической коррекции патологии влагалищного отростка брюшины	205
<i>Щербинин Р. Л., Вечеркин В. А.</i> Новые дополнительные критерии ранней диагностики некротизирующего энтероколита у новорожденных	206
<i>Эргашев Н. Ш., Отмуратов Ф. А.</i> Редкий вариант аномалии – врожденный ректальный мешок при аноректальных мальформациях у девочек	206
<i>Эргашев Б. Б., Эшкабилов Ш. Д.</i> Хирургическая тактика при атрезии пищевода с множественными аномалиями	207
<i>Яковенко Д. Д., Лохматов М. М., Пименова Е. С., Морозов Д. А.</i> Баллонная дилатация пищевода после его пластики у детей	207
<i>Якубов Э. А.</i> Кистозная форма атрезии холедоха – благоприятный тип обструктивной холангиопатии	208
<i>Якубов Э. А., Эргашев Н. Ш.</i> Реконструкция желчных протоков при кистах холедоха у детей	208

ТРЕБОВАНИЯ

К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ

«РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии»

(Составлено на основе «Единых требований к рукописям, предоставляемым в биомедицинские журналы», – International committee of medical journal editors. Uniforms requirements of manuscripts submitted to biomedical journals. Ann. Intern. Med., 199-126: 36-47)

Редакция не рассматривает рукописи, не соответствующие требованиям. Работы, которые уже были опубликованы в других журналах (сборниках трудов), принимаются к рассмотрению только при наличии письменного согласия главного редактора соответствующего издания. При направлении статьи в редакцию следует руководствоваться следующими правилами.

1. Статья должна быть напечатана и/или отформатирована в виде файла с расширением **DOC (Microsoft Word)** через двойной интервал на бумаге формата **A4 (210 x 297 мм)**, ориентация книжная.

Размеры полей: верхнее – **25 мм**, нижнее – **25 мм**, левое – **35 мм**, правое – **25 мм**. При наборе на компьютере используется шрифт **Times New Roman** Сур размером **14 пунктов**, черного цвета, выравнивание по ширине. Интервалы между абзацами отсутствуют. Отступ первой строки абзаца – **15 мм**.

В редакцию представляются: электронный вариант статьи на диске и два печатных экземпляра статьи.

2. На 1-й странице указываются фамилия автора (авторов), инициалы, название статьи, полное название и адрес учреждения, направившего статью. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. Кроме того должна быть контактная информация каждого автора, включающая ученую степень, звание, должность, электронный адрес и/или номер телефона.

3. Статья визируется руководителем учреждения, к ней прилагается сопроводительное письмо на бланке учреждения, из которого выходит статья. Последняя страница текста статьи в обязательном порядке подписывается всеми авторами, с указанием имени, отчества и фамилии, почтового адреса, телефона и факса (служебного или домашнего) и/или адреса электронной почты.

4. Рекомендуемый объем оригинальной работы не должен превышать **12 страниц** машинописного текста, заметок из практики – **5**, лекций – **15**, обзора литературы – **20**, рецензий, обсуждений и комментариев – **3 страниц**. При подготовке материалов рекомендуется использовать последние данные (за 5–6 лет), в обзорах ограничивать библиографический список 50 источниками и минимально цитировать собственные работы.

5. Объем графического материала – минимально необходимый. Если рисунки ранее уже публиковались, необходимо указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на их воспроизведение от держателя прав на публикацию. Рисунки и схемы желательно дублировать в электронном виде (файлы с расширением **TIFF, BMP, JPEG, PPT и др.**). На отдельном листе прилагаются подписи к рисункам в порядке их нумерации.

6. План построения оригинальных статей следующий: «Введение», «Материалы и методы*», «Результаты», «Обсуждение*» (допускается объединение двух последних разделов в один – «Результаты и обсуждение»), «Выводы» (по пунктам) и «Литература».

7. В разделе «Материалы и методы» следует четко описать организацию данного исследования (дизайн). При необходи-

мости указывается использованная аппаратура, а также международные наименования, дозы и способы введения примененных лекарственных средств.

8. Описание процедуры статистического анализа включает полный перечень всех использованных статистических методов.

9. Реферат объемом **не более 150 слов** должен обеспечить понимание основных положений статьи. Он должен быть структурированным и содержать следующие разделы: цель исследования, место его проведения, организация (дизайн), больные, вмешательства, методы исследования, основные результаты, заключение. Под рефератом помещаются от 3 до 6 ключевых слов.

10. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц и иллюстраций.

11. Место, где в тексте должен помещаться рисунок, следует отметить квадратом на полях. Фотографии (черно-белые или цветные) должны быть контрастными, размером **9 x 12 см**. Фотографии с рентгенограмм даются в позитивном изображении.

12. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения отдельных слов, терминов (кроме общепринятых) не допускаются. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому упоминанию этого сокращения в тексте.

13. При составлении списка литературы необходимо руководствоваться требованиями **ГОСТ 7.1-84** (Библиографическое описание документа: Общие требования и правила составления), а также дополнениями к основному стандарту **ГОСТ 7.80-2000** «Библиографическая запись. Заголовок: Общие требования и правила составления». Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии со списком литературы, в котором в алфавитном порядке перечисляются сначала отечественные, затем зарубежные авторы. При описании книг указываются фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, количество страниц. Для журнальных статей – фамилия и инициалы автора, полное название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до». Для диссертаций – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская, год, место издания.

14. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание.

Статьи следует направлять по адресу:

123001, г. Москва, Садовая-Кудринская ул., д. 15, к. 3
e-mail: vestnik@childsurgeon.ru

B. Braun Aesculap® **Детская эндоскопия**

Минимально инвазивные методы совершили революцию в педиатрической хирургии. Сегодня большинство лапароскопических и торако-скопических операций у новорожденных и детей могут быть выполнены через минимально-инвазивный доступ.



Aesculap предлагает широкий ассортимент эндоскопических инструментов для детской хирургии. Полный спектр оборудования, эндоскопов и инструментов для детской лапароскопической хирургии включает:

- **эндохирургические видеосистемы** как 2D, так и 3D, работающие только в стандарте изображения высокой четкости FullHD;
- многообразные 3,5 мм **лапароскопические инструменты AdTec mini**, не уступающие по функциональным качествам и надежности 5 мм инструментам;
- единственные в своем сегменте **одноразовые 3,5 мм лапароскопические инструменты AdTec mini** и **одноразовый 3,5 мм Aesculap Мини-порт**;
- **многозарядные 5 мм клиппликаторы Challenger** со сменными картриджами на 12 титановых клипс средне-малого размера
- **уникальные двойные титановые (DS) клипсы** малого (S) и средне-малого (SM) размеров, использующиеся с 5 мм клиппликаторами.



AQUACEL Ag
BURN

21
день



Стоп
болезненной
смене повязок

Аквасель Ag Берн – раневое покрытие, которое может находиться на ране до 21 дня или до появления клинических показаний к смене/удалению повязки. Перед использованием покрытия, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по применению.

НАЛОЖИТЕ ЕГО НА РАНУ

Раневое покрытие легко накладывается на рану. Представлено в виде пластины прямоугольной формы и перчатки широкого размерного ряда. Аквасель Ag Берн с серебром, обладающий преимуществами технологии Гидрофайбер при контакте с раневым отделяемым формирует мягкий когезивный гель, прилегающий к раневой поверхности, повторяющий контуры раны и минимизирующий «мертвые пространства» – возможные места размножения бактерий.

ОСТАВЬТЕ ЕГО НА РАНЕ

Раневое покрытие можно оставить на ране на срок до 21 дня, что позволяет избежать боли и травматизации, возникающих во время частых смен повязок. Благодаря использованию технологии Гидрофайбер, повязка образует гель при контакте с раневой поверхностью. Уменьшает боль во время нахождения повязки на ране. Во время удаления повязки снижает боль и травматизацию.

ПОМОГИТЕ ЗАЖИВЛЕНИЮ РАНЫ

Раневое покрытие абсорбирует раневое отделяемое, запирает и удерживает его вместе с патогенной флорой, которая препятствует процессу заживления раны. Серебро в ионной форме, входящее в состав раневого покрытия обладает антибактериальным действием по отношению к широкому спектру возбудителей, в том числе и MRSA (продемонстрировано *in vitro*). По мере заживления раны повязка самостоятельно отделяется от раневой поверхности.

Нет других раневых покрытий, которые могут оставаться на ране до 21 дня, обладающих возможностями технологии Гидрофайбер.



Узнать больше о раневом покрытии Аквасель Ag Берн
ЗАО «КонваТек», 115054, г. Москва, Космодамианская наб., д.52, стр.1
Тел.: +7 (495) 663-70-30 Факс: +7 (495) 748-78-94

РУ № РЗН 2013/1109 от 6 сентября 2013.

ConvaTec