



Октябрь
2017 г

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

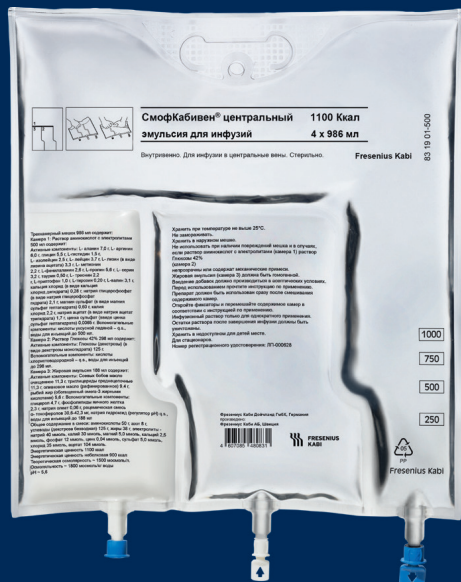



RUSSIAN JOURNAL of Pediatric Surgery,
Anesthesia and Intensive Care


ПРИЛОЖЕНИЕ


МАТЕРИАЛЫ III КОНГРЕССА
ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

ПОЛНОЦЕННОЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ПЕДИАТРИИ



 **СМОФКАБИВЕН***

 **ДИПЕПТИВЕН**

 **ВИТАМИНЫ И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ**



**СОЛУВИТ
ВИТАЛИПИД ДЕТСКИЙ
АДДАМЕЛЬ****

* разрешен к применению с 2-х лет
** разрешен к применению с 10 лет и массой тела более 15 кг

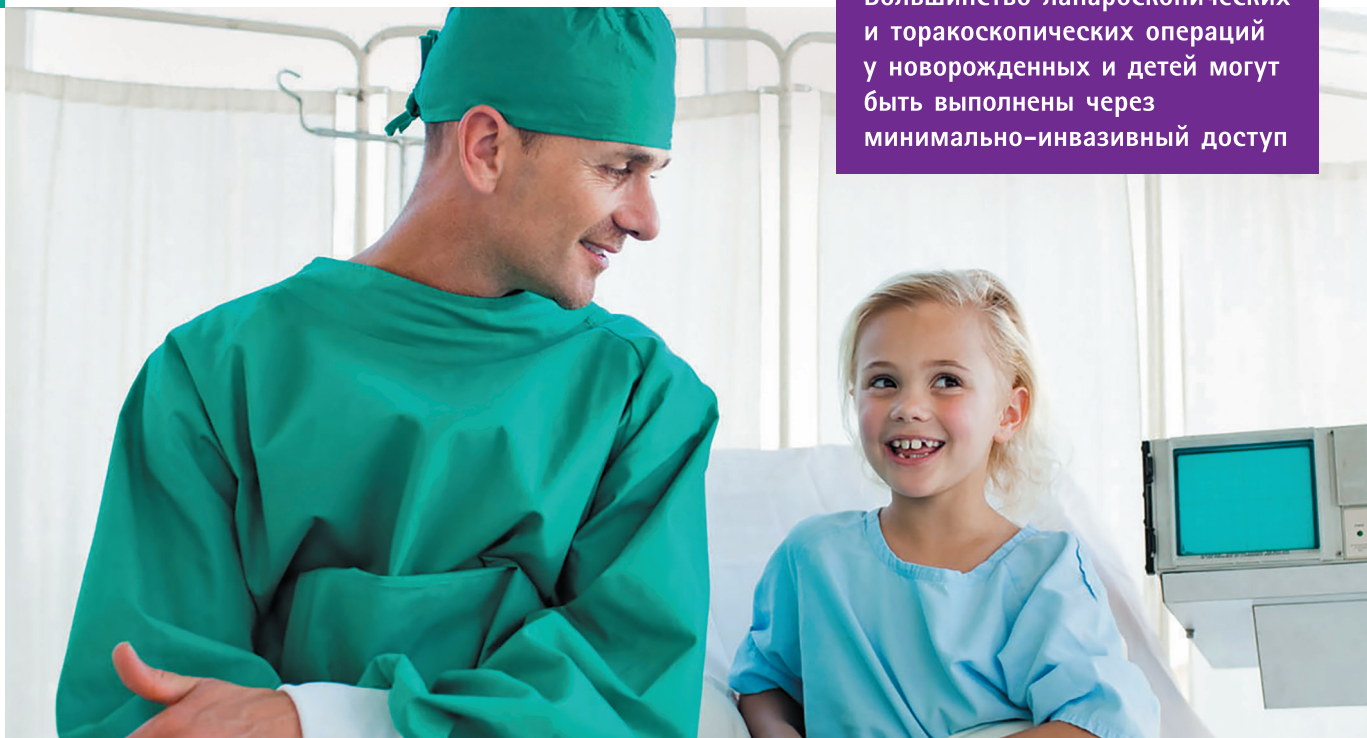
ООО «Фрезениус Каби»
125167, Москва, Ленинградский пр-т, д. 37, к. 9
Тел.: (495) 988-45-78
Факс: (495) 988-45-79
E-mail: freka@fresenius-kabi.ru
www.fresenius-kabi.ru



**FRESENIUS
KABI**
caring for life

B. BRAUN AESCULAR® ДЕТСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

Большинство лапароскопических и торакоскопических операций у новорожденных и детей могут быть выполнены через минимально-инвазивный доступ



B. Braun Aescular® предлагает полный спектр оборудования, эндоскопов и инструментов для детской лапароскопической хирургии

- эндохирургические видеосистемы 2D и 3D, работающие только в стандарте изображения высокой четкости FullHD;
- многоцветные 3,5 мм лапароскопические инструменты AdTec mini, не уступающие по функциональным качествам 5 мм инструментам;
- единственные в своем сегменте одноразовые 3,5 мм лапароскопические инструменты AdTec mini и одноразовый 3,5 мм Aescular 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.

000 «Б. Браун Медикал» | www.bbraun.ru

[www.vk.com/bbraunrussia](https://vk.com/bbraunrussia) [www.fb.com/bbraunrussia](https://fb.com/bbraunrussia)

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: office.spb.ru@bbraun.com

Тел.: +7 (812) 320-40-04, факс: +7 (812) 320-50-71

117246, Москва, Научный проезд, д. 17, оф. 10-30

Тел.: +7 (495) 777-12-72, факс: +7 (495) 745 7232

3

Заживлению раны
всегда препятствуют злодеи:



ЭКССУДАТ



ИНФЕКЦИЯ



БИОПЛЕНКА

Две прогрессивные технологии

НОВАЯ Ag+

Революционная технология
разрушающая биопленку и убивающая
бактерии, вызывающие инфекцию



Гидрофайбер™

Эффективная технология, обеспечивающая
абсорбцию и удержание в толще повязки
экссудата, создает и удерживает влажную
среду для оптимального заживления ран



2

Сейчас появился герой –

инновационное раневое покрытие на основе
технологии Гидрофайбер™, которое устраняет
все барьеры, препятствующие заживлению раны

АКВАСЕЛЬ® Ag+ Экстра™

 **8-800-200-80-99**
звонок по России бесплатный
Информационная Линия Поддержки
ConvaTec для стомированных людей

Часы работы: понедельник-пятница, 9:00-17:00

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

www.convatec.ru, www.shop.convatec.ru

*РУ № РЗН 2016/3947 от 11.04.2016

 **ConvaTec**

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

2017
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

Phone +7 (499) 254-2917
Mail: 15-3 Sadovay-Kudrinskay, 123001, Moscow, Russia
<http://www.radh.ru>, e-mail: vestnik@childdrurgeon.ru

Учредители

● **Общероссийская общественная организация
«Российская ассоциация детских хирургов»**
123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15, к. 3. Тел.: +7 (499) 254-29-17. <http://www.radh.ru>

● **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**
117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Тел.: +7 (495) 434-14-22

Издатель:

ИП СЫРОВА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА
123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15, к. 3
E-mail: syrova@gmail.com, authors@ps-journal.ru

Корректор Е.Г. Сербина, перевод Д.Е. Куликова,
дизайн С.В. Морозов, верстка И.А. Кобзев

Подписано в печать 12.10.2017.

Тираж 1000 экз. Цена договорная.

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ 2017

ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ III КОНГРЕССА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

МОСКВА,
ГОСТИНИЧНЫЙ КОМПЛЕКС «ИЗМАЙЛОВО»,
ГОСТИНИЦА «BEST WESTERN VEGA HOTEL»
19-21 ОКТЯБРЯ 2017 ГОДА

Все труды даны в соответствии с орфографией и пунктуацией авторов.

ПРОГРАММА III КОНГРЕССА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ В РАМКАХ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА

19 октября 2017 г., г. Москва

10⁰⁰–11⁰⁰ ОТКРЫТИЕ МЕРОПРИЯТИЯ. ПРИВЕТСТВИЯ

11⁰⁰–12³⁰ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

**11⁰⁰–11³⁰ АКТОВАЯ РЕЧЬ ЛАУРЕАТА ПРЕМИИ им. С.Д. ТЕРНОВСКОГО
ПРОФ. А.Б. ОКУЛОВА**

«Онтогенез медицинской помощи детям с андрогинекологическими заболеваниями: сегодня и завтра».

**11³⁰–12⁰⁰ ДОКЛАД ПРОФ. И.В. ШВЕДОВЧЕНКО «РЕКОНСТРУКТИВНАЯ
МИКРОХИРУРГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ –
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

**12⁰⁰–12³⁰ ДОКЛАД ПРОФ. Д.Ю. ВЫБОРНОВА «РОЛЬ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. ФИЛАТОВА
В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В СТРАНЕ».
ДЕМОНСТРАЦИЯ ФИЛЬМА.**

**12³⁰–13³⁰ ЛЕКЦИЯ РОБЕРТО ДЕ КАСТРО, РУКОВОДИТЕЛЯ ОТДЕЛА ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ
И ХИРУРГИИ БОЛОНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ИТАЛИЯ) «ФЕМИНИЗИРУЮЩАЯ
ГЕНИТОПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕ-САГИТТАЛЬНЫМ ТРАНС-АНОРЕКТАЛЬНЫМ
ДОСТУПОМ: ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ»**

13³⁰–14³⁰ ОБЕД

14³⁰–16⁰⁰ ВИДЕОСЕССИЯ «КАК Я ЭТО ДЕЛАЮ»

Модераторы: Дронов А.Ф., Сатгаев В.У., Тен Ю.В.

«Грыжесечение при пупочной грыже у детей»

Сварич В.Г., Ислентьев Р.Н., Лисицын Д.А., Перевозчиков Е.Г. (Сыктывкар)

«Эндовидеохирургическое лечение детей с редкими видами грыж передней брюшной стенки».

Щебенков М.В. (Санкт-Петербург)

«Лапароскопическое лечение ущемленной мезоколикпариетальной грыжи»

Халафов Р.В. (Москва)

«Минимально инвазивное клипирование открытого артериального протока у детей»

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

«Лапароскопическая илеоцекальная резекция у ребенка с инфильтративно-свищевой формой болезни Крона».

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Щербакова О.В., Трунов В.О. (Москва)

«Лапароскопическая интракорпоральная резекция и анастомоз (ЛИРА) у пациента с пост-НЭК-стенозом»

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А. (Иркутск)

«Лапароскопическое иссечение обширной кистозной лимфангиомы большого сальника».

Стоногин С.В., Мираков К.К., Уткин Т.В., Соколов Ю.Ю. (Москва)

«Лапароскопическая резекция антрального отдела желудка при рубцовом стенозе привратника».

Шувалов М.Э., Вилесов А.В., Соколов Ю.Ю. (Москва)

«Эндоскопическая имплантация эндоэкспандеров».

Перловская В.В., Ли И.Б., Сапухин Э.В. (Иркутск)

«Эндоваскулярное удаление инородных тел из магистральных сосудов и полостей сердца».

Галибин И.Е., Смолянкин А.А. (Москва)

16⁰⁰–18⁰⁰ РАБОЧЕЕ СОВЕЩАНИЕ ГЛАВНЫХ ДЕТСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждение профессионального стандарта по детской хирургии.

Мокрушина О.Г.

Отчёт о состоянии детской хирургической службы в Северо-Кавказском федеральном округе.

Махачев Б.М.

О разработке федеральных клинических протоколов

Подкаменев А.В.

О разработке единой образовательной программы по детской хирургии.

Кобзева Т.Н.

О научных направлениях РАДХ.

Розинов В.М.

20 октября 2017 г.

Зал «Васнецов»

9⁰⁰–10³⁰ КРУГЛЫЙ СТОЛ «СИНДРОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»

Модераторы: *Бабич И.И., Барская М.А., Степаненко С.М.*

Значение интравезикальной монометрии в диагностике абдоминального компартмент-синдрома при острой спаечной кишечной непроходимости у детей.

Ибрагимов Ж.Х., Тошбоев Ш.О. (Андижан) – 15 мин.

Интраабдоминальная гипертензия у детей хирургического профиля.

Цыплаков А.А., Морозова О.Л., Морозов Д.А. (Саратов) – 15 мин.

Оптимизация интенсивной терапии у детей с гастрошизисом при интраабдоминальной гипертензии.

Теплякова О.В. (Москва) – 15 мин.

Вопросы для дискуссии:

- основные причины, осложнения и опасности интраабдоминальной гипертензии;
- когда и сколько ждать снижения внутрибрюшного давления? – когда и как проводить терапию или хирургическое вмешательство может быть альтернативой?
- в каких случаях необходимо активно вмешиваться (оперировать) и как?
- стимулировать кишечник можно или нет и когда?
- использовать клизмы необходимо или нет?

- значение и роль ГБО-терапии в лечении синдрома;
- методы контроля (оценки) степени гипертензии. Чему отдавать предпочтения и какие методики доступны?
- обширная вентральная грыжа. План операции и предоперационное обследование: одномоментно погрузить или выполнять несколько этапов?
- малые размеры брюшной полости, а можно ли их увеличить?
- динамическая непроходимость при перитонитах.

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ В НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

Председатели: Паршиков В.В., Петлах В.И., Сварич В.Г.

Илеостомия в лечении гастрошизиса

Арутюнов А.В., Чепурной М.Г., Печкуров С.А., Гасанов Н.П., Семешин А.В. (Ростов-на-Дону) – 10 мин.

Колостомия при аноректальных пороках.

Кучеров Ю.И., Адлейба С.Р., Жиркова Ю.В. (Москва) – 10 мин.

Использование кишечных стом у новорожденных и детей грудного возраста.

Семенюта А.А., Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Степанова Н.М., Милюкова Л.П. (Иркутск) – 10 мин.

Осложнения кишечных стом у детей раннего возраста.

Бабич И.И., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р. (Ростов-на-Дону) – 10 мин.

Малоинвазивные операции у стомированных детей.

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Щербакова О.В., Трунов В.О., Малащенко А.С. (Москва) – 10 мин.

Кишечные стомы, которые привели к трудностям при низведении кишки у пациентов с болезнью Гиршпрунга и атрезией прямой кишки и ануса.

Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г. (Санкт-Петербург) – 10 мин.

Кишечные стомы с магнитным анастомозом.

Петлах В.И., Коновалов А.К., Иванов В.А., Константинова И.Н., Сергеев А.В. (Москва) – 10 мин.

Гибридный способ закрытия энтеростом у детей первых 3 месяцев жизни.

Барадиева П.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А. (Иркутск – Кемерово) – 10 мин.

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ»

Председатели: Аксельров М.А., Караваева С.А., Козлов Ю.А.

Торакоскопическое лечение врожденной диафрагмальной грыжи – результаты мультицентрового исследования.

Распутин А.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. (Иркутск – Кемерово – Красноярск) – 7 мин.

Врожденная диафрагмальная грыжа в Амурской области.

Степаненко Е.А., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Щур А.Ю., Недид С.Н., Кряжевских О.В., Яцишин Д.А., Гремблат А.Б., Поляшов А.С. (Благовещенск) – 7 мин.

Опыт лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных.

Гопиенко М.А., Караваева С.А., Щебенков М.В., Котин А.Н., Попова Е.Б., Леваднев Ю.В., Шишканова О.Ю., Иванов С.Л., Русак М.А. (Санкт-Петербург) – 7 мин.

Лечение новорожденных врожденными диафрагмальными грыжами.

Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., БаязитовР.Р., Бацаев С.-М. С. (Уфа) – 7 мин.

Выбор оперативного доступа при врожденной диафрагмальной грыже у детей.

Касимов К.Л., Гафуров А.А., Акбаров Н.А., Аллаева М.Я., Мамажанов У.Ш., Абдувалиева Ч.М. (Андижан) – 7 мин.

Анализ лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей.

Румянцева Г.Н., Смирнова Е.И., Бредо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А. (Тверь) – 7 мин.

Коррекция диафрагмальной грыжи при значительном натяжении краев дефекта.

Моркушина О.Г., Разумовский А.Ю., Шумихин В.С., Петрова Л.В., Афуков И.И. (Москва) – 7 мин.

Эндовидеохирургия в коррекции врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных.

Дженалаев Д.Б., Биалал Р.А., Рустемов Д.З., Утебалиев Р.С. (Астана) – 7 мин.

Торакоабдоминальный доступ в хирургическом лечении врожденных левосторонних диафрагмальных грыж.

Чепурной М.Г., Азатян А.А., Варичева Н.В., Винников В.В., Астахов Р.Е. (Ростов-на-Дону) – 7 мин.

Опыт торакоскопии у новорожденных с грыжами диафрагмы.

Соколов Ю.Ю., Топилин О.Г., Карцева Е.В., Кузнецова Е.В., Кирсанов А.С., Дземешко Е.В. (Москва) – 7 мин.

Применение ксеноперикарда «Биокард» у детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

Свирский А.А., Махлин А.М., Севковский И.А., Жук Е.Н. (Минск) – 7 мин.

Эвисцерация диафрагмы – сравнение торакотомии и торакоскопии.

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А. – 7 мин.

Роль ЭКМО в лечении врожденных диафрагмальных грыж.

Афуков И.И., Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г. (Москва) – 7 мин.

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ КРУГЛЫЙ СТОЛ «ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ»

Модераторы: Вечёркин В.А., Поздеев В.В., Смирнов А.Н.

Большие и гигантские вентральные грыжи у детей, тактика хирургической коррекции.

Смирнов А.Н., Чирков И.С., Голованев М.А. (Москва) – 15 мин.

Лечение детей с вентральными грыжами.

Цап Н.А., Винокурова Н.В., Гайдышева Е.В., Тимошинов М.Ю. (Екатеринбург) – 15 мин.

Хирургическая коррекция вентральных грыж у детей.

Соколов Ю.Ю., Шувалов М.Э., Карцева Е.В., Пачес О.А. (Москва) – 15 мин.

Вопросы для дискуссии:

- классификация вентральных грыж;
- алгоритм предоперационного обследования;
- выбор тактики лечения;
- выбор тканевого материала для пластики грыжевых ворот;
- методика мобилизации нижней полой вены и показания к ней;
- пластика передней брюшной стенки с одномоментной неоумбилопластикой;
- ведение больных в раннем послеоперационном периоде и последующая реабилитация;
- понимание проблемы вентральной грыжи этиологически, как порока развития передней брюшной стенки и органов брюшной полости.

16³⁰–18⁰⁰ СИМПОЗИУМ «НЕЙРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ»

Председатели: Турабов И.А., Шапкин В.В., Шароев Т.А.

Нейробластомы у детей.

Соловьев А.Е. (Рязань) – 10 мин.

Результаты малоинвазивного хирургического лечения детей с нейробластомой забрюшинной локализации.

Андреев Е.С., Талыпов С.Р., Грачев Н.С., Сухов М.Н., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Ускова Н.Г., Терещенко Г.В., Амосова А.А., Роцин В.Ю., Варфоломеева С.Р. (Москва) – 10 мин.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) при нейробластоме у детей

Ростовцев Н.М., Поляков В.Г., Котляров А.Н., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х. (Челябинск) – 10 мин.

Нейробластома сложной анатомической локализации у детей.

Рябов А.Б., Поддубный И.В., Трунов В.О., Врублевский С.Г., Козлов М.Ю., Кубиров М.С., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Мурчина А.Н., Манукян С.Р., Гурзо Ю.Д. (Москва) – 10 мин.

20-летний опыт хирургического лечения нейробластом.

Чванова А.В., Тупоногов С.Н., Фечина Л.Г. (Екатеринбург) – 10 мин.

Хирургическое лечение новорожденных и грудных детей с нейробластомами.

Шароев Т.А., Савлаев К.Ф., Нишионов Д.К., Рохоев М.А. (Москва) – 10 мин.

Сравнительное исследование результатов открытого и лапароскопического лечения нейробластомы у детей раннего возраста.

Распутин А.А., Козлов Ю.А., Новожилков В.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. (Иркутск – Кемерово – Красноярск) – 10 мин.

Опухолевый тромбоз нижней полой вены у детей с нефробластомой.

Аббасов Х.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Керимов П.А., Рубанская М.В. (Москва) – 10 мин.

Зал «Суриков»

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА»

Председатели: Выборнов Д.Ю., Бландинский В.Ф., Шарпарь В.Д.

Новый способ фиксации отломков при переломах ключицы у детей.

Жила Н.Г., Комаров П.Б., Комаров К.М. (Санкт-Петербург) – 6 мин.

Интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями при переломах костей предплечья со смещением у детей.

Крылдакова Д.М. (Астана) – 6 мин.

Современный комплексный анализ ошибок и осложнений при переломах и вывихах костей верхней конечности у детей.

Мельцин И.И., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Каюмова А.А. (Оренбург) – 6 мин.

Результаты лечения детей с переломами костей предплечья.

Ти-Мин-Чуа Д.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Крестьяшин В.М., Гришин А.А. (Москва) – 6 мин.

Результаты оперативного лечения переломов костей у детей с использованием малоинвазивных технологий.

Куркин А.М., Гончарова Л.А., Мамаев А.А., Жидовинов А.А., Байрамуков Д.Б. (Астрахань) – 6 мин.

Лечение переломов костей у детей с остеопеническим синдромом.

Васильев О.В., Притуло Л.Ф., Рыбников А.П., Ионичева Е.В., Рыбиков К.И. (Симферополь) – 6 мин.

Органосохраняющее лечение при опухолях костей у детей в многопрофильном центре.

Савлаев К.Ф., Петриченко А.В. (Москва) – 6 мин.

Эффективность хирургического лечения детей с болезнью Легга – Кальве – Пертеса

Стемплевский О.П., Булыгина Е.А., Тимонин П.А., Отрошок Е.В. (Иркутск) – 6 мин.

Роль эндоскопии в диагностике редких нозологических форм патологий коленного сустава в травматологии и ортопедии детского возраста.

Каменских М.С. (Ижевск) – 6 мин.

Особенности морфо-функциональных очаговых диспластических изменений коленного сустава у подростков.

Мурга В.В., Рассказов Л.В., Крестьянин В.М., Румянцева Г.Н., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С., Калантаров Т.К. (Тверь) – 6 мин.

Комплексное лечение контрактур коленных суставов у детей с артрогрипозом.

Пальянов К.В., Коробейников М.М., Шевчук В.И., Храмов А.В., Курило В.А., Сакара С.В. (Омск) – 6 мин.

МРТ в диагностике повреждений менисков коленного сустава у детей.

Гумеров Р.А., Гумеров А.А., Псянчин Т.С., Солдатов П.Ю. (Уфа) – 6 мин.

Пластика передней крестообразной связки у детей по методике ALLINSIDE.

Петров М.А., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д., Панкратов И.В. (Москва) – 6 мин.

Результаты хирургического лечения детей с повреждением передней крестообразной связки.

Плигина Е.Г., Ковалюнас И.С. (Москва) – 6 мин.

Отдаленные результаты реконструкции передней крестообразной связки у детей.

Исаев И.Н., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И. (Москва) – 6 мин.

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДЕТСКОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ»

Председатели: Бразоль М.А., Будкевич Л.И.

Мультидисциплинарный подход в детской комбустиологии. Кураев Е.Г., Розин Б.Г., Лысенко А.П., Чепурной М.Г., Дмитриев С.Г., Маклецов Е.Г., Кисловская Е.Ю. (Ростов-на-Дону) – 10 мин.

Ретроспективный анализ тактики ведения детей с пограничными и глубокими ожогами.

Бикташев В.С., Салистый П.В., Саидгалин Г.З. (Екатеринбург) – 10 мин.

Местное лечение ран у детей с последствиями менингококкцемии в условиях детского ожогового центра.

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

Мультидисциплинарный подход в лечении детей с термической травмой. Виноградова Т.А.,

Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Галахова Д.Г. (Тверь) – 10 мин.

Методика лечения постожоговых рубцовых сгибательно-разгибательных контрактур пальцев кисти.

Харамов И.К., Ормантаев А.К., Хван Ю.М., Маметжанов Б.Т., Исаев Н.Н. (Алматы) – 10 мин.

Современные раневые покрытия в практике детского хирурга.

Бразоль М.А., Баиндурашвили А.Г., Митрофанова Е.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин.

Местное консервативное лечение ран в комбустиологии детского возраста.

Астамирова Т.С., Мирзоян Г.В., Сошкина В.В., Лагутина А.П. (Москва) – 10 мин.

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

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

Риготомия и липофилинг в лечении послеожоговых деформаций у детей.

Лагутина А.А., Рыбченок В.В., Будкевич Л.И., Александров А.В., Старостин О.И., Трусов А.В. (Москва) – 7 мин.

Опыт применения липографтинга у детей.

Говоров А.В., Тихоненко Т.И. (Санкт-Петербург) – 7 мин.

Возможности применения местных, регионарных и отдаленных лоскутов в реконструктивной хирургии кисти у детей.

Рыбченок В.В., Александров А.В., Гончарук П.В., Смолянкин А.А., Александрова Н.Е. (Москва) – 10 мин.

Хирургическое лечение синдактилии конечностей у детей.

Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Тогаев И.У. (Самарканд) – 7 мин.

Метод Илизарова в хирургии верхней конечности.

Шведовченко И.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин.

Реконструктивное хирургическое лечение детей с обширными посттравматическими дефектами волосистой части головы.

Митши В.А., Мединский П.В., Налбандян Р.Т., Никонов А.В. (Москва) – 7 мин.

Мультифокальная дермотензия в замещении дефектов покровных тканей у детей.

Гассан Т.А., Быстров А.В., Макарова О.В., Фролов А.В., Соболева Е.Ю., Исаев И.В., Маслов В.В. (Москва) – 7 мин.

Особенности анестезиологического обеспечения при микрохирургической пересадке комплексов тканей у детей.

Александрова Н.Е., Степаненко С.М., Агавелян Э.Г., Александров А.В., Рыбченок В.В. (Москва) – 7 мин.

Коррекция деформаций лица в исходе лечения младенческих гемангиом.

Денис А.Г., Абушкин И.А., Васильев В.С., Румянцев В.А. (Тверь – Челябинск) – 7 мин.

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ»

Председатели: Абушкин И.А., Грачев Н.С., Лопатин А.В.

Фиброзная дисплазия челюстно-лицевой области: хирургические подходы и консервативное лечение.

Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В. (Москва) – 10 мин.

15-летний опыт аутокраниопластики ребрами дефектов черепа у детей.

Пак О.И., Антоненко Ф.Ф., Бурма В.Н., Чеберяк Н.В., Зиченко К.В., Марухно Н.И., Сидоров Г.А., Пархоменко Р.А., Слобина Е.Л., Смольников В.А. (Владивосток) – 10 мин.

Микрохирургические операции челюстно-лицевой области у детей.

Грачев Н.С., Калинина М.П., Бабаскина Н.В., Ворожцов И.Н., Пряников П.Д., Терещук С.В. (Москва) – 10 мин.

Костная пластика челюстно-лицевой области.

Джампаров А.Г. (Махачкала) – 10 мин.

Ранние реконструктивные операции при травме лицевого скелета у детей.

Тимофеева А.В., Мельников А.В., Горелик А.Л., Карасева О.В., Рошаль Л.М. (Москва) – 10 мин.

Опыт лечения гемангиом в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Минакова Т.П. (Воронеж) – 7 мин.

Опыт лечения опухолей шейного отдела позвоночника у детей.

Ливищ М.И., Лобанкин П.В., Петров М.А., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д. (Москва) – 10 мин.

Значение нейрофизиологических и нейросонографических методов исследования при планировании и проведении оперативных вмешательств в боковом отделе лица.

Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Войтенков В.Б., Климкин А.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей.

Комелягин Д.Ю., Дубин С.А., Петухов А.В., Владимиров Ф.И., Дергаченко А.В., Яматина С.В. (Москва) – 7 мин.

Новый метод лечения двусторонней атрезии хоан у новорожденных.

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О. (Московская область) – 10 мин.

Кисты и свищи шеи у детей.

Лабузов Д. С., Савченков А. Л., Степанов В. Н., Киселев И. Г. (Смоленск) – 7 мин.

Лечение кистозных гидром шеи.

Распутин А. А., Козлов Ю. А., Новожилков В. А., Чубко Д. М. (Иркутск – Красноярск) – 7 мин.

Переменный и постоянный нейромониторинг гортанных нервов при операциях на щитовидной железе в детской хирургии.

Макарьин В. А. (Санкт-Петербург) – 10 мин.

16³⁰–18⁰⁰ КРУГЛЫЙ СТОЛ «УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ»

Модераторы: Мокрушина О. Г., Морозов Д. А., Пискалов А. В.

Хирургическая коррекция сопутствующих пороков мочевыделительной системы у детей с аноректальными мальформациями.

Мокрушина О. Г., Левитская М. В., Меновщикова Л. Б., Шумихин В. С., Щапов Н. Ф. (Москва) – 12 мин.

Биомаркеры в диагностике и мониторинге инфекции мочевых путей у детей с аноректальными пороками.

Морозов Д. А., Тарасова Д. С., Лакомова Д. Ю., Морозова О. Л. (Москва – Саратов) – 12 мин.

Диагностика урологич-еских осложнений после коррекции аноректальных мальформаций и их лечение.

Пискалов А. В. (Омск) – 12 мин.

Сочетанные пороки развития мочеполовой системы при аноректальных мальформациях у девочек.

Отamuraдов Ф. А. (Ташкент) – 12 мин.

Вопросы для дискуссии:

- протокол обследования органов мочевой системы при аноректальных мальформациях;
- обоснование оптимальных сроков и способов коррекции сочетанной урологической патологии;
- применение малоинвазивных технологий в комплексной терапии указанной патологии;
- профилактика и лечение инфекционных осложнений;
- роль фармакотерапии и физиотерапии в реабилитации сочетанной урологической патологии
- и аноректальных мальформаций.

21 октября 2017 г.

Зал «Васнецов»

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ»

Председатели: Разумовский А. Ю., Хворостов И. Н., Цап Н. А.

Эндохирургическое лечение детей с кистами селезенки.

Назарова И. М., Галица В. В., Лёвочкин С. П. (Нижевартовск) – 7 мин.

Одновременная лапароскопия и селективная ангиография с эмболизацией селезеночных артерий при травматическом разрыве селезенки.

Антоненко Ф. Ф., Москвичев В. К., Марухно Н. И., Жуков В. С., Пархоменко Р. А. (Владивосток) – 7 мин.

Выбор метода лечения кистозных образований селезенки у детей.

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

Лапароскопия в лечении кистозных образований селезенки у детей.

Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Тома А. Н., Берёзка В. Н. (Белгород) – 7 мин.

Хирургическое лечение детей с непаразитарными кистами селезенки.

Комиссаров И. А., Филиппов Д. В. (Санкт-Петербург) – 7 мин.

Малоинвазивная хирургия селезенки у детей.

Поддубный И. В., Козлов М. Ю., Трунов В. О., Малащенко А. С., Копылов И. В. (Москва) – 7 мин.

Органосохраняющие вмешательства у детей с непаразитарными кистами селезенки.

Батаев С.-Х. М., Беляева О. А., Беляева А. В., Мусаев Г. Х., Поляев Ю. А., Розинов В. М. (Москва) – 7 мин.

Протокол диагностики и лечения травмы селезенки у детей в специализированном стационаре.

Горелик А. Л., Карасева О. В., Ахадов Т. А., Чернышева Т. А., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е., Рошаль Л. М. (Москва) – 7 мин.

Органосохранная тактика при повреждениях селезенки.

Цап Н. А., Чукреев В. И., Огарков И. П., Макаров П. А., Чукреев А. В., Великанов А. В. (Екатеринбург) – 7 мин.

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «РЕДКИЕ ФОРМЫ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ»

Председатели: Журило И. П., Притуло Л. Ф., Соколов Ю. Ю.

Анатомические причины инвагинации кишечника у детей.

Бондаренко Н. С., Каган А. В., Немилова Т. К., Котин А. Н. (Санкт-Петербург) – 7 мин.

Ультразвуковая диагностика осложненной инвагинации кишечника у детей.

Гисак С. Н., Кадушев В. Э., Шекина М. В., Вечеркин Д. В., Лунев Б. В., Филонова К. Е. (Воронеж) – 7 мин.

Ультразвуковая диагностика различных вариантов кишечной инвагинации у детей.

Ольхова Е. Б., Аллахвердиев И. С. (Москва) – 7 мин.

Инвагинация кишечника у детей – редкие формы.

Шангареева Р. Х., Сырлыбаева Р. Р., Алибаев А. К., Чендулаева И. Г., Нигаметьянов Р. А., Лутфуллин Н. Х. (Уфа) – 5 мин.

Опыт лечения детей с редкими формами инвагинации кишечника.

Арестова С. В., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Куркин А. П., Мельцин И. И. (Оренбург) – 5 мин.

Редкие формы инвагинации кишечника.

Индракова С. Б., Смирнов В. А., Смирнова А. Р. (Нальчик) – 5 мин.

Инвагинация кишечника у новорожденного на фоне некротического энтероколита.

Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Казаков А. Н., Бревдо Ю. Ф. (Тверь) – 5 мин.

Послеоперационная кишечная инвагинация.

Пяттоев Ю. Г. (Петрозаводск) – 5 мин.

Оперативная тактика при тонкокишечной инвагинации у детей.

Журило И. П., Медведев А. И., Черногоров О. Л., Данилова М. С. (Орел) – 5 мин.

Лапароскопические вмешательства у детей с неразрешенной консервативными мероприятиями инвагинацией кишечника.

Коровин С. А., Дзядчик А. В., Стоногин С. В., Любанская С. Ю. (Москва) – 7 мин.

Видеоассистированные операции при осложненных формах кишечной инвагинации.

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

Инвагинация кишечника на фоне опухоли: особенности клинического течения и диагностики.

Турабов И. А., Яницкая М. Ю. (Архангельск) – 5 мин.

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ АНДРОЛОГИИ»

Председатели: Каганцов И. М., Николаев В. В., Рудин Ю. Э., Титов Д. В.

Преимущества и недостатки первичного закрытия мочевого пузыря у новорожденных с экстрофией.

Рудин Ю. Э., Карцева Е. В., Медведева Н. В., Рудин А. Ю. (Москва) – 7 мин.

Результаты отсроченных операций закрытия мочевого пузыря у детей.

Николаев В. В. (Москва) – 7 мин.

ТПР-пластика при лечении гипоспадии. Опыт 15 летней работы.

Каганцов И. М. (Сыктывкар) – 5 мин.

Выбор метода коррекции гипоспадии у детей. Вариант унифицирования методик.

Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Лагутин Г. В., Алиев Д. К., Вардак А. Б. (Москва) – 5 мин.

Тактика выбора уретропластики и метода коррекции вентрального искривления пениса при проксимальной гипоспадии.

Батрутдинов Р. Т. (Санкт-Петербург) – 5 мин.

Реконструктивные операции на мочеиспускательном канале у детей.

Титов Д. В., Файко Е. Ю., Грамзин А. В., Феофилов И. В., Кожевников П. А. (Новосибирск) – 5 мин.

Варианты хирургического лечения детей с осложненными формами гипоспадии.

Файзулин А. К., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Стрелкина Л. А., Колосова П. А., Шарков С. М. (Москва) – 5 мин.

Хирургическое лечение детей со «скрытым» половым членом.

Заугарова К. М., Киреева Н. Б., Заугаров М. Ю., Хафизова Л. А. (Нижний Новгород) – 5 мин.

Результаты хирургического лечения детей с дистальной гипоспадией методиками duplay и snodgrass.

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Луговской Д. В. (Симферополь) – 5 мин.

Результаты хирургических вмешательств гипоспадий у детей.

Ахмеджанов И. А., Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Хайитов У. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ж. А. (Самарканд) – 5 мин.

Оперативное лечение гипоспадии у детей после ранее неудачной хирургической коррекции.

Абдибеков М. И., Шасаитов Т. А., Салаев Э. Б. (Алматы) – 5 мин.

Вопросы для дискуссии:

- методы лечения проксимальной и дистальной гипоспадии;
- показания к этапному лечению или одномоментной коррекции;
- оптимальные способы дренирования мочевого пузыря: уретральный катетер;
- цистостома или уретральный стент?;
- показания к предварительной гормональной подготовке;
- уход в послеоперационном периоде (какие повязки лучше? как часто менять?);
- чем обрабатывать повязки?;
- методы профилактики рубцевания послеоперационной раны и вторичной деформации кавернозных тел.

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

14⁴⁵–17³⁰ КРУГЛЫЙ СТОЛ «СИНДРОМ «КОРОТКОЙ КИШКИ» – ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

Модераторы: Вессель Л., Ерпулева Ю.В., Чубарова А.И.

Модели организации специализированной медицинской помощи детям с синдромом «короткой» кишки.
Сухотник И. (Хайфа, Израиль) – 15 мин.

Потенциал хирургического лечения детей с синдромом «короткой» кишки.
Вессель Л., Хасанов Р.Р. (Маннгейм, Германия, Уфа, Россия) – 20 мин.

Решенные и нерешенные проблемы в комплексном лечении детей с синдромом короткой кишки в России.

Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П. (Москва) – 7 мин.

Драматизм обширных резекций кишечника у детей.

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

Применение технологии «clip and drop» для сохранения длины кишечника у пациентов с НЭК.
Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. (Иркутск – Кемерово – Красноярск) – 7 мин.

Перспективы тканевой инженерии в лечении детей с синдромом короткой кишки.
Хасанов Р.Р. (Маннгейм, Германия, Уфа, Россия) – 7 мин.

Синдром «короткой» кишки: функциональные и анатомические понятия.
Чубарова А.И. (Москва) – 7 мин.

Ребенок с синдромом «короткой» кишки – реабилитация вне стационара.
Ерпулева Ю.В. (Москва) – 7 мин.

Оценка результатов лечения пациентов с синдромом короткой кишки.
Зброва Т.А., Барская М.А., Терехина М.И., Кузьмин А.И., Завьялкин В.А., Хасянзянов А.К., Осипов Н.Л., Мунин А.Г. (Самара) – 7 мин.

Особенности диагностики и интерпретации клинико-лабораторных нарушений в организме детей после обширных резекций кишечника.
Вакуленко М.В., Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Харагезов А.М. (Донецк) – 7 мин.

Случай лечения ребенка после субтотальной резекции тонкой кишки.
Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В. П. (Тюмень) – 5 мин.

Российский регистр детей с синдромом «короткой кишки»: промежуточные результаты.
Косов Д.А. (Москва) – 7 мин.

Вопросы для дискуссии:

- определение понятия синдром «короткой кишки»;
- дефицит кишечной трубки как критерий интестинальной недостаточности;
- перспективы хирургических технологий;
- маршрутизация пациентов с синдромом «короткой кишки»;
- требования к федеральному регистру.

Зал «Суриков»

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ЭНДОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ»

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

Способы оперативной коррекции простых кист почек у детей.

Ангархаева Л.В., Стальмахович В.Н., Яковченко С.Н., Лавренчик А.И., Юрков П.С. (Иркутск) – 7 мин.

Дифференцированный подход к лечению детей с солитарными кистозными образованиями почек.
Врублевская Е. Н., Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Галкина Я. А., Вавилова Е. А., Лазишвили М. Н., Демина А. М., Врублевский А. С., Кулаев А. В., Корочкин М. В., Иманалиева А. А. (Москва) – 7 мин.

Роль внутривидовой эндоскопии в выборе метода лечения солидных опухолей у детей.
Стальмахович В. Н., Кайгородова И. Н., Ли И. Б., Ангархаева Л. В. (Иркутск) – 7 мин.

Интраоперационный прогноз эффективности баллонной дилатации высокого давления лоханочно-мочеточникового сегмента у детей.

Зоркин С. Н., Губарев В. И., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Маликов Ш. Г., Пономарчук И. Н. (Москва) – 7 мин.

Баллонная дилатация стриктуры мочеточника в лечении детей с обструктивным мегауретером.
Осипов И. Б., Соснин Е. В., Лебедев Д. А., Сарычев С. А., Алексеева Л. А., Комиссаров М. И., Нестерова Н. В. (Санкт-Петербург) – 7 мин.

Уретральная эндосфинктеропластика при миелодисплазии и эписпадии у детей.
Демидов А. А., Млынчик Е. В. (Москва) – 7 мин.

Эндовидеохирургическая реконструкция верхних мочевых путей.

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

Пневмозикоскопический доступ при реимплантации мочеточника у детей с заболеваниями пузырно-мочеточникового соустья.

Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Лагутин Г. В. (Москва) – 7 мин.

Метод лечения паховых грыж у детей – лапароскопически ассистированная игниопунктурная герниорафия.

Мясников Д. А., Батанов Г. Б., Стриженок Д. С., Филькин А. А., Гребченко О. А. (Нижний Новгород) – 7 мин.

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОАНДРОЛОГИИ»

Председатели: Гельдт В. Г., Павлов А. Ю., Румянцева Г. Н., Соловьёв А. Е.

Концепция формирования алгоритмов диагностики заболеваний мочевых путей у детей.
Павлов А. Ю., Сабирзянов З. Р. (Москва) – 12 мин.

Перспективные молекулярные маркеры рефлюксной нефропатии у детей.
Морозова О. Л., Морозов Д. А., Лакомова Д. Ю., Захарова Н. Б. (Саратов) – 12 мин.

Использование статической нефросцинтиграфии в оценке результатов оперативного лечения врожденного гидронефроза.

Румянцева Г. Н., Карташёв В. Н., Аврасин А. Л., Бурчёнкова Н. В., Медведев А. А. (Тверь) – 12 мин.

Радиологические методы исследования при врожденном гидронефрозе у детей.
Мавлянов Ф. Ш., Ахмедов Ю. М., Хайитов У. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ж. А. (Самарканд) – 12 мин.

Эндоваскулярное лечение детей с приапизмом.

Коварский С. Л., Меновщикова Л. Б., Галибин И. Е., Смолянкин А. А., Подвойская И. В., Захаров А. И. (Москва) – 12 мин.

Внутрипузырная эктопия удвоенного мочеточника и пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей.
Соловьёв А. Е. (Рязань) – 12 мин.

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕД

12³⁰–14⁰⁰ КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

17³⁰ ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ЗАКРЫТИЕ СЪЕЗДА

ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБОЗ НПВ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ НЕФРОБЛАСТОМОЙ

Аббасов Х. А., Казанцев А. П., Рубанский М. А., Керимов П. А., Рубанская М. В.

НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава РФ, Россия, Москва

Актуальность: Нейробластома — одна из наиболее часто встречающихся солидных опухолей в детском возрасте (около 7%). Частота опухолевого тромбоза при нейробластоме по данным различных крупных исследований составляет от 3 до 6%. В литературе встречаются редкие единичные описания случаев тромбоза НПВ у детей при нейробластоме с распространением тромба в предсердие.

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения при нейробластоме у детей с опухолевым тромбозом НПВ.

Материалы и методы: В НИИ ДОГ с 2009 года пролечено 26 пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с гистологически подтвержденным диагнозом: нейробластома, тромбоз НПВ. После комплексного обследования у всех пациентов диагностирована нейробластома с тромбозом НПВ (у 5-и из них тромб достигал правого предсердия). Все дети получили специальное лечение по протоколу лечения нейробластом, включающее предоперационную химиотерапию, оперативный этап (нейрэктомия,

тромбэктомия) и послеоперационные лучевую терапию и химиотерапию.

Результаты: У пациентов с опухолевым тромбозом при опухоли Вилмса выживаемость не отличается от таковой при III стадии заболевания при условии радикальной тромбэктомии. Проведение неоадьювантной полихимиотерапии позволяет достигнуть полной или частичной регрессии интравенозного компонента опухоли Вилмса в 57,9% и 21,1% случаев соответственно. В результате этого снижаются интраоперационная кровопотеря и частота хирургических осложнений. Уровень специфического поражения разных отделов НПВ не оказывал влияния на выживаемость при условии радикальности операции. По данным нашей клиники — 22 ребенка живы без признаков рецидива и прогрессирования заболевания.

Заключение: Современные хирургические подходы позволили улучшить общую выживаемость детей, больных нейробластомой с тромбозом НПВ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАННЕ НЕУДАЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

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

Подразделение детской урологии Хирургического детского центра Университетской клиники «Аксай» КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова, Казахстан, г. Алматы

Гипоспадия у детей, это врожденный порок развития встречающийся с частотой 3,2 случая на 1000 новорожденных и 50% из них приходится на дистальные формы гипоспадии. Большое количество разнообразных методик оперативного лечения направлено на выпрямление полового члена с формированием неоуретры, формированием меатуса на верхушке конической головки. Однако, к сожалению, результаты оперативной коррекции часто сопряжены с формированием свищей, формированием стриктуры уретры, меатостенозом и иногда и расхождением краев раны.

Материалы и методы: данное исследование основано на анализе результатов проведенных операций 57 детям от 1,8 до 10 лет в течение 2 лет с июля 2015 по декабрь 2016 года. Ранее всем детям проводилась оперативная коррекция дистальной формы гипоспадии в различных клиниках. В 46 случаях указана методика TIP, в 11 случаях описана как уретропластика, без указания методики. В 15 случаях меатус находился ниже венечной борозды, в 11 случаях имелся тонкий тяж на головке, в 7 случаях наблюдался меатостеноз, в 6 случаях стриктура созданной уретры на протяжении, в 18 случаях наружное отверстие открывалось на венечной борозде.

Пятидесяти детям проведена операция пластика перимеатальным лоскутом по Mathieu (meatal-based flap technique), в 15 случаях вариант адаптированный Nadidi метод Mathieu с формированием уретры с устьем вертикальной формы (slit-like adjusted Mathieu, SLAM). В 7 случаях с меатостенозом проведена меатопластика

Результаты: В проведенных 57 операциях не наблюдалось воспалительных осложнений, нагноений ран и расхождение швов, это обеспечивалось проведением антибактериальной терапии на протяжении первых 7 суток. Послеоперационный отек тканей купировался на 5–7 сутки под фиксирующей повязкой с мазевыми аппликациями. В 49 случаях отмечен хороший косметический результат с открыванием меатуса на головке и хорошими свойствами струи во время мочеиспускания. У всех наблюдаемых детей формирование уретры и последующее ведение проводили на уретральном катетере. В 6 случаях стриктуры уретры на протяжении, рубцовая неоуретра рессекалась полностью как и 11 случаях с тяжом. Из 8 случаев (у одного проводимая операция третьей, в других 5 случаев данная операция была четвертой, в 2 случаях пятой) у одного ребенка сформировался

свищ и у 7 детей краевое расхождение раны в пределах головки.

Заключение: методика операции – пластика перимеатальным лоскутом по Mathieu и вариант SLAM хорошо себя показала, как повторная операция, при отсутствии крайней плоти и выраженного искривления полового члена. Данная методика позволяет формировать неоуретру на катетере большего диаметра, тем самым улучшая уродинамику

и способствует профилактике образования свищей. Немаловажным в достижении хорошего результата играют состояние рубцовой ткани, хирургический инструментарий, шовный материал, материал уретрального катетера, материал и форма пояски, техника проведения и наличие хирургических луп. Совокупность правильного использования всех факторов и выбранной методики имеет решающее значение для достижения хорошего результата.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА СПОСОБОМ РАДИОЛАКУНОТОМИИ

Абдихаликов Ж. А., Айбашов К. А., Кадыров Ж. И.

Ошская межобластная детская клиническая больница г.Ош Кыргызстан

Цель работы: изучить эффективность консервативного лечения не осложненных форм хронического тонзиллита способом радиолакунотомии

Материалы методы: В ЛОР отделении ОМДКБ ОКП за 1 год лечились 52 детей в возрасте от 10 до 16 лет с диагнозом хронический тонзиллит. Использовалась следующая схема радиолакунотомии: проводится 5 процедур промывания лакун небных миндалин растворами антисептиков (гексорал, октенисеп, 3% перекись водорода и др.), этим решается проблема механического очищения лакун от казеозных масс, гнойного детрита и распознается глубина, извитость и характер расположение лакун в паренхиме небных миндалин. На пятой процедуре промывания под местной анестезией 10% аэрозоля лидокаина легким прикосновением электродом радиохирургического прибора «Сургитрон» «выпаривается» ткань 2–3 лакун небных миндалин. Наиболее оптимальным является рабочий режим «разрез коагуляция» при мощности 4–5 единиц. Вся манипуляция занимает 3–5 минут и обычно сопровождается минимальным кровотечением, которое останавливается шариковым электродом в режиме «коагуляция». После часа наблюдения больной отпускается домой, назначаем орошения глотки биопароксом, гексаспреем в течение 6–7 дней. Через 10–14 дней проводим повторную радиолакунотомию в 2–3 лакунах и через 1 месяц приглашаем пациента на коррекцию проведенного лечения. Общий курс лечение составляет 3–5 процедур

Результаты: в большинстве случаев наступает стойкое улучшение самочувствие (на 5–7 лет и более), частота обострения хронического тонзиллита и острых респираторных заболеваний снижается, размер миндалин уменьшается, а самое главное – небные миндалины продолжают выполнять свою физиологическую функцию. Т.о., при радиолакунотомии удаляется источник инфекции, а миндалины остаются, пациент не прерывает свою учебную и трудовую деятельность.

Заключение: при наличии радиохирургического аппарата «Сургитрон» большинство несложных ЛОР операции можно выполнить амбулаторно, минимизируя денежные затраты, создавая оптимальные условия пациентам и уменьшая загрузку стационарных ЛОР отделений.

ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аксельров М. А., Емельянова В. А., Сергиенко Т. В., Супрунец С. Н., Аксельров А. М., Киселева Н. В., Анохина И. Г., Мальчевский В. А.

Тюменский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница № 2, Россия, Тюмень

Актуальность. Некротизирующий энтероколит был и остаётся серьёзной проблемой периода новорожденности, так как летальность, даже в ведущих клиниках, держится на уровне 30–40%, а при обширном поражении достигает 80–100%. Совершенствование технологий выхаживания детей с экстремально-низкой массой тела при рождении ведет к увеличению числа пациентов страдающих некротизирующим энтероколитом.

Материалы и методы. У 5 детей поступивших в нашу клинику с диагнозом некротизирующий энтероколит мы, в качестве одного из этапов хирургического лечения применяли лапароскопию. Это были недоношенные дети, родившиеся в сроке гестации с 26 по 31 неделю и массой

тела от 870 до 1670 грамм. Некроз и перфорации в кишечнике у детей возникали в период от 3 до 17 суток после рождения.

Результаты и обсуждения. У трех детей, при установке диагноза, отмечалось выраженное повышение внутрибрюшного давления. С целью снижения интраабдоминальной гипертензии им на этапе перинатального центра, проводилась пункция и последующее дренирование брюшной полости. У одного из детей при лапароскопии не было выявлено перфорации. Операция была закончена санацией. Двум пациентам была выполнена резекция участка некротизированной кишки из минидоступа. У двух пациентов потребовалась стандартная

срединная лапаротомия. Все пациенты после имели благополучный исход лечения.

Выводы. Из-за особенностей, у глубоко недоношенных детей, некротизирующий энтероколит протекает не типично. Традиционная диагностика порой занимает много времени. Лапароскопия позволяет ос-

мотреть брюшную полость, определиться с характером и объемом поражения. А в случае необходимости конверсии, есть возможность обойтись мини-лапаротомией. Мы считаем данный подход прогрессивным и требующим дальнейшего использования и совершенствования.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ТЕРАТОМЫ ШЕИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

М. А. Аксельров, В. Н. Евдокимов, В. В. Свазян, А. М. Аксельров, Н. В. Киселева

Тюменский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница № 2, Россия, Тюмень

Под нашим наблюдением с 2002 по 2016 гг. находилось 10 новорожденных детей с тератомами различной локализации. Интерес представляет случай лечения новорожденной девочки с тератомой шеи. Ребенок переведен 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 протокола 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, швы сняты на 10-е сутки. Ребенку проведено 4 курса ПХТ. При проведении контрольных осмотров, через 1 и 6 месяцев, после окончания терапии, рецидив заболевания отсутствует, что подтверждено результатами обследований (УЗИ, КТ головы, шеи и грудной клетки). Косметически имеет место незначительный парез нижней ветви лицевого нерва слева.

НАШ ОПЫТ ЭЛОНГАЦИИ ПИЩЕВОДА ПРИ АТРЕЗИИ С БОЛЬШИМ ДИАСТАЗОМ

Аксельров М. А., Емельянова В. А., Сергиенко Т. В., Супрунец С. Н., Киселева Н. В., Анохина И. Г., Евдокимов В. Н., Мальчевский В. А.

Тюменский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница № 2, Россия, Тюмень

Актуальность. В настоящее время основное количество осложнений и неудовлетворительных результатов при хирургическом лечении атрезии пищевода связано с непреодолимым диастазом, когда после полной мобилизации, как проксимального, так и дистального сегментов, и даже после миотомии верхнего сегмента оральный и аборальный участки пищевода невозможно сблизить. В 2005г J.E. Foker была опубликована стратегия индукции роста пищевода путем его вытяжения, по которой сегменты пищевода, которые не возможно соединить получая тракционный импульс вытягиваются, что позволяет сформировать отсроченный прямой анастомоз. Время тракции определяется диастазом между сегментами.

Цель работы. Улучшить результаты лечения детей с атрезией пищевода и непреодолимым диастазом между сегментами.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ 9 детям для удлинения сегментов пищевода при большом диастазе на первой операции применен метод предложенный Джоном Эдвардом Фокером.

Четырем больным первичная операция проведена торакоскопически.

Результаты. Два ребенка погибли от порока сердца, не дождавшись повторной операции. На аутопсии обнаружено, что сегменты пищевода соединяются (9 и 11 сутки после первичной операции). Остальные дети оперированы повторно, всем сформирован отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз. Одному ребенку как первичная операция – наложение тракции, так и повторная – формирование отсроченного анастомоза выполнены торакоскопически. Несостоятельности анастомоза, у этих больных, мы не наблюдали. Трех из семи выживших детей, в возрасте 3–5 мес, в связи с развитием желудочно-пищеводного рефлюкса, пришлось выполнить лапароскопическую эзофагофундопликацию. Дети находятся под наблюдением. Жалоб со стороны пищевода нет.

Выводы. Метод Фокера ведет к сохранению «своего» пищевода без повреждения ткани пищевода. Развитие эндоскопических технологий позволяет провести как первичную (наложение внешней тракции), так формирование эзофаго-эзофагоанастомоза торакоскопически.

ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА

Аксельров М. А., Емельянова В. В., Сергиенко Т. В., Супрунец С. Н., Киселева Н. В., Анохина И. Г., Свазян В. В., Мальчевский В. А., Евдокимов В. Н.

Тюменский государственный медицинский университет; Областная клиническая больница № 2, Россия, Тюмень

Актуальность. Торакоскопия – закономерное продолжение в эволюции хирургического лечения атрезии пищевода, позволяющее провести операцию с наименьшей травмой для пациента.

Цель. Улучшить результаты лечения детей страдающих атрезией пищевода.

Материалы и методы: С 2010 г. по 2017 г. в детских хирургических отделениях ОКБ № 2 оперирован 64 ребенка с атрезией пищевода. Средняя масса тела составила $2816,6 \pm 637,7$ (2527; 2900; 3765) грамм. У 36 (56,3%) детей имелись сочетанные аномалии. Торакоскопия применена 25 (39%) больным.

Результаты. Первым 3 пациентам торакоскопически нам удалось только выделить сегменты пищевода и ликвидировать трахеопищеводную фистулу. Для формирования анастомоза выполняли мини торакотомию. У 4-х детей имел место непреодолимый диастаз и первичная операция

по наложению тракционных нитей выполнена нами торакоскопически. Один больной из этой группы погиб от порока сердца, не дожив до повторного вмешательства. Двум детям отсроченный анастомоз мы сформировали торакотомным доступом. 19 пациентам эзофаго-эзофагоанастомоз сформирован торакоскопически, у одного пациента отсрочено после тракции по Фокеру. Несостоятельность после торакоскопического анастомоза мы наблюдали у 2 детей. Стеноз в области анастомоза зафиксирован у 1 пациента, что потребовало длительного бужирования.

Выводы. Как показал наш, пока незначительный опыт, торакоскопическая пластика пищевода при атрезии не ведет к увеличению числа осложнений, а малая травматизация и отличный косметический результат позволяют рекомендовать торакоскопическую операцию детям с атрезией пищевода даже при наличии непреодолимого диастаза.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Алибаев А. К., Сырлыбаева Р. Р., Солдатов П. Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Уфа

Цель: Изучить структуру и результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода, получавших лечение в ГБУЗ РБ РДКБ г.Уфы в период с 2014 до 2016 года.

Материалы и методы: За 2014-2016 гг. в клинике детской хирургии РДКБ г. Уфа находилось на лечении 33 ребенка с химическими ожогами пищевода. Во всех случаях ожог был связан с нарушением правил хранения и обращения с бытовыми химическими веществами. Наиболее часто мы встречались с ожогами, вызванными марганцевокислым калием – 14 случаев (42,4%), чуть реже – уксусной кислотой – 8 детей (24,2%) и щелочью – 6 пациентов (18,1%). Оставшиеся 5 случаев были обусловлены приемом бытовых чистящих средств (ПАВы) – 3 (9,1%), фитопрепаратов (сок чистотела) – 1 (3,0%) и кислоты для пайки (ортофосфорной) – 1 (3,0%). По полу преобладали мальчики – 22 (66,7%), девочек – 11 (33,3%). Возраст детей колебался от 2 мес. до 13 лет; до 1 года – 2 детей (6,1%), 1–3 года – 24 (72,7%), 4–7 лет – 3 (9,1%), старше 7 лет – 4 (12,1%). Дети поступали в стационар в сроки от нескольких часов до 8 суток: в первые сутки – 26 детей (78,8%), 1–7 суток – 6 (18,2%), свыше 8 суток – 1 (3%).

Результаты и обсуждение: Всем детям была начата терапия, включавшая инфузии, антибиотикотерапию, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, облепиховое масло *per os*. В первые сутки наблюдения

и при отсутствии признаков дисфагии детям разрешалось пить, грудным детям позволялся прием молока или смеси. Всем детям выполнялось эндоскопическое исследование – фиброэзофагогастроуденоскопия. Срок проведения эндоскопического исследования от нескольких часов, обеспечивших «голодную паузу» до 12 суток: в первые сутки – 1 (3%), в срок 1–7 суток – 26 (78,8%), свыше 7 суток – 6 (18,2%). Наибольшее число исследований выполнено на 5–7 сутки – 17 детей (51,5%). Выбор срока зависел от выраженности клиники химического ожога и предполагаемого или известного поражающего агента. Выявленные степени ожога: 1 степень у 22 детей (66,7%), 2 степень – 8 (24,2%), 3 степень – 2 (6,1%), 4 степени – 1 ребенок (3%). 9 (27,3%) детям с ожогами 2–4 степени проведены повторные эндоскопические исследования в сроки до 21 суток для контроля лечения.

Выводы: Химические ожоги пищевода – частое заболевание у детей. Поражающими факторами выступают бытовые химические агенты, к которым родителями допускается доступ детей. Заболевание отличается коварством, не сказываясь на жизни и здоровье одних и инвалидизируя других детей. Эндоскопическое исследование – основной метод верификации диагноза и контроля течения заболевания, позволяющий уточнить прогноз и скорректировать лечение пациента согласно выявленной картине.

ОБСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕСТАЗ У ДЕТЕЙ, ОСЕБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Алиев М. М., Адылова Г. С., Юлдашев Р. З., Ахмаджонов А. М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан, Ташкент; Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, отделение детской хирургии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование диагностики и изучение причин обструктивных холестазов у детей.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2017 гг. обследованы и оперированы 51 детей с явлениями обструктивного холестаза. Средний возраст пациентов $6,8 \pm 0,63$ год. Выраженность холестаза и функция печени оценивались на основании данных биохимии крови. Оценка структуры вне- и внутривнутрипеченочного билиарного тракта выполнена с помощью УЗИ, МСКТ или МРТ-холангиографии.

Результаты и обсуждение. Самой частой причиной, вызывающая билиарную обструкцию, явилась – киста холедоха 44 (86,3%) случаев. У остальных 7 пациентов были выявлены тератома в области ворот печени – 1 случай, опухоль головки поджелудочной железы – 2 случая, *fasciola hepatica* – 2 случая, 1 случай с кистозной атрезией желчных путей и портальная кавернома у одного больного. На основании данных анализа МСКТ/МРТ холангиограмм среди кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков наиболее часто встречались Ia и IVa типы кист холедоха, 20 (45,4%) и 12 (27,3%) случаев соответственно. Кроме того, отмечались и редкие варианты кистозных трансформаций желчных ходов, таких как Болезнь и Синдром Кароли (9%). Манифестирующие симптомы имели возрастную особенность, то есть

у детей раннего возраста чаще всего отмечалась желтушность кожи, склер и ахоличный стул, что так же отражалось и на биохимических параметрах крови – определялись высокие показатели как ГГТ ($241 \pm 28,3$ МЕ/л), так и прямой фракции билирубина ($57,4 \pm 10,8$ мкмоль/л) тогда как у старших детей клинически отмечались боли в животе и признаки цитолиза (повышение печеночных трансаминаз), что на наш взгляд было обусловлено длительным холестатическим поражением печени и частыми приступами холангита). Классическая триада симптомов (желтушность кожных покровов и склер, боли и пальпируемое образование в брюшной полости) были выявлены только у детей до 7 лет. У 2 детей манифестирующим симптомом явилось острое кровотечение из верхних отделов ЖКТ, и при обследовании которых был выявлен синдром Кароли и портально-гипертензионная холангиопатия

Заключение. Наиболее частой причиной обструктивного холестаза у детей в нашем наблюдении явилась кистозная трансформация желчевыводящих путей. У детей ранних возрастных групп клинические проявления и течение процесса типичны классическому описанию заболевания. В то же время у детей старшей возрастной группы причины обструктивных холестазов и клинические проявления более разнообразны, и требуют более комплексному подходу на диагностическом этапе.

СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ангархаева Л. В., Стальмахович В. Н., Яковченко С. Н., Лавренчик А. И., Юрков П. С.

Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Россия, Иркутск; ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск; Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, г. Иркутск

Цель: Провести анализ результатов различных видов хирургического лечения детей с солитарной кистой почки.

Материалы и методы. Нами был проведен проспективный анализ лечения детей, оперированных по поводу солитарной кисты почки в период с 2005 по 2016 года. Хирургическое лечение выполнено 73 пациентам: 40 девочкам (54,8%) и 33 мальчикам (45,2%). Наибольшую группу составили дети в возрасте от 7 до 14 лет – 26 (35,6%), реже заболевание встречалось у детей от 3 месяцев до 3 лет – 10 (13,7%). Применялось четыре вида лечения: аспирационная пункция кисты (5 пациентов), пункционно-адгезивный метод, где склерозантом являлся 96% этанол (25 детей), люмботомия, энуклеация кисты (7 детей), лапароскопическая декор-тикация

кисты с последующей обработкой кистозного ложа аргоно-плазменной коагуляцией (36 детей, что составило 49,4%). Размер кист варьировал от 2,2 до 10 см, средний диаметр составил $4,4 \pm 0,7$ см. В большинстве случаев – у 40 (54,8%) детей кисты располагались в левой почке, у 32 (43,8%) в правой почке и в 1-м (1,4%) случае двухстороннее поражение. Локализация кист в верхнем полюсе почки была у 42 больных, в нижнем – у 14 пациентов, в средней трети – у 17 детей. Длительность операции при пункции составила – $5,2 \pm 1,8$ мин, при пункции и склерозировании – $9,3 \pm 1,4$ мин, при люмботомии – $55 \pm 7,0$ мин и при лапароскопической резекции – $26,6 \pm 2,3$ минуты. Интраоперационных и послеоперационных общих осложнений у всех детей не отмечено,

имелись местные осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде у 5-х детей, что составило – 6,8%. Местные осложнения в виде паранефральной гематомы встретились у 1-го (1,3%) пациента 6 лет с локализацией кисты в верхнем полюсе, после пунктирно-склерозирующего метода. После лапароскопии осложнение возникло у 1-го (1,3%) ребенка 7 лет с кистой в верхнем полюсе, в виде повреждения стенки верхней чашечки, что было выявлено на 2-е сутки послеоперационного периода. Рецидив кисты в сроки наблюдения от 1 года до 3 лет возник у 3-х (4,2%) детей: в 1-м случае после аспирационной пункции кисты, расположенной

в нижнем полюсе и в 2-х случаях после пунктирно-склерозирующей терапии. Следует отметить, что после открытой операции осложнений мы не получили. Однако данный доступ значительно отличается от малоинвазивных и лапароскопических методов, поэтому способ хирургического лечения не должен рассматриваться как адекватный при простых кистах почек у детей. Сравнительные результаты методов лечения кист почек у детей свидетельствуют о том, что лапароскопическая декортикация кисты обладает преимуществом перед люботомическим, пунктирно-аспирационным и пунктирно-склерозирующим методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОБЛАСТОМой ЗАБРЮШИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Андреев Е.С., Талыпов С.Р., Грачев Н.С., Сухов М.Н., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Н.Г. Ускова, Г.В. Терещенко, А.А. Амосова, В.Ю. Рошин, С.Р. Варфоломеева.

ННЦ ДГОИ, Россия, Москва

Цель работы: улучшение хирургического лечения детей с нейробластомой забрюшинной локализации

Материалы и методы: за период с января 2012 по октябрь 2016 гг. (58 мес.) хирургическое лечение получили 224 ребенка с нейробластомой торакоабдоминальной локализации. Лапароскопическая тунорэктомия выполнена у 39 детей в возрасте от 3 до 62 мес., медиана 11 мес. Все пациенты наблюдались и получали лечение согласно протоколу NB2004. Дети, оперированные эндоскопически, распределены по стадиям (INSS): 1–26 (66.6%) больных, стадией 2–2 (5.2%) пациента, стадией 4–8 (20.5%) детей, стадией 4S – 3 (7.7%) ребенка. Показаниями для малоинвазивного хирургического лечения были: размер опухоли не более 7 см в диаметре, отсутствие хирургических рисков по системе IDRF, отсутствие предыдущих открытых оперативных вмешательств. Проведен сравнительный анализ между группой детей, получивших малоинвазивное хирургическое лечение (39) и детей, оперированных открытым доступом (31).

Результаты: при анализе полученных результатов (медиана) отмечена достоверные различия ($p < 0.01$) в группе пациентов, после лапароскопической тунорэктомии: меньшая интраоперационная кровопотеря (0 мл), меньшая длительность обезболивания (3 суток), меньшая длительность антибактериальной терапии (5 суток), более раннее начало энтеральной нагрузки (1 сутки), более ранние сроки удаления страховочного дренажа (2 сутки). Выраженной разницы в радикальности оперативного вмешательства, в интра и послеоперационных осложнениях, в развитии локальных рецидивов и прогрессии, в бессобытийной и общей выживаемости между двумя группами исследования получено не было ($p > 0.05$). Медиана наблюдения составила 36 месяцев.

Выводы: малоинвазивное хирургическое лечение детей с нейробластомой забрюшинной локализации является высокоэффективной методикой, позволяющей выполнить оперативное вмешательство радикально и без ухудшения онкологического прогноза.

ОДНОВРЕМЕННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ И СЕЛЕКТИВНАЯ АНГИОГРАФИЯ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ (ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ В РОССИИ В 1986 г.)

Антоненко Ф.Ф., Москвичев В.К., Марухно Н.И., Жуков В.С., Пархоменко Р.А.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ России, г. Москва; ГБОУ «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Владивосток; ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток

Цель: обратить внимание детских хирургов и ангиохирургов на не получивший внедрение в практику эффективный метод органосохраняющего хирургического вмешательства – одновременной лапароскопии и селективной рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭО) селе-

зеночных артерий при травматическом разрыве селезенки у детей.

Материал и метод: пациентка Л, 9 лет (ист. бол. №9076) была доставлена машиной СМП в клинику детской хирургии Владивостокского Государственного

медицинского института 03.07.1986 г. и по срочным показаниям была взята в операционную в 12.00 с диагнозом: «Тупая травма живота, подозрение на внутрибрюшное кровотечение». Одновременно двумя бригадами была выполнена диагностическая лапароскопия (оперировал проф. Антоненко Ф.Ф.) и контрастная ангиография селезеночной артерии с селективной эмболизацией ее средних и нижних ветвей 60% раствором глюкозы (оперировал к.м.н. Москвичев В.К.). Лапароскопия проводилась инструментарием фирмы ГДР без монитора – после введения в брюшную полость через иглу Вереща закиси азота, введены оптика и манипулятор. Ангиография выполнена на хирургическом ангиографе фирмы Хитаچی (Япония) – катетер вводился через правую бедренную артерию по методике Сельдингера.

Результаты: при лапароскопии был диагностирован разрыв в воротах селезенки до 3–5 см длиной с распространением к нижнему полюсу, в малом тазу обнаружено до 300 мл. крови со сгустками. Выполнен забор 200 мл крови через манипулятор лапароскопа и проведена ауто-

трансфузия. Параллельно был подведен в селезеночную артерию катетер и введён контраст (верографин), что позволило на мониторе ангиографа фиксировать поступление контраста в свободную брюшную полость через разрывы в артериях нижнего полюса. После селективного подведения 10 мл. 60% раствора глюкозы с 2 мл. 5% аминокaproновой кислоты кровотечение было остановлено, что фиксировано визуальными лапароскопически и на контрольных рентгеноангиограммах. Операция длилась 2 часа 10 мин. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 16 суток после операции. При осмотре пациентки через 6 месяцев и 2 года- осложнений не отмечено.

Общий вывод: тридцать лет назад удалось успешно провести одновременно две органосохраняющие операции – лапароскопию и селективную рентгенэндоваскулярную окклюзию селезеночных артерий у ребенка при разрыве селезенки. В отечественной литературе мы не нашли подобных примеров и полагаем, что это был первый и пока единственный случай в России, которым решили поделиться.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П., Мельцин И.И.

Оренбургский государственный медицинский университет, ГКБ №5, ЦДХ

Введение. Инвагинация кишечника – наиболее частая форма кишечной непроходимости у детей в возрасте от 4 месяцев до 5 лет. При типичной локализации инвагината, отсутствии органической причины, своевременной госпитализации в стационар в подавляющем большинстве случаев дезинвагинация успешно осуществляется консервативно. Наличие органической причины инвагинации кишечника меняет клиническое течение заболевания, что сказывается на диагностике и тактике лечения.

Цель исследования. Оптимизация диагностических и лечебных алгоритмов при редких видах инвагинации кишечника.

Материалы и методы. За 5 лет на базе детского хирургического стационара (ЦДХ) ГКБ №5 г. Оренбурга пролечено 7 детей с инвагинацией кишечника, причиной возникновения которой послужили: у 3 – кистозное удвоение терминального отдела подвздошной кишки, 2 – В-клеточные лимфомы тонкой кишки, 1 – дивертикул Меккеля, 1 – полип поперечной ободочной кишки (случай семейного полипоза кишечника). Возраст пациентов – от 5 месяцев до 7 лет. Клиника заболевания у пациентов характеризовалась наличием симптомов кишечной непроходимости (многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов, вздутие живота) без странгуляционных нарушений, вследствие чего абдоминальный болевой синдром не имел признаков, характерных для инвагинации кишечника. Своевременно в хирургический стационар госпитализировано 2 детей, 5 пациентов до 4 суток от начала клинических проявлений находились в соматических и инфекционных отделениях. Проведено инструмен-

тальное исследование: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости, рентгенологическая пневмоирригоскопия. Все пациенты прооперированы.

Результаты. УЗИ органов брюшной полости проведено 6-ти пациентам, кишечный инвагинат обнаружен у всех. Наличие кистозного образования в структуре инвагината выявлено у 2 детей с удвоением терминального отдела подвздошной кишки. В 100% случаев при УЗИ верно отмечено расположение инвагината – 2 в правой подвздошной ямке (области илеоцекального угла), 3 – в проекции тонкой кишки, 1 – на уровне поперечной ободочной кишки. Признаков нарушения кровообращения в структуре инвагината не отмечено, несмотря на значительную продолжительность заболевания. При обзорной рентгенографии брюшной полости рентгенологические признаки кишечной непроходимости отмечены у 5-ти пациентов. Рентгенологическая пневмоирригоскопия выполнена 1 ребенку. В ходе оперативного вмешательства дезинвагинация проведена пациентам с опухолями стенки тонкой кишки и полипом в области поперечной ободочной кишки. Несмотря на отсутствие некроза стенки кишки, провести дезинвагинацию при кистозном удвоении терминального отдела подвздошной кишки и дивертикуле Меккеля не удалось. Всем детям выполнена резекция измененных участков кишечника с наложением межкишечных анастомозов. Все пациенты выздоровели.

Вывод. Наличие органической причины развития инвагинации кишечника приводит к изменениям клинической картины заболевания, затрудняет диагностику, успешно излечивается оперативно

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Арустамов Л. Д., Рудин Ю. Э., Меринов Д. С., Серебряный С. А., Вардак А. Б.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ, Россия, Москва

Актуальность: Несмотря на распространенность мочекаменной болезни и длительный опыт изучения эндоскопических методов лечения ее, перкутанная нефролитотрипсия выполняется в единичных детских урологических клиниках. Большинство клиник ограничивает выполнение данных вмешательств с возраста 7–8 лет. Особой категорией являются дети до 3-х лет и/или массой тела до 15 кг с крупными или коралловидными камнями почек, для удаления которых использовалась перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ).

Цель исследования: Изучить эффективность и отметить основные особенности выполнения ПНЛ при лечении мочекаменной болезни у детей младшего возраста.

Материалы и методы: За период 2008–2017 год ПНЛ выполнена 100 детям в возрасте от 1 до 3-х лет. Средний возраст составил 1 год 7 месяцев. Из них 70 (70%) мальчиков и 30 (30%) девочек. 59 (59%) пациентов были с коралловидными камнями, у остальных 41 (41%) пациентов были камни лоханки. Средний размер камня составил –27.5 мм. (15–58 мм). Длительность оперативного вмешательства составила от 25 до 145 минут, в среднем 67 минут. В последующие сутки наблюдения, при отсут-

ствии резидуальных камней и нарушения пассажа мочи нефростомический дренаж удалялся.

Результаты: У 90 пациентов (90%) отмечено полное освобождение от камней при отсутствии осложнений – такое лечение расценивалось как «эффективное». Оставшимся 10 (10%) детям с резидуальными камнями в ближайшем послеоперационном периоде была выполнена дистанционная литотрипсия, что позволило раньше выписать из стационара этих больных. Все пациенты выписаны после удаления нефростомического дренажа.

Из осложнений можно отметить интраоперационное кровотечение у 5 пациентов (3.9%), которым не потребовалось переливание препаратов крови. Гипертермия отмечалась у 14 пациентов (14%).

Заключение: ПНЛ у детей младшего детского возраста является предпочтительным и эффективным методом лечения нефролитиаза. Только у 10 пациентов возникает необходимость в сочетании метода с дистанционной литотрипсией. Длительность госпитализации составил 2.8 дня. Предпочтительно выполнение данного оперативного вмешательства через один доступ в виду малых размеров почки и уменьшение числа геморрагических осложнений.

ИЛЕОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОШИЗИСА

Арутюнов А. В., Чепурной М. Г., Печуров С. А., Гасанов Н. П., Семешин А. В.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения гастрошизиса.

Материалы и методы. Сопоставлены 2 группы больных: I (основная, 24 ребенка) с илеостомой и II (контрольная, 43 ребенка) – без илеостомы. Больные обеих групп имели дефект передней брюшной стенки средних размеров – от 5 до 10 см в диаметре, по другим параметрам были также сопоставимы. В I группе рассекали подвздошную кишку, опорожняли от содержимого приводящую кишку и формировали двуконцевую илеостому. Различия в послеоперационном течении заболевания оценивались по 1) сроку нормализации количества желудочного отделяемого по назогастральному зонду; 2) времени восстановления перистальтики кишечника и 3) времени парентерального питания.

Результаты и обсуждение. У больных I группы эти параметры достигали нормальных значений на 6 суток раньше, чем у больных II группы. В I группе средняя продолжительность пребывания больного в реанимационном отделении составила $6,2 \pm 1,1$, а во II группе – $13,3 \pm 1,8$ койко-дней. Исходя из этого, следует признать,

что илеостомия создает все условия для восстановления перистальтики кишечника, она отключает заполненную вязкими меконияльными массами толстую кишку, являющуюся причиной частичной механической кишечной непроходимости после операции. После погружения внутренних органов в брюшную полость сближаем края передней брюшной стенки и измеряем с помощью катетера Фолея, введенного в мочевого пузыря, внутрипузырное давление, по которому судим о возросшей степени внутрибрюшного напряжения. Обычно оно не достигает критических значений и позволяет полностью защитить брюшную стенку. Во II группе у 16 (37,2%) детей возникли осложнения в ближайшие (язвенно-некротический энтероколит с перфорацией кишки, меконияльный илеус) и отдаленные (спасная кишечная непроходимость, вентральная грыжа) сроки послеоперационного периода. Развитие септических осложнений связано с тугим заполнением брюшной полости кишечными петлями при стягивании, как корсетом, полностью ушитой брюшной стенки. При этом кишечные петли находятся в состоянии гипоксии, а, учитывая морфологические изменения в кишечной стенке

(гиперплазия подслизистой оболочки, воспалительная инфильтрация серозного покрова), существует реальная угроза развития язвенно-некротической деструкции кишечной стенки. Во II группе умерло 7 (16,3%) больных, в I группе летальных исходов не было.

Выводы. Включение превентивной илеостомии в лечение гастрошизиса в 2 раза сокращает сроки нахождения детей в реанимационном отделении, уменьшает процент послеоперационных осложнений и до 0 снижает летальность.

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ахаладзе Д. Г., Моисеенко Р. А., Талыпов С. Р., Меркулов Н. Н., Иванова Н. Н., Ускова Н. Г., Новичкова Г. А.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва

Введение: частота заболеваемости злокачественными новообразованиями печени у детей продолжает расти. Важнейшим условием успешного комбинированного лечения остаётся радикальная хирургическая операция. Этим объясняется актуальность организации подобной специализированной помощи в онкологической клинике, имеющей опыт лечения детей со злокачественными опухолями печени. В июне 2017 года в Национальном научно-практическом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва стартовала программа педиатрической хирургии печени.

Цель: представить начальный опыт хирургии печени у детей в Национальном научно-практическом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва.

Пациенты и методы. Ретроспективно проанализированы данные 3-х пациентов, в возрасте от 12 до 17 мес. (ср. 14,6 мес) с массой тела 8–11 кг (ср. 10 кг), радикально оперированных за период с июня по август 2017 г. Одному пациенту, ранее перенесшему комбинированное лечение по поводу нефробластомы правой почки, в связи с прогрессированием болезни и метастатическим поражением заднего сектора печени выполнена анатомическая бисегментэктомия 6,7. Двум другим детям с гепатобластомами PRETEXT II и III, после неoadьювантной химиотерапии, проведённой по протоколам стандартно-

го риска (SIOPEL-3 SR/4 блока) выполнены правосторонняя и правосторонняя расширенная гемигепатэктомии.

Результаты. Всем пациентам выполнены операции в объёме R0. Средняя кровопотеря составила 36,6 мл. На 4 сутки послеоперационного периода, ребёнку после расширенной правосторонней гемигепатэктомии выполнена гепатикоеюностомия и дренирование желчного затёка. В двух других случаях послеоперационных осложнений не наблюдали. Медиана продолжительность лечения в хирургической клинике после операций не превысила 7 дней. Пациент после правосторонней гемигепатэктомии, после завершения адьювантной химиотерапии, выписан в удовлетворительном состоянии. Двое других пациентов в настоящее время продолжают лекарственное лечение. Медиана периода наблюдения за пациентами составляет 103 дня.

Заключение. На основании анализа инициального опыта можно заключить, что мультидисциплинарный подход к лечению детей со злокачественными очаговыми болезнями печени, использование современных технологий гепатобилиарной хирургии и протоколов лекарственного лечения позволяют выполнять обширные радикальные резекции печени. Полученные удовлетворительные ближайшие результаты стимулируют к продолжению развития хирургии печени у детей.

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГИГАНТСКОЙ АТИПИЧНОЙ ФОКАЛЬНОЙ НОДУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ПРАВОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ВЕНЫ У РЕБЁНКА

Ахаладзе Д. Г., Моисеенко Р. А., Талыпов С. Р., Меркулов Н. Н., Иванова Н. Н., Ускова Н. Г., Новичкова Г. А.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва

Введение. Среди опухолей печени у детей, на долю фокальной нодулярной гиперплазии (ФНГ) приходится не более 2%. Она имеет характерную лучевую семиотику, позволяющую в большинстве случаев уверенно дифференцировать ФНГ от других очаговых образований. Показания к оперативному лечению ФНГ выставляются только при наличии клинических проявлений.

Цель: представить случай диагностики и лечения гигантской атипичной ФНГ правой доли печени с резко ди-

латированной правой печёночной веной у мальчика 2 лет 7 месяцев с начальными признаками билиарной гипертензии и быстрым ростом образования. Аналогичные наблюдения в доступной иностранной литературе отсутствуют.

Материал и методы. В декабре 2016 г. при УЗИ органов брюшной полости по месту жительства патологических изменений выявлено не было. Образование печени больших размеров обнаружено в июле 2017 г. после появления ассиметрии живота. При лучевых методах исследования

выявлено неинкапсулированное образование с ровными дольчатыми контурами, размерами 123x86x109 мм, исходящее из паренхимы S5,6 печени. При внутривенном контрастировании наблюдалось интенсивное усиление всего массива образования в артериальную фазу, с быстрым вымыванием контрастного препарата в венозную фазу. В отсроченную фазу образование изоинтенсивно паренхиме печени. Визуализировано множество артериальных сосудов, питающих образование. Признаком атипичной ФНГ являлось и отсутствие в образовании центрального рубца. Объём образования по данным КТ-вольтометрии превосходил объём правой доли печени на 26 см³. Этим объясняется расширение правой печёночной вены до 14 мм в диаметре. Диаметр нижней полой вены 17 мм.

Результаты. Без предварительной верификации диагноза, ребёнку выполнена атипичная резекция 5,6 сег-

ментов печени, несущих образование. ФНГ подтверждена при гистологическом исследовании. Течение послеоперационного периода не осложнённое. В послеоперационном периоде отмечалось временное резкое снижение динамических характеристик кровотока по правой печёночной вене, не имевшее отражения в клинической и лабораторной картинах. Пациент выписан на 7 сутки после операции.

Заключение. Основным методом лечения симптоматических гигантских ФНГ остаётся хирургический. Спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томографии, а также оценка особенностей гемодинамики образования в различные фазы контрастирования имеют решающее значение в диагностике ФНГ и позволяют избежать неинформативной биопсии, оказывающейся неинформативной более чем в 60% случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ГИПОСПАДИЙ У ДЕТЕЙ

Ахмеджанов И. А., Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш., Хайитов У. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ж. А.

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд.

Гипоспадия встречается довольно часто: один случай на 1:125–150 новорожденных мальчиков. чаще всего используют многоэтапные методы оперативной коррекции гипоспадии. Первым этапом производится расправление ствола полового члена и создается запас кожи на вентральной поверхности фаллоса. Затем, спустя несколько месяцев, а иногда и лет, производят операцию по созданию мочеиспускательного канала с использованием кожи вентральной поверхности. Учитывая анатомические особенности перемещенных при первой операции лоскутов, нередко возникают осложнения, связанные с нарушением кровоснабжения искусственной уретры. Таким образом, известны случаи многократных хирургических вмешательств до 15–24 операций по поводу коррекции гипоспадии.

За период с 2010 по 2016 год в клинике на обследовании и лечении находилось 73 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет

с гипоспадией различной форм. Дети были обследованы по единой схеме и после предоперационной подготовки всем произведено оперативное лечение. При венечной и около венечной формы гипоспадии у 49 детей мы использовали оперативную методику по Hodgson 1 и 2. При стволовой форме гипоспадии у 24 детей использовалась методика Hodgson 3 и MAGPI (meatal advancement and glanduloplasty) разработанная в 1981 году Duckett. Во всех случаях для отведения мочи использовалась эпицистостомия. Использование вышеуказанных методик позволило в 82% добиться хороших и удовлетворительных результатов.

Таким образом, использование операций Hodgson 1, 2, 3 и MAGPI является наиболее приемлемым для лечения гипоспадий венечной и стволовой форм, что позволяет добиться больше хороших и удовлетворительных результатов оперативного лечения.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахмедов Ю. М., Азизов М. К., Мавлянов Ф. Ш., Хайитов У. Х., Ахмедова Д. Ю., Ганиев Ж. А.

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр. г. Самарканд

В Самаркандском областном детском многопрофильном центре с 2014 по 2016 годы на стационарном лечении находилось 22 новорожденных ребенка с диагнозом врожденный пилоростеноз в возрасте от 20 дней до полутора месяца. У всех больных отмечалась рвота от незначительного срыгивания до рвоты с фонтаном после кормления от нескольких минут до нескольких часов створоженным молоком и запахом.

Целью настоящего исследования явилось усовершенствовать диагностику пилоростеноза на раннем этапе диагностики.

Материал и методы исследования. При сборе анамнеза выявлено что, после кормления рвота фонтаном со створоженным молоком и кислым запахом наблюдался у основной массы детей 98% которыми были новорожденные. У некоторых больных рвота отмечалась с 2–4 недельного возраста 85%. У всех больных отмечалось упорное срыгивание с последующей рвотой без примеси желчи. Длительная рвота у детей с пилоростенозом приводила к потере массы тела и прогрессирующей гипотрофии.

При поступлении в стационар у 60% наблюдалась гипотрофия 1 степени у 32% второй и у 8% третьей степени

гипотрофия. В связи с этим число мочеиспусканий уряжалось от 3 до 5 раз. Задержка и уменьшение стула наблюдалась у 56% больных. У 60% детей при поглаживании передней брюшной стенки отмечался симптом песочных часов, а в 40% наблюдений удалось пропальпировать утолщенный привратник. Рентгенорадиологические метод проведены 30% детям (гастрография) в связи с сложной клиникой, у 10% детей диагноз поставлен эндоскопически (фиброгастроскопия). Нами внедрен и применен метод ультрозвуковой диагностики пилоростеноза у 60% новорожденных где: если а) показатели толщины гладкомышечного отдела составляет более 4 мм б) протяженность пилорического ка-

нала составляет более 17 мм, в) отсутствие пассажа жидкости через пилорический канал, несмотря на усиленную перистальтику желудка устанавливался диагноз врожденного пилоростеноза. При проведении мониторинга на операции диагноз был подтвержден.

Таким образом, при ранней диагностике пилоростеноза ультразвуковое исследование и фиброгастроскопия на сегодняшний день являются ведущими методами исследования с достоверностью до 95–98%. При сложных случаях или несоответствии вышеописанного в комплекс исследования рекомендовано включать рентгеновские методы исследования.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю. М., Азизов М. К., Мавлянов Ф. Ш., Хайитов У. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ж. А.

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд

Цель настоящего исследования явилась оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей.

Материал и методы. В клинике факультетской детской хирургии СамМИ с 1990 по 2016 годы под нашим наблюдением и лечением находилось 60 детей с болезнью Гиршпрунга. Для определения анатомической формы, протяженности зоны аганглиоза, варианта клинического течения мы использовали классификацию А. И. Ленюшкина. Мальчиков было – 37, девочек – 23, возраст детей составил от 3 дней до 15 лет. Ректальная форма с поражением промежностного отдела прямой кишки была у 15 больных, у 10 детей – с поражением ампулы прямой кишки. Ректосигмоидная форма имела место у – 28 больных, у 2 новорожденных выявлена субтотальная форма, а у 2 больных поражение всей толстой кишки. Всем 4 новорожденным, поступившим с явлениями кишечной непроходимости были наложены петлевая колостома и терминальная илеостома.

Результаты. Из общего количества больных 12 пациентам произведена операция Дюамеля-Баирова, в 22 случаях Соаве –Ленюшкина, в 5 случаях Свенсона- Исакова, и в 5 случаях Де Ла Торре-Мондрогон.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения в виде параректальной гематомы отмечено у 3 больных, нарушение мочеиспускания у 2 больных после операции Дюамеля – Баирова. Отдаленные результаты лечения прослежены у 34 больных в сроки от 2 до 19 лет, у 2 больных, оперированных по методу Дюамеля – Баирова, произошло выпадение слизистой прямой кишки в задней полуокружности. Выпадение ликвидировано иссечением треугольного лоскута с одномоментной пластикой задней порции сфинктера. Осложнений после операции Соаве – Ленюшкина и операции Де Ла Торре-Мондрогон в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось. В отдаленные сроки после операции эпизодическое недержание жидкого кала газов наблюдалось у 6 больных, что было связано с замедлением развития адаптационно – компенсаторных процессов – «неадаптированная кишка».

Заключение. Таким образом, наш опыт хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей позволяет при прочих равных условиях склоняться в пользу резекции зоны аганглиоза по Соаве – Ленюшкину, Де Ла Торре-Мондрогон являющейся своей физиологичностью и бесшовным анастомозом на промежности

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО – ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

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

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд

Реконструктивно-пластические операции при обструкции ЛМС были произведены 108 больным (75 мальчиков, 33 девочек). При хирургической коррекции обструкции ЛМС учитывалось состояние контралатеральной почки, частота обострения обструктивного пиелонефрита, сохранность почечной паренхимы.

Контрольное обследование после реконструктивно-пластических операций на ЛМС произведено у 75 больных (48 мальчиков, 27 девочек) в сроки от 6 месяцев до 15 лет.

Для оценки результатов реконструктивно-пластических операций выполненных на ЛМС у детей с ВГ использовался метод экскреторной урографии. импульсно-

волновой доплерографии расчет площади почки, ЧЛС, РКИ и Ипар. По данным ЭУ у детей после хирургического вмешательства наблюдалось снижение значений площади почки и ЧЛС, РКИ и Ипар для всех возрастов.

У всех больных проходимость вновь созданного соустья и функциональная способность мочеточника, изучалась методом определения мочеточниково-пузырного выброса мочи. Для этого больному производили водную нагрузку и определяли наличие и характер мочеточниково-пузырного выброса мочи путем импульсно-волновой доплерографии.

Результаты оперативного лечения больных стенозом ЛМС оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Результаты считались хорошими, если наступало излечение основного заболевания, его осложнений при устойчивой компенсации функционального состояния почек и мочевых путей, что наблюдалось у 56 больных (74,6%). Результаты считались удовлетворительными, если отмечалось улучшение состояния почки и мочевых путей, но окончательной нормализации их функциональных пока-

зателей не происходило и сохранились отдельные жалобы – у 15 больных (20%). И, наконец, у 4 больных (5,3%) были получены неудовлетворительные результаты, когда оперативное вмешательство не принесло улучшения или возникли стеноз ЛМС или другие осложнения.

Таким образом, сочетание таких информативных методов, как экскреторной урографии и импульсно-волновая доплерография, в комплексе катamnестического обследования позволяет объективно оценить эффективность хирургического лечения ВГ у детей. Результаты проведенных нами исследований позволили заключить, что при гидронефрозе коррекция ЛМС улучшает его эвакуаторную функцию и создает благоприятные условия для роста и развития почки со стабилизацией нефросклероза и функциональной способности органа. Это нашло выражение в увеличении ее площади и, что особенно важно, в росте площади ее паренхимы у подавляющего большинства больных. Лишь в единичных наблюдениях, несмотря на хорошие результаты коррекции ЛМС, зарегистрировано нарастание нефросклероза.

ОЦЕНКА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

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

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд

При анализе результатов катamnестического исследования 57 больных после хирургического лечения врожденного гидронефроза (ВГ) в различные сроки, обнаружено, что на фоне консервативной комплексной терапии, после пластики пиелoureтерального сегмента (ЛМС) по способу Андерсона-Кучера стабилизация анализов мочи наступает через 3–6 месяцев, а в модификации клиники в течение 1–3 месяцев.

Сопоставление данных экскреторной урографии (ЭУ) и мочеточниково-пузырного выброса путем доплерографии, показало:

1. ЭУ на сегодняшний день остается основным методом определения эффективности реконструктивно-пластических операций при ВГ у детей.

2. Математический анализ ЭУ – определение РКИ и ИПАР, являются достоверным критерием в оценке проходимости вновь созданного ЛМС и восстановле-

ния почечной паренхимы в после операционном периоде.

3. Метод импульсно-волновой доплерографии удобен в после операционном периоде для динамического наблюдения за восстановлением уродинамики верхних мочевых путей и играет немаловажную роль в прогнозировании результатов хирургического лечения обструкции ЛМС.

Комплексное катamnестическое обследование производилось в соответствии с разработанным алгоритмом включающего рентгенопланметрические методы и определение мочеточниково-пузырного выброса, путем импульсно-волновой доплерографии, для определения эвакуаторной способности вновь созданного анастомоза.

Таким образом, сочетание таких информативных методов в комплексе катamnестического обследования позволяет объективно оценить эффективность хирургического лечения ВГ у детей.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

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

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд

За период с 1999 по 2016 гг. на базе Областной детской многопрофильной клинической больницы в отделении детской хирургии на обследовании и лечении находилось 118 ребенка с уретерогидронефрозом. Возраст детей составил от 6 месяцев до 15 лет.

Левосторонний уретерогидронефроз был выявлен у 38 больных, у 34 – диагностировано правостороннее

поражение пузырного отдела мочеточника, и 46 детей патология носила двусторонний характер.

Для повышения эффективности рентгенологических методов исследования, применяемых при диагностике обструкции мочеточниковопузырного сегмента, нами приняты программы их качественно-количественной оценки. Они включали в себя протоколы оценки обзорной и экс-

креторной урограмм, микционных цистоуретрограмм и способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника.

Анализ математического подсчета рентгенологического исследования мочевыводящих путей показал, при уретерогидронефрозе 2 степени VMO = 15,67±7,32, 3 степени VMO = 47,87±8,65, 4 степени VMO = 65,78±8,97 среднее арифметическое в разных возрастных группах). При 2 степени RMO = 0,58±0,17, 3 степени RMO = 0,71±0,15, 4 степени RMO = 0,91±0,21.

При 2 стадии уретерогидронефроза происходило выраженное расширение цистодов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении, с формированием 1–2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН 3 стадии в связи с резким расширением и удлинением мочеточника количество коле-

нообразных изгибов длиной в 2–3 см. увеличивалось до 3–4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН 4 стадии на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5–6 коленообразных изгибов длиной до 4–5 см.

Таким образом, интерпретация обзорных и экскреторных урограмм включая определение среднего значения радиуса обструктивно измененного мочеточника, объема обструктивно измененного мочеточника, проводимых в рамках клинической и морфофункциональной классификации врожденных обструктивных заболеваний органов мочевыделительной системы резко повышает информативность исследования, способствуя точной топической диагностике уровня, вида и стадии развития заболевания, позитивно влияя на результат их хирургического лечения.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Расулов Р.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время существует несколько десятков (более 70) методов оперативного лечения варикозного расширения вен семенного канатика, общим недостатком которых является возникновение рецидива заболевания почти у каждого второго больного. Оперативные методы, выполнение которых связано с иссечением или перевязкой вен семенного канатика, с резекцией мошонки и пересечением мышцы поднимающей яичко в последствии нередко ведут к нарушению кровообращения между яичком, его оболочками и мошонкой, угнетению сперматогенеза, фиброзу и атрофии яичка. Столь неблагоприятные исходы оперативного лечения варикозного расширения вен семенного канатика побудили одних авторов вообще отказаться от оперативного лечения, а других – искать новый подход в решении этой проблемы.

На базе областного центра эндоскопической хирургии г. Самарканда и кафедры детской хирургии Самаркандского медицинского института с 2011 по 2016 годы обследовано и прооперировано 168 детей с варикоцеле эндоскопическим путем в возрасте от 6 до 15 лет. У трех детей варикоцеле выявлено с двух сторон у остальных диагноз был установлен слева.

В ходе операции после выявления варикозно расширенной вены при ее отделении и обработке, происходит ее спазм и нередко допускается ошибка в виде просмотра ее дополнительных ветвей. В этой связи паравазально интраоперационно вводили 1% раствор папаверина в количестве 1 мл, так как при этом снимается спазм сосудов и обработка последней не представляет трудностей. Длительность операции составила от 15 до 25 минут. В послеоперационном периоде больной выписывался через 6–12 часов.

Положительной стороной эндохирургического вмешательства при данной патологии является возможность при необходимости ревизии брюшной полости.

В отдаленном периоде после операции в сроки от 6 месяцев до 4 лет у 80 обследованных больных рецидивов варикоцеле и других осложнений не выявлено.

Таким образом, лапароскопический метод ликвидации варикоцеле с паравазальным введением папаверина, пересечением и коагуляцией сосудов позволяет добиться снижения рецидивов заболевания. Кроме этого, имеется возможность ревизии брюшной полости, значительное сокращение койко-дней и отсутствие ранних осложнений (нагноение раны), повышается процент хороших результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ

Аякузова А.Ж.

АО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Республика Казахстан

Актуальность. Вопросы острых заболеваний яичек у детей являются одними из самых актуальных в дет-

ской урологии. Частота встречаемости данного заболевания составляет 18–20% от всей острой патологии

в детском возрасте. Острые заболевания яичек, перенесенные в детстве, являются причиной нарушения репродуктивной и сперматогенной функций в зрелом возрасте.

Цель: улучшить результаты оперативного лечения острых заболеваний яичек у детей.

Материалы и методы. В ГККП на ПХВ «ГДБ№» г.Астана, в уронефрологическом отделении за 5 лет с 2011 по 2016 гг. госпитализировались 396 пациентов с синдромом «Острой мошонки». В основном это были дети в возрасте от 5 до 13 лет, что составило 77,27% от общего количества больных. Наименьшее количество больных отмечалось до 1 года до 4 лет (22,73%). Показания к оперативному вмешательству определялись с клиническими данными и УЗИ органов мошонки (кровоснабжения, структура яичка и придатка).

Результаты. Острые заболевания яичек слева наблюдались у 217 больных (54,8%), справа – у 179 больных (45,2%). С диагнозом «Перекрыт гидатиды Морганьи» наблюдались чаще, составило 317 больных (80,5%). «Травма органов мошонки» – 35 больных (8,84%), «Заворот яичка» – 10 (2,53%). У 34 детей (8,59%) отмечен «Острый орхоэпидидимит».

Оперативное лечение заключалось в ревизии органов мошонки (8,59% случаев), гидатидэктомии (88,89% случаев), устранении заворота яичка (2,53% случаев). В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующее лечение в течение 7–10 дней. В послеоперационном лечении осложнений не наблюдалось.

Выводы. Эффективным методом лечения острых заболеваний яичек у детей является своевременное оперативное лечение.

ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бабич И. И., Мельников Ю. Н., Мельникова С. Р.

Ростовский Государственный Медицинский Университет, Россия, Ростов-на-Дону

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с временными кишечными стомами путем определения и профилактики наиболее частых причин развития осложнений энтеростомизирующих операций.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» за период с 2006 по 2016 г. находилось на лечение 124 больных в возрасте от 1 месяца до 3 лет, которым формировалась временная кишечная стома в качестве паллиативной операции при различных вариантах врожденной и приобретенной патологии ЖКТ, при этом в 72% случаев (89 пациентов) накладывалась двустольная илеостома, 18% (23 пациента) – двустольная илеоколоостома, 10% (12 пациентов) – одноствольная Т-образная илеостома.

Результаты исследования: в результате ретроспективного анализа, осложнения кишечных стом наблюдались в 43% случаев. (53 пациента), ранние осложнения отмечались в 24% (13 пациентов), поздние – в 76%. (40 пациента). Среди ранних осложнений превалирует перистомальный дерматит, наблюдающийся в 46% случаев (6 пациентов), вследствие попадания кишечного содержимого на кожу. В 7,7% случаев (1 пациент) отмечается ретракция до уровня подкожно жировой клетчатки, вызывающая развитие флегмонозного воспаления, нагноение швов, эвентрацию петель кишечника через послеоперационную рану. В 7,7% случаев (1 пациент) наблюдалась ретракция стомы в брюшную полость, повлекшее за собой развитие калового перитонита. Кровотечение из подкожно жировой клетчат-

ки наблюдалось в 7,7% случаев (1 пациент), которое было купировано консервативными мероприятиями. В 7,7% (1 пациент) отмечался некроз концевых отделов выведенной стомы с нарастанием явлений перитонита, вследствие технических погрешностей при ее наложении. Эвагинация встречалась в 23%, (3 пациента), обусловленная отсутствием этапа фиксации выводимых отделов кишечника между собой. Среди поздних осложнений в 65% (26 пациентов) отмечается мацерация и дерматит кожи. С применением порошка и пасты «Стомагезив» данное осложнение купировалось на 10 сутки. На фоне длительно существующего воспаления развился стеноз у 19% (5 пациентов), бужирование не давало стойкого эффекта, что явилось показанием к проведению реконструкции стомы. Параколостомическая грыжа наблюдалась в 2,5% случаев (1 пациент), в связи с формированием широкого мышечно-апоневротического канала. Эвагинация встречалась в 32,5%. (13 пациентов). Учитывая рецидивирующий характер, данным пациентам была показана реконструктивная операция.

Выводы: 1) у детей раннего возраста среди перистомальных осложнений превалируют явления дерматита, обусловленные техническими погрешностями при формировании стомы, отсутствием адекватного ухода, физиологическими особенностями кожи.

2) значительная доля осложнений являлась следствием нарушения техники формирования энтеростом ургентными хирургами ЦРБ и межрайонных центров.

ТЯЖЕЛЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Баранов Р.А., Петров М.А., Шляпникова Н.С., Панкратов И.В., Павлова Д.Д.

Морозовская детская городская клиническая больница, Россия, Москва

Тяжелые повреждения заднего отдела стопы у детей.

Повреждения стопы у детей достаточно частая патология. При этом отмечается следующая тенденция: встречаемость повреждений увеличивается в дистальном направлении, т.е. от заднего к переднему отделу, а тяжесть повреждений наоборот возрастает от переднего отдела стопы к заднему.

Для повреждений заднего отдела стопы более свойственен высокотравматический характер, такой как кататравма или автотравма.

Стандартное рентгенологическое обследование в подавляющем большинстве своем позволяет поставить диагноз, однако остается множество вопросов в плане выбора тактики лечения и хирургических доступов. Выполнение компьютерной томограммы позволяет решить эти проблемы.

В отделении травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ с 2014г пролечено 124 пациента (госпитализированных для оперативного лечения) с повреждениями костей стопы. 13 пациентов (10,5% от общего числа) в возрасте от 14 до 17 лет с повреждениями заднего отдела стопы (10 пациентов с кататравмой, 3 пациента после автотравмы, из них 6 пациентов с фрагментарными переломами пяточной кости, 6 пациентов с оскольчатыми переломами таранной кости, 1 пациент с поперечным вертикальным переломом ладьевидной кости).

Пролечены дети с переломами костей заднего отдела стопы: по классификации Sanders type IIIA – 2 пациентов,

type IV – 3 пациентов, по классификации Hawkins-Canale type I – 3 пациентов, type II – 3 пациентов, по классификации Sangeorzan type II- 1 пациент, 1 пациент с переломом sustentaculum tali и вывихом пяточной кости.

Открытая репозиция и остеосинтез были основным способом лечения тяжелых повреждений заднего отдела стопы. Для фиксации использовался погружной металлоосинтез (спонгиозные, канюлированные, компрессирующие винты).

При тяжелом повреждении пяточной кости может возникнуть большой дефицит кости из-за её компрессии и тогда для замещения дефекта применялся аллотрансплантат (2 пациента).

В ходе наблюдения отмечено 1 осложнение в виде отторжения аллотрансплантата у пациента с тяжелой сочетанной травмой и переломом пяточной кости Sanders type IV.

Выводы: Учитывая особенности кровоснабжения заднего отдела, считаем активную хирургическую тактику оправданной, так как адекватное сопоставление и компрессия фрагментов перелома приводит к лучшей репозиции отломков с восстановлением суставных поверхностей и уменьшает риск аваскулярного некроза.

Таким образом тяжелые повреждения заднего отдела стопы требуют индивидуального выбора тактики лечения, зачастую с выбором агрессивной хирургической тактики, что позволяет достичь удовлетворительных результатов в большинстве случаев.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС – ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Убилава И.А., Панкратов И.Д., Киселев А.Н.

Детская краевая клиническая больница. Кубанский государственный медицинский университет. Россия. Краснодар.

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс – неотложное состояние детской торакальной хирургии, проявляющееся клинико – рентгенологической картиной дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточностью, в ряде случаев с формированием синдрома внутригрудного напряжения. Традиционный подход к диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса у детей обычно ограничивается физикальным и Rt- обследованием больного и дренированием плевральной полости. При этом удлиняются сроки лечения, нередко отмечаются рецидивы заболевания. Использование СКТ

и ВТС позволяет улучшить результаты диагностики и лечения.

Цель исследования. Разработка оптимального алгоритма диагностических и лечебных мероприятий при спонтанном пневмотораксе у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет в хирургическом отделении №1 ГБУЗ «ДККБ» г.Краснодар получили лечение 32 подростка со спонтанным пневмотораксом. Возраст 15 ÷ 17 лет. Преимущественное большинство лица мужского пола – 28 (87,5%). В 27-и случаях (84,37%) возникновение пневмоторакса манифестировалось острыми клиническими проявлениями, сопровождавшимися болью, кашлем, развитием дыхательной недостаточности. В 5-и случаях (15,62%) пневмоторакс явился случайной находкой при проведении флюорографии. Всем пациентам при первичной госпитализации выполнена Rt-графия органов грудной клетки в двух проекциях, дренирование плевральной полости. По достижении полной реэкспансии легкого всем детям проведена СКТ легких. У 29-и детей (90,62%) выявлены множественные разнокалиберные

буллы апикальных сегментов с одной или с двух сторон. Из них 27-и пациентам (93,10%) выполнена ВТС с атипичной резекцией пораженных участков автоматическим сшивающим аппаратом при первичной госпитализации, 2-м (6,90%) – при рецидиве пневмоторакса после дренирующей операции, на этапе повторной госпитализации. Аспирация в послеоперационном периоде активная. У 3-х (9,48%) пациентов изменений со стороны легких выявлено не было и хирургическое лечение завершено на этапе дренирования. Дренаж из плевральной полости извлекался при полном расправлении легкого и отсутствии отделяемого по нему.

Все пациенты выписаны с выздоровлением. Рецидив пневмоторакса после радикальной операции не отмечен ни в одном случае.

Выводы. Комплекс диагностических мероприятий при спонтанном пневмотораксе с целью верификации его причины должен включать СКТ легких, проводить его следует после устранения пневмоторакса. В случаях выявления органических причин пневмоторакса (буллы верхушечных сегментов легкого) показано оперативное лечение. Методом выбора следует считать ВТС с резекцией пораженного участка легкого с применением эндоскопических сшивающих аппаратов.

БИОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН У ДЕТЕЙ – ПЕРСПЕКТИВЫ

Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Панкратов И.Д., Киселев А.Н.

Детская краевая клиническая больница. Кубанский государственный медицинский университет. Россия. Краснодар.

Введение. Методы органоспецифического замещения поврежденных структур с помощью биосовместимых материалов находят все более широкое применение в реконструктивной и восстановительной хирургии. Производятся они из биodeградируемых материалов на основе гиалуроновой кислоты и пептидного комплекса, а так же с использованием нановолокон хитозана. Результаты использования данных материалов у детей не достаточно изучены, не имеют широкого представления в медицинских публикациях.

Актуальность. Закрытие раневых дефектов у детей альтернативными «безоперационными методами».

Цель. Оценка клинической эффективности применения биопластических материалов в лечении ран у детей.

Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г.Краснодар с 2013 г. и по настоящее время пролечено 21 пациентов с применением биопластических материалов на основе гиалуроновой кислоты (HIAMATRIX, G-derm) и биополимерной раневой повязки на основе нановолокон хитозана «НИТОПРАН». Возраст 7 месяцев–17 лет. Соотношение мальчиков и девочек – 3:1. Преимущественная локализация – конечности. Характер ран: острые – 16 (76,19%); хронические – 5 (23,80%). Большинство ран инфицированные – 18 (85,71%). Размеры раневых дефектов – от 5 до 12 см. в диаметре. Глубина поражения – от кожи до мышечных структур.

При лечении раны и подготовке её к пластике особое значение уделялось радикальности хирургической обработки. Операция завершалась ультразвуковой кавитацией раневой поверхности. VAC – терапия применена у 11 (52,38%) пациентов. Наличие здоровой грануляционной ткани и отрицательные результаты бактериологического мониторинга определяли степень готовности раневого ложа к восприятию кожного лоскута.

Результаты. Из пролеченных пациентов 19 (90,47%) выписаны с закрытием раневых дефектов. 2 пациента (9,52%) выписаны с наличием гранулирующей раны, с уменьшением её размеров в 1,5 раза. У 12 (57,14%) детей закрытие раневого дефекта достигнуто при первой аппликации биопластического материала. У остальных 9-ти пациентов (42,85%) аппликация проводилась 2 и более раза. Из них: полный лизис биопластического материала имел место в 2-х (9,52%) случаях, очаговый лизис отмечен у 6-и (28,57%) пациентов. В случаях очагового и полного лизиса биопластического материала подтверждено в последующем наличие микробной обсемененности. Повышение температуры тела выше 38,0С имело место в 1-м (6,25%) случае. Аллергических реакций (местная и общая) не наблюдалось.

Выводы. Биопластические материалы являются эффективным и перспективным методом в проблеме закрытия раневых дефектов у детей.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Леонтьев А.В., Терехина М.И.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, Россия, Самара

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение количества пациентов детского возраста, поступающих в детские хирургические отделения с осложнениями, вызванными инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с различными инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении педиатрического корпуса Самарской об-

ластной клинической больницы им. В.Д. Середавина с 2010 по 2016 годы находилось 467 пациентов в возрасте от периода новорожденности до 15 лет с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

В возрастном аспекте распределение больных было следующим:

- от 0 до 1 года – 3 (0,6%); – от 1 до 3 лет – 174 (37,3%); – от 3 до 7 лет – 225 (48,1%);
- от 7 до 12 лет – 49 (10,5%); – от 12 до 14 лет – 16 (3,5%).

Среди различных видов проглоченных детьми инородных тел (мелкие металлические предметы, пластмассовые детали игрушек, украшения, скрепки и т.п.) абсолютное большинство составили монеты (117, 25%). Проглатывание магнитных шариков отмечалось в 17 наблюдениях (3,6%), батареек – в 49 (10,5%). При выявлении факта проглатывания ребенком инородного тела после клинического исследования пациенту выполнялась обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей в прямой проекции. При выявлении потенциально неопасных рентген-позитивных инородных тел избиралась выжидательная тактика, при обнаружении потенциально опасных инородных тел выполнялась фи-

брогастроуденоскопия. Если обнаруживались инородные тела, недоступные для извлечения эндоскопически или приведшие к осложнениям выполнялось хирургическое вмешательство.

Результаты. Естественным путем инородные тела вышли в 409 наблюдениях, извлечены при ФГДС – в 41 наблюдении. 17 пациентов оперированы по поводу осложнений: перфорации желудка и различных отделов кишечника магнитными инородными телами (15), обтурационной кишечной непроходимости (2). Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: – при обращении ребенка в хирургический стационар большое значение имеет тщательный сбор анамнеза, включающий активное выяснение факта возможного проглатывания инородных тел;

- обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, ФГДС играют важную роль в лечебно-диагностическом процессе при данной патологии;
- потенциально опасные инородные тела желудочно-кишечного тракта (особенно магнитные тела, батарейки) могут привести к осложнениям, требующим хирургического лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Барская М.А., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Егоров А.Е.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», Самара

Дивертикул Меккеля – врожденная патология, характеризующаяся неполной облитерацией желточного протока, и проявляющаяся дивертикулом подвздошной кишки. По различным литературным данным частота встречаемости в популяции составляет от 0,25% до 1,8% при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости.

Целью работы является анализ осложнений, вызванных дивертикулом Меккеля у детей.

С 2011 по 2015 год под нашим наблюдением находилось 73 пациента с осложнениями дивертикула Меккеля.

Выявленные осложнения:

- дивертикулит, местный гнойный перитонит – 26 детей;
- дивертикулит, перфорация, местный гнойный перитонит – 17 пациентов;
- дивертикулит, перфорация дивертикула, распространенный гнойный перитонит – 9 детей;

- кишечное кровотечение – 17 пациентов;
- инвагинация кишечника – 12 детей;
- стронгуляционная кишечная непроходимость – 2 ребенка.

Все дети оперированы. В 72 наблюдениях выполнена резекция дивертикула Меккеля. В 1 наблюдении произведена резекция подвздошной кишки с дивертикулом Меккеля, с наложением двойной илеостомы в связи с наличием у ребенка тотального гнойного перитонита, сепсиса с полиорганной недостаточностью. В последующем через 14 дней произведено закрытие илеостомы, Ребенок выписан с выздоровлением.

Таким образом, дивертикул Меккеля является врожденной патологией, которая сопровождается серьезными осложнениями, требующими оперативных вмешательств.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ

Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Игнатъев Р.О., Афаунов М.В., Федоров А.К., Молотов Р.С., Ткаченко Б.А., Фирсова М.В.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Детская Городская Клиническая Больница №9 им. Г.Н. Сперанского

Актуальность В последнее время, не смотря на совершенствование антибактериальной терапии и методов диагностики, не наблюдается снижение количества

пациентов детского возраста с гнойно-деструктивными заболеваниями легких, которые осложняются эмпиемой плевры. Разноречивые оценки в выборе метода лечения

возникших осложнений до сих пор представляют актуальность.

Цель исследования Оценить результаты лечения у детей с различными стадиями эмпиемы плевры с использованием традиционных и современных оперативных методов.

Материалы и методы С 2015 г. по июль 2017 г. в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы находилось на лечении 48 пациентов с различными стадиями эмпиемы плевры. 25 пациентам была проведена только пункция и дренирование плевральной полости. У 23 детей интенсивная терапия была малоэффективна, что послужило основанием для проведения торакоскопической и/или гидрохирургической санации плевральной полости.

Всем пациентам проводилось рентгенологическое и ультразвуковое исследование плевральных полостей в динамике, компьютерная томография выполнена 13 пациентам. Обнаружение осумкованных полостей

«симптом сотового легкого» на КТ и/или УЗИ плевральных полостей явилось показанием к проведению оперативной санации плевральной полости.

Результаты и их обсуждение Средняя продолжительность болезни до поступления в стационар составила 6.8 дня (± 2 дня). Средняя продолжительность нахождения пациентов в отделении инфекционного педиатрического профиля или реанимации до операции составила 5.1 дней (± 1.7 дня).

По данным контрольной рентгенографии органов грудной клетки и УЗИ плевральной полости через 3 и 6 месяцев, у пациентов которым проводились торакоскопические и гидрохирургические санации отсутствуют наложения фибрина и воспалительные изменения в паренхиме легких и плевре.

Выводы Оптимальный выбор методов диагностики и лечения у детей в различные стадии эмпиемы плевры позволяет добиться эффективных результатов лечения.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Батаев С.М., Федоров А.К., Афаунов М.В., Молотов Р.С., Зурбаев Н.Т., Карпович С.В., Смирнова С.Е.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; Департамент здравоохранения города Москвы, Детская Городская Клиническая Больница №9 им. Г.Н. Сперанского

Актуальность: Фибробластические и миофибробластические опухоли являются относительно часто встречающимися в детском возрасте образованиями мягких тканей с широким спектром типов клинического поведения, от доброкачественных (широко известных фибром и фиброматоза кивательной мышцы) до редких, злокачественных, таких как, висцеральный десмоид и миксофибросаркома. Тонкие гистологические различия в соотношении и выраженности клеточных компонентов опухоли, степени их дифференцировки, нормальной и атипичной пролиферативной активности создают предпосылки к типу поведения и макроскопических характеристик каждого конкретного новообразования. Интересен вопрос необходимого и достаточного объема резекции при доброкачественном типе образования.

Материалы и методы: В 2015 году в ДГКБ №9 поступил ребенок 9 лет с клиникой левосторонней пневмонии, плеврита. При обследовании выявлено объемное образование левого гемиторакса, прилегающее к диафрагме и нисходящей аорте. После купирования проявлений левосторонней пневмонии выполнена субтотальная торакоскопическая резекция бронхогенной кисты левого гемиторакса. По дан-

ным гистологического и гистохимического исследование выявлено, что иссеченное образование являлось миофибробластической опухолью желатинозной консистенции, за счет преобладания плазматического и сосудистого компонента образования. При иммуногистологическом исследовании подтвержден доброкачественный характер образования – десмин «+», SMA «+», ALK «-», CD34 «-», PCK AE1/AE3 «-»; заподозрен вирусиндуцированный генез новообразования EBV\LMP1 «+». Учитывая данные литературы о положительном эффекте НПВС в послеоперационном периоде ребенку было проведено 3 курса терапии ибупрофеном под прикрытием блокаторов протонной помпы.

Результаты: При ежегодном обследовании на протяжении двух лет у ребенка, по данным КТ и УЗИ, не выявлено признаков рецидива образования. По данным литературы рецидивы данных опухолей возможны в сроки до 10 лет, наблюдение за ребенком продолжено.

Заключение: возможность частичной резекции миофибробластических образований различных локализаций, даже при доброкачественном ИГХ профиле новообразования, требует дальнейшего исследования.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛИМФАНГИОМАМИ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Батаев С.М., Афаунов М.В., Игнатьев Р.О., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Богданов А.М., Молотов Р.С., Лудикова М.Ю., Олейникова Я.В., Смирнова С.Е.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; Департамент здравоохранения города Москвы, Детская Городская Клиническая Больница №9 им. Г.Н. Сперанского

Лимфангиомы – доброкачественные новообразования, относящиеся к дизэмбриоплазиям лимфатических сосудов.

Целью данного сообщения является демонстрация эффективности лапароскопической техники в хирургическом лечении детей с лимфангиомами редкой локализации.

Приводим два клинических наблюдения, сделанных в течение 2016 г.

Наблюдение 1. Больной 3 года, был госпитализирован в клинику с диагнозом «ОРВИ, абдоминальный болевой синдром». УЗИ брюшной полости: слева и сзади от мочевого пузыря визуализируется солидное образование неправильной формы 43x37x20 мм, имеющее перегородки, с тонкой капсулой, кровоток в нем не регистрируется. Цистография патологических изменений со стороны мочевого пузыря не выявила. Путем мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости и таза установлено, что выявленное образование может являться дермоидной кистой. На операции: в полости малого таза слева от мочевого пузыря, прилегая к его боковой и задней стенкам, имеется расположенное ретроперитонеально кистозное образование размерами 5,0x4,0x3,0 см с прозрачным жидкостным содержимым. Диагноз: паравезикальная лимфангиома. Произведено лапароскопическое удаление лимфангиомы, деэпителизация ложа опухоли достигнута при помощи спрей-коагуляции. Гистологическое исследование показало, что удаленная опухоль являлась лимфангиофибромой мочевого пузыря. На 5-е сутки после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Контрольная сонография через 6 месяцев не выявила признаков рецидива опухоли.

Наблюдение 2. Больная 4 года, была госпитализирована в клинику с подозрением на острый аппендицит. При УЗИ брюшной полости в области верхушки мочевого пузыря выявлено объемное анэхогенное образование неправильной формы, с ровными контурами, размером 53x48x52 мм, имеющее перегородки, с тонкой капсулой, кровоток в нем не регистрировался. При лапароскопической ревизии: в области ректо-сигмоидного отдела толстой кишки обнаружено многокамерное кистозное образование размерами 7,0x5,0x4,0 см с прозрачным жидкостным содержимым. Интраоперационный диагноз: лимфангиома брыжейки толстой кишки. Выполнено лапароскопическое удаление образования с деэпителизацией ложа плазменным потоком в режиме спрей-коагуляции. Гистологическое исследование препарата показало лимфангиому брыжейки сигмовидной кишки. Через 5 дней после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Контрольное УЗИ, проведенное через 3 месяца, признаков рецидива опухоли не выявило.

Таким образом, по нашему мнению, лапароскопические операции при висцеральных формах лимфангиом позволяют выполнять малотравматичные, радикальные вмешательства, что способствует улучшению результатов лечения данной категории больных.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Батаев Х.М., Беляева О.А., Беляева А.В., Игнатьев Р.О., Мусаев Г.Х., Поляев Ю.А., Розинов В.М.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России; «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского», ДЗМ; Клиника факультетской хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России; Российская детская клиническая больница Минздрава России.

Ключевые слова: кисты селезенки, навигационные вмешательства, чрескожное дренирование, эмболизация артерий, аргоноплазменная коагуляция.

Введение: Актуальность проблемы хирургического лечения детей с непаразитарными кистами селезенки (НКС) определяется отсутствием общепринятых тактических установок в части обоснования оптимальной технологии оперативного вмешательства.

Цель: Улучшение результатов лечения детей с НКС на основе совершенствования критериев дифференциальной диагностики и выбора технологии органосохраняющего оперативного вмешательства.

Материалы и методы: Представлены результаты различных видов органосохраняющего лечения у 49 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Объем патологических образований варьировал от 3,0 до 1000,0 мл, составляя в среднем 130 мл. Диагностика и обоснование тактики оперативного вмешательства основывались на клинических, лабораторных и инструментальных исследованиях – КТ, МСКТ, виртуальная трехмерная эхография.

У 27 пациентов (55,1%) выполнена одномоментная чрескожная пункция – дренирование патологического

образования с деэпителизацией 95° этиловым спиртом, в 16 (32,6%) наблюдениях проведены комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства – чрескожная пункция – дренирование с суперселективной артериальной эмболизацией сосудов, питающих стенку НКС. Комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства выполнялись последовательно в процессе единого анестезиологического пособия. В 2 (4,1%) случаях в связи с техническими сложностями мы ограничились пункцией и деэпителизацией полости кисты. Эндохирургические вмешательства, проведены 3 (6,2%) детям, – лапароскопическая деруфизация кисты с деэпителизацией высокотемпературной плазмой (система «PlasmaJet»). В одном случае (2,0%), при расположении кисты в труднодоступном для лапароскопических манипуляций сегменте, в течение одного анестезиологического пособия выполнена пункция кисты под УЗ-навигацией.

Результаты: При обследовании в анамнезе благоприятные результаты лечения констатированы у 43 (87,8%) пациентов. Осложнений комбинированных оперативных вмешательств не выявлено. После одномоментной

черескожной пункции – дренирования образования с деэпителизацией в 2 наблюдениях (4,1%) отмечено нагноение остаточной полости кисты, что повлекло за собой повторные хирургические вмешательства. При наблюдении в катамнезе в сроки от 1 мес. до 10 лет рецидивы НКС выявлены у 3 детей (6,2%). У одного ребенка (2,0%), которому была проведена пункция-деэпителизация полости кисты, лечение оказалось неэффективным.

Ограниченная длительность катамнеза в группе детей, пролеченных с использованием аргоноплазменной коагуляции, не позволяет сформулировать корректных выводов.

Выводы: При выборе тактики оперативного вмешательства следует основываться на результатах многофакторного анализа, включая размер, локализацию кисты и возраст пациента.

КОНВЕРСИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Белоцерковцева Л. Д., Коваленко Л. В., Присуха И. Н.

Сургутский клинический перинатальный центр, отделение неонатальной хирургии

В структуре смертности недоношенных детей важное место занимает некротизирующий энтероколит (НЭК). Значительного прорыва в лечении этой болезни добиться не удалось.

Материал и методы. Сравним результаты лечения 2 когорты недоношенных детей, схожих по антропометрическим и клиническим характеристикам за хронологические периоды – 2008–2012 гг ($n=24$) и 2013–2017 гг ($n=42$), отличающиеся по хирургической тактике.

Все заболевшие НЭК дети ($n=66$), от отягощенных беременностей, завершившихся на сроках гестации от 22 до 37 недель + 1 день, с массой тела от 600 до 3450 г, имели сопутствующую патологию, из которой наиболее часто диагностированы крайняя незрелость (32,5%), СДР (31,8%), ОАП (26,5%), сепсис (19,7%), ВЖК (18,8%); БЛД (15,1%).

Результаты. В 1 периоде (2008–2012 гг) к вмешательствам прибегали при перфорации полых органов или при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Во 2 периоде (2013–2017 гг) хирургическая тактика стала активнее: поражение кишечника до перфорации полого органа расценивается нами как показание для оперативного вмешательства.

В группе 1 периода в операции нуждались 87,5% ($n=21$) детей, из них перфорация кишечника произошла

у 52,38% ($n = 11$) больных, а в 47,61% ($n=10$) показания к операции выставлены при безуспешности консервативных мер. Лапароцентез выполнен в 28,57% ($n=6$) случаев. В 90,47% ($n=19$) выполнялась лапаротомия, резекция пораженного участка кишечника, энтеростомия или Т-образный анастомоз с энтеростомой. В 36,84% ($n=7$) случаев использовалась программированная реллапаротомия.

Во 2 периоде оперировано 64,28% ($n=27$), по факту развития перфорации – 22,22% ($n=6$) пациентов. Лапароцентез выполняли в 22,22% ($n=6$) случаях. Количество оперативных пособий, опережающих перфорацию кишечника, увеличилось до 77,7% ($n=21$). «Second look» использован в 3,7% ($n= 1$). Внедрение лапароскопии позволило не только диагностировать острый процесс в брюшной полости, что выполнено в 11,1% ($n=3$), но и у 3,7% ($n=1$) осуществлена видеоассистированная концевая илеостомия при НЭК [2].

Летальность в 1 группе составила 37,5% ($n =9$), во 2 группе – 16,66% ($n = 7$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В комплексе лечебных мер – своевременная активная и рациональная хирургия достигли снижения летальности во 2 группе пациентов более чем в 2 раза (с 37,5% до 16,66%).

ТРАВМА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ТАКТИКИ

Беляев М. К., Федоров К. К., Мочалов С. В., Беляев А. М.

Кафедра детской хирургии Новокузнецкий ГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РАМНПО Минздрава России, г.Новокузнецк

С 2001 по 2016 гг. в клинику детской хирургии поступили 56 больных с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов (16 девочек и 40 мальчиков). По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: падение с высоты – 30, прямой удар в живот – 10, падение с велосипеда – 7, автодорожная травма – 9.

У 32 больных вмешательство было ограничено аспирацией крови и дренированием, т.к. отсутствовали признаки продолжающегося кровотечения, несмотря на зна-

чительный гемоперитонеум (400–1000 мл) к моменту исследования. Этим пациентам проводилась противошоковая, гемостатическая терапия, с последующим УЗИ контролем. Выяснено, что полное заживление повреждения происходит в сроки от 3-х до 4-х недель.

В связи с большим объемом гемоперитонеума (более 1000 мл), оперированы были 19 пациентов, у 12 из них к моменту вмешательства так же наступил спонтанный гемостаз. Только в 7 случаях, при множественных

повреждениях селезенки, была выполнена вынужденная спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в сальник.

У 5 больных диагностика и лечение повреждений контролировалось только УЗИ.

Анализ собственного клинического опыта позволили нам пересмотреть свое отношение к абдоминальной травме и разработать новую тактику:

– оценка клинических и лабораторных признаков повреждений

паренхиматозных органов;

УЗИ, визуализация повреждений паренхиматозных органов, оценка наличия и величины гемоперитонеума;

при наличии небольшого количества жидкости (крови до 1000 мл) в свободной брюшной полости, удовлетворительных показателях гемодинамики – динамическое наблюдение, консервативная терапия, динамический УЗИ – контроль;

при наличии большого количества крови (более 1000 мл), клинических признаках внутрибрюшного кровотечения – выполнение диагностической лапароскопии;

при отсутствии продолжающегося кровотечения – аспирация крови, установка страховочного дренажа; в последующем интенсивная гемостатическая терапия, динамический УЗИ – контроль;

при наличии признаков продолжающегося кровотечения – оценка его степени, попытка эндоскопического гемостаза;

при отсутствии признаков удовлетворительного гемостаза – лапаротомия.

Такой подход по нашему мнению позволил значительно сократить число неоправданных оперативных вмешательств у пациентов с абдоминальной травмой.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ И ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Бикташев В. С., Салистый П. В., Саидгалин Г. З.

ДГКБ №9, Россия, Екатеринбург

Целью исследования было оценить тактику ведения детей с пограничными и глубокими ожогами за 16 лет.

На основе ретроспективных данных годовых отчетов (с 1999 по 2015 г) ожогового отделения детской городской клинической больницы №9 города Екатеринбурга, проведен анализ ведения неотложных больных с пограничными и глубокими ожогами (IIA–IIIB ст. по классификации МКБ 10).

За представленный период оценивалось количество больных с глубокими и пограничными поражениями. И доля оперативного лечения пограничных ожогов среди этой группы, а так же исходы раннего оперативного лечения.

За прошедшие годы отмечается снижение количества операций, так в 1999 г – 145, а с 2002г снизилось до 89 и в последующие годы не превышало этих цифр, так как в отделении принята тактика консервативного лечения пограничных ожогов, при относительно том же количестве неотложных больных (в среднем 190 человек). Снижение сроков лечения, отражается в уменьшении среднего койко-дня, с 30,5 в 1999 г. до 18 в 2015 г.

Также оценивалась инвалидизация больных. Данные показывают снижение инвалидизации по группе неотложных больных, как в количественном, так и в процентном соотношении (от 8,2% в 1999 г., до 0–1% в 2013–2015 г.)

Логичным исходом уменьшения доли оперативного лечения явилось увеличение количества плановых операций, но: рост плановых операций обусловлен увеличением количества дерматобразий – оперативных вмешательств для улучшения косметического вида рубцов. Отмечается уменьшение операций при контрактурах, стяжениях, деформациях. Так как в отделении принята тактика ранней реабилитации.

Из проведенного анализа можно сделать выводы, что дифференцированный подход к раннему хирургическому лечению, у больных с ожогами IIA и IIIB ст. (по классификации МКБ 10), привело не только к снижению инвалидизации операций в неотложном, но и к изменению структуры плановых операций.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САРКОМАМИ КОСТЕЙ В ННПЦ ДГОИ ИМ. Д. РОГАЧЕВА

Н. А. Большаков, А. Ю. Артемов, М. В. Тихонова, Рогожин Д. В., Ремезов А. Н. Н. С. Грачев

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Министерства здравоохранения России, Москва

Актуальность: функциональный результат после удаления опухолей костей образующих коленный сустав играет важную роль в социальной адаптации пациентов. Онкологическое эндопротезирование – наиболее широко распростра-

ненный метод. При его применении важное значение имеет предоперационное планирование, при котором определяется объем резекции, тип эндопротеза (растущий или не растущий), тип фиксации, методы мышечной реконструкции.

Цель: описание собственного опыта онкологического эндопротезирования при замещении пострезекционных дефектов костей образующих коленный сустав у пациентов детского и подросткового возраста.

Материалы и методы: с июня 2012 года по июнь 2017 года проведено 64 эндопротезирования коленного сустава. Из них: 40 эндопротезирований дистального отдела бедренной кости и коленного сустава, в том числе 17 «растущим» эндопротезом; 25 эндопротезирований проксимального отдела большеберцовой кости и коленного сустава, в том числе 11 «растущим» эндопротезом. С диагнозом остеосаркома 59 пациентов, 3 пациента с саркомой Юинга, 1 с эмбриональной рабдомиосаркомой, 1 с синовиальной саркомой и 1 с гиганто-клеточной опухолью. Средний возраст пациентов – 12,9 лет (6–17 лет).

Результаты и обсуждение: диапазон объема замещения составил от 120 до 315 мм. При выборе фиксации эндопротеза предпочтение отдавалось бесцементной. По результатам гистологического исследования края резекции проходили в пределах здоровых тканей. Общая

выживаемость по данным на июнь 2017–86% (+/- 8%), бессобытийная выживаемость – 51% (+/-14%).

Функциональный результат оценивался по шкале MSTs спустя 3 месяца. Средний показатель – 81% (50–93%). Классификация осложнений по Henderson: у 3,1% (2 пациента) – несостоятельность м/тканей; у 1,5% (1 пациент) – асептическая нестабильность; у 7,7% – повреждения эндопротеза (4) или перипротезный переом (1). В наших случаях это повреждения механизма раздвижки, которые не потребовали ревизии. У 6,1% (4) инфекционные осложнения; у 1,5% (1) – локальный рецидив.

Мы выполняли эндопротезирование с использованием стандартных модульных эндопротезов у девочек с 13,5 лет и у мальчиков с 14 лет. Детям более младшего возраста устанавливались «растущие» эндопротезы.

Заключение: онкологическое эндопротезирование у детей с опухолями расположенными в области коленного сустава – предпочтительный метод лечения, позволяющий достичь хороших онкологических и функциональных результатов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ М/БЕРЦОВОГО ЛОСКУТА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ Н/КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Большаков Н.А., Артемов А.Ю., Тихонова М.В., Рогожин Д.В., Ремезов А.Н., Рыбченко В.В., Александров А.В., Грачев Н.С.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Министерства здравоохранения России, Москва; Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста, Москва; Детская Городская Клиническая Больница №13 им. Н.В. Филатова, Москва

Актуальность: От замещения пострезекционного дефекта зависит функциональный результат у пациентов с опухолями костей. Сохранение и восстановление функции играет важную роль в социальной адаптации.

Одним из наиболее физиологичных методов при замещении диафизарных пострезекционных дефектов у пациентов детского возраста является использование малоберцовой кости на сосудистой ножке и остеосинтеза. Реконструкция может быть дополнена аллотрансплантатом. Аутооттрансплантат, со временем, консолидируется с рецепиентной зоной и гипертрофируется. Методика позволяет сохранить суставы, что способствует достижению хорошего функционального результата. Метод не влияет на сроки химиотерапии.

Цель: показать собственный опыт применения методики у пациентов детского возраста

Материалы и методы: С декабря 2013 года проведено 14 операций с использованием м/берцового лоскута. Из них 9 реконструкций дефектов диафиза б/берцовой кости местно перемещенным лоскутом м/берцовой кости и 5 реконструкций диафиза бедра перенесенным лоскутом с наложением анастомозов. В 10 случаях использовался аллотрансплантат. Края резекции во всех случаях проходили по здоровым тканям. После операции в течение 9–12 месяцев пациентам не разрешалась полная

нагрузка на ногу, использовалась иммобилизация. После первых признаков консолидации аутооттрансплантата разрешалась разработка движений в смежных суставах. Спустя 9–12 месяцев, при наличии рентгеновских признаков полной консолидации аутооттрансплантата, разрешался постепенный, в течение 2–3 месяцев, выход на полную осевую нагрузку.

Результаты: Функциональный результат оценивался при помощи шкалы MSTs спустя 1,5 года после операции. Средний показатель – 83%, что является хорошим результатом.

У 2 пациентов отмечались осложнения, потребовавшие повторных операций. У первого – некроз краев послеоперационной раны с развитием дефекта, в связи с чем выполнена пластика местно-перемещенным лоскутом медиальной головки икроножной мышцы. У второго спустя 2 года после операции, на фоне увеличения массы тела более чем на 50%, произошел перелом пластины. Выполнен реостеосинтез двумя пластинами с угловой стабильностью. Осложнения не повлияли на сроки химиотерапии.

Заключение: Использование м/берцового лоскута – перспективный метод лечения пациентов детского и подросткового возраста с опухолями диафизов длинных трубчатых костей. Позволяет достичь хороших функциональных и онкологических результатов.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

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

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Цель работы: определить в каком возрасте наиболее часто встречаются анатомические причины инвагинации и до какого возраста допустимо предпринимать попытку консервативной дезинвагинации.

Материалы и методы. В ДГБ №1 г. Санкт-Петербурга с 2000 по 2016 гг. находились на лечении 246 детей с инвагинацией в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. В возрасте до 1 года было 152 (62%) пациента, старше года 94 (38%).

Результаты. Консервативное лечение (пневмодезинвагинация) проведено у 189 (77%) детей, оперативное лечение у 57 (23%). Показаниями к оперативному лечению являлись: возраст ребенка старше 1 года, длительность заболевания более 12 часов, рецидив инвагинации (ранние сроки нашего исследования), клиническая картина кишечной непроходимости и неэффективность консервативной дезинвагинации. У большинства детей операция заключалась в дезинвагинации – 31 случай (55%), в 10 случаях (18%) во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината, резекция кишки потребовалась у 13 детей (22%), клиновидная резекция кишки выполнена у 3 (5%). Анатомические причины выявлены только лишь у 10 детей, в возрасте от 3 мес до 15 лет. Показаниями к операции

у этих детей являлись: клиническая картина кишечной непроходимости в 7 случаях и неэффективность консервативной дезинвагинации в 3. У всех детей на операции выявлена тонко-тонкая кишечная инвагинация, причиной которой являлись дивертикул Меккеля в 3 случаях, удвоение тонкой кишки в 1 случае, опухоли тонкой кишки в 5 и метастазы в тонкую кишку в 1 случае. Необратимых нарушений кровообращения в инвагинате выявлено не было. Резекция кишки выполнена в 7 случаях, клиновидная резекция кишки в 3. Дети у которых причиной инвагинации явились злокачественные опухоли тонкой кишки были в возрасте от 7 до 15 лет. Таким образом, у всех пациентов старше 7 лет были выявлены анатомические причины.

Выводы. Анатомические причины инвагинации встречаются крайне редко. Возраст старше 1 года не может являться единственным критерием выбора метода лечения, так как анатомические причины могут встречаться в любом возрасте. Тем не менее возраст ребенка необходимо учитывать, так как у всех детей старше 7 лет, по нашим данным, были выявлены анатомические причины. Следовательно у детей с инвагинацией старше 7 лет предпочтительнее отдать выбор хирургическому методу лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА

Вакуленко М. В., Щербинин А. В., Пошехонов А. С., Харагезов А. М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР, Донецк

Наиболее частыми причинами проведения обширных резекций кишечника являются врожденные пороки развития и приобретенные заболевания, которые проявляются нарушением проходимости пищеварительного канала. Наиболее частым осложнением после обширной резекции тонкой кишки может быть возникновение «синдрома короткой тонкой кишки».

Цель работы: оптимизация тактики диагностики и интерпретации клиничко – лабораторных нарушений у детей, перенесших резекцию различных отделов кишечника.

Были изучены результаты лечения 135 больных в возрасте от 2 до 18 лет, оперированных в клинике детской хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. У всех была выполнена по клиническим показаниям резекция различных отделов кишечника. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа – 45 детей, перенесшие резекцию тонкой кишки (тощей кишки или подвздошной кишки) менее 50% от общей ее длины; II группа – 30 детей, перенесшие обширную резекцию тощей или подвздошной кишки более 50%; III группа – 35 детей, перенесшие резекцию илеоцекального угла.

Клиничко-лабораторные аспекты изучались в динамике в сроки от 2 до 10 лет после операции. У всех детей изучались жалобы при поступлении (наличие и характер боли в животе, тошноты, явлений полифекалии и диареи), данные копроцитограммы, общего и биохимического анализов крови, электролитный состав крови, микробный пейзаж кала, показатели микроскопии солевого осадка мочи и результаты фиброгастроуденоскопии с рН-метрией и уреазным тестом.

Резекция тощей кишки обычно переносится удовлетворительно, при условии сохранения подвздошной кишки и илеоцекального клапана. Несмотря на то, что большинство пищевых веществ всасываются именно в тощей кишке, диарея и метаболические нарушения при данном типе операции не столь выражены. В этих случаях компенсаторные функции берет на себя сохраненная подвздошная кишка. Однако при таком оперативном пособии имеет место нарушение нормального процесса пищеварения ввиду наличия ферментативной недостаточности.

При обширной резекции подвздошной кишки резко нарушается всасывание жидкости, секреторируемой тон-

кой кишкой, и развивается тяжелая секреторная диарея, которая может усугубляться наличием солей желчных кислот в просвете кишки. При отсутствии дистального отдела подвздошной кишки не происходит всасывание желчных кислот и витамина В12.

Потеря баугиниевой заслонки приводит к возникновению восходящего обсеменения бактериальной флорой тонкой кишки. Кишечный дисбиоз может усугубить мальабсорбцию пищевых ингредиентов и кобаламина.

Выводы. 1. У детей, перенесших резекцию более 50% кишечника, развивается синдром «короткой кишки».

2. У детей, перенесших резекцию тонкой кишки объемом до 50% см с сохранением баугиниевой заслонки, на протяжении двух лет происходит адаптация процессов пищеварения и всасывания.

3. Характер клинических проявлений СКК зависит от уровня и объема резекции кишечника и адаптационных возможностей организма ребенка.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Валиулов И. М., Антонов Д. В.

ГБУЗ ПК «Краевая детская клиническая больница», Россия, Пермь

Цель: оценить безопасность, эффективность и результаты эндоскопической баллонной дилатации (ЭБД) у детей с послеоперационными стенозами пищевода.

Материалы и методы: с января 2006 года по январь 2016 года находилось на лечение 61 ребенок с послеоперационными стенозами пищевода, которым выполнялась эндоскопическая баллонная дилатация. Из них 53 со стенозами эзофагоэзофагоанастомоза после коррекции атрезии пищевода; 6 – со стенозами эзофагогастроанастомоза, 2 – со стенозами эзофагоколоанастомоза. По возрасту пациенты от 1 мес. до 7 лет. Показанием для эндоскопической баллонной дилатации являлась дисфагия различной степени. ЭБД выполнялась под общим эндотрахеальным наркозом. В работе использовали баллоны различных диаметров от 6 до 15 мм (в зависимости от возраста). Баллон устанавливали в зоне стеноза анастомоза, дилатация проводилась под эндоскопическим контролем. Повторные сеансы проводились че-

рез 2–3 дня. Поддерживающие курсы повторяли через 1–3 мес., в зависимости от выраженности дисфагии.

Результаты: в общей сложности проведено 291 ЭБД. В среднем одному пациенту потребовалась 4,7 дилатации (диапазон от 1 до 10), а количество курсов 2,3 (диапазон 1–6). Лечение было эффективным у 58 детей (95%). Средняя продолжительность лечения составила от 1 до 18 мес. Во время выполнения процедуры произошло 2 перфорации (3,3%), у одного ребенка развилась клиника пневмомедиастинума и пневмоторакса, пациент оперирован, выполнена гастроэзофагопластика. Второму проводилась консервативная терапия. Двое детей оперированы в связи с неэффективностью лечения на протяжении более 18 мес. Одному выполнена гастроэзофагопластика, другому колоэзофагопластика. Летальных исходов не было.

Выводы: эндоскопическая баллонная дилатация может быть выполнена безопасно и эффективно в разных возрастных группах с низким процентом осложнений.

ОПЫТ ТРАНСУМБИКАЛЬНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЕКТОМИЙ У ДЕТЕЙ

Вилесов А. В., Соколов Ю. Ю., Донской Д. В., Шувалов М. Э., Акопян М. К.

Кафедра детской хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО, ГБУЗ «ДГКБ святого Владимира ДЗМ», г. Москва

Цель: определить возможности выполнения лапароскопических трансумбиликальных операций у детей при остром аппендиците.

Материалы и методы: С 2009 года лапароскопическим трансумбиликальным доступом оперировано 840 детей в возрасте от 3 лет до 17 лет с острым аппендицитом. Противопоказаниями к трансумбиликальным вмешательствам являлись разлитой перитонит и выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

Троакары вводили в параумбиликальной области по кожной складке. Использовали стандартный набор инструментов, включая оптику прямого видения 0° диаметром 10 мм с инструментальным каналом 6 мм фирмы «Karl Storz» (Германия). Ход операции соответствовал стандартным лапароскопическим вмешательствам.

Результаты: конверсий и интраоперационных осложнений не было. Среднее время операций сопоставимо со временем традиционных лапароскопических вмешательств и составляет 15–25 мин. В послеоперационном периоде у 6 (0,7%) детей отмечен инфильтрат брюшной полости. Детям после операции не требовалось обезболивание наркотическими анальгетиками. Минимальная операционная травма способствовала быстрому восстановлению физической активности. Локализация послеоперационных рубцов в параумбиликальной области привела к улучшению косметического результата.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности трансумбиликального лапароскопического доступа.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Васильев О. В., Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Рыбиков К. И.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского. г. Симферополь; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель: Выявление факторов риска по нарушению остеорепарации у детей с переломами костей конечностей для определения основных патогенетически обоснованных способов лечения и реабилитации.

Материал и методы. Нами проведено обследование 1704 детей с переломами костей верхних и нижних конечностей за период с 2011–2016 гг. Из них мальчиков было 1179 человек, девочек 525 человек. При изучении возрастного аспекта 88% детей входили в возрастной диапазон с 8 до 16 лет. С переломами костей верхних конечностей находилось 906 (53%) детей, нижних конечностей – 798 (47%). Проведено анкетирование родителей с целью выявления факторов риска по нарушению остеорепарации, проанализированы данные лабораторных и инструментальных методов обследования. Нами исследовано 112 (6,5%) детей с нарушениями репаративного остеогенеза. Среди них с замедленной консолидацией 100 (5,8%) человек, 12 (0,7%) пациентов посттравматических псевдоартрозов. У 96 больных (81%) с переломами костей верхних и нижних конечностей выявлены факторы риска возникновения остеопенического состояния.

Результаты. 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 консервативному физиотерапевтическому 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.

Разработанные способы хирургической коррекции псевдоартрозов, включающие накостный остеосинтез с ауто- или аллотрансплантатом приводят к восстановлению анатомической целостности и функциональной пригодности конечности. Выбор того или иного метода лечения зависит от величины диафизарного дефекта.

Выводы. У всех пациентов с нарушением репаративного остеогенеза нами отмечено сочетание как минимум трех факторов риска. Наличие в анамнезе сочетания факторов риска по нарушению консолидации может быть основанием к назначению комплекса мероприятий, направленных на стимуляцию процессов репаративного остеогенеза, что позволит избежать формирования замедленной консолидации переломов и псевдоартрозов. Таким пациентам с остеопеническим синдромом показано оперативное лечение с комплексным медикаментозным и физиотерапевтическим лечением.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Виноградова Т. А., Румянцева Г. Н., Сергеев С. П., Галахова Д. Г.

Тверской государственный медицинский университет

Цель работы: с учетом эпидемиологии ожоговой травмы оценить эффективность специализированного лечения ожоговой травмы у детей в условиях многопрофильной больницы.

Материалы и методы: нами проведен анализ лечения 1198 пациентов с термической травмой в возрасте от 1 суток до 18 лет за период 2011 по 2015 г. в отделении гнойной хирургии многопрофильной детской клинической больницы, где им оказана специализированная медицинская помощь. Из них 469 девочки и 729 мальчиков. Возрастной состав: до года-18,2% (218), от 1 до 3 лет-58,6% (703), 4–6 лет-10,4% (124), старше 7 лет-12,8% (153). Преобладали дети с площадью поражения до 10% поверхности тела-87,5%, до 19% поражения-8,9%, до 29% поражения-2,3%, свыше 30% поражения кожных покровов-1,3%. Самостоятельно полное восстановление кожного покрова наступило в 93,7% случаев, 75 пациентам потребовалось проведение аутодермопластики. По тяже-

сти состояния 51 пострадавший находился в отделении реанимации. В лечебно-диагностических целях у 4 пациентов проведена фиброгастродуоденоскопия, у 3- бронхоскопия. 5 пациентам выполнялись сеансы высокочастотной гемофильтрации. Всем пациентам с ожоговой травмой выполняются лабораторные методы исследования крови, мочи, посевы с раневых поверхностей, по показаниям Rg-графия органов грудной клетки. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 14,8 дней, летальных исходов за этот период не было. Послеожоговые рубцовые деформации в силу анатомо-физиологических особенностей детей, выявляются в различные сроки после травмы. Из 1198 пролеченных с ожогами детей, 206 (17,1%) проведено реабилитационное лечение стационарно (курсы физиотерапии, лечебной гимнастики, лечебного массажа), у 10 проведено иссечение рубцовой ткани с пластикой перемещенным лоскутом. В 75% случаев потребовалось вмешательство

ортопедов-травматологов для устранения рубцовых контрактур крупных суставов и суставов кисти. По завершению стационарного лечения, пациенты выписываются под наблюдение детского хирурга и педиатра поликлиники по месту жительства, при этом крайне важна преемственность в работе, контроль выполнения рекомендаций. Важным компонентом является и обучение родственников детей, так как от осведомленности

их о последствиях травмы, готовности тщательно выполнять предписания врачей, так же зависят результаты.

Выводы: Участие на всех этапах лечения врачей смежных дисциплин позволяет решать сложные проблемы лечения ожогов, предотвратить тяжелые осложнения, использовать существующие возможности реабилитации пациентов и выполнения сложных реконструктивных операций.

ДРАМАТИЗМ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Винокурова Н.В., Цап Н.А.

Уральский государственный медицинский университет

Цель: анализ первичного этапа формирования группы пациентов Свердловской области для включения в российский регистр детей с синдромом короткой кишки.

Материалы и методы. В данном исследовании за 12-летний период определен критерий включения: обширные резекции только толстой или толстой и терминального отдела подвздошной кишки в плановом порядке, что было выполнено 23 детям с врожденным пороком этих отделов кишечника. Возрастной интервал от 1 месяца до 4 лет, средний возраст 18 ± 3 месяца. Данные аномалии чаще встречаются у мальчиков (78%). Показания к резекции кишки определены по результатам комплексной диагностики: клиническое течение порока, данных лучевых и эндоскопических методов визуализации кишечника. Фундаментальный компонент исследования нацелен на поиск особенностей морфофункциональных изменений толстой кишки, свидетельствующих о висцеральной нейропатии и миопатии (нейромышечная дисплазия толстой и тонкой кишки).

Результаты и обсуждение. На ирриграммах толстая кишка выглядит дилатированной с отсутствием гаустр или представлена «шнуровидным» образованием с резко суженным просветом. Рентген-фазу опорожнения кишки от контрастной взвеси оценить не представляется возможным. Субтотальная резекция толстой кишки выполнена 8 (38,9%) детям, тотальная резекция – 15 (61,1%) больным, в т. ч. 3 детей с резекцией терминального отдела

подвздошной кишки. Развитие синдрома короткой кишки, проявляющимся частым стулом, отмечается у всех детей с тотальной формой и поражением подвздошной кишки. Тяжелое течение послеоперационного периода отмечено у 5 (21,7%) детей, у которых развился синдром мальдигестии на фоне энтероколита, ассоциированного с интестинальной нейромышечной дисплазией. Тяжесть состояния определялась функциональной несостоятельностью тонкой кишки, нарушением функций всасывания и моторно-эвакуаторной. Потребовалось проведение длительных курсов консервативной терапии, сочетания парентерального и энтерального питания, соблюдение строжайшей диеты. В периоды восстановления энтерального питания сохранялась дилатация петель тонкой кишки, их замедленная перистальтика, из кишечника эвакуировалось большое количество зловонного жидкого стула. Стабилизация состояния ребенка носила кратковременный характер.

Таким образом, в регистр детей с синдромом короткой кишки должны быть отнесены все дети после тотальной колэктомии, среди которых течение кишечной недостаточности у 1/3 пациентов отличается особой тяжестью и торпидностью к лечению. Сформирован междисциплинарный лечебно – диагностический подход в организации помощи данному контингенту детей, который диктует взаимодействие хирурга, реаниматолога, гастроэнтеролога, нутрициолога, психолога, реабилитолога и других специалистов.

ОПЕРАТИВНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ С ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА.

Володько Е.А., Мираков К.К., Аникиев А.В., Буркин А.Г., Окулов А.Б.

Российская медицинская Академия непрерывного последиplomного образования, г. Москва; Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, г. Москва

Коррекция пороков развития мочепускающего канала, наружных половых органов является трудным разделом реконструктивно-пластической детской хирургии. Рост заболеваемости мочеполовой системы обуславливает увеличение количества оперативных

вмешательств. Последние имеют 20–40% неудовлетворительных результатов, которые могут проявляться не сразу, а по достижении пациентами репродуктивного возраста и социальной активности. Важное значение для достижения оптимальных результатов лечения этих

больных имеет выбор рациональной хирургической тактики, адекватной профилактики послеоперационных осложнений и современной мультидисциплинарной схемы медицинской реабилитации. Цель исследования – улучшение результатов лечения проксимальной гипоспадии у детей с вариантами НФП путем разработки эффективных способов уретропластики и медико-социальной реабилитации. С помощью оригинальных методик с 1999 по 2016 год выполнена коррекция проксимальной гипоспадии у 694 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 11 лет с вариантами НФП (5-альфа-2-редуктазная недостаточность 46, ХУ – 60%, смешанная дисгенезия яичек 46, ХУ/45, Х – 26%, парциальная дисгенезия гонад – 8%, синдром парциальной нечувствительности к андрогенам – 6%). Хирургическую коррекцию гипоспадии выполняли после уточнения варианта НФП. При выявлении дериватов мюллерова протока, стрека, дисгенетичных гонад первоначально проводили диагностически-санационную лапароскопию. Разработан оригинальный способ расправления кавернозных тел с использованием трапециевидных лоскутов кожи, обеспечивающий широкий доступ к кавернозным телам,

что позволяет бережно освободить их от эмбриональных спаек, переместить ткани с дорсальной поверхности полового члена на вентральную, создавая при этом большой запас мобильной кожи для последующей уретропластики. Внедрён рациональный способ формирования неоуретры у детей с НФП и проксимальной гипоспадией посредством уретропластики из ранее заготовленной кожи крайней плоти. Разработан прецизионный шов неоуретры, позволяющий надежно адаптировать слои формируемой артифициальной уретры, сохраняя их герметичность, целостность, что уменьшает количество осложнений. Представленные оперативно-технические приемы позволяют отказаться от традиционных везикальных методов отведения мочи и приблизить акт мочеиспускания к физиологическому, предупредить ишемию, инфицирование тканей и возникновение свищей, стриктур и психосоматических расстройств. Эти оригинальные оперативно-технические приёмы уретропластики позволяют снизить количество осложнений в четыре раза (с 27% до 6%) что способствует высокоэффективной психосексуальной адаптации пациентов, улучшая при этом качество их дальнейшей жизни.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С СОЛИТАРНЫМИ КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК

Врублевская Е. Н., Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Галкина Я. А., Вавилова Е. А., Лазишвили М. Н., Демина А. М., Врублевский А. С., Кулаев А. В., Корочкин М. В., Иманалиева А. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Цель: установление дифференциально-диагностических критериев и обоснование методов хирургической коррекции. Метод основан на соблюдении четкого алгоритма диагностических исследований и выборе рационального хирургического доступа к кистозному образованию почки. За период с 2011 по 2017 год в отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ находилось на обследовании и лечении 64 детей с солитарными кистозными образованиями. Возраст пациентов колебался от 4 месяцев до 17 лет. В обязательном порядке всем детям с кистозными образованиями выполнялась мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием. В дальнейшем тактика лечения зависела от размера, локализации образования, наличия клинических проявлений, тенденции к прогрессирующему росту за период динамического наблюдения в течение 3 месяцев, сообщения с коллекторной системой почки, изменений гемодинамики в окружающей паренхиме. При опережающем росте кистозного образования проводилось исследование опухолевых маркеров. При интапаренхиматозном расположении солитарных кист диаметром более 3 см и при прогрессирующем росте кистозного образования проводилось пункционное лечение с дренированием и этапным склерозированием и обязательным определением характера содержимого. Данная оперативная методика выполнена 30 (46,87%) детям. Надо отметить, что в 3 случаях мы

столкнулись со стремительным увеличением полостного образования почки за период от 3 до 8 месяцев. Во всех случаях кисты располагались интапаренхиматозно и парапеллвикально. Лапароскопическая кистэктомия выполнена в 24 (37,5%) случаях при парапеллвикальном (7), кортикальном (17) расположении кистозной полости по медиальной поверхности почки, окруженной со всех сторон интапаренхиматозными сосудами, визуализируемыми при УЗ исследовании и МСКТ, в связи с опасностью их повреждения во время пункционного лечения. Данная методика доступа с фенестрацией кистозной полости и прошиванием шейки чашечки использована у 4 пациентов с дивертикулами чашечки, локализованных в верхнем полюсе почки. В одном случае, чашечковый дивертикул был удален с применением люмботомического доступа, так как во время лапароскопической фенестрации дивертикула, ранее пролеченного по методике пункционного лечения со склерозированием препаратом этоксисклерол в одном из медицинских стационаров, мы столкнулись с массивным кровотечением из-за эрозии сосудистых стенок интапаренхиматозных сосудов почки на значительной площади. Ретроперитонеоскопическая фенестрация кистозных полостей выполнена нами у 6 пациентов. Таким образом, диагностика кистозных образований почки является трудной задачей, требующей комплексного подхода в тактике лечения.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Врублевский С. Г., Поддубный И. В., Врублевская Е. Н., Шмыров О. С., Кирсанов А. С., Рехвишвили М. Г., Лазишвили М. Н., Демина А. М., Вавилова Е. А.

ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ, Россия, Москва

Цель: продемонстрировать собственный опыт лапароскопической резекции уrogenитального синуса (УГС) гигантских размеров у новорожденного мальчика.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился доношенный мальчик, первых часов жизни, с врожденной аномалией развития органов мочеполовой системы, с нарушением оттока мочи, без признаков азотемии. Антенатально на 24 неделе гестации по данным УЗИ у ребенка выявлено объемное образование в брюшной полости. При поступлении в стационар у пациента пальпировалось образование брюшной полости больших размеров. Наружные половые органы сформированы по-мужскому типу, признаки крипторхизма слева. В ходе ультразвукового, рентгено-урологического, лабораторного и генетического обследования заподозрен УГС в виде жидкостной полости, позади мочевого пузыря, размером до 100 мл, а также признаки мегауретера и интраабдоминальной формы крипторхизма слева. При проведении цистоуретероскопии выше неизмененного семенного бугорка определялся дополнительный вход, в который установлена система дренирования, объемное образование опорожнилось. Кариотип ребенка (46 XY) и гормональный фон соответствовали мужскому полу. Мальчику про-

ведена эндоскопическая резекция УГС. После наложения карбоксиперитонеума установлено три 3-мм троакара. Выявлено образование, расположенное забрюшинно, кзади от мочевого пузыря. Слева у глубокого пахового кольца визуализировано яичко с придатком типичной формы и семявыносящий проток, интимно спаянный с патологической полостью. Мочеточник слева в дистальном отделе дилатирован до 1 см. С помощью монополярной коагуляции образование отделено от мочевого пузыря, мочеточника и подвздошных сосудов. Вскрыта полость с толщиной стенки до 0,5 см, высланная изнутри слизистой. Образование резецировано с помощью коагулятора до места впадения в уретру на уровне семенного бугорка. Дефект уретры ушит. В мочевой пузырь установлен уретральный катетер, в малый таз слева – страховочный дренаж. Образование удалено через дополнительный разрез под пупком. Гистологически подтвержден персистирующий УГС. Послеоперационный период протекал гладко – на 8 сутки после операции мальчик выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Лапароскопическая методика удаления УГС у новорожденного оказалась высоко эффективной и малотравматичной.

РОЛЬ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Врублевский С. Г., Иманалиева А. А., Врублевская Е. Н., Шмыров О. С., Манжос П. И., Лазишвили М. Н., Корочкин М. В., Врублевский А. С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва; Российский университет дружбы народов, Россия, Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, Россия, Москва

Цель: определить роль и возможности ретроперитонеоскопических операций в лечении детей с различными заболеваниями верхних мочевых путей.

Материал и методы: в МДГКБ с 2008 по 2016 гг. эндовидеохирургическим ретроперитонеальным доступом оперированы 33 пациента с различными заболеваниями верхних мочевых путей в возрасте от 9 мес. до 18 лет (средний возраст 7,6 лет). По нозологическим формам больные распределились следующим образом: гидронефроз – 7; солитарная киста почки – 14; мочекаменная болезнь, конкремент средней трети мочеточника – 5; нефункционирующая почка, обусловленная рефлюкс-нефропатией – 7. Соответственно указанным формам пациентам выполнялись следующие ретроперитонеоскопические вмешательства: пиелопластики – 7,

резекции кист почек – 14, уретеролитотомии – 5, нефруретерэктомии – 7. У 2-х пациентов в анамнезе был установлен вентрикуло-перитонеальный шунт по поводу врожденной гидроцефалии.

Результаты: средняя продолжительность хирургических вмешательств ретроперитонеоскопическим доступом составила 125,6 мин (45-220). Во всех наблюдениях эндовидеохирургические операции сопровождались минимальной кровопотерей. Интраоперационных осложнений, а также случаев конверсии, не было. В послеоперационном периоде отмечена ранняя активизация пациентов в среднем на 2,4 сут. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ретроперитонеоскопических операций составила 5,9 дня. Послеоперационных осложнений не выявлено. При динамическом наблюде-

нии у всех пациентов с гидронефрозом, перенесших пиелопластику ретроперитонеоскопическим доступом, отмечалась положительная динамика по данным УЗИ в виде сокращения коллекторной системы почки, улучшения показателей внутривенного кровотока, прироста паренхимы. При анализе результатов лечения детей с солитарными кистами почек случаев рецидива кисты и необходимости повторных вмешательств не обнаружили.

Выводы: высокая эффективность ретроперитонеоскопических операций обосновывает целесообразность

их более широкого использования у детей с различными заболеваниями верхних мочевых путей. Абсолютными показаниями к ретроперитонеоскопическим операциям при заболеваниях верхних мочевых путей у детей являются: наличие в анамнезе неоднократных оперативных вмешательств на органах брюшной полости; носительство вентрикуло-перитонеального шунта; дорсально-ориентированная лоханка почки у пациентов с гидронефрозом; солитарная киста почки, расположенная по заднелатеральной поверхности.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

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

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Россия, Москва

Введение. В настоящее время при абдоминальной форме крипторхизма во всем мире проводятся оперативные вмешательства по нескольким методикам, результаты которых не в полной мере удовлетворяют хирургов. Так вероятность развития атрофии яичка, низведенного по двухэтапной методике Фовлера – Стефенса варьируется от 17 до 37%. Высокая вероятность атрофии яичка вынудила нас провести анализ мировой литературы с целью определения алгоритма ведения пациентов, позволяющего проводить одноэтапную операцию.

Цель исследования. Определение эффективности применения ХГЧ в качестве предоперационной подготовки перед низведением яичка у детей, страдающих абдоминальным крипторхизмом.

Материалы и методы. В отделении урологии-андрологии МДГКБ с 2012 по 2016 гг находилось под наблюдением и на стационарном лечении 235 мальчиков в возрасте от 6 мес. до 2 лет с крипторхизмом. В 81% случаев выявлена паховая форма крипторхизма, в 19% (у 44-х пациентов) – абдоминальная.

Всем детям, поступившим с предварительным диагнозом синдром непальпируемого яичка выполнялась диагностическая лапароскопия. При обнаружении яичка в брюшной полости пациентам назначалась предоперационная подготовка хореоническим гонадотропином по разработанной схеме. По окончании курса было отмечено самостоятельное стойкое опущение яичка

в паховый канал в 4-х случаях (9%), терапия признана эффективной в 38 случаях (79%), у 5-ти пациентов эффекта от предоперационной подготовки не отмечено. Соответственно 4-м детям была выполнена орхопексия по Шемакеру-Петривальскому, 38-ти детям – одноэтапная лапароскопическая орхопексия, 5-ти пациентам мы вынуждены были провести двухэтапную операцию Стефенса Фовлера. В послеоперационном периоде всем детям каждые 6 месяцев проводилось УЗИ яичек с доплерографией, т. о. отслеживалась динамика роста яичка и изменения его кровообращения.

Результаты. Применение ХГЧ в предоперационной подготовке позволило одноэтапно низвести яички из брюшной полости в мошонку у 90% детей при сохранении удовлетворительного кровотока и прогрессивного роста гонад. Недостатки двухэтапной методики Фовлера-Стефанса отражаются на результатах лечения: в исследовании отмечена высокая вероятность атрофии яичка (38%). Таким образом, мы можем констатировать удовлетворительный результат лечения при использовании гормональной терапии у 89% больных.

Выводы. Применение гормональной терапии в качестве предоперационной подготовки в большинстве случаев позволяет избежать проведения двухэтапной операции Фовлера-Стефанса, сохранить основной сосудистый пучок и повысить вероятность нормального развития гонады.

ЭНДОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Врублевская Е. Н., Лазишвили М. Н., Кулаев А. В., Врублевский А. С., Галкина Я. А., Вавилова Е. А., Демина А. М.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Россия, Москва; ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра детской хирургии, Россия, Москва

Введение. Врожденные дивертикулы мочевого пузыря, возникновение которых не связано с клапаном задней уретры или нейрогенной дисфункцией мочево-

го пузыря являются необычной, но не редкой ситуацией у детей. Врожденный дивертикул мочевого пузыря часто бывает причиной инфекции мочевыводящих

путей, гематурии, а также дизурических расстройств. В подобных случаях возникает необходимость его удаления.

Цель исследования. Мы приводим собственный опыт дивертикулоэктомии при симптоматическом врожденном дивертикуле мочевого пузыря у детей с применением пневмовезикоскопического доступа.

Материалы и методы. В отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ в период с 2012 по 2017 год проведено эндовезикоскопическое удаление дивертикула мочевого пузыря у 3 мальчиков и 2 девочек в возрасте от 3 до 9 лет. Hutch дивертикул был диагностирован у 2 пациентов и сочетался с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. В остальных случаях дивертикулы располагались на задне-боковой стенке мочевого пузыря и у одного ребенка имелось двухстороннее поражение. Обследование включало в себя ультразвуковое исследование, микционную цистографию и экскреторную урографию.

Для выполнения пневмовезикоскопического вмешательства использовалось три троакара. Давление CO_2 в мочевом пузыре поддерживалось на уровне 8–10 мм рт.ст.

При наличии Hutch дивертикула производилось его иссечение с реимплантацией мочеточника, в одном случае по методике Коэна и в одном по методике Гленна-Андерсона.

Длительность катамнестического наблюдения составила от 3 месяцев до 5 лет.

Результаты. Среднее время операции составило 100 минут. Конверсий не было. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. В одном случае после уретеронеоцистоимплантации по методике Гленна-Андерсона получен рецидив пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Заключение. По нашему мнению пневмовезикоскопическая дивертикулоэктомия может рассматриваться как альтернатива открытым или лапароскопическим вмешательствам.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Врублевская Е. Н., Лазишвили М. Н., Кулаев А. В., Врублевский А. С., Галкина Я. А., Вавилова Е. А., Демина А. М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия, Москва

Введение. Пороки развития мочевыводящих путей одни из наиболее распространенных среди эмбрио и фетопатий. В последние годы отмечается тенденция к расширению показаний к лапароскопическим операциям в детской урологии.

Цель исследования. Изучить результаты эндовидеохирургического лечения пороков развития верхних мочевых путей

Материалы и методы. В отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ в период с 2011 по 2017 год проведены хирургические вмешательства с использованием лапароскопических технологий у 432 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет.

Лапароскопическая пиелопластика по поводу гидронефроза осуществлена у 352 детей, ретроперитонеоскопическая пиелопластика у 5 детей.

Лапароскопическая поперечная уретеронеоцистоимплантация выполнена у 29 детей, лапароскопическая операция по методике Lich-Gregoir – у 7, пневмовезикоскопическая реимплантация мочеточника – у 27 пациентов.

При пороках развития верхних мочевых путей сочетающихся с удвоением было выполнено лапароскопическое наложение межмочеточникового анастомоза – у 5 детей.

У 7 детей с гидронефрозом нижнего сегмента удвоенной почки лапароскопическая пиелопластика по мето-

дике Hynes-Anderson выполнена в 5 случаях, наложение анастомоза между лоханкой нижнего сегмента и мочеточником верхнего сегмента в 1 случае, межлоханочный анастомоз с формированием пиелоуретерального соустья в 1 случае.

Длительность катамнестического наблюдения составила от 3 месяцев до 5 лет.

Результаты. Было 3 конверсии. В 5 случаях отмечен рецидив гидронефроза. Несостоятельность швов пиело-уретерального анастомоза с развитием мочевого затека отмечена у 2-х детей. Перфорация мочеточника была выявлена в первые послеоперационные сутки после операции Lich-Gregoir одномоментно с двух сторон – у 1 пациента, обструкция мочеточника – у 1 ребенка, потребовавшая лапароскопической ревизии и снятия одного шва с детрузора. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс после эндовидеохирургических уретеронеоцистоимплантаций был диагностирован в 3 случаях. Общая эффективность хирургических вмешательств составила 97%.

Заключение. При выборе способа хирургической коррекции необходимо учитывать характер аномалии и анатомические особенности порока. В настоящее время большой процент пороков мочевыводящих путей может быть коррегирован с использованием малоинвазивных технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

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

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва; Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия, Москва

Введение. Лапароскопическая пиелопластика впервые была предложена в 1993 году. Методика обладает эффективностью открытых вмешательств при минимальной травматичности, пресущей эндохирургическим вмешательствам.

За короткий промежуток времени частота ее использования стремительно возросла как в зарубежных, так и в отечественных клиниках. С ростом числа проведенных операций и накоплением опыта, очевидно, необходима систематизация результатов и проведение глубокого анализа полученных осложнений.

Цель исследования. Определение эффективности лапароскопических операций и анализ полученных осложнений при гидронефрозе у детей на основании данных обследования в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В отделении урологии-андрологии и плановой хирургии МДГКБ с ноября 2011 по сентябрь 2016 выполнено 307 лапароскопических пиелопластик, с использованием различных вариантов послеоперационного дренирования. Операции в МДГКБ выполнялись как с ретроградным стентированием (на начальном периоде освоения методики), так и с антеградной установкой стента внутреннего дренирования после формирования одной из полуокружностей анастомоза. В случае невозможности проведения стента во время оперативного вмешательства, производилось наложение пиелоретостомы.

Результаты. Период послеоперационного наблюдения составил в среднем 24 мес. (от 6 мес. до 60 мес.).

В раннем послеоперационном периоде атаки пиелонефрита зафиксированы у 11 (6.1%) пациентов.

Положительный результат в отдаленном послеоперационном периоде в виде сокращения чашечно-лоханочной системы и отсутствия рецидивов обструктивного процесса в пиелоретеральном сегменте достигнуто у 299 пациентов (97.7%).

Осложнения, обусловленные технологией внутрипросветного дренирования или дислокацией дренирующих систем отмечены у 4-х детей (1.3%).

Конверсия производилась в 1 случае (0.3%), других интраоперационных осложнений, связанных с доступом или кровотечением не отмечено.

Макрогематурия в послеоперационном периоде продолжалась в среднем 1.8 суток (от 1 до 7 суток) и в 6-ти случаях (1.9%) потребовалось переливание свежзамороженной плазмы крови.

Ранние послеоперационные осложнения, связанные с несостоятельностью интракорпорального шва отмечены у 3 пациентов (0.9%). В одном случае потребовалась повторная лапароскопическая операция и ушивание дефекта анастомоза.

Выводы. Наш опыт и полученные результаты эндохирургических вмешательств у детей с гидронефрозом подтверждают высочайшую эффективность методики в совокупности с ее малотравматичностью и низкой вероятностью осложнений. В результате накопления опыта длительность оперативного вмешательства прогрессивно уменьшается и приближается к продолжительности открытой пиелопластики.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА

Врублевский С. Г., Врублевская Е. Н., Галкина Я. А., Шмыров О. С., Лазишвили М. Н., Вавилова Е. А., Чупрова Е. В., Демина А. М., Врублевский А. С., Кулаев А. В., Корочкин М. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Цель: установление дифференциально-диагностических критериев и обоснование методов хирургической коррекции у детей с деструктивными формами пиелонефрита.

Метод основан на соблюдении четкого алгоритма диагностических исследований и выборе рационального способа лечения пациентов с деструктивным пиелонефритом.

В основу нашего исследования включен анализ результатов лечения 31 ребенка с острым гнойным пиелонефритом в возрасте от 1 месяца до 17 лет, находившихся в отделениях Морозовской детской городской клинической больницы ДЗ г. Москвы за период с 2013 по 2015 годы.

В нашем исследовании двухстороннее поражение почек отмечено у 17 пациентов, большую часть составили дети с нарушением структуры коллекторной системы почек и наличием мелких апостем в подкапсульном отделе – 14 (60,8%) детей. Из них мальчиков – 9 (64,3%), девочек было 5 (35,7%).

Все дети, включенные в исследование, разделены на две группы в зависимости от методов лечения: консервативного и хирургического лечения.

В исследуемую группу вошли 11 пациентов в возрасте от 2 до 13 лет с солитарными воспалительными образованиями почки размером от 1,5 до 4 см в диаметре. С целью дифференциальной диагностики и обоснования

тактики хирургического лечения выполнялась МСКТ с болюсным контрастированием.

В 6 (19,35%) случаях у пациентов в возрасте до 1 года при тяжелых двухсторонних поражениях почек на фоне воспалительного процесса отмечались изменения в биохимических показателях крови, снижение диуреза менее 0,5 мл/кг в час, что потребовало госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. В эту группу вошли 5 мальчиков и 1 девочка.

В связи с нарушением эвакуации гнойной мочи из верхних мочевых путей в 5-и случаях выполнена пункционная нефростомия, и в 3-х случаях сформирована дистальная уретеростомия. В одном случае при сформированной с одной стороны уретерокутанеостоме и наличии множественных подкапсульных очагов в контрлатеральной почке произведена декапсуляция с дренированием паранефрального пространства.

Люмботомия, декапсуляция почки, вскрытие апостем и дренирование паранефрального пространства с одной стороны выполнялось в нашей клинике у 3 пациентов в возрасте 1 года, 5 и 16 лет с отягощенным неврологическим преморбидным фоном и возможным наличием первичных отдаленных очагов воспаления.

Таким образом, из представленного материала следует, что:

- более чем в 50% случаев при развитии деструктивного пиелонефрита требуется оперативное лечение для купирования воспалительного процесса;
- наиболее тяжело воспаление протекает у пациентов младшей возрастной группы при наличии врожденной урологической патологии, что подразумевает в большинстве случаев уриногенный путь распространения инфекции и необходимость дренирования верхних мочевых путей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДЛЕННОГО КАУДАЛЬНОГО БЛОКА В ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Высоцкий В. В., Пискалов А. В., Дырул А. К., Кологреев В. А., Самбрат П. А.

Омский Государственный Медицинский Университет, Омск, Россия

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – одно из самых тяжелых и часто встречающихся заболеваний периода новорожденности. Показатели летальности при данной патологии значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблются в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств – 60%.

Цель работы – улучшение результатов лечения соматических стадий НЭК.

Результаты. С 2011 года мы начали проводить продленную эпидуральную блокаду новорожденным, у которых наблюдалась клиника НЭК II–III (классификация Красовской). Было пролечено 39 детей со сроком гестации 25–35 недель. У 19 новорожденных проводилась стандартная методика (голод, назогастральный зонд для декомпрессии желудка, антибактериальная терапия). У 20 новорожденных помимо стандартной методики использовалась продленная каудальная блокада. С этой целью применялись педиатрические эпидуральные наборы «B/Braun Paed Set» с катетером 24G с бактериальным фильтром и боковыми отверстиями, игла Туохи 22G. Катетер, предварительно заполненный 0,2%-ным раствором ропивакаина (наропин) проводился до уровня Th VII–VIII. Скорость введения наропина 0,2% составляла 0,31–0,42 мг/кг/час.

Длительность продленной эпидуральной блокады составила 5,4±0,9 суток. У 18 из 20 новорожденных клиника НЭК была купирована, они начали усваивать питание (энтеральное питание начато в среднем на 3,5±0,6 сутки терапии). У двоих наблюдалось прогрессирование и дети были прооперированы. Один ребенок из этой группы умер через 9 суток от прогрессирующей внутриутробной инфекции в сочетании с гемолитической болезнью новорожденных, поражением ЦНС в виде одностороннего ПИВК.

Во второй группе купирование клиники НЭК достигнуто у 12 из 19 новорожденных (энтеральное кормление начато в среднем на 4,7±0,8 сутки терапии). У четырех пациентов наблюдалось прогрессирование процесса и дети были прооперированы (выведены кишечные стомы). Трое детей из этой группы умерли от прогрессирующей внутриутробной инфекции.

Вывод: Продленная эпидуральная блокада 0,2% раствором ропивакаина (наропина) при НЭК у новорожденных является доступным, безопасным и легко воспроизводимым методом лечения, является высокоэффективным методом, прерывающим прогрессирование воспалительного процесса и ишемизацию кишечника при соматических стадиях НЭК.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОТОКСИКОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЭК

Высоцкий В. В., Пискалов А. В.

Омский государственный медицинский университет, Россия, Омск

Проблема НЭК новорожденных является одной из тяжелых патологий с высоким уровнем летальности.

Не смотря на успехи современной хирургии остается актуальным вопрос полиорганной недостаточности.

Одним из основных патогенетических факторов развития СПОН при хирургических состояниях является эндотоксикоз, связанный с нарушением гомеостаза и накоплением в организме эндотоксинов, что проявляется соответствующей клиникой. При этом тяжесть состояния и длительность течения заболевания определяются токсической нагрузкой и способностью детского организма к восстановлению гомеостаза. Успешное решение проблемы может способствовать улучшению результатов лечения и профилактике данного заболевания.

Цель работы. Выявление связей между клинико-лабораторными показателями и уровнем различных лабораторных показателей и их роли в развитии у детей СПОН.

Результаты. Обследовано 32 новорожденных ребенка, с НЭК, осложненного перитонитом (основная группа). Группу сравнения (n=21) составили дети без гнойных осложнений (ВПР ЖКТ). В основной группе отмечалась клиника выраженного эндотоксикоза (вялость, адинамия, бледность кожного покрова, тахикардия, гипотензия, признаки нефропатии, гепатопатии, нарушение гомеостаза, признаки метаболического ацидоза. Показатели ОАК (уровень WBC, RBC, PLT, HGB, HCT, лейкоформула, СОЭ, ЛИИ), Б/х показатели (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевины, АлАТ, АсАТ, К⁺ и Na⁺, СРБ, РСТ) определяли в сыворотке крови стандартными методиками. Уровень ВНиСММ определяли в биологических средах по Малаховой М. Я.

В основной группе отмечалось ↑ или ↓WBC, ↓LYM, преобладание с/я нейтрофилов, резкий сдвиг формулы

влево, ↑↑СОЭ, ЛИИ, СРБ, РСТ, что подтверждало течение SIRS.

В результате исследования б/х показателей у детей с СПОН выявлены изменения, указывающие на преобладание катаболизма (↑ креатинина, мочевины, АлАТ, АсАТ). Более высокие значения показателей ВНиСММ в группе новорожденных с СПОН, по сравнению с группой сравнения характеризовали развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации. Метаболические нарушения при развитии СПОН лежат в основе клинических проявлений эндотоксикоза и имеют тесные взаимосвязи между собой.

Наиболее взаимосвязаны показатели ВНиСММ, ЛИИ, СРБ, РСТ, и уровень ДАД и показатели внешнего дыхания. В защите от бак. инфекции главную роль играют лейкоциты и макрофаги, принимающие участие в фагоцитозе. Результатом фагоцитоза является высвобождение активных форм кислорода, что приводит к повреждению клеточных мембран и компонентов межклеточного матрикса (базальные мембраны сосудистого русла).

Вывод. Высокую биологическую активность имеют продукты деградации мембранных структур, которые могут влиять на сосудистый тонус, что проявляется изменением АД, и оказывает токсическое действие на сократительную способность миокарда, мышечной ткани кишечника. Установленная связь между лабораторными и клиническими показателями свидетельствует об определенном участии межклеточного матрикса в развитии эндотоксикоза у новорожденных с СПОН.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

С. Г. Гандуров, А. В. Мешков, В. В. Сова, В. Т. Зарецкий

КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница имени А. К. Пиотровича», Россия, г. Хабаровск

Цель. Определить преимущества эндоскопических методов оперативного лечения перед открытыми операциями. Представить проведенную отделением работу.

Материалы и методы За период с 2004 года нами выполнено 192 операции с использованием видеоэндоскопического оборудования. Среди них 125 операций – видеоассистированные торакотомии, 67 – торакоскопических операций.

Все операции проводили под общей анестезией, в ряде случаев комбинированной с эпидуральной блокадой. Это обеспечивало более эффективную анальгезию и благоприятное течение раннего послеоперационного периода. Если позволяло состояние и возраст больного, проводили одностороннюю вентиляцию (неоднократно для коллабирования легкого на стороне оперативного лечения проводили бронхоблокацию катетером Фогарти). Давление, которое мы создаем в плевральной полости при торакоскопических операциях, составляет 4–8 mmHg.

Торакоскопические операции. Наибольшее количество операций проведено для санации плевральной

полости при эмпиеме – 31. Фиброторакоскопия нами проводилась в двух случаях. Видеоассистированные торакотомии.

В нашей клинической практике мы часто используем сочетание видеоторакоскопического вмешательства и небольшой дополнительный межреберный разрез (миниторакотомия в 4–5 межреберье), через который вводят обычные хирургические инструменты и сшивающие аппараты, а также извлекают наружу удаляемый препарат. Данная методика представляется нам очень перспективной в детской практике. Для санации плевральной полости при эмпиеме нами проведено 29 операций.

Результаты. Все дети, которым проводились торакоскопические и видеоассистированные операции для санации плевральной полости при эмпиеме, выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Среднее время торакоскопических и видеоассистированных операций составило 76 минут. Дети, которым выполнялась торакоскопическая санация плевральной полости при эмпиеме выписаны с выздоровлением в течение 1 мес, дренажи в среднем удалялись на 4–5 сутки. У дан-

ной группы пациентов не отмечалось на контрольных рентгенограммах остаточных полостей в плевральной полости, массивного спаечного процесса. Послеоперационные пневмоторакс и гемоторакс отмечались у двух больных. Средняя продолжительность послеоперационной госпитализации после торакоскопических и видеоассистированных операций составила 18 койко-дней. После проведенных торакоскопических операций все дети переводились в торакальное отделение. После проведения видеоассистированной торакотомии 40% детей

наблюдались в условиях реанимационного отделения в течение суток. Заключение. Торакоскопические и видеоассистированные операции при гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевральной полости, возможны у детей любого возраста и массы тела. В настоящее время эти операции могут считаться операциями выбора, так как обладают преимуществами минимально инвазивных вмешательств, в т.ч. косметическим результатом, позволяют в более ранние сроки активизировать пациента, приводят к меньшей операционной травме.

СОСТОЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ФЛЕБЭКТАЗИЙ У ДЕТЕЙ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гафуров А.А., Туйчиев Г.У., Касимов К.Л., Гафурова Ш.М., Акбаров Н.А., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Наиболее радикальным способом борьбы с портальной гипертензией является портокавальная шунтирование, которые обеспечивают эффективную декомпрессию портальной системы. Основным критерием функционирования шунта в плане декомпрессии зоны высокого давления принято считать отсутствие пищеводно-желудочных кровотечений, регрессию или исчезновение варикозно расширенных вен пищевода и желудка. А одним из наиболее опасных осложнений портальной гипертензии (ПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ).

Целью наших исследований явилась оценка эффективности различных видов портосистемного шунтирования (ПСШ) при синдроме портальной гипертензии у детей с циррозом печени на основании эндоскопического контроля регрессии флeбэктазий пищевода и желудка.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов исследований у 138 оперированных больных с 1995 по 2016 года в возрасте от 4 до 17 лет, из них мальчиков 104, девочек 34. Комплексное обследование детей проводилось перед операцией, в ближайшие и отдаленные сроки после операции через один год, 3 года,

5 лет и более. Диагностическая программа, наряду с общеклиническими методами, включала фиброэзофагоскопию для оценки выраженности варикозных вен и вероятности возникновения кровотечений.

Результаты. Согласно классификации А.Г. Щерцингера (1988) варикозное расширение вен пищевода и желудка I степени диагностировано у 29,7% больных, II ст. – у 18%, III ст. – у 19,5% больных, у 32,8% больных ВРВПиЖ не выявлено. Эндоскопический контроль функции шунта в группе больных после тотального ПСШ флeбэктазий до I–II степени в 35,5% случаев. Менее выраженный регресс ВРВПиЖ отмечен после выполнения парциального (СРА бок-бок) и селективного (ДСРА) ПСШ. Для этих операций было характерным медленное, но стабильное снижение портального давления и уменьшение флeбэктазий с сохранением единичных варикозных узлов без угрозы кровотечения.

Заключение. Таким образом, на основании эндоскопического контроля ВРВ можно предполагать о функциональном состоянии шунта, т.к. регрессия флeбэктазий являются основным критерием ликвидации риска кровотечений после ПСШ.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО АНАСТОМОЗА НА УРОВЕНЬ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФЛЕБЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гафуров А.А., Туйчиев Г.У., Касимов К.Л., Гафурова Ш.М., Каримов Д.К., Ибрагимова С.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан; Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Дистальный спленоренальный шунт (ДСРА) преследует целью не только декомпрессию варикозных вен пищевода и желудка, но и сохранность портальной перфузии печени (ППП). Однако широкое применение этой операции для лечения портальной гипертензии (ПГ) и ее осложнений у детей ограничено целым рядом объективных причин. Это обусловлено, прежде всего, топо-

графо-анатомическими взаимоотношениями сосудов подлежащих анастомозированию, девиацией селезеночной вены, ее диаметром, отношение ее к поджелудочной железе, печеночной вене и др.

Целью наших исследований явилась уточнение декомпрессивного эффекта ДСРА при портальной гипертензии внутривенного генеза.

Материал и методы. Нами было проанализировано результаты лечения 48 детей в возрасте от 4 до 16 лет внутривенной блокадой портальной кровообращения, которым произведено ДСРА. Из них 34 (75%) больных составили мальчики и 14 (25%) девочки. В возрасте от 3 и 7 лет больных было 9, от 8 до 11 лет – 11 больных, от 12 до 16 лет мальчиков 22 и девочек 8. Из анамнеза выяснилось что, причиной портальной гипертензии у двух больных был фиброз печени, у 4-х причину выявить не удалось, а у остальных ранее перенесенное вирусный гепатит от одного до трех раз. Из общего количества больных у 5 детей в анамнезе выявлено пищеводно-желудочное кровотечение от 1 до 4 раз. У одного ребенка на высоте кровотечения была произведена лапаротомия и прошивание вен желудка.

Результаты. На спленоманометрии до операции давление в системе воротной вены составило в среднем $323,03 \pm 36,3$ мм.вод.ст. После наложения ДСРА давление в верхней брыжеечной вене в среднем снизилось до $259,09 \pm 33,3$, среднее падение давления составило $63,0 \pm 23,6$ мм.вод.ст. (25,69%).

Всем исследуемым больным с целью наблюдения за динамикой варикозно расширенных вен (ВРВ) пищево-

да и желудка проводилась эзофагогатродуоденофиброскопия до оперативного вмешательства и в различные сроки после операции. Так из 48 пациентов у 9 (18,7%) ВРВ пищевода и желудка не обнаружено, хотя при спленоманометрии отмечалось высокое давление и на спленопортограмме выявлен сброс крови через короткое вен желудка I ст. ВРВ пищевода выявлено у 12 больных (40%), II ст. – у детей (33,3%), и III ст. – у 3 больных (9,9%).

Рецидив пищеводно-желудочных кровотечений после наложения этого вида анастомоза ни у одного больного не наблюдался. У одного ребенка развился асцит в раннем послеоперационном периоде, который был купирован консервативным путем. Энцефалопатия развилась у 5 больных (6,6%) через 2–2,5 года после операции.

Заключение. Результаты исследований показали, что первоначальное незначительное снижение портальной формы давления после ДСРА у детей с внутривенной формой портальной гипертензии не является окончательным, оно продолжает падать в течение 2–3 лет. Также проявляется и регресс флэбэкстазий пищевода и желудка, что на наш взгляд оно обусловлено постепенной ликвидацией селективности шунта.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПОРТО-СИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННЫЙ СРОК

Гафуров А. А., Туйчиев Г. У., Аллаев М. Я., Касимов К. Л., Гафурова Ш. М., Шоюнусов Ш. И., Ибрагимова С. Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан; Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Под нашим наблюдением находились 126 оперированных детей (в течение 10 лет) с диагнозом портальная гипертензия внутривенной генеза. Из них проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) – 67, Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) – 48, Спленоренальный анастомоз (СРА) «бок-бок» – 11. Летальный исход имел места у 18 больных детей, что составило 14,1%.

В структуре причин летальных исходов наибольший удельный вес составила острая печеночная недостаточность (44,4%). Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ), обусловленные в большей части (3 из 4х) тромбозом шунта имели место в 22,2% случаев. Тяжелая кровотечения из язв желудка и 12 перстной кишки (11,1%) явившиеся причиной смерти 2х детей в возрасте 12–15 лет, мы сочли следствие избыточно широко наложенных анастомозов (1,2–1,5 см). У этих детей ча-

стога энцефалопатии в год доходило до 8–11 раз, и при эндоскопии через 2 года после операции у обоих обнаружены острые язвы, на фоне полного спадения ВРВПиЖ IV степени. В одном наблюдении через 1 год после СРА «бок-бок» развился тяжелый рецидив панкреатита. Имевший место в ближайшем послеоперационном периоде. На аутопсии обнаружен панкреонекроз с тромбозом шунта.

Анализ актуарной выживаемости среди оперированных нами детей показал, что опасными в плане развития тяжелых осложнений и летальности является первый три года жизни больных после операции порто-системного шунтирования.

При этом более высокий риск охватывает детей старшего возраста в сформированной «В» и терминальной стадиях цирроза печени, у которых выживаемость может снижаться к концу «периода стабилизации» (5 лет).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕННОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Гисак С. Н., Кадушев В. Э., Шекина М. В., Вечеркин Д. В., Лунев Б. В., Филонова К. Е.

Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко, Россия, Воронеж

Цель: Установить УЗИ – признаки развивающегося осложнения инвагинации кишечника у больных и обосновать необходимость их дифференцированного лечения.

Материал исследования: Ультразвуковое исследование кишечника проведено у 21 ребенка возраста

от 4 месяцев до 1 года с подозрением на инвагинацию кишечника...Срок их болезни 12 часов до поступления: – 33,4% детей, 12–24 часов-50%, и тяжелое состояние у 16,6% пациентов- свыше 24 часов болезни.

Результаты исследования: Обнаруживались кардинальные клинические и объективные признаки инвагинации: боли в животе-100%, головка инвагината пальпируется -у 40%, а стул в виде «малинового желе» стопроцентно обнаружен лишь у пациентов со сроком заболевания свыше 24 часов.. Ультразвуковая диагностика инвагината кишечника: оказалась информативной и безошибочной у всех 21 (100%) обследованных больных. – она отрицала диагноз у 11 детей и подтвердила его (в 100%) у 10 обследованных. У них, при поперечном сканировании обнаруживается эхопозитивное образование округлой формы (симптом «мишени» или симптом «пончика»), с наличием чередующихся концентрических слоев, соответствующих границам поверхностей внутреннего и наружного цилиндров инвагината и по количеству вовлеченных в инвагинат кишечных цилиндров. При продольном сканировании инвагинат представлен как эхопозитивное образование овальной формы, имеющее характерное слоистое строение – симптом «псев-

допочки».. Локализация инвагината в правой половине живота обнаружилась до 12 часов у 8 (80%) больных.

В левой половине живота инвагинат обнаружился после 24 часов болезни у 2 детей (20%). Признаками опасности проведения ребенку консервативной дезинвагинации послужили локализация головки инвагината в левой половине брюшной полости, появление на УЗИ жидкости в головке инвагината, визуализация в брюшной полости увеличенных лимфоузлов, которые появлялись в различные сроки от начала болезни. Установленные у 2 больных детей с «осложненной» инвагинацией в связи с УЗИ-признаками нарушения кровообращения в инвагинате. были оперированы. Другим 8 больным детям. осуществлена консервативная редукция инвагината воздухом под давлением 70–80 мм рт ст. под контролем УЗИ. Вывод: инвагинация кишечника является заболеванием, при котором ультразвуковое исследование инвагината отличается стопроцентной точностью и сочетается со стопроцентной чувствительностью теста при раннем выявлении признаков его нарушенного кровообращения.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Говорухина О.А., Махлин А.М.

РНПЦ детской хирургии Беларусь, Минск

Цель: оптимизация диагностики болезни Гиршпрунга у пациентов грудного возраста, что позволит определить адекватную хирургическую тактику.

Материал и методы: За период с 2010 по 2016 годы в РНПЦ ДХ было выявлено и прооперировано 104 пациента с болезнью Гиршпрунга. Из них пациентов грудного возраста (до 1 года) – 43.

Пациенты были разделены на 2 группы по форме клинического течения болезни Гиршпрунга: 1 группа – неосложненная форма болезни Гиршпрунга (28 пациентов); 2 группа – осложненная форма болезни Гиршпрунга (15 пациентов), в виде острой низкой кишечной непроходимости или перфорации толстой кишки.

Всем пациентам была выполнена ректальная биопсия с гистохимическим исследованием на ацетилхолинэстеразу и ирригоскопия, а также гистологическое исследование операционного материала. Производилось иммуногистохимическое исследование биопсийного материала толстой кишки на кальретинин.

Результаты: 1 группа: лечебно-диагностический алгоритм: клиника – ректальная биопсия – ирригоскопия – радикальная операция (ТЕРТ). 2 группа: лечебно-

диагностический алгоритм: лапаротомия, илеостомия, взятие биопсийного материала на всех участках толстой кишки, ректальная биопсия. При наличии у ребенка илеостомы ирригоскопия, как правило, была неинформативна. Если биопсии не были взяты во время первичной операции, то производилась лестничная биопсия толстой кишки при колоноскопии или лапароскопии. Пациентам была также произведена интраоперационная экспресс-биопсия во время радикальной операции.

Выводы:

1. Основными методами для диагностики болезни Гиршпрунга у детей являются: анамнез, клиника, биопсия, ирригоскопия.

2. При обнаружении на операции у доношенного новорожденного перфорации толстой кишки, острой низкой кишечной непроходимости без анатомической причины должна быть заподозрена болезнь Гиршпрунга. Дальнейшая хирургическая тактика – илеостомия и взятие биопсий толстой кишки, а также ректальная биопсия.

3. При выполнении радикальной операции необходимо выполнять интраоперационную экспресс-биопсию, особенно при осложненной форме.

ПРОТЯЖЕННАЯ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Голиков Д.Е., Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Туманова М.В., Рошаль Л.М.

ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность: Протяженная тонко-толстокишечная инвагинация является редким видом кишечной инвагинации.

Цель: Представить лечебно-диагностический алгоритм при атипичной клинической картине инвагинации кишок (ИК) у ребенка 4мес.

Пациенты. Девочка, 4 мес., психомоторное развитие по возрасту, с рождения находилась на смешанном вскармливании, наблюдалась у педиатра по поводу дисбактериоза, запоров и анемии легкой степени. За несколько дней до обращения по назначению педиатра была проведена замена смеси для кормления. За медицинской помощью родители обратились в травмапункт НИИ НДХиТ по поводу падения ребенка накануне (22 ч. назад) с высоты около 1 м. с жалобами на вялость ребенка и повторную рвоту в течение последних 10 ч. В приемном отделении при осмотре нейрохирурга данных за ЧМТ не выявлено, но отмечены кровянистые выделения из ануса в виде сукровицы. В клиническом анализе крови: Ле-16,4; ЛИИ по Островскому <1.6; Эр-4,42; Нб-94

Результаты. Дифференциальный диагноз симптома «кровь в стуле» проводили между инвагинацией кишок, кровотечением из дивертикула Меккеля и энтероколитом. При клиническом осмотре живот не вздут, глубокая пальпация в левой половине живота и мезогастрии невозможна из-за активного мышечного дефанса, патологических эхообразований не выявлено. При УЗИ свободной жидкости в брюшной полости нет, над лоном выявлено эхообразование в виде мишени, продолжающееся в виде «слоеного пирога» в левой половине живота до мезогастрии, что позволило заподозрить кишечную инвагинацию. При УЗИ в режиме ЦДК кровотоков в области внутреннего цилиндра «мишени» резко снижен, а на уровне

«слоеного пирога» сохранен. Учитывая длительность заболевания, нетипичную эхографическую картину инвагинации с нарушением кровоснабжения внутреннего цилиндра решено отказаться от диагностической лапароскопии и первично выполнить диагностическую колоноскопию. При колоноскопии на 10 см от наружного анального сфинктера выявлена головка инвагината с выраженными нарушениями кровоснабжения (багрово-черного цвета), что явилось показанием к лапаротомии. При лапаротомии диагностирована протяженная подвздошно-ободочная инвагинация и неизменный дивертикул Меккеля на расстоянии 70 см. от илеоцекального угла. После частичной дезинвагинации выполнена резекция илеоцекального угла с наложением анастомоза конец в бок и дивертикулэктомия сшивающем аппаратом Endo GIA. Течение послеоперационного периода гладкое. Ребенок выписан из стационара на 10 сут. Катамнез через 6 мес.: жалоб нет, развивается по возрасту, получает общездоровую диету.

Вывод: Наличие крови в стуле даже при отсутствии клинической картины требует исключения инвагинации кишок. Диагностический арсенал специализированного стационара (УЗИ, колоноскопия, лапароскопия) при редких формах ИК позволяет поставить диагноз и выбрать рациональную лечебную тактику. Отсутствие перитонита при некрозе инвагинированного участка кишки позволяет задуматься о наложении анастомоза и выполнении симультанного оперативного вмешательства.

СИНДРОМ «КОРОТКОЙ КИШКИ» НА ФОНЕ ГАСТРОШИЗИСА В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АТРЕЗИЯМИ И МЕМБРАНАМИ КИШЕЧНИКА У ДЕВОЧКИ

Гопиенко М. А., Караваева С. А., Богданов И. Ю., Соловьёва О. А., Леваднев Ю. В.

СПбГБУЗ ДГБ № 1, Россия, Санкт-Петербург; СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Россия, Санкт-Петербург; ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург

Цель: представить случай сочетания гастрошизиса с врождённым пороком кишечника у девочки с исходом в синдром «короткой кишки» и трудности в лечении данного пациента.

Гастрошизис был выявлен пренатально с 12 недели, к 34 неделе появились УЗИ-признаки сочетанной кишечной непроходимости, что потребовало досрочногородо-разрешения на 35 неделе (вес – 2890 г).

При рождении края дефекта брюшной стенки (диаметром 1 см) плотно охватывали эвентрированную «стеблевидную брыжейку», на которой снаружи располагался плотный конгломерат кишечных петель, покрытых выраженным фибриновым «фуэляром». На первой операции (1-е сутки жизни) выявлена атрезия тощей кишки в 20 см от двенадцатиперстной, далее следовала эвентрированная часть кишечника, вновь переходившая в брюшную полость на уровне восходящей ободочной кишки. Была выполнена пластика брюшной стенки с погружением конгломерата эвентрированных петель в брюшную полость и наложением концевой еюносто-

мы. Произведённая через 28 дней ревизия отводящей кишки выявила множественные атрезии и мембраны тонкой и толстой кишки, что потребовало резекции нескольких зон, включая илеоцекальный угол. Оставшиеся «проходимые» участки кишки были соединены между собой в виде Т-образного еюноеюноанастомоза и двух анастомозов «конец-в-конец» так, что общая длина тонкой кишки составила около 45 см.

В течение последующих 4,5 месяцев добиться убедительного пассажа по отводящему отделу кишки не удалось, в пищеварении участвовал лишь приводящий к Т-образному анастомозу короткий участок кишки. Девочка получала парентеральное питание через внутривенный катетер длительного стояния. В 5,5 месяцев вновь оперирована: выполнена реконструкция Т-образного и энтероколо-анастомозов (в связи с их стенозом), а также тапирование участка расширенной приводящей тощей кишки. Ожидаемого эффекта операция не принесла. В 7 месяцев произведена СТЕР-пластика приводящего расширенного отдела тощей

кишки с закрытием стомы Т-образного анастомоза, после чего пассаж по кишечнику восстановился, удалось наладить кормление через рот (при сохранении частичного парентерального питания), добиться весовых прибавок (вес в 8 месяцев 7400 г).

Таким образом, максимально экономная резекция кишки, применение внутривенных катетеров длительного стояния и мультидисциплинарный подход с привлечением педиатров-нутрициологов позволяют надеяться на благоприятный исход у подобных пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ДГБ № 1 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (2009-2016)

Гопиенко М.А., Караваяева С.А., Щепеньков М.В., Котин А.Н., Попова Е.Б., Леваднев Ю.В., Шишканова О.Ю., Иванов С.Л., Русак М.А.

СПбГБУЗ ДГБ № 1, Россия, Санкт-Петербург; СЗГМУ им.И.И. Мечникова, Россия, Санкт-Петербург; ПСПбГМУ им.акад.И. П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург

Цель: представить опыт лечения новорожденных с врожденными диафрагмальными грыжами (ВДГ) в условиях детского многопрофильного стационара за 8 лет.

С 2009 по 2016 гг. в ДГБ № 1 г. Санкт-Петербурга поступили 96 новорожденных с ВДГ (в возрасте от 1 часа до 7 суток жизни, с массой от 1200 г до 4040 г). В выборку взяты только дети с грыжами собственно диафрагмы. Анатомические формы порока распределились следующим образом: левосторонние дефекты выявлены у 83 детей (86%), из них 78% – ложные ВДГ; правосторонние дефекты – у 11 детей (12%). У 2 детей выявлены редкие формы: аплазия обоих куполов диафрагмы и истинная диафрагмальная грыжа с центральным дефектом (оба ребенка погибли). У 25% детей выявлены сочетанные аномалии (сердца, почек, позвоночника, органов ЖКТ и др.). В 64% случаев диагноз ВДГ был поставлен пренатально по УЗИ (примерно у половины пациентов – на сроке до 22 недели). Всего оперированы 79 детей из 96, из них 17 по тяжести состояния оперировались на посту отделения реанимации. Оперативные доступы включали: лапаротомию (в 42 случаях), торакоскопию (34), торакотомию (1), лапаротомию + торакотомию (2). Торакоскопическая пластика диафрагмы используется в нашем стационаре с 2008 г., в последнее время число таких операций возросло (2014–7 из 14; 2015–7 из 11; 2016–5 из 6). В 16 случаях в связи с обширностью де-

фекта применялась аллопластика искусственными материалами (открытым доступом). С 2011 г. при операциях у детей с ВДГ успешно применяется эпидуральная анестезия.

Среди осложнений, потребовавших повторных вмешательств, отмечены: ГЭР III–IV степени (4 случая), формирование вентральной грыжи (1), поздняя спаечная кишечная непроходимость (1). У 10 детей выявлены рецидивы, у 5 из них первоначально производилась торакоскопическая пластика по поводу истинной ВДГ. У 2 детей с аплазией купола диафрагмы, после аллопластики пластиной «Пермакол» рецидив был связан с полным лизисом пластины (через 4 и 9 месяцев). У 1 девочки с левосторонней ложной ВДГ рецидив отмечен дважды: в 4 месяца и в 2 года (все 3 операции произведены торакоскопически). У 1 девочки с левосторонней ложной ВДГ возникший в возрасте 1 года рецидив осложнился заворотом и ишемией «средней» кишки, потребовавшими обширной резекции.

Летальность составила 40% в расчете на всех новорожденных с ВДГ и 32% в расчете на прооперированных детей (13 пациентов погибли до операции).

Несмотря на внедрение новых технологий, лечение новорожденных с ВДГ остается сложной проблемой, сопровождается высокой летальностью и требует тесного сотрудничества врачей различных специальностей.

ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ

Горелик А.Л., Карасева О.В., Ахадов Т.А., Чернышева Т.А., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Уткина К.Е., Рошаль Л.М.

ГБУЗ НИИ НДХиТ

Актуальность. В связи с развитием современных методов визуализации и мониторинга неоперативное лечение травмы селезенки у детей становится все более оправданным.

Цель. Оптимизировать протокол диагностики и лечения травмы селезенки у детей в условиях специализированного детского травматологического стационара.

Пациенты. В исследование вошли 108 детей (мальчики – 68,5%, девочки – 32,3%), получавших лечение в НИИ НДХиТ в период 2013–2017 гг. и имеющих в структуре диагноза травму селезенки различной степени тяжести. Госпитализированы по наряду СМП 55,6% детей, обратились самотеком – 4,6%, переведены из другого ЛПУ – 39,8%.

Результаты. Преобладал (66,7%) высокоэнергетический механизм травмы (катастрофа-34,3%, ДТП – 32,4%), повреждения селезенки в результате локальной травмы составили 33,3%: падение с небольшой высоты – 19,4%, удара об руль велосипеда/самоката – 7,4%, удар в живот – 6,5%. Доминировала политравма (сочетанная травма – 75,9%, множественная травма живота – 1,9%), изолированная травма селезенки была диагностирована в 22,2% наблюдений. Тактику хирурга в специализированном стационаре определяют 3 основных фактора: стабильность гемодинамики, объем гемоперитонеума по данным УЗИ, тяжесть травмы селезенки по данным СКТ. Основой диагностического алгоритма является первичная оценка гемодинамики: стабильная; условно стабильная; нестабильная. При стабильной и условно стабильной гемодинамике показано выполнение УЗИ органов брюшной полости и СКТ с внутривенным контрастированием. При выявлении нетяжелой травмы органа (AIS=1-3) с малым или средним гемоперитонеумом, а также тяжелой травмы (AIS=4) с средним гемоперитонеумом и отсутствием экстравазации контрастного вещества показана консервативная терапия на фоне клинико- лабора-

торного и УЗ-мониторинга. При диагностике КТ-признаков продолженного кровотечения показано оперативное вмешательство (лапароскопия, лапаротомия). При консервативном ведении увеличение объема гемоперитонеума по данным УЗ-мониторинга, сопровождающееся гемодинамическими нарушениями и снижением показателей красной крови требует изменения тактики на хирургическую. При нестабильной гемодинамике выявление большого гемоперитонеума при УЗ-скрининге позволяет подтвердить внутрибрюшное продолженное кровотечение и определяет первоочередные показания к экстренной лапаротомии. При использовании предложенного Протокола в НИИ НДХиТ хирургическое лечение потребовалось в 9,2% наблюдений, тогда как среди детей, переведенных из других ЛПУ этот показатель составил 67,4%.

Заключение. Протокол диагностики и лечения, основанный на современных методах визуализации и мониторинга, позволяет дифференцированно подходить к определению тактики лечения, уменьшить хирургическую агрессию при травме селезенки у детей и может быть рекомендован для специализированных детских стационаров.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-ДИЛЯТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

Горелик А.Л., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Капустин В.А., Уткина К.Е., Рошаль Л.М.

ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Актуальность: Трахеостомия, как метод обеспечения проходимости дыхательных путей, известен давно. С развитием реаниматологии и медицины критических состояний с одной стороны, паллиативной медицины – с другой, трахеостомия значительно расширила границы своего применения.

Цель: Оптимизировать рекомендации по трахеостомии в клинике неотложной детской хирургии.

Материал и методы: В исследование вошли 149 детей, в возрасте от 8 месяцев до 18 лет, средний возраст 10,3±5,5 лет, мальчики – 59,7%, девочки – 40,3%. Всем детям была выполнена операция – нижняя трахеостомия.

Результаты: В большинстве наблюдений (64,4%) трахеостомию выполняли для обеспечения адекватной и безопасной протекции дыхательных путей в остром периоде тяжелой механической травмы; в 23,5% – для обеспечения санации и/или облегчения адаптации к самостоятельному дыханию при длительной ИВЛ; 8,7% – пациентам паллиативного профиля с нейрогенной дисфагией; и только 2,6% – пациентам с патологией трахеи (стеноз трахеи, постинтубационный синдром). При тяжелой травме к выбору трахеостомии подходили дифференцированно. Раннюю трахеостомию использовали при КФТ с повреждением нижней зоны лица и при позвоночно-спинномозговой травме шейного отдела с нарушением механики внешнего дыхания. Таким образом, трахеостомия обеспечивала эффективное хирургическое лечение при КФТ, профилактику аспирации и быструю адаптацию пациента к самостоятельному дыханию в послеоперационном периоде. В остром периоде тяжелой ЧМТ вопрос

в пользу трахеостомии, как метода безопасного перевода на самостоятельное дыхание после ИВЛ на фоне бульбарных/псевдобульбарных нарушений, решали на 7–10 сут. посттравматического периода при выходе ребенка из комы в вегетативное состояние с прогнозом длительного восстановления сознания. В 93,3% случаев была выполнена пункционно-дилатационная трахеостомия под эндоскопическим контролем (метод Griggs – 133; метод-Ciaglia 6), в 6,7% – открытая трахеостомия. Открытую трахеостомию выполняли при выраженных нарушениях газообмена, что не позволяло обеспечить видеоконтроль. Несмотря на отсутствие готовых трахеостомических наборов, методику Григза с использованием возрастных трахеостомических канюль применяли у детей с возраста 8 месяцев. Среднее время выполнения пункционно-дилатационной трахеостомии составило 4±0,7 минут. Во время операции ни у одного пациента не возникли осложнения в виде нестабильности системной гемодинамики, нарушений газообмена. Интраоперационных осложнений (кровотечение, перфорация задней стенки трахеи, паратрахеальная установка трахеостомы, повреждение перстневидного хряща) также как и послеоперационных (стеноз трахеи, раневая инфекции, кровотечение, трахеопищеводный свищ и т.д.) не было.

Заключение: Пункционно-дилатационная трахеостомия является безопасным методом трахеостомии у детей. Дифференцированный подход к трахеостомии в неотложной детской хирургии позволяет сократить длительность ИВЛ и предотвратить фатальные осложнения у наиболее тяжелого контингента больных.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Донской Д. В., Аллахвердиев И. С., Ионов Д. В., Соколов Ю. Ю.

Детская городская клиническая больница святого Владимира

Актуальность – инвагинация кишечника – одно из известных и достаточно частых заболеваний детского возраста, но случаи рецидивирующей инвагинации на фоне органических причин крайне редки и сложны для дооперационной диагностики.

Цель работы – определить возможности лапароскопического метода в выявлении и устранении рецидивов инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы – за период с 2010 по 2016 годы в ДГКБ святого Владимира находилось на лечении 350 детей с кишечной инвагинацией в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Консервативное расправление инвагинации выполнено 274 (78.3%) пациентам. Оперировано 76 (21.7%) больных. Показаниями к лапароскопии служили неэффективная консервативная дезинвагинация и рецидивирующие инвагинации кишечника.

Результаты – органической причиной инвагинации кишечника у 21 (27.6%) пациента являлись эмбриональные тяжи. В 3 наблюдениях после иссечения эмбриональных

тяжей отмечались повторные рецидивы. В одном случае было диагностировано удвоение терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена резекция данного участка подвздошной кишки, формирование тонко-тонкокишечного анастомоза. Во втором наблюдении был диагностирован полип терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена эндоскопическая полипэктомия. В третьем наблюдении при повторной лапароскопии выявлено опухолевидное образование в области терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена ревизия данного участка через пупочный доступ экстракарпорально, резекция кишечника, формирование тонко-тонкокишечного анастомоза. По результатам патогистологического исследования у ребенка выявлена эктопия железистой ткани.

В дальнейшем рецидивов инвагинации кишечника не отмечалось.

Выводы – таким образом, лапароскопия является важным методом диагностики и лечения при рецидивирующих инвагинациях кишечника у детей.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С СОЧЕТАННОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Горелова Е. М., Тулинов А. И., Тома А. Н., Лысов А. Е., Ефременков А. М.

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Белгород,

По данным литературы в 19% случаев врожденные пороки развития ано-ректальной области (АРО) ассоциируются с урогенитальными аномалиями. За последние 8 лет нами пролечено 27 детей с пороками развития АРО, у 7 из них выявлены сопутствующие пороки МПС (свищи в мочевого пузыря и уретру, единственная почка и др).

Представляем случай успешного лечения ребенка с множественными врожденными пороками развития. Диагноз: Атрезия ануса и прямой кишки. Ректо-уретральный свищ. Дуоденальная непроходимость. Атрезия аппендикса. Тазовая дистопия правой почки. Уретерогидронефроз слева, смешанный ПМР IV ст слева. Хронический пиелонефрит. Гипоспадия. Мошоночная форма.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов. Вес 2740. На учете с 26 недель. Во время беременности – ХФПН, ВУИ. У матери выявлены и пролечены уреоплазмоз, микоплазмоз. При антенатальном скрининговом УЗИ патологии не выявлено. Мальчик поступил 25.01.10 в первые сутки после рождения с клиникой атрезии ануса и наличием мекония в моче. При обследовании выявлена высокая атрезия прямой кишки, уретерогидронефроз слева, тазовая дистопия правой почки. 25.01.10 выполнено наложение

раздельной колостомы на нисходящую толстую кишку. 01.02.10 у ребёнка появилась клиника дуоденальной непроходимости, в связи с чем произведена верхнее – срединная лапаротомия, выявлена кольцевидная поджелудочная железа и преудоденальная v. Portae, как причина непроходимости. Наложена дуоденоюноанастомоз. 03.03.10 у ребёнка в связи с непрерывными рецидивами пиелонефрита выполнено урологическое обследование при котором выявлен рефлюксирующий мегауретер слева со значительной дилатацией мочеточника. 05.05.10 г. осуществлено наложение обратной Т-образной уретерокутанеотомы слева. Через 2 мес. ребёнку выполнена реимплантация левого мочеточника по Политано-Ледбеттеру. При контрольном обследовании выявлено отсутствие рефлюкса с нормальной эвакуаторной функцией почек. 27.04.11 произведено закрытие уретерокутанеостомы. 09.11.2011 ребёнку произведена операция заднее-сагиттальная проктопластика по Пену с ушиванием ректоуретрального свища. В послеоперационном периоде проводилось стандартное реабилитационное лечение (магнитотерапия, бужирование неоануса, по схеме до возрастного бужа, миостимуляция мышц тазового дна, массаж, рефлексотерапия). Колостома

закрыта через 4 мес. В 2013–14 гг. произведена 2х-этапная уретропластика с использованием свободного лоскута слизистой щеки по Брака.

Ребенок осмотрен через 7 лет после коррекции покровов. Жалоб нет. Промежность опрятная. Стул регуляр-

ный, оформленный, газы удерживает. Позывы чувствует. Тонус анального сфинктера при ЭМС – хороший. Половой член возрастной длины, без деформации, меатус широкий, мочится свободно. Стойкая ремиссия пиелонефрита.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩИМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Горемыкин И. В., Дерюгина Л. А., Краснова Е. И., Куликова Т. Н.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Россия, Саратов

Цель: разработать объективные количественные критерии прогнозирования риска развития воспалительных осложнений у детей с врожденным нерефлюксирующим мегауретером (ВНМУ) для своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Изучение сократительной функции расширенного мочеточника ультразвуковым методом, его рентгенанатомических особенностей, а также уровней биомаркеров мочи (фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9)) провели у 50 детей с ВНМУ.

Результаты исследования позволили выделить группу из 12 пациентов с низкой сократительной функцией мочеточника (средняя частота сокращения мочеточника при проведении ультразвуковой уретеропиелометрии с диуретической стимуляцией менее 3,5 в мин; рентгенологический мочеточниковый индекс – отношение поперечного размера наиболее расширенного сегмента мочеточника к длине всего мочеточника от пиелoureтерального до юкставезикального сегмента путем анализа экскреторной урограммы при пустом мочевом пузыре – более 0,19) и группу из 38 детей с нормальной сократительной функцией мочеточника (средняя частота сокращений мочеточника 4–7,6 в мин; рентгенологический мочеточниковый индекс менее 0,19).

Выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) выделенных групп пациентов по клиническим и лабораторным признакам воспаления (лейкоцитурия, воспалительные изменения в общем анализе крови, кратность рецидивов инфекции мочевых путей и пиелонефрита).

Значительное повышение уровня ММР-9 в моче достоверно отличало группу детей с низкой сократительной функцией мочеточника ($p < 0,008$).

Уровень VEGF явился основным критерием оценки тяжести ишемического повреждения почечной паренхимы, коррелируя с состоянием кровотока в подкапсульной зоне почки ($p < 0,05$).

Предложен интегративный «биохимический индекс уродинамической обструкции (БИУО)», равный отношению уровней ММР-9 и VEGF. Группы пациентов с разной сократительной функцией мочеточника достоверно различались по значению БИУО ($p < 0,001$).

Таким образом, критериями высокого риска развития воспалительных осложнений при ВНМУ по данным проведенного исследования являются: средняя частота сокращения мочеточника менее 3,5 в мин, рентгенологический мочеточниковый индекс более 0,19, БИУО более 60. Построенная графическая логистическая регрессионная модель позволяет быстро оценить риск развития воспалительных осложнений у каждого пациента с ВНМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Грамзин А. В., Койнов Ю. Ю., Титов Д. В.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», отделение детской хирургии.

Постоянное развитие медицинской науки и техники, совершенствование методик выхаживания новорожденных в нашей стране, способствует значительному увеличению выживаемости недоношенных новорожденных. При этом обозначаются и новые проблемы перед специалистами. Одна из них, это коррекция открытого артериального протока.

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 «ГНОКБ» пролечено 118 детей с ГЗ ОАП. Во всех случаях выполнялась мини-торакомотомия 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 2000гр., ширина протока от 3 до 5–6 мм.. Осложнение отмечено только в одном случае: клипирование легочной артерии. Что отразилось на хорошей вы-

живаемости младенцев с низкой и экстремально низкой массой тела.

Проведение оперативного лечения ГЗ ОАП на базе детского хирургического отделения ГБУЗ НСО «Го-

сударственная Новосибирская областная клиническая больница» позволило, за счет сокращения сроков ожидания оперативного вмешательства значительно снизить предоперационную летальность пациентов с ГЗ ОАП.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Бабаскина Н. В., Яременко Е. Ю.

Введение. Представлены результаты исследования, проведенного с целью повышения эффективности хирургического лечения детей с новообразованиями щитовидной железы. В исследование были включены 72 пациента с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями (ЗНО).

Материалы и методы. С 2012 г. по июнь 2017 г. в отделении онкологии и детской хирургии ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева находились на обследовании и лечении 72 пациента с новообразованиями щитовидной железы. В эту группу вошли 40,3% (n=29) пациента с ДНО и 59,7% (n=43) пациентов с ЗНО. Гендерное соотношение Ж:М составило 4,8:1. Медиана возраста на момент первичной операции составила 15 лет (размах 3–21 мес.). При этом только 8,3% (n=6) наблюдений приходится на пациентов в возрасте до 11 лет.

Во всех случаях проводился периоперационный контроль состояния пациента. Предоперационная верификация морфологической природы новообразования заключалась в интерпретации УЗИ-исследования с помощью модели TI-RADS, которая определяла группу пациентов, которым было рекомендовано проведение тонкоиглчатой аспирационной биопсии (ТАБ). На основе предоперационной оценки новообразования определялся объем оперативного лечения.

Так, операция в объеме тиреоидэктомии была выполнена 58,3% (n=42) пациентам. Гемитиреоидэктомия совместно с истмусэктомией выполнялась в 41,7% (n=30) случаях. Так же в случаях ЗНО у 67,4% (n=29) пациентов проводилась центральная лимфодиссекция шеи. По показаниям проводилась боковая лимфодиссекция шеи с одной 20,9% (n=9) или с двух сторон 37,2% (n=16),

а также лимфодиссекция верхнего переднего средостения в 23,3% (n=10) случаях.

Учитывая объем оперативного вмешательства, 114 возвратных гортанных нервов (ВГН) находились в группе риска. При этом с 2014 г. система нейрофизиологического мониторинга нерва NIM – Neuro 3.0 использовалась при работе с 71,9% (n=82) ВГН из группы риска. Интраоперационно во всех случаях для выделения мелких анатомических структур использовались налобные бинокулярные лупы с увеличением $\times 4,5$

Всем пациентам проводилась пред- и послеоперационная фиброларингоскопия для контроля состояния ВГН и исключения интраоперационного повреждения гортанных нервов.

Результаты. По результатам планового гистологического исследования (ПГИ), предоперационная диагностика позволила выявить все случаи ЗНО, тем самым во всех случаях был достигнут радикальный уровень резекции (R0).

Медиана срока послеоперационной госпитализации составила 5 дней (размах 3–11 дней), медиана послеоперационного катамнеза пациентов с ДНО щитовидной железы составила 21 мес (размах 1–52 мес.), с ЗНО – 14 месяцев (размах 1–56 мес.).

Случаев развития стойких интра- и послеоперационных осложнений выявлено не было.

Выводы. Адекватное хирургическое пособие, соблюдение принципов радикализма при проведении лимфодиссекции и периоперационный контроль состояния пациента позволили избежать развития осложнений и прогрессирования опухолевого процесса, что особенно важно в педиатрической практике лечения новообразований щитовидной железы.

ХИРУРГИЯ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Н. С. Грачев, М. П. Калинина, Н. В. Бабаскина, И. Н. Ворожцов, Г. А. Полев

Актуальность. По данным Stenner M. et al, 2009 опухолевые поражения околоушной слюнной железы занимают около 6%. У взрослых в 80% случаев встречаются доброкачественные образования и наиболее часто представлены плеоморфной аденомой. В детском возрасте частота доброкачественных поражений составляет 65%, а злокачественных достигает 35%. В педиатрической практике наиболее часто встречается мукоэпидермоидная карцинома среди злокачественных образований. По данным Owusu J. A., 2012 послеоперационный парез

лицевого нерва встречается в 21% случаев и является самым частым осложнением, преимущественно поражается краевая ветвь.

Материалы и методы. В национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и гематологии им. Дмитрия Рогачева с 2014 по 2017 гг. прооперировано 36 детей с поражением околоушной слюнной железы и околоушно-жевательной области. Период наблюдения составил от 3 недель до 34 месяцев.

Результаты. Распределение по полу было следующим: мальчики – 44% (n=16), девочки – 56% (n=22). Средний возраст составил 7 лет 4 месяца (min-4 мес., max-17 лет 7 мес.). По виду поражений преобладали доброкачественные образования – 72,2%, такие как лимфатическая мальформация (n=16), сосудистая мальформация (n=5), сиалоаденит (n=3), нейрофиброма (n=3). Злокачественные образования встречались в 27,8% случаях и представлены следующими нозологиями: рабдомиосаркома (n=4), мукоэпидермоидная карцинома (n=4), метастаз нейробластомы (n=1), лимфома Беркитта (n=1). Было выполнено 39 оперативных вмешательства, из них биопсии – 7, консервативных паротидэктомий – 9, радикальных паротидэктомий – 2, удалений лимфатической мальформации – 14, удалений сосудистых образований – 4, удалений опухоли, комбинированное с паротидэктомией – 3. При анализе методов визуализации и интраоперационно были выявлены следующие особенности расположения опухолей: прохождение магистральных сосудов в толще опухоли – 5, прилегание/прорастание к стволу лицевого нерва – 4, прорастание наружного слухового прохода – 3, деструкция костей челюсти – 1, поражение зрительного нерва – 1.

Среднее время оперативного вмешательства составило 3 часа, средняя длительность госпитализации – 10 койко-дней. Потребность послеоперационного наблюдения в отделении реанимации составила 18% (n=7), что объясняется возрастом пациентов до 1 года (n=3),

проведением резекции нижней челюсти (n=1), одномоментной лимфодиссекции шеи (n=3) и реконструктивных операций (n=2).

В группе злокачественных образований в 52% случаев имели место реоперации, так как пациентам ранее выполнялись биопсии, удаление образований и лимфодиссекции шеи в стационарах по месту жительства.

Повреждение лицевого нерва является наиболее частым осложнением при операциях в околоушно-жевательной области. Для его предупреждения в НМИЦ ДГОИ используется нейрофизиологический мониторинг. С его использованием было прооперировано 15 пациентов, что составило 39%. Без использования методики проведен 61% вмешательств (n=21). При интраоперационном нейрофизиологическом мониторинге послеоперационные парезы наблюдались в 13% случаев: 1 парез маргинальной ветви и 1 парез всех пяти ветвей. В группе без использования мониторинга парез ветви нерва парез наблюдался у 19% пациентов.

Выводы: У трети пациентов детского возраста новообразования околоушно-жевательной области имеют злокачественный характер. В этой группе больных половина хирургических вмешательств выполнялась у ранее оперированных пациентов, в условиях рубцовых изменений и нарушенной нормальной анатомии. По нашим данным, использование нейрофизиологического мониторинга позволяет снизить частоту послеоперационных парезов при операциях на околоушной слюнной железе и околоушно-жевательной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ ЛАРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

Грачев Н.С., Пряников П.Д., Шубин Д.И., Наседкин А.Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дм. Рогачева» Минздрава РФ, г. Москва, Россия; Кафедра болезней уха горла и носа Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВО «МГУПП» Минобрнауки РФ

Введение. Стенозы гортани и трахеи составляют порядка 3–4% всей ЛОР-патологии детского возраста. Самыми частыми причинами (75–95%) являются интубация трахеи, ИВЛ, трахеостомия. Многоэтапные открытые реконструктивные операции на гортани и эндоскопические хирургические вмешательства с периодами дилатации демонстрировали невысокую эффективность: около 63% детей старшего возраста деканюлированы, а среди детей младшего возраста этот процент был еще меньше. Традиционное многоэтапное хирургическое лечение может приводить к длительной инвалидизации, нарушению социальной адаптации и, как следствие, снижению качества жизни. С 1997 г. для лечения рубцовых стенозов гортани применяют эндоскопическую баллонную пластику, эффективность которой у детей, по мнению многочисленных зарубежных авторов составляет около 80% (J.L. Wentzel, M. Lang, M. Blanchard).

Цель. Сокращение сроков хирургического лечения и реабилитации пациентов детского возраста

со стенозами гортани, повышение качества жизни больных.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2017 гг. Двадцати трем пациентам (16 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 3 мес. до 7 лет), находившимся на лечении в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева» МЗ РФ, с диагнозом хронический стеноз гортани, была выполнена эндоскопическая баллонная ларингопластика. Двадцать пациентов являлись трахеальными канюленосителями и 3 пациента не были трахеостомированы. Просвет гортани на уровне стеноза у них составлял около 5 мм в диаметре. Причиной рубцового стеноза у 20 пациентов была длительная интубация и у 3 пациентов был врожденный стеноз гортани. В предоперационном периоде под общей анестезией помощью фиброэндоскопов проводили диагностическую ларинготрахеоскопию (через рот). Хирургическое вмешательство проводили трахеоканюлярам под эндотрахеальным наркозом. Пациентам с врожденным сте-

нозом гортани, которые не были трахеостомированы хирургическое вмешательство проводилось под высокочастотной ИВЛ (Twin Stream). Под визуальным контролем (оптика «KarlStorz») выполняли прямую микроларингоскопию. Затем в просвет гортани на уровне рубцового сужения в сдутом состоянии устанавливали силиконовый баллон (диаметр от 5 до 8 мм) и раздували его до 10–16 атм. Время экспозиции баллона в раздутом состоянии 1 минута. В некоторых случаях отмечали незначительное кровотечение. В случае недостаточного расширения просвета на уровне стеноза манипуляция повторялась.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила 20 минут. В послеоперационном периоде наблюдали улучшение дыхания через естественные дыхательные пути при закрытом просвете трахеотомической трубки (у трахеоканюляров). Пациен-

тов выписывали из стационара на 5–7 суток. Период контроля составил 6–12 месяцев. Через год после операции у 17 детей (74%) отмечали стойкое расширение просвета гортани на уровне стеноза (от 70 до 100% от исходного уровня). Восемь пациентов были деканюлированы. У двух пациентов (9%) через 9 месяцев после повторной баллонной дилатации отмечали рестенозирование, что стало причиной проведения первого этапа ларинготрахеопластики (установка Т-образной трахеотомической трубки). У четверых пациентов (в том числе нетрахеостомированных) катамнез составляет менее 3-х месяцев и оценку результативности баллонной ларингопластики у них не проводилась. Продолжается наблюдение

Выводы. Баллонная пластика является малоинвазивной и перспективной методикой лечения рубцовых стенозов гортани у детей и может применяться на первых этапах лечения подобной патологии.

СИНДРОМ САНДИФЕРА

Гуз В. И., Полюдов С. А., Воровский В. А., Трамova Ж. Д., Мызин А. В., Герасимова Н. В., Курбанова Ф. А.

ФГБУ «РДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ, Россия, Москва

Синдром Сандифера это редкое проявление желудочно-пищеводного рефлюкса у детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и сопровождается определенными движениями головы, шеи и верхней части туловища, латеральным отведением головы и шеи, что предположительно способствует оттоку содержимого пищевода. Этот синдром возникает у менее 1% детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. В торакальном отделении РДКБ находилось на лечении 9 детей в возрасте от 5 до 14 лет. Всем им проведена антирефлюксная операция по Ниссену. В послеоперационном периоде со стороны пищевода по данным рентгенологического и эндоскопического обследования гастроэзофагеальный рефлюкс не определялся. Клинический пример: мальчик 8 лет поступил в отделение с жалобами на рвоту, болями в эпигастрии связанными с приемом пищи, и выраженными дистоническими установками. Самостоятельно вызывал рвоту, которая купировала болевой синдром. Лечился по месту жительства у психоневролога. Поступил в отделение в возрасте 9 лет, в тяжелом состоянии с электролитными нарушениями в ан. крови (алкоголизм, гипонатриемия, гипокалиемия). По данным ФЭГДС – терминальный эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, при контрастировании пищевода – стенки неровные, складки утолщены, желудок подтянут вверх, определяется скользящая субкардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Проведено оперативное лечение – фундопликация по Ниссену и пластика ножек диафрагмы.

Другой пациент с 3 лет, наблюдался у невролога по месту жительства по поводу гиперкинезов. В возрас-

те 7 лет выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс, вторичная анемия. По месту жительства выполнена антирефлюксная операция по Ниссену и спленэктомия. Через год после операции жалобы на гиперкинезы, вынужденное положение головы, дисфагию. Ребенку проведено обследование в РДКБ, в результате которого выявлены: недостаточность кардии, желудочно-пищеводный рефлюкс, терминальный эзофагит. Проведена повторная операция релапоротомия, реконструкция фундопликационной манжетки.

Обсуждение результатов. У всех детей синдром Сандифера проявляется затруднением кормления, которое сопровождается рвотой или срыгиванием, дистоническими установками: дети принимали невероятные позы, запрокидывали голову, замирали на несколько минут, после чего развивались двигательное беспокойство, иногда плач. Дети теряли в весе.

Пассажи бария и фиброэзофагоскопия подтвердили гастроэзофагеальную дисфункцию, нарушение передвижения контрастного вещества, снижение тонуса эзофагеального сфинктера, гастроэзофагеальный рефлюкс, эзофагит, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.

Таким образом, синдром Сандифера – это ассоциация торсионной дистонии, в основном с участием шеи и верхних конечностей, нарушением перистальтики пищевода, желудочно – пищеводным рефлюксом, либо с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. По нашим данным, чем дольше протекает заболевание, тем медленнее проходят вынужденное положение и движение головы, шеи, туловища, но с возрастом оно исчезает.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ДИАФРАГМЫ – ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Гуз В.И., Полюдов С.А., Веровский В.А., Трамova Ж.Д., Мызин А.В., Герасимова Н.В., Курбанова Ф.А.

ФГБУ «РДКБ» МИНЗДРАВА РОССИИ, Россия, Москва

Актуальность. По данным различных авторов от 5–25% диафрагмальных грыж у детей выявляются после периода новорожденности в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Диагноз устанавливается, как правило, случайно при рентгенологическом обследовании грудной клетки и бессимптомном течении. Если же появляются, то могут быть, либо легкими или наоборот чрезвычайно тяжелыми. Со стороны дыхательных путей в виде непроходимости. Поэтому ранняя диагностика данной патологии у детей весьма актуальна в любом возрасте.

Материалы и методы. В торакальном отделении РДКБ за 20 лет (с 1997–2017 гг.) наблюдался и лечился 41 ребенок. До 4 недель – 1 ребенок, до года – 6 детей, от 1–3 лет – 25 детей, от 3–7 лет – 7 детей, от 8 до 14 – двое детей. Из них у 24 пациентов диафрагмально – плевральные грыжи, ретростернальные – 3. У 13 больных релаксация диафрагмы, справа – 7, слева – 6. Аплазия левого купола диафрагмы у 1 ребенка. Из всех обследованных в РДКБ, у 12 выявлен послеоперационный рецидив (3 – релаксация купола диафрагмы и у 9 – диафрагмально – плевральные грыжи), что составило 29,2% от общего количества поступивших больных.

Результаты. Оперативное вмешательство выполнено 39 пациентам, двум детям, поступившим с рециди-

вом диафрагмально – плевральной грыжи, оперативное вмешательство не проводилось, т.к. один ребенок умер, а второй выписан по причине отказа родителей от операции. Выбором оперативного доступа у 33 больных был абдоминальный, 5 – торакальный и у 1 – торакоабдоминальный. В послеоперационном периоде возникли следующие осложнения (всего 10): хилоторакс – 1, парез кишечника – 2, непроходимость – 1, пневмоторакс – 1, гидроторакс – 1, гидропневмоторакс – 1, пневмония – 2. Рецидив после операции по поводу релаксации левого купола диафрагмы – 1. Ему на вторые сутки выполнена повторная пластика левого купола диафрагмы синтетической сеткой. Число послеоперационных осложнений, из числа поступивших детей составил 25,6%, а после операции рецидив – 2,5%.

Заключение. Таким образом, если у ребенка любого возраста респираторные симптомы напоминают проявления легочной инфекции с температурой и кашлем, дыхательными расстройствами и сопровождающиеся периодическими болями в животе, то значит, что настало время диагностировать и исключить врожденную диафрагмальную грыжу с поздним началом ее проявления.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПА СЛЕПОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Алибаев А.К., Исламов С.А., Мусин Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Уфа

Больной Б. 6 лет 4 мес. Поступил в РДКБ 27.04.17 с жалобами на боль в животе, выделении крови из прямой кишки. Заболел 25.04.17г – повышение температуры до 38С, слабость. Кровь в большом количестве в стуле. Ребенок доставлен в больницу скорой медицинской помощи г.Уфы, где находился в течении 2х суток с диагнозом кишечное кровотечение. В анализах крови: Гем – 94 г/л, Эр. – $3,3 \times 10^{12}$, Л- $4,5 \times 10^9$, СОЭ – 10 мм/ч. Произведена колоноскопия: на расстоянии 30–40 см от ануса обнаружено большое количество сгустков крови. Источник кровотечения не обнаружен.

Выполнена диагностическая лапароскопия: при ревизии брюшной полости патологии не обнаружено. Проводилась гемостатическая терапия: включая переливание свежезамороженной плазмы крови. На фоне проводимой терапии отмечалось снижение количества гемоглобина до 84г/л, Эр. – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 14 мм/ч. В связи с неэффективностью лечения ребенок переведен в РДКБ с предполагаемым диагнозом «Аномалия сосудов кишечника? Гемангиома кишечни-

ка?» для проведения селективной ангиографии. При поступлении в клинику состояние больного тяжелое. Жалобы на боли в животе, слабость. Кожные покровы бледные. Пульс 130 в мин. Со стороны органов грудной полости без патологии. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. При ректальном исследовании обнаружена кровь в большом количестве. На обзорной рентгенографии, УЗИ брюшной полости патологии нет. Анализ крови Нв – 86г/л, Эр. – $2,67 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 17 мм/ч.

Для диагностики сосудистых аномалий проведена КТ-ангиография. Патологии не обнаружено. При обследовании и предоперационной подготовке ухудшение состояния – появилось кровотечение из прямой кишки. Решено произвести повторную диагностическую лапароскопию с предполагаемым диагнозом «Дивертикул Меккеля? Удвоение кишечника?». При ревизии органов брюшной полости патологии не обнаружено, в тоже время установлено, что терминальный отдел подвздошной,

слепой и все отделы толстой кишки заполнены кровью. Выполнена конверсия на средне-срединную лапаротомию. При пальпаторном исследовании в просвете слепой кишки обнаружено плотное, неподвижное образование. Произведена энтеротомия. В рану извлечен полип размером $3 \times 2 \times 3$ см на широком основании с участками изъязвления. Ножка отходит из задней стенки слепой кишки. Полип иссечен с основанием ножки. Стенка кишки ушита в поперечном направлении двухрядным швом. Операционная рана ушита наглухо. Гистологический

диагноз: «Ювенильный полип толстой кишки с хроническим воспалением в строме». Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 12 сутки. Ребенок осмотрен через месяц. Жалоб не предъявляет.

Представленное наблюдение показывает трудность диагностики полипа слепой кишки, осложненного кишечным кровотечением. В тех случаях, когда самая тщательная ревизия не позволяет выявить источник кишечного кровотечения следует произвести энтеротомию и визуально исследовать слизистую оболочку кишечника.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Гумеров Р.А., Гумеров А.А., Псянчин Т.С., Солдатов П.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Уфа

Цель: определить роль магнитно-резонансной томографии в диагностике повреждений менисков коленного сустава (КС) у детей.

Материал и методы. За последние 10 лет нами было обследовано и проведено лечение 272 ребенка с повреждением мениска КС в возрасте от 7 до 17 лет. Всем пациентам проведена магнитно-резонансная томография (МРТ).

Показаниями к МРТ коленного сустава были: 1. длительный болевой синдром после травмы КС; 2. хромота и ограничение движений в суставе; 3. сохраняющаяся припухлость и отечность на фоне проводимой терапии; 4. периодические блокады КС; 5. гемартроз, не купирующийся после 2–3 пункций сустава.

В результате МРТ исследования были обнаружены изолированные (57,3%) и сочетанные повреждения мениска (42,6%). Согласно классификации Stoller D.W. et al., (1989), I стадия была выявлена у 45 больных (16,5%), II стадия – у 87 (32,0%), III стадия – у 140 (51,5%). У 248 (91,3%) детей травма мениска наблюдалась в заднем роге, у 12 (4,4%) в переднем роге, в области тела у 5 (1,7%), у 7 (2,6%) в нескольких отделах мениска. В нашем исследовании МР-признаки повреждения медиального мениска обнаружены у 158 (58,1%) больных, реж латерального – у 43 (15,8%), оба мениска – у 71 (25,8%) больного. По нашим данным, основную часть поврежденных менисков составили вертикальные продольные разрывы по типу «ручка лейки» или «клюва попугая».

Анализ полученных нами данных показал, что частота травматических повреждений менисков КС зависела от особенностей связочного аппарата и возраста ребен-

ка. Среди 121 ребенка с сочетанным травматическим повреждением менисков у 44 детей (36,4%) имело место сочетание с повреждением капсульно-связочного аппарата. В основном это передняя крестообразная и коллатеральные связки. Сочетанные повреждения менисков с передней крестообразной связкой (ПКС) выявлены у 19 детей, в том числе частичное повреждение – у 11, полное – у 4, у 4 отрыв ПКС в месте прикрепления к переднему межмышечковому полю.

Частичное повреждение связочного аппарата (разрыв передней порции передней крестообразной связки) крайне тяжело диагностировать клинически как в ранние сроки после травмы, так и в более отдаленном периоде. Единственным неинвазивным методом диагностики таких повреждений является МРТ.

Наши исследования свидетельствуют о том, что с помощью МРТ можно одновременно изучить все анатомические структуры КС и выявить патологические изменения, возникшие во время травмы и заболеваний без проникновения в полость сустава, что позволяет выбрать рациональную тактику консервативного или артроскопического лечения. Сочетание повреждений мениска с неполным повреждением связок установлено у 41 больного, с суставным хрящом – у 37 (31,85%), с болезнью Гоффа – у 24 (20,7%), с контузией костного мозга – у 23 (19,6%). У 23 детей повреждения мениска сопровождалось гемартрозом, у 31 – с синовитом КС. Использование МРТ способствовало своевременной диагностике не только повреждений менисков, но и сочетанных патологий КС, а также облегчило обоснование выбора способов лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Баязитов Р.Р., Бацаев С-М. С.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница

Цель: 1. Анализ результатов лечения детей с врожденной диафрагмальной грыжей. 2. Изучить в экспери-

менте морфологические аспекты свойств данных материалов.

Материал: 1. В отделении хирургии новорожденных РДКБ с 2011 по 2016 гг находились на лечении 34 ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей. 2. Эксперимент проводился на базе вивария БашГМУ на 20 крысах возрастом 2 мес., весом 80–90 г. Животные разделены на 2 группы: 1) с использованием биологического материала из свиной кожи «Permacol» 2) с использованием синтетического материала «Prolene». Под наркозом (Золетил 10 мг/кг) имплантанты подшивались к диафрагме со стороны брюшной полости. Животных выводили из эксперимента на 7 и 60 сутки с последующим гистологическим исследованием.

Результаты: 1. Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа отмечалась у 29 (82%), правосторонняя – 5 (15%). Оперированы – 27 детей. Средний возраст на момент операции составил – 6 суток. Эндоскопиче-

ский метод применяется с 2013 года: торакоскопически оперированы – 12, лапароскопически – 3. Пластика местными тканями выполнена – 22, с применением имплантов – 5 (Пермакол, Пролен). Общая летальность составила – 52%. Летальный исход среди оперированных – 40%. Количество рецидивов наблюдалось у 4 (23%) детей, с одинаковой частотой после эндоскопических и традиционных вмешательств. Рецидив в первый год после операции отмечался у 2 детей, в сроке до 5 лет так же у 2 детей. 2. «Prolene» вызывает транзиторную воспалительную реакцию окружающих тканей (7 сутки), которая сменяется образованием тонкого слоя фиброзной ткани (60 сутки). «Permacol» неактогенен и вызывает минимальную воспалительную реакцию (7 сутки), снижая риск спайкообразования (60 сутки), по сравнению с синтетическим материалом.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Давлятов С. Б., Ибодов Х. И., Рофиев Р. Р., Баходуров Ч. Т.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПОВСЗ РТ» г. Душанбе

Цель работы. Проанализировать методы диагностики и тактики лечения детей с КПЖ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в течении 18 лет находился 21 ребёнок с КПЖ, в возрасте от 1 года до 12 лет. Чаще наблюдались девочки – 12 (57%). КПЖ по общепринятой классификации распределились: А. ложные – 6 (28,6%), из них воспалительного генеза – 3 (14,3%) (острые – 1 и хронические – 2) и посттравматические – 3 (14,3%). Б. истинные – 15 (71,4%), из них врожденные – 10 (47,6%) (простые, однокамерные – 6 и поликистоз – 4), паразитарные (эхинококкоз) – 4 (19,0%); по локализации: в области головки – 7 (33,3%), тела – 4 (19,0%), хвоста – 7 (33,3%) и смешанные – 3 (14,3%). С целью диагностики проводилось клинические, лабораторные методы исследования, УЗИ, рентгеноконтрастирование ЖКТ, и по показаниям – лапароскопия, КТ, МРТ и гистологическое исследование.

Результаты. У 1 ребёнка ложная киста имела острое течение с выраженным проявлением клиники эндотоксикоза. У 3 детей КПЖ образовались после операции дренирования ложа ПЖ по поводу острого панкреонекроза (1), ушивания раны печени и дренирования брюшной полости (1), ушивания раны хвоста ПЖ и дренирования в сроке 1–3 мес. после операции. Для ложной КПЖ было характерно нали-

чие плотной фиброзной капсулы без эпителиальной выстилки, заполненный секретом ПЖ и высоким содержанием амилазы (250–1000 ед/л). У больных с истинными КПЖ на УЗИ, КТ и МРТ определялись одно или несколько объемных жидкостно-содержащих образований. Дети с КПЖ оперировались поперечным доступом выше пупка. КПЖ пунктировались с эвакуацией её содержимого, полость кисты обрабатывалась 96°этанолом. Фиброзную капсулу кисты по возможности иссекали. У 5 больных отмечалось сообщение с протоком ПЖ, им свищевой ход ушивался двухрядными капроновыми швами и дополнительно тампонировался большим салником на ножке с дренированием области кисты дренажной трубкой. В 3 случаях произведено удаление кисты после перевязки сообщающегося протока, не вскрывая оболочки. В 3 случаях удалось удалить кисты целиком, не вскрывая, после перевязки протока, который сообщался с головкой поджелудочной железы. Троем больным после частичного иссечения капсулы проводили марсупиализацию и в полость вводили дренажную трубку и тампон по Микуличу. Больным эхинококкозом ПЖ, после иссечения фиброзной капсулы, остающуюся полость ликвидировали ушиванием. 2 больным произведено внутреннее дренирование по Ру. У 3 детей наблюдался рецидив КПЖ, их прооперировали повторно.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИКИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА-ДЕТСКОГО ХИРУРГА И РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Данилов Е. А.

ГБУЗ Детская городская поликлиника № 61; ДЗ г. Москвы

Современное общество находится в условиях возрастающего доступа к неограниченному объему информа-

ционных ресурсов, в том числе по медицине и охране здоровья. Другой особенностью является развитие него-

сударственного сектора здравоохранения, доступность услуг частных и ведомственных клиник, возможность проходить лечение за рубежом. Данные обстоятельства сказываются на формировании «психологического портрета» пациентов. Для детского хирурга – это, прежде всего, родители больных детей, их законные представители. В их «портрете» можно выделить две особенности. С одной стороны, ощущение собственной осведомленности о характере заболевания ребенка и методах его лечения на основании сведений, полученных из интернета и достоверность которых невозможно проверить. С дру-

гой стороны, ощущение неопределенности, возникшей в результате предшествующих консультаций у других врачей, давших разные рекомендации, иногда противоположные. Данные обстоятельства диктуют особенности этики при общении детского хирурга с родителями. Врачу следует в доступной форме разъяснить свою точку зрения по сути возникших вопросов, не навязывая её как исключительную. Необходимо воздержаться от любых комментариев по поводу рекомендаций, данных пациенту другими врачами, их профессиональной компетентности.

УРЕТРАЛЬНАЯ ЭНДОСФИНКТЕРОПЛАСТИКА ПРИ МИЕЛОДИСПАЗИИ И ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Демидов А. А., Млынчик Е. В.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Цель: оценка отдаленных результатов коррекции стрессового недержания мочи у детей после эндоимплантации полимера «DAM+»

За период с 2009 по 2016 год для лечения 31 ребенка обоего пола (5–17 лет) с тяжелыми формами недержания мочи на фоне пороков развития нижних мочевых путей (эписпадия – 11 и миелодисплазия – 20) применялся синтезированный трехмерный сетчатый полимер – полиамидакрил с ионами серебра («DAM+») для внутри-и парауретральных эндоимплантаций.

Дооперационное обследование включало общепринятые методы и специальное уродинамическое исследование с профилометрией и регистрацией внутриуретрального давления в ортостазе при напряжении и покое.

Показанием к имплантации являлось наличие недержания мочи стрессового характера: клинически значимая потеря мочи из уретры при напряжении, анатомическая сохранность (врожденная или сформированная) мочевого пузыря, достаточная резервуарная функция с нормотонией.

Нарушение эвакуаторной способности детрузора и зависимость от периодической катетеризации не являлись противопоказанием к имплантации «DAM+». Эндоинъекция полимера проводилась под общим обе-

зболеванием, ориентируясь на полученные данные длины уретры, по описанной в инструкции к препарату методике, в объеме 5–7,5мл. Смыкание шейки оценивали визуально через цистоскоп с компрессионной пробой, результат считался положительным при отсутствии истечения мочи из уретры. В послеоперационном периоде у пациентов не отмечалось обструктивного мочеиспускания или нарастания количества остаточной мочи.

У 17 детей из 20 с миелодисплазией и у 8 наблюдаемых из 11 с эписпадией (трое после имплантации «TVT») в ближайшем и отдаленном (до 5 лет) периодах получен выраженный клинический положительный эффект, заключавшийся в удержании мочи при напряжении, удлинении сухих промежутков, увеличении среднеэффективного объема мочевого пузыря. В 4 случаях континенции не получено, в 2 – кратковременный (1–2 месяца) слабо-выраженный эффект.

Таким образом, эффективность применения «DAM+» при лечении тяжелых форм недержания мочи у детей с врожденной патологией составляет 80%. Метод может быть использован как самостоятельный или дополнительный после реконструктивно-пластических операций.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦА В ИСХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

Денис А. Г., Бушкин И. А., Васильев В. С., Румянцев В. А.

Тверская областная детская клиническая больница, г. Тверь; Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск; Тверской государственный медицинский университет г. Тверь

Актуальность. При выборе неправильной лечебной тактики, использовании агрессивных, инвазивных методов лечения младенческих гемангиом в области головы, лица и шеи таких как склерозирующая терапия, радиоволновая хирургия, лучевая терапия, диатермокоагуляция, криотерапия часто формируются атрофические, деформирующие рубцы, нередко с утратой органа (губы,

части крыла носа, уха), приводя к уродствам, функциональным и психологическим проблемам. Тем самым при решении одной проблемы, врачи создают новую, гораздо более сложную. В последние годы в пластической хирургии широко стали применять аутоотрансплантацию жировой ткани, однако у детей данная технология еще не получила должного распространения.

Цель: Изучить возможности хирургической коррекции деформаций лица у детей в исходе лечения младенческой гемангиомы в комбинации с аутотрансплантацией жировой ткани (липофилинг).

Материалы и методы: С 2014 по 2017 на базе детской областной клинической больницы г. Тверь и Центра медицинских лазерных технологий г. Челябинска было пролечено 6 больных в возрасте от 5 до 17 лет. 5 девочек и один мальчик. У двоих детей выполнена коррекция деформации нижней губы (33,33%), еще у двоих пациентов – верхней губы (33,33%). У одного ребенка произведена коррекция атрофического рубца в области лба (16,67%), еще у одного больного – дефекта крыла носа и деформирующего рубца в этой области (16,67%). Липофилингу у детей с деформацией губ и крыла носа предшествовали реконструктивные операции. Забор и приготовление липоасpirата проводился по протоколу, объем вводимого липоасpirата за одну процедуру варьировал от 3 до 7 мл. В общей сложности у детей было выпол-

нено 20 операций. Все пациенты состоят на диспансерном учете. Сроки наблюдения составили от 5 месяцев до 2,5 лет.

Результаты: Во всех случаях были достигнуты желаемые, высокие в косметическом и функциональном плане результаты. Восстановление красной каймы и объема верхней и нижней губы, устранение деформаций. В области лба рубец стал нормотрофическим, малозаметным. Дефект крыла носа восстановлен полностью с устранением рубцовой деформации. Гнойно-воспалительных осложнений в области вмешательства, отторжения аутотрансплантата не наблюдали. Улучшилась структура кожи и рубцово-измененных тканей. Последний эффект можно объяснить мультикомпонентными свойствами жировой ткани.

Выводы. Инъекционная аутотрансплантация жировой ткани в комбинации с пластической реконструктивной хирургии является эффективным способом лечения посттравматических деформаций лица и шеи в исходе лечения младенческих гемангиом.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Турлибекова С. С., Сапаров А. И., Аникин В. В., Мустафинова Г. Т., Манайбекова Ж. А.

Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Казахстан

В настоящее время пересадка печени является второй по частоте трансплантационной операцией в мире. Учитывая растущую потребность в пересадке печени, большинство исследователей считают, что со временем операции трансплантации печени могут занять лидирующее место.

Абсолютными показаниями к пересадке печени служат:

- Терминальные стадии цирроза печени.
- Быстро прогрессирующие формы хронической печеночной недостаточности.

Относительные показания к трансплантации печени:

- Хроническое диффузное дистрофическое заболевание печени, при котором ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 1 года.
- Цирроз печени с энцефалопатией.
- Цирроз печени с повторными кровотечениями из расширенных вен пищевода.
- Цирроз печени, сопровождающийся гепаторенальным синдромом, устойчивым асцитом, нарастающей печеночной недостаточностью.
- Очаговое заболевание печени, при котором технически невозможна резекция (из-за большого очага или при множественных очагах).
- Прочие (в целом более 50).

В Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы одним из приоритетных направлений является развитие высо-

коспециализированной медицинской помощи, в том числе трансплантации органов. За последнее время в республике предпринимаются серьезные меры по развитию отечественной трансплантологии, которые позволяют из года в год увеличивать количество проводимых трансплантаций органов и тканей.

В рамках развития этого направления на ФКФ «УМС» Национальный Научный центр материнства и детства» с декабря 2014 года по январь 2017 года проведено 6 успешных трансплантаций детям в возрасте от 6 месяцев до 1 года. Всем детям проведена родственная трансплантация от живого донора. Интра- и послеоперационных осложнений после проведенных операций не отмечалось. Время наблюдения за пациентами после проведенной трансплантации составляет от 6 месяцев до 2,5 лет. Все дети были выписаны из стационара на 20–24 сутки от момента проведения операции. С периодичностью 1 раз в три месяца они наблюдаются в АО «ННЦМД». В настоящее время состояние детей ближе к удовлетворительному. Биохимические показатели, данные ультразвукового исследования в пределах нормы.

Анализируя литературные данные и свой, пока незначительный опыт, можно отметить, что четкое соблюдение алгоритма клинического обследования, определение и соблюдение диагностических и лечебных критериев позволят улучшить показатели положительных исходов после операции и увеличить выживаемость данной категории пациентов.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дженалаев Д. Б., Біләл Р. Ә., Рустемов Д. З., Утебалиев Р. С.

Филиал КФ «УМС» Национальный научный центр материнства и детства. Республика Казахстан, г. Астана.

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) встречается с частотой 1 на 2500 рождений, включая мертворожденных (LellyKevin, 2002). Выживаемость при ВДГ до настоящего времени все еще не превышает 50% (Beresford M. W. Shaw N. J., 2010; Dillon E. et al., 2010).

Ключевым фактором для неблагоприятного прогноза у детей с врожденной диафрагмальной грыжей и главной причиной смерти является легочная гипоплазия (Гумеров А. А., Хасанов Р. Ш. и соавт., 2000; Dimtriou G. et al., 2000), которая при ВДГ проявляется уменьшением легочной зоны на рентгенограмме грудной клетки. Гипоплазия легкого – это одновременное недоразвитие бронхов и паренхимы.

Цель: поделиться опытом лечения детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

Материал и методы: в условиях нашего центра с 2013–2016 гг. находились на лечении 18 детей с врожденной диафрагмальной грыжей. Из них: левосторонняя ложная ДГ – 8, левосторонняя истинная ДГ – 5, правосторонняя истинная ДГ – 2, правосторонняя ложная ДГ – 3. Пренатальная диагностика – 95%. Многоводие – 35%. Сочетанные пороки развития – 24%.

Традиционная пластика диафрагмы проводилась 8 пациентам. 5 новорожденных оперированы торакоскопическим методом.

Оперировано – 13 (72%). Летальность – 8 (44%), из них дооперационная – 6 (75%)

Структура летальности. Послеоперационная летальность – 2 (25%). Дооперационная летальность – 6 (75%). На аутопсии у детей с дооперационной летальностью двухсторонняя гипоплазия легких – 86%, другие пороки развития – 28%.

С 2013 года стали проводить операции торакоскопическим способом детям с врожденной диафраг-

мальной грыжей. С аплазией купола диафрагмы было 2 пациента.

Пластический материал использовали в 3 случаях.

После проведения оперативного вмешательства пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение³–5 суток. Выписаны из стационара на 10–14 сутки после операции.

Результаты и обсуждения: через 6 месяцев после операции дети поступили на контрольное обследование. Состояние детей удовлетворительное, жалоб не предъявляют. При контрольной рентгенографии грудной клетки через 6 месяцев положение купола диафрагмы физиологическая, экскурсия удовлетворительная.

У одного ребенка после торакоскопической коррекции врожденной диафрагмальной грыжи через 3 месяца отмечался рецидив грыжи. Проведена повторная операция торакотомным способом.

Исследование показало, что торакоскопическая хирургия является эффективным методом лечения диафрагмальной грыжи у новорожденных, преимуществом которой является превосходная визуализация и сохранение целостности мышц грудной клетки. Детализация анатомии и панорамный вид обеспечили преимущества торакоскопии, которые выразились в виде раннего послеоперационного восстановления и сокращения длительности пребывания пациента в стационаре.

Таким образом, проведенный анализ данных свидетельствует о том, что эндовидеохирургический метод коррекции диафрагмальной грыжи в настоящее время является весомой альтернативой открытым операциям, а имеющийся практический опыт диктует необходимость его широкого внедрения в клиническую практику.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЛОБЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Оспанов М. М., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Ольховик Ю. М., Біләл Р. А., Нартбаев Е. К., Рустемов Д. З., Утебалиев Р. С.

Национальный Научный Центр материнства и детства, Казахстан, Астана

Лечение врожденных и приобретенных хирургических заболеваний легких остается одной из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста.

Основным радикальным методом лечения детей с хирургическими заболеваниями легких является хирургическое вмешательство.

С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких избегая

широкого торакотомного доступа. Разработка инструментов малого диаметра и более совершенной оптики дало возможность детским хирургам производить анатомические резекции легких без торакотомии.

В отделении детской и малоинвазивной хирургии АО «ННЦМД» за период с 2013 года находилось на лечении 15 пациентов, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал

от 20 дней до 7 лет. У 11 пациентов были врожденные кисты легкого, у 4 – кистаденоматоз легких.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В семи случаях проводилась одноплеменная вентиляция с интубацией левого или правого главного бронха. В двух случаях (у новорожденных и детей раннего возраста) использовали стандартную ИВЛ с повышением давления в плевральной полости с целью коллабирования легкого во время операции.

При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии, то есть отдельно обрабатывали элементы корня легкого. После ревизии и оценки состояния легкого и плевральной полости в междолевой щели выделяли артериальные сосуды. Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную

связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационная трубка поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. Резецированную долю по частям удаляли через отверстие нижнего троакара, расширенное до 1,5–2 см. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопической резекции легкого, можно отметить, что: 1) использование торакокопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) в настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора, так как обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и дает такие же результаты, как торакотомии.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Оспанов М. М., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Нартбаев Е. К., Билал Р. А., Рустемов Д. З., Утебаалиев Р. С.

Национальный Научный Центр материнства и детства, Казахстан, Астана

Болезнь Гиршпрунга – второе (после пилоростеноза) по частоте распространения заболевание детей, приводящее к нарушению проходимости желудочно-кишечного тракта у детей, требующее хирургической коррекции.

Одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии является широкое внедрение различных миниинвазивных эндоскопических методик в практику детской хирургии.

Мы располагаем 18 наблюдениями лапароскопически-ассистированных операций при болезни Гиршпрунга у детей. Возраст пациентов составлял от 3 месяцев до 14 лет, при проведенном исследовании (ирригография) у всех пациентов была выявлена ректосигмоидная форма болезни Гиршпрунга.

После проведенного обследования и предоперационной подготовки нами всем пациентам было выполнено лапароскопическое низведение толстого кишечника по методике К. Georgeson.

Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось, кровопотеря во время вмешательства во всех случаях не превышала 20–30 мл и не требовала возмещения.

Во всех случаях кишечное отделяемое из ануса появилось в течение первых 12–18 ч, с этого времени начинали энтеральную нагрузку.

В послеоперационном периоде пациенты находились под амбулаторным наблюдением, им проводили курс профилактического бужирования анастомоза расшири-

телями возрастного диаметра, при этом признаков стенозирования не отмечали ни у одного пациента.

У одного из пациентов на 7-е сутки отмечались подъем температуры, затруднение дефекации, а при ректальном исследовании и ультразвуковом сканировании позади прямой кишки выявлена полость с жидкостью размером 3×4 см. Произведена пункция этого образования через заднюю стенку прямой кишки, получено около 30 мл слизистого отделяемого с хлопьями фибрина, в полости был оставлен катетер, выполнено промывание полости под контролем УЗИ, после чего было отмечено полное закрытие полости и рассасывание инфильтрата в позадипрямокишечном пространстве. Больной был выписан на 15 сутки после операции, осмотрен через 6 месяцев, состояние удовлетворительное, жалоб нет, живот не вздут, стул ежедневный, каломазания не отмечается.

Остальные пациенты выписаны на 8–9-е сутки после проведенной операции. Контрольный осмотр через 3 месяца – состояние удовлетворительное, жалоб нет, живот не вздут, стул ежедневный, каломазания не отмечается.

Выводы: лапароскопическая операция по К. Georgeson сочетает в себе радикальность и минимальную травматичность при хирургическом лечении аганглиоза толстой кишки у детей; соблюдение принципов дооперационного обследования и подготовки больных, а также этапов и особенностей предложенной хирургической техники позволяет минимизировать риск интра- и ранних послеоперационных осложнений, добиться существенного, улучшения результатов – уменьшить травматичность самого вмеша-

тельства, снизить тяжесть протекания послеоперационного периода, обеспечить быстрое восстановление полной фи-

зической активности, значительно сократить сроки госпитализации, добиться отличного косметического эффекта.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Залихин Д. В., Холостова В. В., Халафов Р. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

В отделении неотложной и гнойной хирургии ДГКБ №13 им Н.Ф. Филатова с 2007 по 2017 гг. находился 21 ребенок, перенесшие оперативные вмешательства с редкими и осложненными формами кишечной инвагинации. Ввиду развития эндоскопических технологий, операции по поводу данного рода возможны видеоассистированным способом. Под термином осложненные и редкие формы кишечной инвагинации мы понимаем инвагинации, которые требовали оперативное вмешательство и имели механическую причину отсутствия консервативного лечения. Все дети поступили в экстренном порядке, средний возраст был 3 года. Предварительный диагноз до применения инструментальных методов диагностики в 80% наблюдений – «подозрение на острый аппендицит». В большинстве случаев причиной безуспешности пневмоирригоскопии был мезаденит, т. е. в состав инвагинации входили увеличенные лимфатические узлы, подобных наблюдений было 10. Операции выполнены лапароскопическим способом без резек-

ции кишечника. В остальных наблюдениях выполнены видеоассистированные оперативные вмешательства, из них в 3 случаях ввиду наличия опухолевидного образования в дистальных отделах подвздошной кишки, в 6 в состав инвагината входил дивертикул Меккеля, в 2 инвагинация была вызвана наличием инородных магнитных тел. У двоих детей оперативные вмешательства закончились илиостомией. Послеоперационных осложнений не было. Через 6 месяцев после первичной операции илеостомы закрыты. За представленный период мы не наблюдали перитонит, вызванный осложнениями кишечной инвагинации. На наш взгляд это связано со своевременным обращением в стационар и проведением ультразвукового исследования. Исходя из имеющегося опыта, видеоассистированные операции способствуют ранней активизации больных, имеют выраженный косметический эффект, сокращают сроки пребывания в стационаре и время полного восстановления.

ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дьяконова Е. Ю., Поддубный И. В., Прудникова Т. А., Окулов Е. А., Гусев А. А., Сытьков В. В., Бекин А. С., Романова Е. А., Хроленко П. В.

«Национальный научно-практический центр здоровья детей»

Цель: оценить преимущество лапароскопически-ассистированных колостомий у детей.

Актуальность: По данным литературы наложение стомы необходимо у 50% пациентов колопроктологического профиля. Оперативный подход через локальный лапаротомный доступ сопряжен с риском развития осложнений. Наложение стомы «вслепую» не позволяет достоверно оценить состояние выбранного участка кишки, что может привести к наложению стомы на пораженный отдел кишечника. Лапароскопическая техника позволяет выбрать адекватный уровень наложения стомы и минимизировать риск возможных осложнений.

Материалы и методы: В исследование вошли 42 пациентов колопроктологического профиля. Основная группа – дети с болезнью Гиршпрунга 16 человек и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) 14 больных. Вторая группа – 12 детей с ранее наложенными по месту жительства стомами, среди них: у 2 пациентов с болезнью Гиршпрунга – колостомы наложенные на участок аганглиоза, что приводило к нарушению опорожнения толстой кишки. У 3 – «втянутая» стома. У 2 – стеноз

стомического отверстия. У 5 детей осложнений не отмечалось. Всем детям выполнялась диагностическая лапароскопия с оценкой состояния кишечника, органов брюшной полости и малого таза, что позволяло определить оптимальный участок для выведения стомы. У детей с болезнью Гиршпрунга проводилась одномоментная полнослойная лестничная биопсия стенки кишки. У 3 больных с ВЗК выявлено тотальное поражение толстой кишки и проведена тотальная колэктомия. У 2 выполнена резекция пораженного участка кишки с формированием анастомоза под прикрытием илеостомы.

Результаты: Всем детям выполнялась диагностическая лапароскопия, оценка органов брюшной полости и малого таза. У 11 детей выполнена лестничная биопсия, в связи с отсутствием показаний, стома не накладывалась. У 5 детей с подозрением на тотальную форму болезни Гиршпрунга, взята лестничная биопсия, наложена илеостома. У 5 детей с ВЗК отмечен выраженный спаечный процесс, выполнен адгезиолизис. У 4 детей с ВЗК выявлены выраженные изменения со стороны толстой кишки: у 1 – стеноз участка толстой кишки (выполнена резекция с наложением

анастомоза под прикрытием илеостомы), у 2 – резко выраженная дилатация толстой кишки – тотальная колэктомия, у 1 – диагностированы межкишечные свищи, в том числе в дистальных отделах тонкой кишки, илеостома наложена на визуально не измененный отдел тонкой кишки. Осложнений во время операции и в ранний послеоперационный период не отмечалось.

Выводы: Применение лапароскопии позволяет провести полноценную ревизию органов брюшной полости,

диагностировать врожденные аномалии ЖКТ, оценить протяженность пораженного участка кишки, одномоментно забрать биопсийный материал, провести адгезиолизис, определить оптимальное место для выведения стомы, или выполнить радикальную операцию с наложением страховочной стомы. Таким образом, метод лапароскопически-ассистированного наложения стомы является лечебно-диагностическим вмешательством, эффективным и безопасным для детей.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ОПСОКЛОНУС – МИОКЛОНУС СИНДРОМ НА ФОНЕ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У РЕБЕНКА У 2 ЛЕТ

В. Н. Евдокимов, М. А. Аксельров, В. В. Связян, В. Ф. Ханова

Тюменский государственный медицинский университет, Россия, Тюмень, Областная клиническая больница № 2, Россия, Тюмень

Под нашим наблюдением находилась девочка 2 лет. Поступила в экстренном порядке с жалобами родителей на слабость, пошатывание в положении сидя, невозможность ходить самостоятельно, гиперсаливацию, повышенную возбудимость, эпизоды закатывания глазных яблок. При поступлении: состояние средней степени тяжести. В сознании. На осмотр реагирует негативно. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Видимые слизистые влажные, розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Аппетит не снижен. Диспепсии нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям. ЧДД – 20 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 100 уд в мин. Живот мягкий, не вздут, доступен пальпации во всех отделах. Патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Стул и диурез не нарушены. Неврологический статус: общемозговая симптоматика отсутствует, менингеальные знаки отрицательные. ЧМН: лицо симметричное, движения глазных яблок в полном объеме, язык по средней линии, гиперсаливация. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы: $S > D$, живые, патологические рефлексы отсутствуют. Самостоятельно не ходит. Пациентка госпитализирована в детское неврологическое отделение с предварительным диагнозом: Рецидивирующая церебеллярная атаксия. При дополнительном обследовании (УЗИ брюшной

полости и забрюшинного пространства, МРТ головного и спинного мозга) выявлено образование забрюшинного пространства справа, на уровне L2 – L5 позвонков 1,7–5,0–2,7 см., прилежащее к нижнему полюсу правой почки. Учитывая данные анамнеза, клинической картины и полученные результаты обследований выставлен диагноз: Паранеопластический опсоклонус – миоклонус синдром. Нейробластома забрюшинного пространства справа? В плановом порядке, 01.02.12 г., выполнено оперативное лечение: срединная лапаротомия, при ревизии забрюшинного пространства справа выявлена опухоль, 5,0–3,5 см, располагающаяся между позвоночным столбом и нижней полой веной, интимно связанная с этими структурами. Сосуды питающие опухоль лигированы, образование удалено без повреждения капсулы. Выполнена биопсия брыжеечного лимфоузла. Гистология – морфологическая картина ганглионейробластомы, в лимфатическом узле атипичных клеток не выявлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка заочно консультирована в «РОНЦ НИИ ДОГ им. Н.Н. Блохина» г. Москвы – учитывая радикальность оперативного вмешательства рекомендовано динамическое наблюдение. В настоящий момент девочка находится под наблюдением невропатолога и детского онколога, в социально-бытовом плане полностью адаптирована.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТРОННЕЙ АТРЕЗИИ ХОАН У НОВОРОЖДЕННЫХ

Егоров В. И., Тюкин В. Ю., Кочнева А. О.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», Россия, Москва

Цель: повышение эффективности хирургического лечения при двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику устройства для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных.

Метод основан на применении нового устройства для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан

у детей с двусторонней полной костной атрезией хоан у новорожденных (патент № 2614936 от 30.03.2017), выполненного в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы. Обе части выполнены с изгибом 140–170 градусов посередине.

В разных клиниках в разное время разработаны различные по конструкции носовые стенты. Однако данные

устройства обладают существенными недостатками: ненадежность крепления в полости носа не позволяет установить устройство на продолжительный срок для окончательного формирования просвета хоан после устранения атрезии. Также существует крепление стента при помощи шелковой нити, которую обвязывают вокруг головы ребенка. Недостатком этого крепления является неудобство в использовании, особенно для новорожденных, а также ненадежность его фиксации в полости носа.

С 2002 г в нашей клинике прооперировано 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010 г с применением нового стента прооперировано 20 детей (50%). Рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 7 случаях из 20 (35%). Рубцовое стенозирование при применении новой методики – отмечалось в 1 (5%) случае из 20, что потребовало повторной установки стента

та большего размера. Детям, у которых имелся стойкий положительный результат повторные операции были проведены в плановом порядке по достижению 6–9-летнего возраста, так как размер, наложенных в младенчестве хоан, не обеспечивал дыхательных потребностей подросткового организма.

Заключение: конфигурация стента позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение, за счет вышеуказанных формы и перемычки; за счет формы дистального конца изменять его индивидуально по размерам носоглотки; избежать прорастания грануляций в просвет стента за счет формы и размеров перемычки, соединяющей проксимальные концы трубки; избежать деформаций преддверия полости носа за счет физиологичного изгиба посередине трубки. Все эти факторы повышают эффективность хирургического лечения новорожденных детей с полной двусторонней атрезией хоан.

РАЗВИТИЕ ФЕНОМЕНА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ

Жидовинов А. А., Холамханов К. Х.

Астраханский государственный медицинский университет, Россия, Астрахань

Цель: определить степень выраженности дисбактериоза и развитие синдрома бактериальной транслокации у детей с тяжелой ожоговой травмой.

Материалом для исследований были 71 ребёнок с ожоговой травмой, в возрасте от 6 месяцев до 15,5 лет, находившихся на лечении в ОДКБ (г. Астрахань). Микробиологическим материалом служили фекалии детей с ожоговой травмой, взятые на 1-е и 10-е сутки пребывания в стационаре. При исследовании фекального биоценоза у пациентов с термической травмой к концу 1-х суток изменения отмечаются у 10,5% обследованных, в виде уменьшения количества кишечной палочки с нормальными свойствами (105–106), что соотносилось с дисбактериозом I степени. На 10-е сутки, дисбактериоз I степени отмечался уже у 33,3% больных. Дисбактериоз II степени отмечался у 27,7% пациентов, в виде

снижения лактобактерий (105) и бифидобактерий (107), кишечной палочки с нормальными свойствами, увеличение количества кишечной палочки обладающей гемолитическими свойствами, нарастание *Proteus* (104–105). Дисбактериоз III степени диагностирован в 11,1% случаев, со значительным снижением лактобактерий и бифидобактерий (менее 105), повышением кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью (108), кишечной палочки обладающей гемолитической активностью (107), нарастание *Pantonea*, *Citrobacter*, *Proteus* (105–106), появление грибов рода *Candida*.

Вывод: Приведенные данные свидетельствуют, что на фоне ожоговой травмы создаются условия для формирования синдрома бактериальной транслокации, что ведёт к усилению синдрома эндогенной интоксикации.

НОВЫЙ СПОСОБ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ

Жила Н. Г., Комаров П. Б., Комаров К. М.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; Детская городская больница № 22, г. Санкт-Петербург

Цель: улучшение анатомо-функциональных и эстетических результатов хирургического лечения переломов ключицы у детей.

Применяемый при оперативном лечении переломов ключицы у детей интрамедуллярный остеосинтез одной спицей не обеспечивает достаточно стабильную фиксацию и не учитывает индивидуальные анатомические особенности (S-образная форма) этой кости. Для оптимизации хирургического лечения переломов ключицы у детей

специалистами (В.И. Зорин, Н.Г. Жила, 2010) разработан способ накостного моделированного металлоостеосинтеза (Патент РФ на изобретение № 2387398). Согласно критериям шкалы оценок Любошица-Маттиса (1980), при оценке результатов лечения детей с переломами ключицы, лечившихся с использованием внутрикостного металлоостеосинтеза спицей и накостного моделированного металлоостеосинтеза, установлена достоверная ($p < 0,05$) разница средней суммы баллов – $87,4 \pm 1,78$ и $96,8 \pm 0,73$ баллов

соответственно. То есть, моделированный металлоостеосинтез позволяет более эффективно восстанавливать параметры плечевого пояса и пространственную ориентацию сопряжённой верхней конечности – достигается оптимальный эстетический результат. Однако высокая стоимость металлоконструкций для накостного остеосинтеза является ограничивающим фактором его широкого практического использования. В связи с этим нами разработан и внедрён в клиническую практику способ двуспицевой фиксации отломков ключицы (Патент РФ на изобретение №2592603): со стороны перелома у нижнего края костномозгового канала через периферический отломок ключицы проводится металлическая спица до выхода её через мягкие ткани у акромиального конца ключицы, у верхнего края костномозгового канала – вторая металлическая спица под острым углом к первой с учётом особенностей

S-образной формы данной кости. После сопоставления (репозиции) костных отломков в правильное (анатомическое) положение спицы поочерёдно проводятся дрелью со стороны периферического отломка ключицы в центральный отломок до плотного контакта с его кортикальным слоем или с выходом за него (за пределы кости) не более 1–2 мм. С использованием данной методики оперировано 36 детей с переломами ключицы. Во всех случаях достигнут положительный результат оперативного лечения, достоверно не отличающийся от такового при использовании накостного моделированного металлоостеосинтеза. Данное обстоятельство, на наш взгляд, позволяет рекомендовать разработанный способ хирургического лечения переломов ключицы для широкого внедрения в клиническую практику детских отделений хирургического и травматологического профиля.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ИНТРАТОРАКАЛЬНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ДОБАВОЧНЫХ ДОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Журило И. П., Медведев А. И., Круглый В. И., Турпакова Г. Н., Козьмин М. А.

НКМЦ медицинской помощи матерям и детям им.З.И. Круглой, г.Орел

Цель: обобщение опыта диагностики и лечения изолированной интраторакальной транспозиции добавочных долей печени (ДДП) через врожденные дефекты диафрагмы. Мы наблюдали 5 пациентов с внутригрудным расположением ДДП. В 2-х случаях патология диагностирована пренатально, в 2-х – в периоде новорожденности (в возрасте 7 и 12 дней), в одном – у ребенка возраста 4 лет. Лишь у одного пациента в возрасте 12 суток отмечено ухудшение состояния, обусловленное компрессией органов средостения ДДП. При оперативном вмешательстве произведено перемещение ДДП в брюшную полость, иссечение избыточных краев истонченной диафрагмы и пластика дефекта заплатой из алломатериала. Послеоперационный период протекал гладко. 4 ребенка не оперированы, так как клинические проявления заболевания отсутствовали.

У всех пяти пациентов отмечено внутригрудное расположение ДДП, которая была связана с основным массивом паренхимы печени достаточно широким перешейком. У оперированного ребенка диафрагмальную грыжу можно классифицировать, как выпячивание ограниченной части левого купола диафрагмы (истинная грыжа). У четырех неоперированных пациентов имели место за грудино-реберные ретростернальные грыжи (Морганьи и Ларрея), которые чаще бывают истинными.

Существует классическое описание добавочной доли Риделя – образования языкообразной формы, которое исходит из правой (квадратной) доли печени и имеет нормальное морфологическое строение. Однако, ДДП у наших пациентов имели иные анатомические локализации и могут быть классифицированы, как Riedel-like lobe (подобные доле Риделя). В случае наличия ДДП, в месте ее расположения возникает компрессия прилегающего участка формирующейся диафрагмы. Это приводит к очаговой дегенерации мышечного слоя в зоне, точно соответствующей размерам аномальной доли печени. Данный участок диафрагмы истончается и ДДП выпячивается в грудную полость. В пользу такого объяснения механизма перемещения ДДП свидетельствует факт отсутствия в грыжевом мешке (во всех наблюдениях) какого-либо иного содержимого, кроме фрагмента печени.

Изолированная внутригрудная транспозиция ДДП является редкой комбинированной врожденной аномалией, основными компонентами которой являются: наличие подобного доле Риделя добавочного сегмента на диафрагмальной поверхности печени и соответствующего ей по расположению выпячиванию или дефекту диафрагмы на ограниченном участке. При отсутствии клинических проявлений следует придерживаться выжидательной тактики и воздерживаться от оперативного вмешательства.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Журило И. П., Медведев А. И., Черногоров О. Л., Козьмин М. А., Данилова М. С.

Научно-клинический многопрофильный центр им.З.И. Круглой, Россия, Орел

Цель: оценить результаты хирургического лечения детей с дивертикулумом Меккеля и его осложнениями. Ис-

пользование миниинвазивных технологий в лечении детей с данной патологией является актуальной проблемой

хирургии детского возраста. За период с 2010 по 2017 год в хирургическом отделении НКМЦ им.З.И. Круглой г.Орла находился на лечении 25 детей с дивертикулом Меккеля в возрасте от 4 суток до 17 лет (16 мальчиков и 9 девочек). В 14 случаях имелся неосложненный дивертикул, который был выявлен при вмешательствах по поводу: острого аппендицита (7), гинекологической патологии (2), омфалоцеле (2), спасочной непроходимости (1) и при диагностической лапароскопии (2). У 11 детей отмечены осложнения, связанные с дивертикулом (инвагинация – 5, дивертикулит – 4, кишечное кровотечение – 2). Всего у 25 больного выполнено 29 оперативных вмешательств (13 открытых и 16 лапароскопических), 2 из которых были связаны с осложнениями открытых вмешательств (спасочная кишечная непроходимость) и 2 – отсроченные лапароскопические дивертикулэктомии. Во всех случаях выполняли гистологическое исследование удаленного материала.

Всего выполнено 25 дивертикулэктомий (14 лапароскопически и 11 открыто). Эндоскопическую резекцию

дивертикула Меккеля осуществляли с помощью линейных сшивающих аппаратов ENDO GIA Universal 12 мм. Отсроченные лапароскопические дивертикулэктомии у 2-х больных с разлитым аппендикулярным перитонием и пельвиоперитонитом выполнили спустя 4 и 6 месяцев. Лишь в 3-х наблюдениях при гистологическом исследовании обнаружили эктопию желез желудка и поджелудочной железы в слизистую дивертикула. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 7,8 койко-дня при лапароскопических и 9,1 – при открытых вмешательствах. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

В последние 3 года дивертикулэктомии выполняли исключительно лапароскопически. При эндоскопической резекции дивертикула Меккеля с помощью линейных сшивающих аппаратов имеется вероятность наличия остаточной ткани желудка или поджелудочной в зоне механического шва. Прицельное гистологическое исследование краевой зоны резекции позволит прогнозировать возможность развития осложнений.

ПОЛИПЫ ПИЩЕВОДА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Журило И.П., Толкач А.К.

НКМЦ медицинской помощи матерям и детям им.З.И. Круглой, г. Орел

Цель: оптимизация диагностики и тактики лечения при полипах и полиповидных образованиях пищевода у детей.

С 2014 по 2017 годы в клинике находилось 177 детей с полипами пищевода в возрасте от 1 года до 17 лет. Мальчиков было 98, девочек – 79. Диагностика этого порока основывалась на клинических проявлениях, результатах ЭФГДС, данных гистологического исследования биопсийного материала. В большинстве случаев боли локализовались в эпигастральной области, имели связь с приемом пищи. Следует подчеркнуть, что полипы, имеющие даже крупные размеры, длительное время не беспокоили пациентов и явились случайной находкой при выполнении ЭФГДС. Размеры полипов колебались от 0.5 до 1.5 см. В пищеводе полипы имели широкое основание, папилломы узкое. Окраска полипов варьировала от бледной до ярко-красной, в ряде случаев имелись эрозивные изменения с налетом фибрина на их поверхности. Консистенция образований чаще была эластичной. При обнаружении полиповидных образований в обязательном порядке проводилась биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Лечение полипов начинали с консервативной противовоспалительной антацидной, а при выявлении хеликобактера – антихеликобактерной терапии. После проведения комплексной противовоспалительной терапии, через 3–6 месяцев, отмечена полная регрессия полипа и уменьшение воспалительных явлений со стороны слизистой пищевода у 78 детей (44%).

У 31 пациента (15 мальчиков, 16 девочек) в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения выполнены полипэктомии. Все оперативные вмешательства проводились эндоскопическим способом под общим обезболиванием с использованием: фиброэзофагогастроуденоскопа «Pentax» FG29VA113873, диатермокоагулятора «ERBE ICC 200», диатермокоагуляционной петли, зонда, биопсийных щипцов. Гистологическое заключение выявило железистые полипы у 25 детей, плоскоклеточная папиллома у 6 детей. При контрольных ЭФГДС рецидивов не отмечено. В настоящее время 68 пациентов с полипами пищевода находятся под наблюдением. Учитывая высокую эффективность консервативного лечения, оправдана выжидательная тактика при определении показаний к оперативному лечению.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ.

Журило И.П., Черногоров О.Л., Бодрова Т.Н., Козьмин М.А., Жиронкина В.К.

НКМЦ медицинской помощи матерям и детям им.З.И. Круглой, г. Орел

Цель: обобщить результаты применения консервативной тактики при травматических повреждениях

селезенки (ТПС) у детей и определить качественные критерии ультразвукового мониторинга (УЗМ) органов

брюшной полости у пациентов с данной патологией. За период с 2010 по 2017 год в хирургическом отделении НКМЦ им.З.И. Круглой г.Орла находилось на лечении 22 ребенка с ТПС в возрасте от 3 до 16 лет (15 мальчиков и 7 девочек).

Изолированные повреждения селезенки имели место у 20 детей, сочетанная травма – у 2 пациентов. В анализируемый период активно применяли консервативный метод лечения при ТПС, что позволило избежать операции у 18 (81,8%) пациентов. Лишь в 2-х случаях (9,1%) выполнена спленэктомия (2010 г), еще у 2-х пациентов произведена диагностическая лапароскопия и санация брюшной полости.

УЗМ был основным методом динамического контроля. С целью верификации повреждения применялась FAST-методика (Focused Abdominal Sonography for Trauma) сонографического обследования, разработанная J.C. Patel и J.J. Teras (1999). При выполнении исследований уточняли следующие моменты: целостность капсулы, состояние паренхимы, характер и локализация повреждений, объем и качественные характеристики свободной жидкости в брюшной полости, а также эволюция выявленных повреждений. Нарушение целостности капсулы селезенки выявлено у 14 больных, а подкапсульные и интрапаренхиматозные гематомы – у 8 пациентов.

В зависимости от характера ТПС при выборе консервативной тактики целесообразен дифференцированный подход. При внутриорганных разрывах основное внимание должно уделяться оценке размеров гематомы и толщине паренхиматозного слоя над образованием. В плане возникновения осложнений (вторичный разрыв) опасны подкапсульные гематомы. При пенетрирующих повреждениях необходимо осуществлять динамический контроль объема крови в брюшной полости. Показателем «принятия решения» является интенсивность внутрибрюшного кровотечения, расчет которой осуществляется с учетом ОЦК пациента, давности травмы и интраабдоминального объема свободной крови. Серия наших наблюдений показала, что эхопризнаки ТПС были выявлены во всех случаях. У 2-х пациентов с диагностированы сочетанные повреждения печени. При наличии гемоперитонеума повторное УЗИ необходимо выполнять при нестабильности показателей гемодинамики в экстренном порядке. У пациентов с интраорганными повреждениями ультразвуковой контроль должен осуществляться с периодичностью 6–8 часов (в первые 3 суток), для оценки состояния патологического очага в динамике.

Таким образом, УЗМ у детей с ТПС является эффективным методом динамического контроля при консервативной тактике и определении показаний к оперативному вмешательству.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Завьялкин В. А., Барская М. А., Варламов А. В., Моринец П. В., Быков Д. В., Кузьмин А. И., Баринов В. Н., Шишкова Е. С.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Самара

Цель исследования – Улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита у детей, путем внедрения в комплексную программу лечения методов экстракорпоральной детоксикации

Материал и методы. Обследовано 304 ребенка в возрасте от 1 до 15 лет с распространенным гнойным перитонитом, находившихся на лечении в детских хирургических отделениях г. Самары с 2001 по 2017 г. Основную группу составили

37 пациентов, у которых в программе лечения, кроме интракорпоральных методов активной детоксикации (инфузионная терапия, форсированный диурез), применялись методы экстракорпоральной детоксикации – продленная вено-венозная гемофильтрация (ГФ), гемодиализация (ГДФ). Все дети основной группы получали нутритивную поддержку (трофическое питание), в хирургическом лечении использована лапароскопическая санация брюшной полости. Контрольная группа составила 267 детей распространенным гнойным перитонитом, получавших стандартную патогенетиче-

скую терапию. Комплексное обследование включало изучение динамики уровня лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу, скорости оседания эритроцитов, температуры тела, общей концентрации альбумина, уровня трансаминаз, С-реактивного белка (СРБ), прокальцитониновый тест, динамику купирования пареза кишечника. Результаты. Анализ динамики исследуемых показателей в основной и контрольной группах выявил снижение симптомов интоксикации (лейкоцитоз, ЛИИ, температура тела, тахикардия), купирование энтеральной недостаточности, восстановление белково-синтетической функции печени, уменьшение цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов, купирование пареза кишечника, нормализацию волевических и электролитных нарушений в более ранние сроки в основной группе.

Выводы. Таким образом, внедрение в комплексную терапию перитонитов у детей методов экстракорпоральной детоксикации позволяет улучшить результаты лечения.

«FORMEFRUSTE» ТИП КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Заполянский А. В., Махлин А. М., Коростелев О. Ю., Новицкая С. К.

Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск, Беларусь

Введение. Киста общего желчного протока является наиболее частым врожденным пороком развития желчевыводящих путей. В 1981 году А. Okada впервые опубликовал случай кисты холедоха с минимальным расширением общего желчного протока. В последующем Lillyetal. [2] в 1985 году определил этот вариант как «FormeFruste»-тип кисты холедоха, которая составляет 4–21% от всех вариантов этого порока [1].

Цель. Изучить особенности клинического течения «FormeFruste»-кисты холедоха у пациентов детского возраста. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения.

Методы исследования. За период с 2015 по 2017 гг. в РНПЦ детской хирургии находилось на лечении 20 пациентов с врожденным пороком развития – кистой холедоха. «FormeFruste»-тип кисты холедоха диагностирован у 3 (15%) пациентов, средний возраст которых составил 3,3 года.

Результаты и их обсуждение. По данным МРТ-холангиопанкреатографии максимальный диаметр кистозно измененного общего желчного протока варьировал от 6,8 мм до 10 мм, а длина общего панкреатобилиарного канала от 11 до 19 мм. У всех пациентов

с «FormeFruste»-кистой холедоха отмечались рецидивирующие панкреатиты с выраженным болевым синдромом, а у 2 из них с восходящим холангитом и желтухой. МРТ-холангиопанкреатография позволила четко определить анатомию желчевыводящих путей и уточнить диагноз. Всем пациентам выполнена резекция кистозно измененных внепеченочных желчных протоков с желчным пузырем. Билиарная реконструкция выполнялась на петле по Ру длиной 40–45 см с формированием гепатико-еюноанастомоза по Ру. Средний срок наблюдения после операции составил 11 месяцев (от 3 месяцев до 2 лет). В отдаленном периоде не отмечено эпизодов восходящего холангита, стриктуры гепатико-еюноанастомоза или рецидивов панкреатита.

Выводы. «FormeFruste» киста холедоха должна исключаться у пациентов с повторными эпизодами панкреатита или рецидивами холангита. Резекция кистозно измененного общего желчного протока с формированием гепатико-еюноанастомоза петле по Ру позволяет радикально выполнить хирургическую коррекцию порока и обеспечивает хорошие отдаленные результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Заугарова К. М., Киреева Н. Б., Заугаров М. Ю., Хафизова Л. А.

Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Россия, Нижний Новгород

Введение. Скрытый половой член (СПЧ) – достаточно редкая патология в детском возрасте, которая проявляется визуальным уменьшением размеров полового члена. Согласно современной классификации, СПЧ включает в себя 3 формы: утопленный (УПЧ), перепончатый ПЧ (ППЧ) (наличие членомошоночной складки) и пеноскротальную транспозицию. При наиболее часто встречающейся патологии – УПЧ – наблюдается нарушение фиксации кожи в стволовой части полового члена, в членомошоночном переходе, избыточное развитие подкожно-жирового слоя в области лона.

Целью нашего сообщения явилось улучшение результатов лечения СПЧ с помощью усовершенствованной хирургической методики.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии на базе ГБУЗ НО «НОДКБ» с 2014 по 2017 гг. пролечены 13 мальчиков с диагнозом СПЧ в возрасте от 3 до 16 л. (средний возраст 9,5 л.). УПЧ диагностирован у 10 детей (77%), ППЧ – у 3 (23%). У 4 детей СПЧ сочетался с фимозом (31%), у 3 – с короткой уздечкой ПЧ (23%). 2 ребёнка (15%) оперированы после предшествующего обрезания в ЦРБ. 10 детей были повышенного питания (77%).

Результаты. До операции в течение месяца дети с УПЧ получали местно аппликации андрогеля. Пациенты с из-

быточным весом консультированы эндокринологом, находились на диете, занимались спортом. Оперативное лечение при УПЧ заключалось в ретракции кожи крайней плоти к его основанию, иссечении ущемляющего кольца, обусловленного фимозом, иссечении эмбриональных тканей, фиксации кожного лоскута к фасции Бака в пеноскротальном углу. С целью дополнительной фиксации крайней плоти и предупреждения её повторного дистального соскальзывания наносили насечки по всей поверхности, через которые кожу подшивали к белой оболочке ствола рассасывающейся нитью ПДС 5 «0». При ППЧ выполняли поперечное рассечение пеноскротальной складки с Z-образным ушиванием ромбовидной раны (3 ребёнка – 23%). В послеоперационном периоде дети получали антибиотикотерапию препаратами цефалоспоринового ряда и местное лечение, по показаниям на 3–4 дня устанавливали уретральный катетер.

Таким образом:

1. средний возраст оперативного лечения СПЧ составляет 9,5 лет;

2. использование насечек с прошиванием с целью дополнительной фиксации кожи крайней плоти приводит к лучшим косметическим результатам, уменьшению количества осложнений.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ГОНАДЫ НЕПОЛОВОЗРЕЛОЙ КРЫСЫ

Захаров А. И., Меновщикова Л. Б., Калинин Н. Ю., Ерохина Н. О., Севергина Э. С., Петрухина Ю. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Цель: оценить влияние хорионического гонадотропина на тестикулярную ткань неполовозрелой крысы в эксперименте

Введение. Крипторхизм – распространенная хирургическая патология детского возраста, являющаяся возможным предиктором нарушения репродуктивного здоровья. Основным методом лечения крипторхизма является хирургический, однако до сих пор остается предметом дискуссий и эффективность гормональной терапии. Одним из актуальных вопросов консервативного лечения является влияние хорионического гонадотропина на здоровую гонаду при односторонних формах крипторхизма.

Материалы и методы. Для изучения данной проблемы был проведен эксперимент на 50 неполовозрелых крысах самцах линии Wistar, которым проводились ежедневные подкожные инъекции ХГЧ, группа сравнения получала инъекции физиологического раствора течение 14 дней. После окончания курса инъекций (сразу и через 14 дней) выполнялась, односторонняя фуникулорхиэктомия для последующего морфологического исследования. По достижении половозрелого возраста крысы были подсажены к самкам для размножения.

Результаты. При морфологическом исследовании гонад на фоне гормональной терапии были выявлены интенсивно протекающие фазы сперматогенеза (однако стадия формирования остается незавершенной) и деструктуризация в канальцах гонады. Изменения носили не генерализованный, а локализованный характер на фоне регенеративных процессов. При исследовании гонад крыс, получавших физ. раствор также отмечались признаки деструктуризации. Наиболее выраженные изменения были обнаружены в гонадах, удаленных на первый день после окончания эксперимента, чем в гонадах, удаленных на 14 день. В результате эксперимента потомство получено у 80% крыс, получавших хорионический гонадотропин, и 71% в группе физиологического раствора.

Выводы: Введение хорионического гонадотропина оказывает стимулирующее влияние на все стадии сперматогенеза, но стадия формирования (переход сперматид в сперматозоиды) оказывается незавершенной. Происходит локальная деструктуризация отдельных канальцев. Процесс деструктуризации может носить стрессовый характер, т.к. подобные явления наблюдаются в группе с использованием физиологического раствора. Все процессы носят обратимый характер. Фертильность крыс после курса ХГЧ сохранена.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Заброва Т. А., Барская М. А., Терехина М. И., Кузьмин А. И., Завьялкин В. А., Хасянзянов А. К., Осипов Н. Л., Мунин А. Г.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России; ГБУЗ СО СГДКБ №1 им. Н.Н. Ивановой; ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина

В условиях улучшения хирургической помощи новорожденным, в том числе и недоношенным, одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии детского возраста в наши дни становится развитие синдрома короткой кишки.

Целью нашей работы является поиск наиболее оптимальных методов лечения врожденных и приобретенных заболеваний кишечника у детей.

Задачи: провести анализ историй болезни детей с синдромом короткой кишки; определить причины развития и характер течения синдрома короткой кишки; выявить эффективность проведенного лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 6 детей с синдромом короткой кишки, находившихся на стационарном лечении в отделениях гнойной и общей хирургии педиатрического корпуса Самарской областной клинической больницы и хирургическом отделении Самарской городской детской клиниче-

ской больницы №1 имени Н.Н. Ивановой за 2013–2016 годы.

Результаты исследования. К развитию синдрома короткой кишки у этих детей привели следующие заболевания: нейроинтестинальная дисплазия кишечника (1), мальротация (1), болезнь Гиршпрунга (2), гастрошизис с атрезией и некрозом илеоцекального отдела (1), опухолевидное образование кишечника (1). Наиболее частое осложнение после инициального вмешательства: спаечная кишечная непроходимость. Суммарно дети перенесли от 5 до 27 операций. Из всех детей 2 ребенка на момент оценки находятся на смежном энтеральном и парентеральном питании, 4 получают дополнительную энтеральную нутритивную поддержку.

На сегодняшний день список пациентов все еще пополняется. На наш взгляд для полного и всеобъемлющего изучения вопроса необходимо объединение усилий и проведение совместных исследований.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ЛОХНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Зоркин С. Н., Губарев В. И., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Маликов Ш. Г., Пономарчук И. Н.

Национальный научно-практический центр здоровья детей, Россия, Москва

Цель: Определить интраоперационный показатель эффективности метода баллонной дилатации высокого давления (БДВД) у детей с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС).

Материалы и методы: Был обследован 31 пациент с обструкцией ЛМС. Возраст составил от 3-х месяцев до 5-х лет. Всем детям обструкция ЛМС была подтверждена с помощью УЗИ мочевыводящей системы, рентгеновского обследования (внутривенная урография и микционная цистография), диуретической ренографии МАГ-3 с препаратом «Лазикс». Обструкция считалась органической при наличии обструктивного типа кривой, не изменяющегося под воздействием «Лазикса» 20 минут и более. Далее детям проводилась БДВД ЛМС под рентгеновским контролем с последующей установкой стента. Использовался полуэластичный баллон, размером от 2,7 FG до 3,1 FG номинальным диаметром от 3 мм до 6 мм, длиной от 2 до 4 см, рабочее давление в просвете баллона 12 атм. Правильность установки баллонного катетера определялась по принятию им формы «песочных часов» после инфляции. Время экспозиции составляло 4 минуты при этом «талиа» баллонного катетера расправ-

лялась или оставалась неизменной. Далее устанавливался внутренний стент. Через 6–8 недель стент удалялся и, через 3–4 месяца проводилось контрольное обследование.

Результаты: По результатам контрольного обследования больные были разделены на следующие группы в зависимости от расправления «талиа» и результата лечения: а) «талиа» расправилась, положительный результат (19 пациентов); б) «талиа» расправилась, отрицательный результат (3 пациента); в) «талиа» не расправилась, положительный результат (3 пациента); г) «талиа» не расправилась, отрицательный результат (6 пациентов). Наибольший процент положительных результатов был получен нами при расправлении «талиа» баллонного катетера (60%). Сюда можно отнести и 3 пациентов у которых «талиа» не расправилась, что составило 10%. Таким образом, суммарное значение составило 70%. Отрицательные результаты составили 30%, в 1/3 случаев «талиа» расправлялась и в 2/3 – этого не произошло.

Заключение: Таким образом, расправление «талиа» в области ЛМС можно расценивать, как благоприятный интраоперационный показатель эффективности БДВД при лечении гидронефроза у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОВОДНИКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ СТРИКТУР ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Зоркин С. Н., Губарев В. И., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Маликов Ш. Г., Пономарчук И. Н.

Национальный научно-практический центр здоровья детей, Россия, Москва

Цель: оценить эффективность использования ряда проводников при использовании баллонной дилатации высокого давления (БДВД) у детей с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС).

Материалы и методы: Было обследовано 35 пациентов с обструкцией ЛМС, средний возраст составил от 2-х месяцев до 12-ти лет. После подтверждения обструкции ЛМС детям проводилась БДВД, во время которой использовались различные типы проводников – а) стандартные проводники («струны» 0,35 и 0,25»), идущие в комплекте с мочеточниковыми стентами; б) обычные коронарные проводники (КП) 0,14» без гидрофильного покрытия; в) КП 0,14» с гидрофильным покрытием. Мочеточниковые катетеры проводились на собственной струне до зоны обструкции. После удаления собственной струны в мочеточниковый катетер вводился тот или иной проводник для преодоления зоны обструкции. После прохождения этой зоны на проводник одевался баллонный катетер и также подавался в зону обструкции после чего проводилась БДВД с последующим стентированием.

Результаты: БДВД была проведена 35 пациентам. Зона обструкции ЛМС была проходима для стандартных проводников только у 5 пациентов (16%), в основном это были дети старшей возрастной группы. У 22 пациентов (62%) достаточным было использование КП без гидрофильного покрытия для преодоления зоны сужения, у 8 (22%) – данный проводник не смог преодолеть препятствие, с которым удалось справиться только при использовании КП с гидрофильным покрытием.

Заключение: Таким образом, было показано, что наилучшим вариантом для прохождения зоны обструкции ЛМС являются КП ввиду их малого диаметра и мобильности дистального конца. При неудачах с КП без гидрофильного покрытия, следует использовать их аналоги, но уже с гидрофильным покрытием. Использование стандартных струн 0,35» и 0,25» не гарантирует прохождение зоны обструкции, что может повлечь за собой неудачу всей манипуляции, особенно у детей младшей возрастной группы.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Зыкин А. П., Соколов Ю. Ю., Леонидов А. Л., Антонов А. В., Уткина Т. В., Хабалов В. К.

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Россия, Москва

Цель. Определить возможности применения эндовидеохирургических вмешательств у детей с кистозными удвоениями пищевода и энтерогенными кистами средостения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное мультицентровое исследование, которое включало анализ 23 клинических наблюдений за период с 2006 по 2016 годы. Возраст больных составил от 15 суток до 16 лет. Мальчиков было 17 (73,9%), девочек – 5 (21,7%). Клинические симптомы (респираторные расстройства, дисфагия) отмечены у 7 (30,4%) больных, бессимптомное течение имело в 16 (59,6%) случаях. Программа обследования включала обзорную рентгенографию (70,0%), рентгеноконтрастное исследование пищевода (47,8%), фиброэзофагогастроскопию (60,9%), спиральную компьютерную томографию (43,5%), магнитно-резонансную томографию (21,7%).

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного обследования кистозные несообщающиеся удвоения пищевода установлены у 16 (69,6%) детей, из них удвоения верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода имелись у 6, нижнегрудного отдела пищевода – у 7 больных. Кистозные удвоения абдоминального отдела пищевода диагностированы у 3 (13,0%) детей. Изолированные энтерогенные кисты средостения отмечены в 6 (26,1%) случаях. Пороки имели множественный характер у 2 (8,7%) детей, из них в одном наблюдении отмечено сочетание кистозного удвоения пищевода с внедолевой легочной секвестрацией, пищеводно-бронхиальной коммуника-

цией и кистозным удвоением желудка, в другом случае имелось сочетание с кистозным удвоением тощей кишки. Торакоабдоминальное удвоение желудка и пищевода отмечено в 1 (4,3%) наблюдении.

Торакоскопические вмешательства выполнены в 20 (87,0%) случаях, лапароскопические операции – у 3 (13,0%) детей. Энуклеация кистозного удвоения пищевода выполнена 16 (70,0%) больным, из них с ушиванием мышечного слоя пищевода у 11 пациентов, без ушивания – у 5 больных. Лапароскопические вмешательства по поводу удвоений абдоминального отдела пищевода были дополнены фундопликацией по Ниссену в 2 случаях. Экстирпация изолированных энтерогенных кист средостения выполнена 6 (26,1%) детям. Вмешательства носили этапный (торакоскопия, лапароскопия) характер у 2 (8,7%) больных.

Конверсия на торакотомию и лапаротомию потребовалась в 1 (4,3%) случае торакоабдоминального удвоения. Осложнения интра- и послеоперационного периодов возникли у 3 (13,0%) больных, из них повреждение собственной слизистой пищевода отмечено у 2 детей, формирование пседодивертикула пищевода – у 1 больного.

Выводы. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с кистозными удвоениями пищевода и энтерогенными кистами средостения являются эффективными, малотравматичными и могут быть применены при различных локализациях порока в разных возрастных группах больных.

ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х. И., Давлатов С. Б., Рофиев Р., Мирзоев Д. С.

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения врожденных кист легких у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 34 детей с врожденными кистами легких (ВКЛ). В возрасте от 6 месяцев до 3 лет было 9, 4–7 лет – 11 и 8–14 лет – 14 детей. ВКЛ локализовались в правом легком (верхней доли у 7, средней – у 4, нижней – у 8) у 19 и в левом (верхней доли у 8 и нижней – у 6) – у 15 детей. У 22 детей ВКЛ были осложненными (нагноившейся – 7, нагноившейся и вскрывшейся в бронх – 10 и нагноившейся с прорывом в плевральную полость – 5). ВКЛ были средних (11), больших (17) и гигантских (8) объемов.

34 больным с ВКЛ осуществлены: операции создание междолевой (12) или межсегментарной щели (9) с применением прецизионной техники, типичная резекция доли (5) или сегмента (4), атипичная резекция легкого (2), цистэктомия (2). В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (20,6%) больных наблюдались осложнения: остаточная полость (ОП) – 2, ателектаз доли (2), эмпиема плевры (2) и бронхиальные свищи (1). Осложнения наблюдались после цистэктомии (2), атипичной (2) и типичной (2) резекции, создания междолевой щели (1).

Результаты исследования. При ВКЛ выбор объема оперативного вмешательства определяется обширно-

стью поражения, локализацией кисты, наличием необратимых изменений в окружающей кисту ткани легкого. После мобилизации легкого производится пункция кисты, удаляется ее содержимое. ОП ликвидируется путем создания междолевой или межсегментарной щели с частичным удалением капсулы кисты и иссечением внутрикистозных перемычек с прецизионной техникой. Резекция доли или сегмента производит-

ся от ее корня с предварительной отдельной обработкой сосудов, с ручным ушиванием культи бронха. Способы атипичной резекции, цистэктомия являются травматичным, и остаются длинные бронхиальные культи. В результате разработанной методики лечения ВКЛ осложнения снижены в ближайшем периоде после операции с 20,6% до 3,8% и в отдаленном сроке – с 26,5 до 5,7%.

НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Убайдуллоев В.Р., Джонгирхонов Л.М., Икромов Т.Ш.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Цель. Изучить состояние системы гемостаза и реологии у детей с анальной недостаточностью.

Материал и методы. Изучены состояние системы гемостаза у 49 больных с анальной недостаточностью в возрасте от 7 до 16 лет. I ст. были у 13 (26,5%) пациентов, II ст. у 17 (34,7%) и III ст. у 19 (38,8%). В зависимости от степени анальной недостаточности и с учетом выявленных изменений больные были разделены на три группы. Изучались показатели гемостаза и реологии крови в смешанно венозной крови (СВК), оттекающей артериальной крови (ОАК), а также артериовенозной (А-В) разницы выраженный в процентах.

Результаты исследования. СВК у детей I гр. показатели реологии, вязкости, гемоглобина и тромбоцитов, а также время свертывания крови (ВСК) по Ли-Уайту был в пределах $3,9 \pm 0,7$ до $6,3 \pm 0,9$ мин. В данной ситуации отмечалась нормокоагуляция. У 13 больных с анальной недостаточностью I ст. нарушение в системы гемостаза, СВК и ОАК не выявлено.

У детей с анальной недостаточностью II ст. – отмечалась нормокоагуляция. Но при этом показатель ВСК по Ли-Уайту был в пределах $3,8 \pm 0,9$ мин указывающий на умеренную гиперкоагуляцию по сравнению со здоровыми детьми и больных I группы ($3,9 \pm 0,7$). Также выявлено незначительное изменение МНО $0,87 \pm 0,02$ и $0,86 \pm 0,01$, АЧТВ $34,4 \pm 4,2$ и $33,4 \pm 1,0$ соответственно I и II группам. Показатели гемостаза и реологии в анализе ОАК и определение артерио-венозной (А-В) разницы, выявлено незначительное отклонение в сторону увеличения в ОАК по сравнению СВК. ВСК по Ли-Уайту 58,9% и 51,6%, АЧТВ 26,7 и 17,66%, ВРП на 22,0 и 16,7% в I и II группах соответственно. Эти показатели указывает в пользу начального компенсированного нарушения гемостаза.

У детей с анальной недостаточностью II степени выявлено увеличение фибриногена в ОАК.

Таким образом, у 17 детей со II степени анальной недостаточности выявлены нарушения в системе гемостаза СВК (незначительная гиперкоагуляция без активации антисвертывающей) и ОАК (нормокоагуляция).

У детей III группа с анальной недостаточностью III ст. имеется тенденция к анемии легкой степени, снижением показателей МНО, фибриногена, АТШ, Нт, ВСК по Ли-Уайту, АЧТВ, ВРП, МНО, сдвигом фибриногена, АТШ, ВС гепарина. Все сказанное указывает на развитие синдрома гиперкоагуляции и анемии. В ОАК выявлены значительные нарушения гипокоагулирующей функции легких и достоверное увеличение показателей А-В разницы по Ли-Уайту (44,8%), АЧТВ (172%), ВРП (14,9%). Признаки начальных проявлений нарушений микроциркуляции в легких подтверждают снижение показателей МНО ($0,84 \pm 0,03$), отсутствие достоверного увеличения фибриногена ($3,42 \pm 0,4$) в ОАК, снижение АТШ и ВС гепарина ($8,6 \pm 0,19$) и увеличение ПДФ ($472 \pm 18,0$), снижение Нт ($38,7 \pm 1,1$) и тромбоцитов ($243 \pm 11,3$). У 19 детей с III ст. изменения в СВК по типу гиперкоагуляция с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антисвертывания, а в ОАК – нормокоагуляция. Все это имеет прогностическое значение для ранней диагностики микроциркуляторных нарушений и проведение профилактики нарушения микроциркуляции перемешенной мышцы при проведении сфинктеропластики. СВК проходя через легкие меняет свой гемостатический потенциал, улучшается вязкость крови, текучесть и удлинения времени свертываемости. Это указывает на естественной защитной функции легких до определенного времени в зависимости от степени и давности патологического процесса.

СФИНКТЕРОПЛАСТИКА ПРИ АНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Убайдуллоев В.Р., Рофиев Р., Джонгирхонов Л.М.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ИПОВСЗ Республики Таджикистан

Цель исследований. Изучить эффективности сфинктеропластики с использованием нежной мышцы бедра при анальной недостаточности у детей.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 75 детей с недержание кала за период 2000–2015 годы. Все дети раннее были опе-

ированы по поводу аноректальных пороков развития: атрезии ануса (21), атрезия ануса и прямой кишки (39), атрезия прямой кишки (15). В возрастном аспекте дети были от 5 до 16 лет. Первоначально 31 (41,9%) пациентам была произведена операция комбинированная брюшина – промежностная, а 44 (58,1%) промежностная проктопластика. Из 75 больных у 59 (78,7%) выявлены недостаточность анального сфинктера 2 (28) и 3 степени (31). А у 16 детей из 75 (21,3%) установлена 1 степени анальной недостаточности. В зависимости от проводимых методов оперативного лечения больные были разделены на две группы: основная – 31, контрольная – 28. В группу сравнения (контрольная) включены дети после операции сфинктеропластика по методике Фаермана (6), ягодичными мышцами (10), пластика мышцами наружного и внутреннего сфинктера (12). А больным основной группы проведено сфинктеропластика с использованием нежной мышцы бедра в модификации. Операция сфинктеропластика в модификации заключается в следующем: выделение *m. gracilis* с сохранением иннервации и сосудов кровоснабжающий мышц, не нарушая кровоснабжение и иннервации рассекается *m. gracilis* на две равные половины по длине мышечных волокон, а потом проводится через созданный тоннель с двух сторон вокруг ануса; с условием того, что два мышечного лоскута должны лежать свободно в созданном тоннеле вокруг ануса друг над друге, оба конца мышц сшиваются между собой капроновыми швами в области сухожильной части;

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ ближайших и отдаленных результатов показали не-

достаточной эффективности операции сфинктерного аппарата прямой кишки методом Фаермана, сфинктеропластика мышцами ягодичицы и мышцами наружного и внутреннего сфинктера ануса и процент осложнений как недержание кала составляло 57,1%. Всем детям основной группы до и после операции проведено комплекс консервативной терапии. За сутки до операции проведена деконтаминация путем введение суточной дозы антибиотиков на эритроцитарных телях. Это продолжалось еще 7 дней после операции. Во время операции и после с целью профилактики микроциркуляторных нарушений в перемешенной мышце проводилось внутривенной инфузии латрена и озонированного раствора натрия хлорида. Через месяц после операции проводилось гимнастика Кегеля с целью тренировки вновь созданного сфинктерного аппарата и укрепление мышц тазового дна и промежности.

Результаты сфинктеропластики у детей обеих групп изучены в отдаленном сроке от 1 года до 5 лет. Эффективность хирургического лечения у детей с анальной недостаточности оценены таким образом: хорошие результаты у основной группе были всего у 64,5%, удовлетворительные 12,9%, неудовлетворительные результаты были у 22,5%.

Таким образом, анализ проведенного наблюдения показало эффективность предложенной методики сфинктеропластики при недержании кала у детей. Образовавшийся два мышечных колец при данной методике способствует равномерное сокращение анального отверстия сжимается со всех сторон. Данная методика операции эффективна у детей старше 10 лет.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ибрагимов Ж.Х., Тошбоев Ш.О., Шоюнусов Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости 50–73%, склонностью к рецидивирующему течению в 7–10% случаев, высокой летальностью, достигающей от 31,4% до 40% наблюдений.

Клинический материал составили 64 детей с явлениями спаечной кишечной непроходимости (СКН). Из них девочек – 23 (35,9%), мальчиков – 41 (64,1%). Диагностика базировалась на результатах жалоб, анамнеза, клинической картины, рентгенологического обследования и УЗИ. При подозрении на странгуляцию выполнялась спиральная компьютерная томография органов брюшной полости.

У 18 (14,1%) диагностирована ранняя спаечная кишечная непроходимость, спаечно-паретическая отмечена у 5 (5,88%) детей, спаечно-инфильтративная – у 4 (4,7%), простая – у 8 (7,05%) и ранняя отсроченная – у 1 (1,17%) пациента. Из 18 оперировано 8 больных. Лапароскопический висцеролиз произведен двум детям, лапаротомия – шести больным. 10 детей получали консервативную

терапию с положительным эффектом. Консервативные мероприятия заключались в декомпрессии ЖКТ, инфузионной терапии с коррекцией уровня электролитов, медикаментозной стимуляции кишечника. В качестве контроля эффективности терапии служило рентгенконтрастное исследование пассажа по пищеварительному тракту. Поздняя спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 55 (85,9%) детей. У 38 (59,37%) диагностирована подострая форма заболевания. 28 (43,7%) человек поступили с явлениями острой формы заболевания. Консервативная терапия эффективна у 5 пациентов. Экстренное вмешательство выполнено 23 больным, причем лапароскопическим методом удалось восстановить пассаж по желудочно-кишечному тракту у 10 детей. Острейшая форма заболевания диагностирована у 3 (4,68%). Все они подверглись оперативному вмешательству.

Таким образом, усилия, направленные на дифференцированный подход в выборе тактики и метода разре-

шения спаечной непроходимости кишечника, позволили добиться улучшения результатов лечения данного контингента больных. Своевременная диагностика и при-

менение консервативных мер, направленных на восстановление пассажа по ЖКТ, позволяют в большинстве случаев избежать оперативного вмешательства.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАВЕЗИКАЛЬНОЙ МОНОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ж.Х., Тошбоев Ш.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью работы явилось изучение динамики внутрибрюшного давления (ВБД) у детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) для определения тактики лечения.

Было обследовано 58 детей с ОСКН. Общая доля мальчиков в группе составила 48%, девочек-52%. Кроме лабораторных и инструментальных методов обследования для оценки уровня ВБД и его динамики использовали методику, предложенную Kron и Iberti в 1984 г., которая заключается в измерении давления в мочевом пузыре. В асептических условиях, после выведения мочи в мочевой катетер вводили стерильный физиологический раствор из расчета 1 мл/кг массы тела больного. Измерение давления проводили с помощью стерильного водного манометра, соединенного с мочевым катетером, в положении больного горизонтально на спине, в фазе выдоха, в течение 2 минут. За нулевую отметку была принята средняя подмышечная линия. Данные фиксировали 2 раза в сутки, в утренние и вечерние часы, с расчетом среднесуточных значений. Конвертацию показания водного манометра в mmHg проводили из расчета: 1 mmHg=1,36 см H₂O. Внутрибрюшной гипертензией считали уровень ВБД, который превышал 5,1 mmHg. Анализ результатов показал, что у всех детей с ОСКН имеется значительное повышение ВБД. Из всего числа наблюдений уровень ВБД был в пределах нормы только у 25 (20,8%) больных. Во всех остальных случаях повышение ВБД составило от I–III ст. При этом наиболее высокие цифры ВБД были зафиксированы у 60,8% больных, которые были оперированы. Показатели ВБД у это-

го контингента больных оказались существенно выше нормы ($p<0,001$).

Согласно проведенным исследованиям, ведущей причиной ОСКН оказалось сдавление сосудов брыжейки, т.е. странгуляционный механизм формирования непроходимости. Очевидно, что чем меньше времени было затрачено на диагностический поиск и определение показаний к операции, тем лучше оказывался окончательный исход. С этой целью и был выполнен поиск возможной взаимосвязи между показателями ВБД и видом ОСКН. Оказалось, что при странгуляционном механизме формирования ОКН, когда преимущественно были сдавлены сосуды брыжейки, уровень ВБД был существенно ниже ($p<0,001$), чем при обтурационной и смешанной видах формирования ОСКН. Эти различия сохранялись вплоть до выполнения хирургического пособия. В то же время при обтурационной и смешанной формах непроходимости достоверных различий по уровню ВБД не было выявлено. В послеоперационном периоде уровень ВБД при всех трех видах ОСКН снижался равномерно. Таким образом, подводя итоги анализа полученных результатов, было установлено, что в группе оперированных больных отмечалось статистически значимое увеличение ВБД в среднем до $12,7\pm 0,7$ см вод. ст., причем уровень его существенно снижался на следующие сутки после операции. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что если у пациента данные, свидетельствующие в пользу ОКН, оказываются клинически нечеткими, но при этом имеются высокие показатели ВБД, предпочтительно и более безопасно для его жизни выполнить хирургическую операцию.

ИЗОЛИРОВАННЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОЩЕЙ КИШКИ

Игнатъев Е.М., Тома Д.А., Ефременков А.М., Петрикова Н.И.

ОГБУЗ Детская областная клиническая больница, Россия, Белгород

Изолированные травмы тонкого кишечника у детей в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) встречаются значительно реже чем массивные повреждения паренхиматозных органов. По литературным данным не более 2% детей поступивших с места ДТП имеют повреждение тонкой кишки (перфорация, гематома, кровотечение из разрыва брыжеечных сосудов). Механизм возникновения травмы сводится к тому, что при резком замедлении автомобиля происходит прижатие ремнем без-

опасности петли тонкой кишки к позвоночнику или к костям таза, вследствие чего происходит разрыв стенки кишки, ее размоложение либо отрыв кишки от брыжейки. Ужесточение правил транспортировки детей в автомобиле привело к уменьшению количества «летальных» сочетанных массивных повреждений и увеличению изолированных повреждений. Так, в нашу клинику за 2 последних года поступило 3 ребенка с повреждениями тонкой кишки после ДТП. Все дети в момент лобового столкновения на-

ходились внутри автомобиля, в детских креслах, пристегнутые ремнями безопасности.

При поступлении состояние детей расценено как средней степени тяжести, перитонеальные симптомы отрицательные, на обзорных рентгенограммах брюшной полости в вертикальном положении свободный газ не определялся. Обращало на себя внимание наличие умеренно выраженных ссадин, гематом в области левого подреберья, лейкоцитоз до $18 \cdot 10^9$ в клиническом анализе крови. В 2 наблюдениях при проведении УЗ-исследования брюшной полости выявлено локальное утолщение стенки тонкой кишки. В связи с наличием данного УЗ-признака в сочетании с локальной болезненностью в левом подреберье через 2 часа от момента поступления детям выполнено оперативное вмешательство. В 3-м наблюдении через 9 часов от момента поступления появились поло-

жительные перитонеальные симптомы, ребёнок взят в операционную.

Всем детям, первым этапом, выполнена диагностическая лапароскопия при которой выявлены в двух случаях травматические разрывы тощей кишки в 15 и 25 см от связки Трейца, и в одном – два разрыва в 15 и 35 см от связки Трейца. Выполнена поперечная лапаротомия (разрез до 4 см), ушивание стенки кишки, санация брюшной полости.

Послеоперационное течение на фоне антибактериальной терапии – гладкое. Все дети выписаны домой с выздоровлением.

Таким образом, все дети поступающие с места ДТП с травмой «торможения» должны быть госпитализированы с последующим тщательным динамическим наблюдением в течение не менее 24 часов. При наличии минимальных клинических проявлений повреждения кишечной стенки показано проведение диагностической лапароскопии.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ

Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Тома А. Н., Берёзка В. Н.

ОГБУЗ Детская областная клиническая больница, Россия, Белгород

Кисты селезёнки у детей встречаются относительно редко и представляют собой различные по генезу и клиническому проявлению образования. Классификация R. Fowler (1940 г.) разделяет кистозные образования на истинные (паразитарные и непаразитарные) и ложные. По данным литературы в педиатрической практике чаще встречаются истинные кисты селезёнки. Большинство кист селезёнки протекают бессимптомно, клиническая симптоматика возникает при значительных размерах или осложнённом течении (разрыв, кровотечение, инфицирование).

В хирургическом лечении кист селезёнки ведущее место занимает лапароскопия.

За последние 4 года в детской областной клинической больнице г. Белгорода находились на лечении 11 детей с кистозными образованиями селезёнки в возрасте от 7 до 15 лет, 6 девочек и 5 мальчиков. У 5 детей прослежена четкая связь обнаружения кисты селезёнки с предшествующей травмой (удар о руль велосипеда, падение на бордюр, турник за 9–18 месяцев до поступления). Таким образом, нами были прооперированы как ложные (травматические), так и истинные кисты селезёнки.

В 7 наблюдениях заболевание выявлено при проведении УЗ-исследования в связи с жалобами на болевой синдром, неприятные ощущения, чувство тяжести в ле-

вом подреберье. У 4 детей наличие кисты протекало бессимптомно и выявлено при проведении диспансеризации. В протокол исследования входили общеклинические исследования, которые не выявили патогномоничных изменений, УЗИ. При многокамерных кистах выполняли МРТ.

У большинства пациентов по структуре кисты представляли собой однокамерные образования у верхнего или нижнего полюса. У одного ребёнка имелась центрально расположенная многокамерная киста.

В десяти случаях нами выполнена эндовидео-хирургическая фенестрация кист. У одного ребёнка с центрально-расположенной многокамерной кистой выполнена лапароскопическая спленэктомия. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено. Катамнез более года прослежен у 9 детей. У одного ребёнка отмечен рецидив заболевания. При повторном пересмотре препаратов заподозрена лимфангиома селезёнки. Выполнена лапароскопическая спленэктомия. Диагноз лимфангиома селезёнки подтвержден гистологически.

Таким образом, лапароскопический способ хирургического лечения непаразитарных кист селезёнки является адекватным методом лечения, позволяющим уменьшить травматичность операции и сократить длительность лечения больных.

СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У РЕБЁНКА ДЕВЯТИ МЕСЯЦЕВ

Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Трунова Р. Б., Шведова О. В., Бессонова Е. В.

ОГБУЗ Детская областная клиническая больница, Россия, Белгород

Множественные острые нетравматические перфорации тонкой кишки у детей старше 2-х месяцев жиз-

ни не НЭК-этиологии – крайне редкое клиническое наблюдение. В литературных источниках мы встретили

небольшое количество упоминаний данной патологии. В каждом клиническом случае причина данного состояния, а также лечебно-диагностическая тактика индивидуальны. Приводим своё клиническое наблюдение.

В отделение гнойной хирургии поступил мальчик в возрасте 9 месяцев в крайне-тяжёлом состоянии, с жалобой на подъем температуры до 38°C, многократную рвоту, отсутствие стула в течение 2-х суток, с клиникой тяжёлого перитонита. Заболевание началось остро, 7 суток назад, с гипертермии до фебрильных цифр, беспокойства, рвоты, жидкого стула. Ребёнок госпитализирован в инфекционную больницу, где на фоне интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии, отмечено ухудшение состояния, в связи с чем переведен в хирургию.

В экстренном порядке выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество мутной жидкости с примесью кала, фибрина. Выявлено, что тонкая кишка имеет 32 перфоративных отверстий по противобрыжеечному краю на всем протяжении от 0,2 см до 1 см в диаметре. На уровне первой перфорации, в 20 см от связки Трейца выведена двухствольная еюностома, 22 перфорации ушито. Участок подвздош-

ной кишки несущих 8 больших перфораций с рыхлыми краями сомнительной жизнеспособности в 50 см от илеоцекального угла длиной около 30 см резецированы, наложение двухствольной илеостомы.

После стабилизации состояния через 2 недели выполнена операция релапаротомия, ревизия брюшной полости, разделение спаек, закрытие еюностомы с ретроградной интубации тонкой кишки за зону анастомоза.

В связи с выраженными явлениями мальдигестии и мальабсорбции через 1 месяц после релапаротомии после рентгенологического контроля проходимости толстой кишки выполнено закрытие илеостомы, наложение кишечного анастомоза «конец в конец». При удовлетворительных клинико-лабораторных показателях ребёнок выписан домой.

Катамнез прослежен более года. Развитие ребёнка соответствует возрастным нормам, жалоб нет.

Этапное оперативное лечение с выведением нескольких пар стом является наиболее оптимальным при лечении детей с множественными перфорациями тонкой кишки. Этиология и патогенез вышеописанного заболевания остаются крайне дискутабельными.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Индрокова С.Б., Смирнов В.А., Смирнова А.Р.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканская Детская Клиническая больница МЗ КБР; ГБУЗ РДКБ МЗ Кабардино-Балкарской Республики, г. Нальчик

Цель работы: провести анализ частоты осложненных и редких форм, выявить основные причины развития осложнений у детей с инвагинацией кишечника

Метод и материалы: изучены 53 истории болезни, детей с различными формами инвагинации кишечника, поступивших в ГБУЗ РДКБ МЗ КБР в период с 2011 по 2016 гг. Девочек было 17 (32%), мальчиков 36 (68%). По возрасту выделены следующие группы: до 6 месяцев – 12 детей (22,64%), из них 1 ребенок до 28 суток и 1 ребенок в возрасте 1,5 месяцев; с 6 мес до 1 года – 21 ребенок (39,62%); с 1 года до 3 лет – 16 детей (30,1%); дети старше 3 лет – 4, из них 1 ребенок 13 лет. По времени от начала заболевания до поступления в стационар выделены группы: до 6 часов – 10 детей; от 6 до 12 часов 15 детей; от 12 до 24 часов – 22 ребенка; свыше 24 часов 6 детей. Большинству детей диагноз выставлялся по результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости (42 ребенка). 11 детям ультразвукового исследования не проводилось по техническим причинам. Оперативное лечение выполнено 15 детям; остальным детям удалось выполнить консервативную дезинвагинацию.

Из общего числа пациентов с инвагинацией к редким формам можно отнести: инвагинация кишечника у новорожденного ребенка – 1 случай (1,88%);

тонко-толсто-толстокошечная инвагинация, протяженностью до сигмовидной кишки – 1 случай; инвагинация кишечника у детей старшей возрастной группы – 4 случая, из них у двух детей определялись органические причины (полип подвздошной кишки и фиксированная эмбриональными спайками слепая кишка); повторная инвагинация – 5 детей. При анализе редких форм инвагинации выявлено, что клиническая картина у большинства детей была не типична: отсутствовала рвота, характерные периодические боли, отмечался самостоятельный стул в день поступления в стационар. правильной постановке диагноза способствовало проведение пациентам из этой группы ультразвукового исследования и диагностической пневмоирриграфии.

Выводы: 1. основными причинами осложненных инвагинаций кишечника являются позднее обращение и поздняя диагностика

2. выполнение ультразвукового исследования всем детям с подозрением на инвагинацию, беспокойством в анамнезе позволяет снизить процент поздней постановки диагноза и, как следствие, процент осложнений

3. необходимо иметь определенную настороженность относительно инвагинации кишечника у новорожденных детей и детей старшей возрастной группы.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Индрокова С. Б., Смирнов В. А., Смирнова А. Р.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения республиканская клиническая больница МЗ КБР; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ КБР, г.Нальчик.

Цель работы. Провести анализ эффективности лечебной тактики детей с химическими ожогами пищевода в отделении хирургии РДКБ г.Нальчика.

Материал и методы. За период с 2011 по 2016 годы в хирургическое отделение РДКБ поступили 109 детей с химическими ожогами пищевода. Все дети поступили в экстренном порядке, в основном в течение первых 2–3 часов с момента приема химической жидкости через рот. Наиболее часто встречаемыми химическими агентами, приводящими к ожогам пищевода были уксусная эссенция, белизна, перманганат калия, 6 и 9% перекись водорода, «Крот», «Шумавит», каустическая сода. 87 детей были в возрасте до 3х лет. Мальчиков было 67 (62%), девочек 42 (38%). Все дети выпивали химические жидкости по недосмотру родителей. Основной причиной для госпитализации детей являлось слюнотечение, отказ от еды. Для выяснения глубины и протяженности повреждения пищевода на следующий день проводили ФЭГДС. Лишь в 7 случаях исследование пищевода было отложено на 2–3 суток из за выраженных симптомов интоксикации.

Результаты и обсуждение Из общего числа детей с ожогами пищевода наиболее тяжелой оказалась группа из 6 детей, проглотивших щелочные растворы для чист-

ки труб, сантехники – «Крот», «Шумавит», каустическая сода в гранулах. На ФЭГДС в первые дни отмечались выраженные проявления ожога III ст. проводилась комплексная терапия интоксикации, антибактериальная терапия, лечение гастрита, ГЭР. Бужирование проводили по схеме через 2–3 недели, как термопластичными литыми бужами, а после их появления – полыми термопластичными бужами по струне-проводнику.

5 детям потребовалось наложение гастростомы для бужирования за нить. В одном случае было повреждение пищевода при бужировании. Неэффективным бужирование пищевода со стойким стенозом пищевода было у 5 детей, которым потребовалась колоэзофагопластика, для проведения которой дети были направлены в федеральные центры.

Выводы наибольшую опасность в плане развития осложнений при химических ожогах пищевода является ожог щелочными агентами. Бужирование пищевода, порой длительное, является эффективным методом лечения ожогов III степени. Использование полых термопластичных бужей по струне –проводнику значительно облегчает процесс бужирования и снижает риск повреждения измененного пищевода при дилатационной терапии.

ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ионов А. Л., Сулавко Я. П., Пичугина М. В., Лука В. А., Мызин А. В.

ФГБУ РДКБ МЗ РФ (главный врач к.м.н, Константинов К. В.), кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва. РФ.

Актуальность. Полипы толстой кишки в детском возрасте встречаются по данным литературы в 1–3% случаев. В подавляющем большинстве случаев это одиночные доброкачественные образования с морфологической картиной ювенильного полипа. Однако, в ряде случаев, выявляются множественные полипы, что требует их оценки с точки зрения наличия генетического синдрома, а также гистологической верификации для определения оптимальной тактики ведения пациента.

Цель: представить многолетний опыт лечения полипов толстой кишки, а также определить дифференцированный подход к тактике обследования и ведения пациентов с семейным аденоматозом толстой кишки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдениям в течение 30 лет в отделении хирургической колопроктологии РДКБ находилось 173 пациента с образованиями толстой кишки различной локализации. Основным клиническим проявлением являлось кровотечение из прямой кишки. У 44 пациентов отмечались множественные полипы тол-

стой кишки. У 53 больных по данным обследования поставлен диагноз полипоз толстой кишки. Семейные наследственные полипозы толстой кишки, как правило, имели неспецифические клинические проявления (диспепсические явления, изменения характера стула, анемия и т. д.), а в ряде случаев протекали бессимптомно. Пациентам с единичными полипами толстой кишки проводилось эндоскопическое удаление полипов (94 пациента с полипами прямой кишки, 27 больных с полипами других отделов толстой кишки). В качестве основного метода лечения при множественном поражении, использовалось эндоскопическое удаление наиболее крупных полипов с обязательным морфологическим исследованием (23 пациента) или биопсия образования при ожидаемых технических трудностях его удаления. У 5 пациентов с полипозом толстой кишки проведена субтотальная резекция толстой кишки, у 5 – колэктомия с формированием наданального илеоректального анастомоза (2 этапная операция), в 3 случаях реконструктивному вмешательству предшествовало

формирование кишечной стомы. Одному пациенту с поражением в начальном отделе толстой кишки выполнена резекция илеоцекального угла. Показанием к радикальному оперативному лечению независимо от возраста пациента явились: 1) выраженные метаболические нарушения, связанными с частым жидким стулом; 2) рецидивирующие кровотечения из прямой кишки с развитием хронической постгеморрагической анемии; 3) изменения в области полипов по типу дисплазии высокой степени по данным морфологического исследования; 4) указания на семейный характер аденоматозного поражения по данным генетического обследования.

Результаты. Осложнений после эндоскопического удаления единичных полипов толстой кишки не наблюдалось. Больные с полипозами толстой кишки в последующем находились под наблюдением, с периодическим выполнением эндоскопического исследования 1–2 раза в год с проведением полипэктомий. У больных после

субтотальных резекций толстой кишки и колэктомии в ближайшее время после операции отмечался частый жидкий стул, эпизоды недержания кала. В течение 1–1,5 лет ситуация улучшалась, с купированием недержания кала, урежением частоты стула. У всех пациентов выявлена нормализация нутритивного статуса с коррекцией электролитного обмена, отсутствие анемии.

Заключение. Таким образом, полипы толстой кишки в детском возрасте представлены 3 основными вариантами поражения толстой кишки (единичные, множественные полипы и полипоз толстой кишки) и требует дифференцированного подхода к диагностике и определения тактики и объема оперативного вмешательства. Наиболее сложной проблемой являются различные формы полипоза толстой кишки, требующие в ряде случаев сложного многоэтапного реконструктивного хирургического лечения, а также в последующем длительного наблюдения и реабилитации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОГО ВАРИАНТА БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ

Каган А. В., Караваева С. А., Котин А. Н., Борисова И. И.

Детская городская больница № 1, Россия, Санкт-Петербург; Детская городская больница № 1, г. Санкт-Петербург

Цель: продемонстрировать редкий тип билиарной атрезии.

Материал и методы: проанализирована история болезни ребенка, лечившегося в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга в 2015 г. Ребенок поступил в возрасте 3 месяцев с жалобами на желтушность кожных покровов, ахоличный стул. Обследование включило в себя комплекс лучевых, лабораторных, генетических методов исследования. Выявлены гиперферментемия (АСТ 151 Ед/л), гипербилирубинемия за счет прямой фракции (200–179 мкмоль/л). По УЗИ брюшной полости желчный пузырь не визуализируется. На МРТ-холангиографии выявлено расширение общего печеночного протока до 1,0 см и расширение внутривенных протоков по периферии до 0,5 см. На интраоперационной

холецистохолангиографии контрастировано печеночные протоки и кистозное образование диаметром 1,5 см, не общавшееся с двенадцатиперстной кишкой. Диагностирован 2 тип билиарной атрезии (кистозная форма). Девочке наложен гепатикоюноанастомоз с защитой по Ру.

Результаты. На 20 сутки после операции АСТ 90 Ед/л, билирубин 29 мкмоль/л. В стационаре проведено 35 койко-дней. В настоящее время девочке 2 года, показаний к трансплантации печени нет.

Выводы. Пороки развития желчевыводящих путей разнообразны по своему характеру и клиническим проявлениям, такие пациенты требуют слаженного междисциплинарного подхода, четко спланированного плана диагностики и лечения.

ОПУХОЛИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кайгородова И. Н., Стальмахович В. Н., Умнова С. Ю., Ованесян С. В., Арановская С. Ю.

Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Россия, Иркутск; ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

Цель: оценить прогностические факторы при лечении опухолей почек в зависимости от гистологической структуры и стадии заболевания.

При анализе историй болезни детей с различными опухолями почек в ИГОДКБ с 2004–2016 г. пролечено 54 ребёнка. Возраст детей на момент выявления опухоли почки составил от 5 мес. до 15 лет. В исследуемой группе преобладали мальчики – 33 пациента (61%), девочек было 21 пациентка (39%). Опухоли почек у детей характеризуются гистологической гетерогенностью.

Распределение опухолей почек в исследуемой группе по нозологическим формам составило: Нейробластома – 32 (59,3%); Светлоклеточная саркома почки – 4 (7,4%); Рабдоидная опухоль почки – 3 (5,6%); Рак почки (светлоклеточная, почечно-клеточная карцинома) – 5 (9,3%); PNET – 1 (1,9%); Нейробластома – 3 (5,6%); Анапластическая лимфома – 1 (1,9%); Доброкачественные опухоли почки (ангиолипома, кистозная нефрома, метанефрогенная аденома) – 5 (9,3%). Среди детей со злокачественными новообразованиями умерло

6 пациентов. Общая выживаемость в этой группе составила 87,8%

Всем детям при выявлении опухоли почки проводилось стандартное обследование, пункционная тонкоигльная биопсия опухоли под контролем УЗИ. Когда проведение пункционной биопсии было не желательным в связи с угрозой «разрыва» опухоли, или технически не возможным лечение начиналось с хирургического этапа лечения: проводилось удаление опухоли с почкой в едином блоке. В 4-х случаях у подростков проведена резекция опухолевого узла и был установлен диагноз раковой опухоли.

Самую многочисленную группу в структуре опухолей почек составили дети с нефробластомой (истинная опухоль Вильмса) – 32 пациента в возрасте от 5 мес. до 11 лет. Наиболее часто опухоль выявлялась в возрасте

1–3 г., во II стадии. За время наблюдения погиб только 1 ребенок от осложнений послеоперационной ПХТ. Выживаемость в этой группе составила 96,9%

Все пациенты с рабдоидной опухолью почки погибли от прогрессирования процесса в короткие сроки после установления диагноза. Среди 4 пациентов со светлоклеточной саркомой почки погибла 1 пациентка от прогрессирования заболевания, метастатического поражения костей и головного мозга. Выживаемость в этой группе пациентов составила 75%.

Своевременная диагностика, соблюдение всех принципов химиолучевого лечения в совокупности с успешно проведенным хирургическим вмешательством, даёт нам повод надеяться на хорошие отдалённые результаты лечения детей с опухолями почек и выздоровление большинства наших пациентов.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕДКИХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПАТОЛОГИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Каменских М. С.

Республиканская детская клиническая больница, Россия, Ижевск

В настоящее время в арсенале травматологов – ортопедов помимо общеизвестных методов диагностики заболеваний суставов (рентгенография, УЗИ, артропневмография, СКТ, МРТ) имеется не менее важный метод диагностики – артроскопия. Сложно переоценить роль эндоскопических методов в травматологии и ортопедии при редко встречающихся нозологических формах, особенно в детском возрасте.

Пигментированный вилонодулярный теносиновит относится к категории редких опухолеподобных заболеваний. Обычно пигментированный вилонодулярный теносиновит поражает область лодыжек, плечевого или локтевого сустава.

Материалы и методы. В Республиканскую детскую клиническую больницу МЗ УР (г. Ижевск) обратилась пациентка В., 9 лет, с жалобы на умеренные боли в области правого локтевого сустава, усиливающиеся при максимальном сгибании, отек области правого коленного сустава. Указанные жалобы девочку беспокоили в течение 3 месяцев. Ребенок обследован у ревматологов, выставлен диагноз: артрит правого коленного сустава, ФН I степени. Назначено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами. От проводимой терапии эффекта не наблюдали.

При поступлении определяется сглаженность контуров правого коленного сустава, преимущественно за счет верхнего заворота. При пальпации отмечала болезненность в области верхнего заворота коленного сустава. Симптом баллотации надколенника положительный. Движения в левом коленном суставе в полном объеме, при сгибании до 50° – болевой синдром утилевается.

Проведена диагностическая артроскопия.

При визуализации полости коленного сустава в области верхнего заворота по медиальной стенке обнаружен опухолевый узел, плотноэластической консистенции, желто-коричневого цвета. Данное образование полностью удалено, направлено на гистологическое исследование.

Результаты. Микроскопическое описание: в доставленном материале определяются фрагменты солидной опухоли без четких границ. Неопластическая ткань состоит из полей среднего размера клеток со средним ядерно-плазматическим соотношением. Ядра монотипные, овоидной формы, содержат тонкодисперсный хроматин и одно мелкое ядрышко. В опухоли встречаются многочисленные гигантские многоядерные клетки. Диффузно обнаруживаются поля ксантомных клеток и очаговые скопления гемосидерофагов. Проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к CD68, PanCK, S100, Desmin, SMA, Ki67. Гистологическая картина наиболее соответствует диффузному типу теносиновальной гигантоклеточной опухоли (пигментированный вилонодулярный теносиновит).

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Через 6 месяцев после операции состояние ребенка удовлетворительное, болевого синдрома в области правого коленного сустава нет, контуры сустава сохранены, движения не ограничены.

Выводы. Метод артроскопии расширяет возможности травматологов – ортопедов, позволяет не только в сложных и нестандартных клинических ситуациях уточнить диагноз, но и провести хирургическое лечение с минимальной операционной травмой.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ КИСТОЗНОЙ АДЕНОМАТОИДНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКИХ

Караваева С.А., Патрикеева Т.В., Михайлов А.В., Ильина Н.А., Старевская С.В.

ГБУЗ «Детская городская больница № 1», г. Санкт-Петербург

Цель: продемонстрировать опыт пре- и постнатального ведения детей с тяжелыми формами кистозной аденоматоидной мальформации (КАМ) легких I типа, представить отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы: с 1996 по 2016 гг. в Детской городской больнице № 1 Санкт-Петербурга было обследовано 180 детей с врожденными пороками развития легких и средостения, из них 144 пациента были оперированы. Практически всем детям диагноз был поставлен антенатально, начиная с 18 недели гестации. В 23 случаях (13%) гистологически была подтверждена КАМ I типа, при этом у 12 пациентов из них (52%) были диагностированы тяжелые формы с большой зоной поражения, выраженным объемным воздействием на окружающие ткани и органы, признаками развития неиммунной водянки плода, что является крайне неблагоприятными факторами, грозящими внутриутробной гибелью плода. Трём из 12 пациентов потребовалось проведение внутриматочного вмешательства. На 33-й и 36-й неделе гестации был выполнен амниоцентез, амниоредукция и пункция кист под контролем УЗИ, что позволило уменьшить объемное воздействие и пролонгировать беременность. Все дети родились в срок, были полновесными. У всех отмечались признаки дыхательной недостаточности с рождения, 5 из 12 малышей потребовали ИВЛ с первых минут жизни. В экстренном порядке новорожденные были переведены в отделение реанимации, обследованы (всем

выполнены рентгенограммы грудной клетки и мультиспиральная компьютерная томография-ангиография – МСКТА). Во всех случаях был подтвержден диагноз КАМ I типа с выраженным объемным воздействием, процесс односторонний с преимущественной локализацией в нижней доле легкого (66,7%). Поставлены показания к оперативному лечению в срочном порядке после подготовки. Всем детям выполнена лобэктомия в сроки от 14 часов жизни до 5 суток. Послеоперационный период протекал без осложнений. Экстубация проводилась на 3–4 сутки после лечения. Средний койко-день после операции составил 10±2 дня.

Результаты. Отдаленные результаты лечения прослежены у всех 12 пациентов, регулярно наблюдающихся в диспансерном отделении больницы. Оценка проводится на основании данных МСКТ и исследования функции внешнего дыхания. Срок катамнестического наблюдения за больными составил от 1 года до 10 лет – 78% пациентов растут и развиваются соответственно возрасту, 22% детей имеют склонность к простудным заболеваниям, снижение функции внешнего дыхания. Неудовлетворительных результатов и летальности нет.

Выводы. Мультидисциплинарный подход в лечении детей с тяжелыми формами КАМ I типа позволяет обеспечить оптимальные условия для раннего хирургического лечения с наилучшим исходом и отдаленными результатами.

СОСТОЯНИЕ ГОНАД И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНОЙ И ДВУХСТОРОННЕЙ ФОРМАМИ КРИПТОРХИЗМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Кузнецов В.Н.

Тверской государственный медицинский университет, Россия, Тверь

Целью работы является оценка тестикулярного кровотока и состояния предстательной железы в раннем послеоперационном периоде у мальчиков с двухсторонней паховой и абдоминальными формами крипторхизма.

Материал и методы. В исследование включены 8 пациентов с двухсторонней паховой ретенцией и 8 больных с абдоминальным крипторхизмом в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. В каждой группе 4 пациентам проводилась гормональная терапия хорионическим гонадотропином за 3 недели до хирургического лечения. Одноэтапная лапароскопическая орхидопексия выполнена 6 пациентам, остальные оперированы открытым способом по Петривальскому-Шумахеру. Оценка состояния интертестикулярного кровотока и объема гонад

по результатам УЗИ проведена через 1 и 3 месяца после операции. В эти же сроки исследована предстательная железа путем трансабдоминального сканирования. Проведена сравнительная оценка фенотипических и висцеральных признаков меземхимальной недостаточности в исследуемых группах.

Результаты и их обсуждение. В результате гормональной терапии у 2 из 4-х пациентов с абдоминальным крипторхизмом гонада переместилась в паховый канал, что позволили выполнить ее низведение из открытого доступа. Скоростные показатели кровотока в гонадах после операции были лучше у больных, прошедших лечение хорионическим гонадотропином. Объем гонад у 75% больных был увеличен, по сравнению с доопера-

ционным на 30%, что можно объяснить сохраняющимся отеком паренхимы. Изменений в предстательной железе и обследуемых больных не обнаружено.

Выводы: Снижение показателей интертестикулярного кровотока в гонадах после их низведения диктует необ-

ходимость разработки лечебных мероприятий по минимизации последствий оперативной травмы. Проведенная по показаниям консервативная терапия в дооперационном периоде оказывает положительное влияние на состояние кровотока в яичке в послеоперационном периоде.

НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ПОСЛЕ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Боголюбов С.В., Кузнецов В.Н.

Тверской государственный медицинский университет, Россия, Тверь

Цель работы: оценка репродуктивной системы у мужчин, прошедших в детстве лечение по поводу крипторхизма.

Материал и методы. В исследование включены 18 пациентов в возрасте от 28 до 38 лет, оперированных по поводу абдоминального крипторхизма (3 пациента) и паховой ретенции (15 пациентов). Катанез составил от 20 до 24 лет.

Результаты и их обсуждение. Основной жалобой пациентов, при обращении в клинику репродуктивного здоровья, являлось бесплодие в браке (от 1 до 7 лет). Из анамнеза установлено, что после хирургического лечения крипторхизма пациенты не наблюдались у специалистов, половое созревание проходило в возрасте 12–14 лет. Отклонений в сексуальной жизни, по данным опросников, не отмечено. При объективном осмотре, у 1 пациента установлен рецидив крипторхизма, у 4 – в мошонке пальпировалось гипоплазированное яичко. Данные УЗИ мошонки показали снижение тестикулярного объема на стороне операции в 100% случаев (от 2,5 см³ до 8,5 см³), в то время как объем контралатеральных гонад соответствовал норме (от 12,1 см³ до 15,4 см³). Интрагистикулярный кровоток низведенных гонад был снижен (индекс резистентности составлял от 0,42 до 0,52), в контралатеральных IR колебался от 0,55 до 0,67.

Отклонений в гормональном фоне не обнаружено у 6 больных (30%). У остальных пациентов выявлены следующие нарушения: повышение уровня ЛГ в сыворотке крови у 1 пациента (10%), ФСГ у 2 больных (20%). Снижение пролактина и эстрадиола диагностировано у 2-х больных (20% случаев). Уровень тестостерона был в пределах нормальных границ у 80% обследованных.

Исследование предстательной железы по данным ТРУЗИ патологии не выявлено. Кальцинаты простаты размерами от 1 до 2 мм обнаружены у 2-х пациентов (20%).

Нормозооспермия отмечалась лишь у 2-х больных (20% случаев). Олигоастенотератозооспермия у 6 больных (30%). Астенотератозооспермия – у 50% (9 пациентов). У больных с патоспермией индекс Крюгера превышал 4% (от 6 до 10%).

Выводы: В отдаленном периоде после хирургического лечения крипторхизма у всех обследованных пациентов, установлено снижение тестикулярного объема и внутриорганного кровотока, нарушение гормональной функции у 70%, а сперматогенной у 80%. Возможно, к нарушению репродуктивного здоровья привели не только диспластические изменения внешнемошоночных гонад, но и отсутствие реабилитационных мероприятий после хирургического вмешательства.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Касимов К.Л., Туйчиев Г.У., Халилов Ш.К., Кодиров К.З., Мамажонов У.Ш., Юлдашев М.А.

Андижанский государственный медицинский институт; Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Бронхолегочная патология в Узбекистане занимает первое место в структуре заболеваемости детей и составляет 198–379,6 на 1000 детей до 14 летнего возраста, что является актуальной проблемой педиатрии, в том числе детской хирургии. Основная причина летальных исходов осложнений бронхолегочной патологии является деструктивная пневмония.

Цель. Улучшение диагностических и лечебно-тактических мероприятий на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей.

Материалы и методы. Нами проанализированы диагностические и лечебно-тактические

мероприятия, выполненных у 305 больных с нагноительной патологией легких. Среди больных детей мальчиков было 177, девочек – 128. В возрасте до 3 лет – 119,4–7 лет – 90, 8–14 лет – 96.

Внутрилегочная: мелкоочаговая множественная-1; лобит- 205; острый абсцесс – 12; буллезная – 6; Легочно-плевральная: пиоторакс – 39; пиопневмоторакс -33; пневмоторакс – 9. То есть у 224 (73,44%) больных была внутрилегочная форма бактериальной деструкции легких, у 81 (26,66%) – легочно-плевральная.

Результаты. Изучение данных анамнеза показало, что почти все больные 296 (97%) – находились на ле-

чении у педиатра, из 201 (68,82%) – в стационаре, 104 (31,11%) – в поликлинике. в экстренном порядке госпитализированы только 9 больных с диагнозом лобит.

Ретроспективный анализ характера клинического течения патологического процесса показал, что у 15 из 296 больных признаки деструктивных трансформаций появились за 8–10 дней до перевода больного в клинику. У всех больных были установлены плевральные осложнения, у 47 – за 3–5 суток. Из этих больных у 9 было плевральное осложнения. Остальные больные были осмотрены хирургом в первые сутки после появления признаков деструкции легких.

Нужно отметить, что успех лечебных мероприятий помимо целенаправленной антибактериальной терапии, а также рациональной хирургической тактики зависит еще от правильной трактовки динамики течения патологического процесса.

Таким образом причины поздней диагностики деструктивной трансформации связаны переоценкой педиатрами возможностей физикального исследования, поздней рентгенографией грудной клетки, отсутствием рентгенографического контроля в динамике. в некоторых случаях диагностические ошибки обусловлены с недостаточным знанием педиатрами клинических проявлений ведущих симптомов в неотложной пульмонологии детского возраста.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Касимов К.Л., Гафуров А. А., Акбаров Н. А., Аллаева М.Я., Мамажанов У.Ш., Абдувалиева Ч.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан; Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Основным требованиями, предъявляемыми к оперативному методу лечения врожденной диафрагмальной грыжи у детей, существуют разноречивые взгляды. Поэтому отдельные хирурги отдают предпочтения тому или иному доступу.

Цель исследования. Выбор оптимального доступа (трансторакального или транслапаротомного) и его сравнительный анализ при осложненной врожденной диафрагмальной грыжи у детей

Материалы и методы. В период с 2007 по 2016 г.г. на клинических базах кафедры детской хирургии АГМИ под наблюдением находились 16 детей с врожденными диафрагмальными грыжами (9 девочек и 7 мальчиков) в возрасте от 3 дней до 14 лет, с ложными грыжами Богдалека было у 8, с синдромом «асфиктического ущемления», истинными грыжами собственно диафрагмы-7, и одному пациенту поставлен диагноз френеперикардиальной грыжи. Выбор оперативного доступа и виды хирургического вмешательства определялся характером имеющейся патологии. При истин-

ных диафрагмально –плевральных грыжах операция проводилась в плановом порядке трансторакальным доступом. С пластикой диафрагмы местными тканями. При остальных вариантах грыж использовался лапаротомный доступ. При грыжах Богдалека перед ушиванием дефекта диафрагмы осуществляли дренирование плевральной полости по Бюлау на 2–3 суток. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы после ушивания ее ножек позади пищевода применялись антирефлюксную методику по Ниссену. В послеоперационном периоде умер 1 больной первых дней жизни оперированных по поводу грыжи Богдалека.

В заключение необходимо отметить что при устранении грыж диафрагмы доступ зависит от их вида. При правосторонних паразофагеальных грыжах целесообразно применять трансторакальный доступ, при левосторонних паразофагеальных грыжах – трансабдоминальный доступ, что обеспечивает свободу доступа и благоприятные условия для предотвращения различных причин, обуславливающих возникновения грыжи

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У ДЕТЕЙ

Киреев С.С., Кульчицкий О.А.

ФГБОУ ВО «Тулский государственный университет», медицинский институт; ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Аннотация. Обезболивание у детей крайне важная и сложная задача, требующая знаний, умений и объективизации качества анальгезии. Для решения поставленных задач нами обследовано 26 детей.

Цель. разработать дозировку препаратов и время повторного введения в зависимости от возраста ребенка.

Методы. В послеоперационном периоде для анальгезии использовались как нестероидные противовоспалитель-

ные препараты (НПВП), так и опиоиды и прежде всего у детей, которым проводилась искусственная вентиляция легких. Для оценки адекватности анальгезии использовали клинические признаки боли, шкалы оценки боли, мониторинг жизненно-важных функций. В первые послеоперационные сутки, как правило, использовали как опиоиды, так и нестероидные противовоспалительные препараты. С 3-их послеоперационных суток удалось исключить опио-

иды и обезболивание проводить только НПВП. У новорожденных и детей 1-го года жизни объективным критерием адекватности анальгезии была аналоговая шкала оценки боли и менее убедительны функциональные данные мониторинга. Все дети прошли послеоперационный период без серьезных осложнений адекватности анальгезии, Всех детей удалось отлучить от аппарата искусственного дыхания в первые часы послеоперационного периода.

У новорожденных и детей раннего возраста очень важны и показательны поведенческие признаки боли, изменение жизненно-важных функций, а у детей старшего возраста шкала оценки боли. Проводимые на-

блюдения позволили нам разработать дозировку препаратов и время повторного введения в зависимости от возраста ребенка. Полученные нами результаты важны в практике и анестезиолога и педиатра, и неонатолога.

Выводы

1. В послеоперационном периоде у новорожденных и детей для обезболивания использовали как НПВП так и опиоиды.

2. У новорожденных и детей первого года жизни очень показательна аналоговая шкала оценки послеоперационной боли.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ С ПРИАПИЗМОМ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Коварский С. Л., Меновщикова Л. Б., Галибин И. Е., Смолянкин А. А., Подвойская И. В., Захаров А. И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Приапизм – по имени древнегреческого бога плодородия Приапа – болезненное состояние постоянной эрекции, не связанной с половым возбуждением. Такое состояние, по данным зарубежной и отечественной литературы, нередко возникает после травм у взрослых людей, однако подобные случаи у детей в отечественной литературе не описаны. Хирургическое лечение приапизма у взрослых (создание шунта, сбрасывающего избыток артериальной крови из полового члена в вену) зачастую приводит к необходимости протезирования кавернозных тел, так как способность к эрекции после такого лечения необратимо утрачивается.

Ребенок 4х лет получил травму, ударившись с разбегу промежностью о выступающий угол мебели. Помимо возникшей боли и гематомы мошонки родители обратили внимание на увеличение в размерах и напряжение полового члена. Родители с ребенком обратились в приемное отделение Филатовской детской больницы. Состояние было расценено врачами как приапизм, ребенок был госпитализирован.

На УЗИ у ребенка определялся активный сброс артериальной крови из артерии, питающей половой член, в кавернозные тела полового члена, которые в норме заполнены только венозной кровью. По всей видимости, при травме разрушилась стенка артерии и возник патологический артериовенозный свищ со сбросом артериальной крови в пещеристые тела полового члена. Приток крови к половому члену значимо усилился, а отток остался прежним, именно поэтому и возник приапизм.

Была проведена попытка консервативного лечения: холод, медикаментозная блокада иннервации половых органов, однако успеха эта попытка не имела.

Оставался только один вариант сохранить ребенку репродуктивную функцию: выполнить перекрытие одной из ветвей артерии, питающей половой член, из которой происходил сброс в артериокавернозный свищ. Такая манипуляция возможна при помощи рентгенэндоваскулярной техники. Надо отметить, что даже у взрослых мужчин данная процедура не всегда успешна. Внутренняя подвздошная артерия (тонкой ветвью которой является и артерия, питающая половой член) в полости таза многократно делится, и пройти эндоваскулярным катетером через это ветвление зачастую не представляется возможным.

Несмотря на малый возраст ребенка, со значительными техническими трудностями всё-таки удалось поставить катетер селективно в артерию, питающую половой член слева. При контрастировании визуализировался патологический сброс из артерии в левое кавернозное тело. Именно эта тонкая артерия, диаметром менее 1 мм была эмболизирована с применением эндоваскулярных методов.

Аналогичная артерия с правой стороны осталась нетронутой. На УЗИ через неделю после эмболизации кровотоков с обеих сторон симметричный. На контрольном осмотре через 3 месяца половой член не эрегирован. Родители отмечают периодические эректильные эпизоды. Таким образом, можно надеяться на сохранение и нормальное развитие фертильной функции у ребенка в дальнейшем.

ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Комарова С. Ю., Цап Н. А., Основин Л. Г., Сысоев С. Г., Рябченко Е. В.

Уральский государственный медицинский университет, Россия, Екатеринбург

Цель: изучить отдаленные результаты оперативного лечения варикоцеле у подростков с катамнезом 2–3 года с точки зрения сперматогенеза.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 37 подростков, оперированных в урологическом отделении ДГКБ №9 в 2013–2014 году. Всем

юношам было проведено анкетирование, физикальный осмотр, УЗИ и доплерография органов мошонки, световая спермограмма и электронная микроскопия спермы. Для анкетирования нами была предложена оригинальная анкета, состоящая из 18 вопросов. Сонографическое исследование проводилось на ультразвуковых аппаратах Medison SonoaceX8 и PhilipsHD 15. Использовались широкополосные линейные датчики с частотой сканирования 5–12 МГц. Спермограмма проведена 18 подросткам в возрасте старше 17 лет путем световой и электронной микроскопии. Световая спермограмма выполнялась по стандартной методике, параметры оценивались в соответствии с критериями ВОЗ. Электронная микроскопия спермы выполнена на микроскопе Morgagni 248 при увеличении $\times 4400$ – 71000 , изучено 170 срезов.

Результаты и обсуждение. Возраст на момент изучения катамнеза составил: 16 лет – 6 (16%) юношей, 17 лет – 11 (26%) подростков, 18 лет – 20 (58%) молодых людей. При физикальном осмотре патологических изменений со стороны других органов и систем органов не выявлено, физическое развитие соответствовало полу и возрасту. Среднее значение массы – $M = 73 \pm 2,4$ кг, рост = $176 \pm 10,8$ см. Среднее значение ИМТ = $23,4 \pm 3,1$. Изучен андрологический статус: средний объем правого яичка – $15,1 \pm 1,8$ см³, средний объем левого яичка – $14,6 \pm 1,5$ см³, дефицит объема левого яичка составил – 3,32%, что не превышает дооперационные значения, и возрастных нормативов полового развития

подростков. Проба Вальсальвы отрицательная. Эти данные коррелируют с проведенным сонографическим мониторингом.

При анализе данных спермограммы нами установлены средние показатели эякулята: объем – $1,6 \pm 0,5$ мл, вязкость – $1,75 \pm 0,37$ см, подвижность сперматозоидов (быстрое поступательное + медленное поступательное) – $37,25 \pm 6\%$. Выявлено, что у подростков: количество нормальных сперматозоидов – $14,63 \pm 3,2\%$, дефекты головки – $67,9 \pm 6\%$, дефект шейки – $13,6 \pm 2,2\%$, дефект хвоста – $5,6 \pm 1,1\%$, снижение объема эякулята до 0,8 мл у 1 (5,9%), общего количества сперматозоидов до 27,2 млн. у 2 (11,6%).

При анализе данных электронной микроскопии спермы у подростков в 8 (47%) случаях обнаружено набухание и деструкция крист митохондрии, выявлены дрожжевые клетки – 3 (17,56%), бактерии – 4 (23,53%). У 8 (47%) подростков выявлено несоответствие заключения электронной микроскопии и световой: при электронной микроскопии были обнаружены дрожжевые клетки и бактерии, которые не были обнаружены при световой микроскопии, что говорит о том, что необходимо выполнять оба исследования.

Выводы. Подростки после оперативного лечения варикоцеле требуют диспансерного наблюдения уролога-андролога с мониторингом клинических, инструментальных и лабораторных методов, рекомендованных для каждой возрастной группы.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Комарова С.Ю., Цап Н.А., Горбунова А.С., Основин Л.Г., Сысоев С.Г., Мельникова С.А.

Уральский государственный медицинский университет; Детская городская клиническая больница №9 Россия, Екатеринбург

Цель: Провести ретроспективный анализ результатов лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР).

Материалы и методы исследования. Основу работы составили 441 ребенок с ПМР разной степени, состоящие в группе диспансерного наблюдения в кабинете уролога-андролога консультативной поликлиники ДГКБ №9 с 2009 по 2016 год. В исследуемой группе преобладают девочки 293 (66,4%), соответственно мальчиков 148 (33,6%). Односторонний рефлюкс у 249 (56,5%) детей и двусторонний выявлен у 192 (43,5%) ребенка. Все пациенты обследованы по стандартному диагностическому алгоритму, включающему лабораторные, лучевые, инструментальные методы, которые позволили выбрать оптимальный метод лечения в зависимости от степени рефлюкса и анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей, а так же наличия в анамнезе ЭВКР.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности проведенного лечения использовали следующие критерии: «+» – положительная динамика – снижение

степени или сторонности рефлюкса, «-» – отрицательная динамика – увеличение степени или сторонности рефлюкса, «без динамики» и «выздоровление». В группе пациентов со 2–3 степенью ПМР состоит 230 детей, где применялись все методики лечения: «выздоровление» у 92 (40%) детей, «+» динамика у 75 (32,8%) пациентов, «без динамики» – 60 (26,8%) детей, «-» динамика отмечалась у 1 (0,4%) ребенка. У 51 ребенка с более тяжелой степенью ПМР: «выздоровление» у 23 (46%) детей, «+» динамика у 12 (23,5%) пациентов, «без динамики» – 15 (29,5%) больных, «-» динамика отмечалась так же у 1 (1%) ребенка. У 141 ребенка при 2–3 степени ПМР проведена эндовезикальная коррекция рефлюкса коллагеном, у 29 детей «Уродексом» и у 50 «Вантрисом». Неоимплантация мочеточника по Коэну выполнена у 10 человек. При 4–5 степени ПМР у 22 детей проведена эндовезикальная коррекция коллагеном, у 5 детей «Уродексом» и у 11 больных «Вантрисом», неоимплантация мочеточника по Коэну у 13 человек. При сравнении применяемого метода лечения наибольшая эффективность в группе 2–3 степени ПМР и группе 4–5 степени ПМР,

где использовался для эндовезикальной коррекции «Вантрис» – 70% и 81% соответственно, «Уродекс» – 24% и 20% соответственно, при использовании в качестве объемобразующего препарата коллаген «выздоровление» отмечалось у 30,5% и 18,2% детей. Эффективность оперативного лечения составила 60% и 69,2%.

Выводы. В зависимости от степени ПМР, применяемого варианта препарата для эндовезикальной коррекции («Вантрис», «Уродекс»), оперативного лечения – тактика должна быть выбрана индивидуально, в зависимости от степени рефлюкса и анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей.

КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ, КОТОРЫЕ ПРИВЕЛИ К ТРУДНОСТЯМ ПРИ НИЗВЕДЕНИИ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА И АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА

Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность работы. Целью колостомы является ликвидация кишечной непроходимости и создание условий для низведения кишки и заживления послеоперационной раны. Однако в ряде случаев место положения кишечной стомы или ее функция не позволяли выполнить оптимальное оперативное вмешательство при коррекции атрезии прямой кишки и ануса и болезни Гиршпрунга.

Цель работы было изучить случаи, когда кишечная стома не позволяла выполнить оптимальное оперативное вмешательство

Материалы: С 2006 по 2016 годы в СПбГПМУ было обследовано 145 пациентов с атрезией прямой кишки и ануса (111 детей) и болезнью Гиршпрунга (94 больных) с предварительно наложенной колостомой.

В 19 случаях низко или неправильно наложенная стома не позволяла низвести достаточный сегмент толстой кишки. В 6 случаях стомы пришлось закрыть и низвести участок кишки, несущий анастомоз. В 8 наблюдениях резецирована вся кишка до стомы и низведен приводящий ее отдел. У 5 детей были грубо нарушены анатомические соотношения толстой кишки. Это привело к необходимости субтотальной колэктомии с поворотом на 180 градусов восходящей кишки и ее низведением у 3 пациентов, у 2 больных была проведена тотальная колэктомия с илеоректоанастомозом.

Выводы. В 13, 1% случае кишечная стома не позволила во время радикальной операции низвести кишку без ликвидации колостомы и сохранить ее защитную функцию в послеоперационном периоде.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ – БЕЗОПАСНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА СПЛЕНЭКТОМИИ

Комиссаров И.А., Филиппов Д.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель: оценить преимущества консервативного лечения закрытых изолированных повреждений селезенки в детской практике. Доказать безопасность и эффективность консервативной терапии при спленической травме у детей.

За период с 1990 по 2015 год в Санкт-Петербургском педиатрическом медицинском университете было пролечено 90 пациентов с закрытыми изолированными повреждениями селезенки. Возраст пациентов от 3 до 17 лет.

За период с 1990 по 2002 гг. хирургическое лечение было проведено 47 детям. Спленэктомия выполнена 32 пациентам с повреждением селезенки. Основными методами диагностики в тот период являлись лапароскопия (с применением методики «шарящего катетера») и диагностическая лапароскопия. Показанием к спленэктомии являлось наличие крови в брюшной полости и продолжающееся кровотечение из паренхимы селезенки соответственно.

С 2003 года для диагностики повреждений паренхиматозных органов начали активно применять УЗИ, а с 2006 года МСКТ органов брюшной полости с контрастированием. При подтверждении диагноза проводили консервативное лечение у пациентов со стабильными показателями гемодинамики.

За период с 2003 по 2016 год пролечено 43 пациента. Спленэктомия была выполнена только 2 пациентам. У 39 детей было отмечено полное восстановление паренхимы селезенки. У 2 пациентов сформировались посттравматические кисты (27 мм и 32 мм), не потребовавшие хирургического лечения.

Использование МСКТ позволяет достоверно выявить не только степень повреждения органа, но и зафиксировать спонтанный гемостаз в момент исследования. Применение комплексного консервативного лечения при закрытой спленической травме у детей в подавляющем большинстве случаев является успешным. Консервативное лечение возможно только у пациентов со стабиль-

ной гемодинамикой. Полное восстановление структуры селезенки наступает в течение 3–12 мес, в зависимости

от степени повреждения органа. Формирование посттравматических кист выявлено лишь у 5% пострадавших.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Комиссаров И. А., Филиппов Д. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия, Санкт-Петербург

Цель: оценить результаты малоинвазивного лечения непаразитарных нетравматических кист селезенки у детей.

В Санкт-Петербургском педиатрическом медицинском университете было прооперировано 27 пациентов с непаразитарными нетравматическими кистами селезенки и 1 пациентка с множественными абсцессами селезенки. Период исследования составил 7 лет (с 2010 по 2017 г.). Возраст пациентов от 4 до 17 лет.

Всем пациентам патологические образования в селезенке были выявлены при скрининг УЗИ, как случайные находки. Критериями для проведения хирургического лечения были размеры образований (более 50 мм), прогрессивное увеличение кисты в динамике и болевой абдоминальный синдром. Детям было проведено серологическое исследование для исключения эхинококкоза, выполнено УЗИ с доплерографией и МСКТ с контрастированием.

Хирургическое лечение проведено в объеме лапароскопической резекции кистозного образования. Перед

проведением резекции стенки кисты выполняли ее пункцию с аспирацией содержимого. После этого в полость кисты вводили 70% спирт, с целью разрушения эпителиальной выстилки.

В послеоперационном периоде проводили контрольное УЗИ и МСКТ контрольное МСКТ через 1, 3 и 6 мес.

При контрольном исследовании у 2 пациентов (7%) был выявлен рецидив кисты селезенки. Размеры патологических образований не превышали 40 мм. Пациенты не предъявляли жалоб. Показаний для проведения повторного хирургического лечения не было.

Применение малоинвазивной органосохраняющей операции при лечении непаразитарных нетравматических кист селезенки у детей, позволяет достичь хороших результатов лечения. Использование 70% спирта при обработке кистозной полости и максимально возможное иссечение стенки кисты значительно снижает риск рецидивов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С НЕРАЗРЕШЕННОЙ КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ИНВАГИНАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

Коровин С. А., Дзядчик А. В., Стоногин С. В., Любанская С. Ю., Соколов Ю. Ю.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; Детская городская клиническая больница им. З. А. Башляевой, Россия, Москва

Цель работы: определить информационную значимость клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики для прогноза эффективности лапароскопической дезинвагинации, уточнить возможности последней при оперативном лечении детей с кишечной инвагинацией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 92 больных в возрасте от 1 месяца до 9 лет с кишечной инвагинацией с применением лапароскопических технологий в период с 2006 по 2017 годы. В соответствии с клиническими проявлениями и сроком заболевания выделяли 3 стадии кишечной инвагинации. Всем больным при поступлении были выполнены ультразвуковое исследование брюшной полости и обзорная рентгенография брюшной полости. Консервативные мероприятия предполагали проведение пневмоирригоскопии с воздухом при тонко-толстокишечной инвагинации. Для прогноза эффективности лапароскопической дезинвагинации были определены коэффициенты информативности основных показателей клинических и инструменталь-

ных методов предоперационной диагностики, а также лапароскопии.

Результаты: С учетом определенной информативности показателей инструментальных методов предоперационной диагностики вероятность успешной лапароскопической дезинвагинации может составлять 77,3%, клинических данных-80%, лапароскопических данных – 81,8% соответственно. В исследуемой группе больных лапароскопическая дезинвагинация была успешной в 67 (73%) наблюдениях, при этом была дополнена рассечением сращений илеоцекального угла (30), резекцией дивертикула Меккеля (10) и удвоения подвздошной кишки (2), биопсией лимфоузлов (3). Конверсии в 25 (27%) случаях были обусловлены невыполнимой лапароскопической дезинвагинацией при некрозе кишки (16), осложненных (5) и многоцилиндровых (2) инвагинациях, а также осложнениями при пневмоирригоскопии (2).

В послеоперационном периоде было отмечено 1 (1%) осложнение в виде ограниченного перитонита из-за перфорации купола слепой кишки в ходе лапароскопической биопсии лимфоузла.

Выводы: Лапароскопическая дезинвагинация может быть успешной в 73% наблюдений. Ограничения методики в 27% наблюдений обусловлены осложненным течением кишечной инвагинации. Вероятность успешной

лапароскопической дезинвагинации с учетом информативной значимости клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики, а также лапароскопии может достигать 82%.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ.

Королева Е. А., Яценко О. Ю., Карасева О. В., Рошаль Л. М.

ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Актуальность. В специализированной литературе широко обсуждается диагностика повреждения органа зрения у взрослых. У детей этот вопрос остается недостаточно изученным. Однако ранняя диагностика травмы орбиты и ее мягкотканного содержимого крайне актуальна, поскольку позволяет уменьшить число посттравматических осложнений (наличие диплопии, косметические и гнойно-септические осложнения, атрофия зрительного нерва и т. д.).

Цель. Усовершенствовать диагностику повреждения органа зрения у детей в остром периоде сочетанной травмы.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 детей разных возрастных групп (от 1 года до 18 лет), поступивших в стационар с сочетанной травмой различной степени тяжести и повреждением органа зрения в 2016 г. В том числе, 19 мальчиков и 21 девочка.

Результаты: Причиной повреждения в 60% случаев явилось ДТП, в 27,5% – падение с высоты, 10% составила уличная и 2,5% – школьная травмы. Обращает на себя внимание, что повреждения органа зрения, связанные с прямой травмой, встречались в 80% случаев. Из них 55% составили переломы орбиты как со смещением, так и без смещения костных отломков, 50% – параорбитальные гематомы, 20% – контузии глазного яблока различной степени тяжести, 15% – субконъюнктивальные кровоизлияния, 12,5% – ссадины и раны век, 10% – ретинальные кровоизлияния, 5% – ретробульбарные гематомы, 2,5% – инородные тела мягких тканей орбиты,

2,5% – повреждения носослезного канала. Изменения, сопровождающие ЧМТ и позвоночно-спинномозговую травму, составили всего 20%. На их долю приходится: 7,5% – признаки внутричерепной гипертензии, 5% – парезы глазодвигательных нервов, 2,5% – синдром Горнера и 2,5% – функциональные нарушения коркового центра зрения. Обращает на себя внимание, что наибольшее число повреждений органа зрения встречалось при тяжелой сочетанной травме (52,5%) и значительно меньшее – приходилось на травму легкой (10%) и средней степени тяжести (37,5%). Особенностью повреждения органа зрения при сочетанной травме является немногочисленность клинических симптомов, что влечет за собой необходимость использовать визуализирующие методы исследования, такие как КТ, МРТ, эхография.

Заключение. Сочетанная травма характеризуется разнообразными повреждениями органа зрения, наиболее частыми из которых являются переломы стенок орбиты. Большинство изменений глазницы и ее мягкотканого содержимого встречаются при тяжелой травме. В 80% случаев повреждения глаза и его придаточного аппарата возникают в результате прямого воздействия травмирующего агента. Особенностью сочетанной травмы является развитие вторичных повреждений органа зрения вследствие черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травм. Своевременная диагностика повреждений органа зрения при сочетанной травме с использованием современных методов визуализации способствует снижению инвалидизации детского населения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ АМБУЛАТОРНО

А. М. Котловский, С. В. Куликов, В. Г. Овчинников, Г. Г. Прокопьев, Д. В. Сидоров

Научно-Практический Центр Специализированной Медицинской Помощи Детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Цель Представить опыт лапароскопической хирургии в дневном стационаре.

Методы и дизайн С 2014 года лапароскопические операции у детей с пахово-мошоночной нозологией мы выполняем рутинно на амбулаторной основе.

Хирургически применялись интра-перитонеальные методики оперирования с использованием минилапароскопической техники. Анестезиологическое пособие обеспечивалось посредством комбинированного эндотрахеального наркоза с миоплегией.

В рабочем процессе постоянно проводился проспективный анализ выполняемых операций и, соответственно, принимались решения в плане оптимизации анестезиологического пособия и рационализации хирургической техники.

Суммированные за последние 3.5 года данные проанализированы ретроспективно.

Результаты Всего выполнено 290 лапароскопических операций у 281 пациента: устранение паховой/пахово-мошоночной грыжи – 148: герниография (86),

герниотомия (62); устранение гидроцеле – 48: закрытие и резекция необлитерированного вагинального отростка (10/38); коррекция варикоцеле – 70: клипирование варикозных тестикулярных вен на протяжении (45) и варикоцелэктомия (25). У 64 пациентов (32,6%) с паховой/пахово-мошоночной грыжей и гидроцеле интраоперационно был обнаружен и устранен одновременно существовавший контралатеральный дефект внутреннего пахового кольца (нарушение облитерации вагинального отростка). В трех случаях (2%) были выявлены прямые грыжевые дефекты, закрытие которых выполнялось с иссечением грыжевого мешка и пластикой задней стенки пахового канала.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал благополучно с быстрым восстановлением дви-

гательной активности и функции ЖКТ. Хирургических осложнений (связанных с техникой операции) не было ни в одном случае.

В сроки от 3 мес до 1 года 9 пациентов обратились вновь с рецидивами заболевания: пахово-мошоночная грыжа (3), гидроцеле (2) и варикоцеле (4). В связи с чем у них были выполнены повторные лапароскопические операции с конечным достижением эффекта выздоровления.

Заключение Минимальноинвазивные лапароскопические операции в амбулаторной практике однодневного стационара безопасны и высокоэффективны и поэтому, следует полагать, в административном плане, могут быть рентабельны.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Котлубаев Р. С., Афуков И. В., Кузнецов А. С., Калинина Ю. А., Арестова С. В., Мельцин И. И.

Оренбургский государственный медицинский университет; МГКБ № 5,

Введение. Мочекаменная болезнь у детей и взрослых является краевой патологией в Оренбургской области. Цель. Анализ результатов диагностики и лечения детей с мочекаменной болезнью в Оренбургской области.

Материал и методы исследования. За прошедшие 5 лет (2012–2016 гг) в отделении уроandroлогии Центра детской хирургии г. Оренбурга находились на обследовании и лечении 128 детей с мочекаменной болезнью, возраст которых колебался от 9 месяцев до 15 лет. Примечательно, что почти треть из них госпитализировались в стационар более 2-х раз за указанный промежуток времени.

Особую группу (29 больных) составили пациенты, у которых заболевание проявилось однократным эпизодом почечной колики, и в процессе кратковременного пребывания в стационаре после введения спазмолитиков отходили мелкие конкременты. Наличие конкрементов при поступлении верифицировалось данными ультразвукового исследования, как и их отсутствие в конце пребывания в клинике.

У 29 пациентов наличие конкрементов было подтверждено данными обзорной рентгенографии мочевого системы, у 44 детей они были рентгеногегативными и идентифицировались при проведении экскреторной урографии. В 12 случаях признаки перемежающегося гидронефроза исчезали уже в конце пребывания в стационаре.

Результаты и их обсуждение. У 22 детей мочекаменная болезнь была находкой скринингового обследования при диспансеризации или в процессе исключения острой хирургической патологии брюшной полости в отделении неотложной хирургии. Более половины пациентов имели достаточно убедительные размеры конкрементов от 0,5 до 2,0 см, а у одной больной коралловый камень представлял собой слепок чашечно-лоханочной системы почки.

У 20 детей проводилось оперативное удаление конкрементов: в 12 случаях выполнена пиелолитотомия, в 8 – уретеролитотомия или цистолитотомия. Восемью детям удалось удалить камень при катетеризации мочеточника, а семи пациентам удалось измельчить камни в мочевом пузыре с последующим самостоятельным отхождением фрагментов естественным путем. В лечении 41 ребенка была с успехом использована фитолитическая терапия – «растворение» камней используется нами в течении 20 лет. Рецидив образования конкрементов был выявлен в 9 случаях, а у трех больных – трижды.

Выводы. Наши исследования подтверждают тот факт, что мочекаменная болезнь является эндемичной патологией в Оренбургской области, чему способствуют как климатический фактор, так и особый жесткий характер воды.

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ЭЛАСТИЧНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ СО СМЕЩЕНИЕМ У ДЕТЕЙ

Крылдакова Д. М.

«Медицинский Университет Астана», Казакстан, Астана

Цель работы Оценка эффективности интрамедуллярного остеосинтеза и улучшение результатов лечения детей с переломами костей предплечья.

Материалы и методы исследования За 2015 по 2016 гг. на стационарном лечении в клинике находилось 643 детей с диафизарными переломами костей предплечья

различной локализации. Мальчиков было 385 (59,9%), девочек – 258 (41,1%). С переломами обеих костей предплечья – 362 (56,3), переломами лучевой кости – 162 (25,2%), переломами – локтевой кости – 119 (18,5%). Закрытая репозиция костных отломков выполнена в 533 (82,9%) случаях. Ввиду появления вторичного смещения отломков, повторные оперативные вмешательства – закрытые репозиции под контролем ЭОП, интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями произведены в 148 (23%) случаях. Введение одного стержня 87 (13,5%) больным, введение 2х стержней – в 23 (3,6%) случаях.

Методика остеосинтеза. Под контролем ЭОП выполняется закрытая репозиция отломков, затем в асептических условиях эластичный стержень вводится через суставную щель кистевого сустава в эпифиз лучевой кости по тыльной поверхности трансфизарно интрамедуллярно до верхней трети сегмента. При остеосинтезе локтевой кости стержень проводили через локтевой отросток. Концы стержней скручивали и оставляли под кожей. После контрольной Р-графии спицы удалялись на 21 сутки. Гипсовую иммобилизацию прекращали в сроки 28–37 дней в зависимости от возраста, после чего больные получали восстановительно – реабилитационное лечение.

Результаты: Средняя длительность пребывания детей в стационаре составила 5–7 дней. После прекращения иммобилизации и удаления стержней больным проводились восстановительные мероприятия – ЛФК, массаж и тепловые процедуры. Результаты лечения изучены у 45% больных в сроки от 6 мес. до 2 лет. У одного больного после удаления стержня на 21 сутки отмечалось незначительное смещение отломков по ширине, при этом ось конечности не нарушена. Консолидация в данном случае наступила на 42 сутки. В 3-х случаях имело место локальное воспаление вокруг стержня, которое легко купировано введением антибиотиков в течение 2–3 дней. У остальных пациентов полная консолидация наступила в обычные возрастные сроки. Вторичных смещений и деформаций конечности не отмечалось. Осложнений после трансфизарного интрамедуллярного остеосинтеза в виде укорочения конечности или закрытия зоны роста мы не наблюдали.

Вывод Интрамедуллярный чрескожный трансфизарный остеосинтез под контролем ЭОП показан при значительных смещениях отломков, является малоинвазивным и эффективным при лечении детей с переломами костей предплечья.

Метод обеспечивает стабильную фиксацию отломков, позволяет избежать всякого рода осложнения и достигнуть благоприятных исходов лечения.

ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В.

ФГБУ «РДКБ» Минздрава России

Введение. Фиброзная дисплазия – дефект развития кости, при котором она замещается фиброзной тканью с характерным внешним видом матового стекла при рентгенологическом исследовании. Черепно-лицевая форма фиброзной дисплазии приводит к эстетическим и функциональным нарушениям. На сегодняшний день нет единого алгоритма выбора метода лечения, способного изменить течение фиброзной дисплазии. Хирургическое лечение – основной, но спорный метод лечения, поскольку характеризуется значительным риском кровотечения, отсроченными деформациями из-за продолжающегося роста у детей, риском прогрессии или рецидива. Выбор лечения должен исходить из индивидуальной оценки «польза vs риск» и иметь цель улучшить качество жизни пациента. Важно учитывать то, что костная пластика и профилактическая декомпрессия зрительного нерва часто приводят к осложнениям.

Методы. В докладе представлен 15-летний опыт лечения детей с краниофациальной фиброзной дисплазией в Российской Детской Клинической Больнице в Москве (69 пациентов), рассмотрены варианты ведения пациентов с различной локализацией и распространенностью очагов фиброзной дисплазии. 21 ребенок наблюдался

амбулаторно, 13 детей получали терапию бифосфонатными препаратами. 48 детей прошли хирургическое лечение. Возраст детей составлял от 2 до 15 лет на момент первого проявления заболевания. Наиболее часто фиброзная дисплазия поражала верхнюю челюсть и фронтоорбитальную зону. Во всех случаях достигнут стабильный и хороший функциональный и косметический результат.

Результаты. В докладе представлен подробный алгоритм ведения пациентов с фиброзной дисплазией, показания к оперативному лечению, а также сроки и частота наблюдения пациентов.

Заключение. Консервативное лечение – основной метод при бессимптомном течении заболевания или множественном поражении костей черепа. Хирургическое лечение показано пациентам с монооссальной формой фиброзной дисплазии. При полиоссальной фиброзной дисплазии показано проведение контурной пластики после полового созревания. При замещении пострезекционных дефектов предпочтение отдается аутокостным трансплантатам. При дефиците донорской зоны аутокостного трансплантата возможно сочетание аутокостной пластики с имплантом.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Кузнецов А. С., Калинина Ю. А., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Арестова С. В., Мельцин И. И.

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, Оренбург; Городская клиническая больница № 5, Россия, Оренбург

Введение. Микозная инфекция мочевыводящих путей у детей раннего возраста встречается достаточно редко.

Цель. Поделиться опытом лечения редкого случая грибкового поражения почек у ребенка грудного возраста.

Клинический случай. Мальчик Б. поступил в уроandroлогическое отделение Центра детской хирургии г. Оренбурга в возрасте 3 месяцев с жалобами, со слов матери, на беспокойство, нарушение мочеиспускания и выделение из уретры мочи белесоватого цвета со сгустками. Из анамнеза известно, что ребенок рожден путем кесарева сечения от III преждевременных родов в 32 недели гестации с явлениями интранатальной асфиксии. Проводились ИВЛ, интенсивная терапия. По данным скринингового УЗИ была выявлена пиелоктазия слева. На 24-е сутки после рождения был выписан под наблюдение педиатром поликлиники.

В возрасте 3-х месяцев у ребенка появилось беспокойство, урежение мочеиспускания, цвет мочи стал белесоватым, со сгустками. В поликлинике провели ультразвуковое исследование почек, диагностировали двусторонний уретерогидронефроз. Госпитализирован в отделение уроandroлогии. Вялый, бледный, аппетит снижен. ЧД – 36 в 1 мин, ЧСС – 126 в 1 мин., тоны сердца ритмичные, дыхание прослушивается во всех отделах. Живот увеличен в размерах за счет пальпируемых почек. По данным УЗИ почки увеличены: левая 83x45 мм,

правая 87x47 мм, эхогенность повышена, нечеткий рисунок пирамид, множественные эхогенные и кистозные включения, собирательные полости расширены, стенки их утолщены, в просвете сгустки, паранефральное пространство гиперэхогенное, кровоток в корковом слое снижен. Все это было расценено как двусторонний гидронефроз, острый пиелонефрит, апостематозный нефрит. В течении первых суток отмечено нарастание острой почечной недостаточности (олигоурия, высокие показатели мочевины (22,71 ммоль/л), креатинина (380,2 мкмоль/л), на УЗИ – наличие гноя в собирательных полостях.

Выполнена люмботомия с двух сторон, отмыто большое количество гнойных слепков, ткань почек бугристая, вялая. Установлены пиелостомы с двух сторон. При микробиологическом исследовании мочи выявлен обильный рост грибов рода *Candida*, чувствительных только к амфотерицину В, который и был назначен внутривенно 2 раза в сутки. Также проводилась антибактериальная, симптоматическая и инфузионная терапия. Пиелостомы удалены на 21-е сутки. На фоне отрицательного бактериологического исследования мочи размеры почек уменьшились, собирательные полости свободны, кровоток значительно улучшился. Моча санировалась. Обследован через 6 месяцев. Функции почек не нарушены. Посев мочи – роста флоры нет.

РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ

Кузьмин А. И., Барская М. А., Муни А. Г., Завьялкин В. А., Терехина М. И., Скрипичин Н. А., Росляков А. В.

ГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середякина, Россия, Самара

Цель: на основе анализа результатов лечения острого гнойного парапроктита у детей определить эффективность радикального оперативного лечения, сводящего к минимуму послеоперационные осложнения в остром периоде и хронизацию процесса в отдаленном.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 102 детей с острыми парапроктитами, находившимися на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии СОКБ за 2012–2016 годы. У 5 детей с ишиоректальным парапроктитом производилось вскрытие гнойника. У 97 пациентов с подкожным и подкожно-подслизистым парапроктитами оперативным вмешательством являлась операция Габриэля.

Результаты. Из 102 пациентов с острым парапроктитом новорожденных и детей грудного возраста было 71, от 1 года до 3 лет – 14, старше 3 лет – 17. При УЗИ пе-

рианальной области и промежности у детей с острыми парапроктитами обычно визуализировался перианальный абсцесс со свищевым ходом, идущим к причинной крипте. Гистологически подтверждено, что воспалительный процесс начинался с анальной крипты и анальных желез с дальнейшим распространением по аномальным протокам анальных желез и переходом на клетчатку околопрямокишечной зоны с образованием абсцесса. Основным оперативным вмешательством у детей с острым подкожным и подкожно-подслизистым парапроктитами являлась операция Габриэля. Пораженную крипту иссекали вместе с кожей в форме треугольника, вершиной расположенной к внутреннему свищевому отверстию, а основанием на перианальную кожу. В последующем с 5 дня послеоперационного периода проводилось бужирование анального канала в течение 10–12 дней с применением мазевых

аппликаций. Заживление раны происходило вторичным натяжением от дна, что предотвращало развитие свищей.

При микробиологическом исследовании из очага у детей с острым парапроктитом выделены *E.coli* у 48 пациентов, *Klebsiella pneumoniae*- у 19, *Staph. aureus* – у 14, *Staph. epidermidis*- у 8, *Pseudomonas aeruginosa* – у 5 пациентов. У 8 пациентов в посевах из очага роста не было.

Проведено исследование кала на УПФ у 64 детей, дисбиоз выявлен у 48 пациентов с преимущественной идентификацией *Klebsiella pneumoniae* у 30 детей и *E.coli* у 8.

Пациенты получали направленную эмпирическую антибактериальную терапию. Рецидив заболевания в виде образования параректального свища отмечался у 8 пациентов. Средний к/день с острым парапроктитом составил 7,3. Летальных исходов не было.

Выводы.

1. Наиболее часто парапроктит встречается у новорожденных и детей грудного возраста и протекает по типу подкожного или подкожно-подслизистого.

2. Инфицированное грудное молоко и возникший дисбиоз кишечника – факторы провоцирующие развитие парапроктита у детей, что требует незамедлительной коррекции.

3. Острый процесс при парапроктите у детей связан с причинной анальной криптой и аномальными протоками анальных желез.

4. Операция Габриэля является операцией выбора при остром подкожном и подкожно-подслизистом парапроктите, так как при этом исключается одно из звеньев патогенеза – развитие параректального свища.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДЕТСКОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ

Кураев Е. Г., Розин Б. Г., Лысенко А. П., Чепурной М. Г., Дмитриев С. Г., Маклецов Е. Г., Кисловская Е. Ю.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Цель: улучшить исходы лечения больных с термической травмой.

Материал и методы. За 25-летний период (1990–2016 гг.) в Ростовском детском ожоговом центре оказана лечебная помощь 13246 пострадавшим в возрастном диапазоне от 6 мес. до 16 лет. Среди них мальчиков было 72%. Дети с глубокими ожогами в пределах 50% составили 10,6%. Они получали ожоговую травму при ударе электрическим током высокого напряжения, при падении в люки с кипящей водой, при падении в ёмкости с вывариваемым бельем, при опракидывании на себя горячих жидкостей. Все дети, имевшие ожоговую площадь свыше 70% по-верхности тела умерли в стадии ожогового шока или септицемии. Основные виды осложнений встретились при лечении больных с площадью глубокого поражения кожи до 50%. Общие принципы местного лечения таких больных состояли: в ранней некрэктомии, аутодермопластике расщепленным перфорированным лоскутом, проведение всех хирургических вмешательств на клинитроне. Инфузионная терапия имела патогенетическую направленность.

Результаты. В процессе лечения больных отмечены следующие осложнения: острые язвы желудка и 12-перст-

ной кишки с кровотечением – у 12, нефрозо-нефрит – у 8, острый гематогенный остеомиелит – у 2 детей, у одного больного в стадии септикопиемии развилась острая гнойная деструктивная пневмония, перешедшая в гангрену легкого, что потребовало пневмонэктомии. Один ребенок с кровотечением из язв желудка погиб. Учитывая преимущественный характер поражения желудочно-кишечного тракта, почек, легких при ожоговой травме у детей, мы при проведении лечебных мероприятий приглашаем в качестве кон-сультантов гастроэнтеролога, нефролога, торакального хирурга. На реабилитаци-онном этапе лечения рубцовых деформаций проводятся операции с перемещением кожных и кожно-мышечных лоскутов, экспандерная аутодермопластика.

Выводы. Основными факторами улучшения лечения термической травмы у детей с площадью глубокого поражения кожи в пределах 50% поверхности тела являются: ранняя некрэктомия с современными способами аутодермопластики, выполнение всех хирургических вмешательств на клинитроне, профилактика возникновения острых язв желудка и 12-перстной кишки, гнойного поражения легких, почек, костей, предупреждение рубцовых контрактур суставов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ

В. А. Курило, М. М., Коробейников, А. В. Храмов, К. В. Пальянов, С. В. Сакара

БУЗОО ОДКБ, Россия, Омск

Актуальность. Плоско-вальгусная деформация стоп (ПВС) является одной из важнейших проблем современной травматологии и ортопедии. Частота встречаемости составляет от 15% до 58% – Существует ряд состояний, проявляющихся уплощением свода стопы,

которые нуждаются в том числе и оперативном лечении.

Материалы и методы. Оценка ПВС проводилась с помощью плантографии, подометрии и рентгенологических методов исследования. Исходя из клинического осмотра

по мобильности стопы выделяют 4 типа ПВС. И 4 степени тяжести заболевания по отклонению пяточного отдела.

Показания к оперативному лечению: возраст от 7 до 12 лет, деформация 3–4 ст, артралгии, прогрессирующие деформации, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Результаты. Оперативное лечение с периода 2012–2017 г на базе травматолого-ортопедического отделения ОДКБ г Омск проведено 309 пациентам. 2 ст 195, 96–3 ст, 18–4 ст. При 2 ст ПВС использовался подтаранный артролиз (типа Грайса), в сочетании с миофибротомией икроножной мышцы при эквинусном компоненте. При 3 степени применялась тенопластика стопы в сочетании с артролизом. При 4 степени применялся артролиз (чаще тройной или Шопарова сустава) с фиксации аппаратом внешней фиксации или винтами

Распределение пациентов по виду оперативного лечения: 244- артролиз подтаранного сустава, 56 тенопластика, 9 артролиз.

При анализе работы по шкале AOFAS отличный результат выявлен в 232 случаях, хороший 62, удовлетворительный 9, неудовлетворительный 3.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы:

Подтаранный артролиз является малотравматичным методом хирургической коррекции ПВС, который как изолированно, так и в сочетании с другими операциями позволяет выполнить полноценную реконструкцию стопы.

Основным показанием к изолированному подтаранному артролизу является эластичный характер ПВС.

Вариантом выбора оперативного лечения ПВС при неэластическом типе (3ст) является тенопластика стопы где основным звеном является пластика сухожилия задней большеберцовой мышцы.

При тяжелой ригидной деформации стопы (4 ст) у детей старшего возраста вариантом выбора хирургической коррекции остается артролиз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Куркин А. М., Гончарова Л. А., Мамаев А. А., Жидовинов А. А., Байрамуков Д. Б.

ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ», Россия, Астрахань

Актуальность. Оперативное лечение переломов костей у детей в современной травматологии требует поиска наименее травматичных, но эффективных способов остеосинтеза, какими и являются эластические стержни.

Цель: Повышение эффективности оперативного лечения переломов костей у детей.

Материал: За период 2013–2016 гг было прооперировано 46 детей с переломами верхних и нижних конечностей в возрасте от 1 года до 17 лет. Введение стержней осуществлялось через 1–2 наибольших разреза по 0,5–1,0 см под контролем ЭОП. Длительность операций составляла в среднем 25 минут, соответственно сокращалась медикаментозная нагрузка для анестезиологического пособия. В послеоперационном периоде применялась иммобилизация. Осуществлялась ранняя

реабилитация до полного восстановления функций конечности

Результаты: Консолидация перелома достигнута у 61 детей в оптимальные сроки.

У 2-х детей наблюдались осложнения (1- вторичное смещение в связи с нарушением режима и ранней нагрузкой на конечность и у 1 замедленная консолидация, обусловленная соматическим заболеванием). В послеоперационном периоде сроки иммобилизации уменьшались в среднем на 20%.

Заключение: Оперативное лечение переломов костей у детей с использованием малоинвазивных технологий является перспективным методом остеосинтеза.

К недостаткам метода можно отнести неоднократность использования ЭОП в процессе репозиции.

КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Лабузов Д. С., Савченков А. Л., Степанов В. Н., Киселев И. Г.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленская областная клиническая больница

Цель: анализ клинического течения, результатов диагностики и лечения больных с боковыми кистами и свищами шеи.

Материалы и методы. С 2012 по май 2017 г в детское хирургическое отделение госпитализированы 34 пациента с рассматриваемой патологией, 17 девочек и 15 мальчиков. Возраст пациентов от 9 месяцев до 12 лет. В плановом порядке поступили 26 детей,

по срочным показаниям с признаками воспаления 8 пациентов.

Результаты. В анамнезе у 12-ти пациентов амбулаторно первоначально выставлены ошибочные диагнозы и, следовательно, выбрана неоправданная тактика. Основой для постановки правильного диагноза послужило физикальное обследование, основанное на знании возможной локализации и местных проявлений кист и сви-

шей шеи. Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики применялось УЗИ. Оценивалась экзоструктура, размер, взаиморасположение с сосудами и щитовидной железой. При низко расположенных свищах применялась фистулография (только у 3 детей) и прокрашивание свища индигокармином или бриллиантовой зеленью перед оперативным лечением. При неосложненном течении проводились радикальные операции под эндорахеальным наркозом. При срединных свищах и кистах иссечение фиброзно-свищевых ходов до подъязычной кости с резекцией тела прилежащей к тяжу. При боковых свищах и кистах выделение и удаление до слепого участка, при сообщении с глоткой выделение до основания и прошивание. При низком расположении кист или свищей удаление проводилось с применением дополнительного разреза. Кисты, осложненные нагно-

нием, подвергались вскрытию и дренированию, проводилась местная и антибактериальная терапия. Радикальная операция проводилась только после полного стихания воспалительных явлений, но не ранее чем через месяц. При патогистологическом исследовании удаленных кист и свищевых ходов у 32 пациентов обнаружены признаки порока развития бронхиального аппарата и щитовидного протока, у 2 кисты дермоидного происхождения. Рецидивы отмечены у 3 (8,8%) пациентов, у 2-ух после двухэтапных вмешательств.

Выводы. На амбулаторном этапе высока доля ошибочных диагнозов. Постановка диагноза не вызывает затруднений при знании эмбриологии и клинической картины и дополнении данными УЗИ. Необходимо стремиться к ранней диагностике, не дожидаясь осложнений.

РИГОТТОМИЯ И ЛИПОФИЛИНГ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Агутина А. А., Рыбченко В. В., Будкевич Л. И., Александров А. В., Старостин О. И., Трусов А. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Актуальность: риготтомия и липофиллинг – метод хирургической коррекции послеожоговых деформаций и рубцов. Хирурга не всегда устраивает результат реконструктивно-пластических операций у больных с патологическими рубцами после заживления глубоких ожогов. Поэтому ведутся поиски новых альтернативных и малоинвазивных методов хирургической коррекции. Суть методики состоит из 3-ех принципиальных моментов. Риготтомия увеличивает площадь реконструируемого сегмента, что в дальнейшем при выполнении липофиллинга позволяет восстановить контуры и объем. А также отмечается качественное изменение характеристики мягких тканей в области проведения операции – увеличение площади, мягкости, податливости, уменьшение толщины, улучшение гладкости и внешнего вида кожи вероятно за счет жизнедеятельности прижившихся адипоцитов и действия других вводимых биологически активных компонентов липоаспираата.

Цель исследования: оценка преимуществ данного метода в сравнении с классическими хирургическими операциями.

Пациенты и методы: Оценены результаты лечения 25 детей с посттравматическими деформациями и послеожоговыми рубцами и деформациями различной локализации, госпитализированных в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского с 1.09.2016 по 20.07.2017. Этапы проведения хирургической коррекции: I этап – собственно липосакция (тумесцентная). II этап (основной) – подготовка донорского ложа для пересадки жировых клеток. Выполнение риготтомии (формирование подкожных каналов с помощью пересечения рубцово-измененных тканей в разной плоскости), которые в последствии заполняют-

ся липоаспираатом. III этап – подкожное и/или внутрикожное введение липографтов для восполнения объема при контурных деформациях.

Пациенты условно разделены на группы: первая группа – 10 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 – 9 детей с гипертрофическими рубцами и контрактурами крупных суставов. Первым этапом выполнена агрессивная риготтомия и с последующим внутрикожным введением липографтов для устранения контрактур.

Третья группа – 6 детей с послеожоговыми рубцами, нарушениями структурного состава кожи. Всем пациентам потребовалось выполнение 1–2 этапов липофиллинга в сочетании с риготтомией, что позволило улучшить качественный состав кожи и частично устранить косметический дефект.

У всех пациентов получен хороший косметический и функциональный результат. Осложнений не получено.

Выводы: преимуществами данной методики являются:

- сокращение сроков госпитализации больного;
- 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.

ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ В ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лейга А. В., Кивва А. Н., Дадаян А. Г., Кулаков А. А., Журавлева А. Ф.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Цель. Дать топографо-анатомическое обоснование клиническому применению параумбиликальных доступов.

Материал и методы исследования. Изучено кровоснабжение пупочной области с помощью УЗИ у 18 новорожденных. Изучено процентное отношение площади пупочной области к площади передней брюшной стенки у 20 детей первых дней жизни и у 20 детей месячного возраста. Неполный параумбиликальный доступ применен у 21 ребенка с пилоростенозом, у 7 больных – с дуоденальной непроходимостью, у 9 детей с кистами яичников. У 4 больных использован циркулярный параумбиликальный доступ с целью верификации заболевания.

Результаты и обсуждение. Кровоснабжение пупочной области делится на 2 яруса: поверхностный и глубокий. Первый имеет кожную сосудистую сеть; глубокий включает в себя 2 умбиликальные артерии, отходящие от правой и левой а. сугастрика суп. и инф. с оттоком крови по венам, сопровождающим артерии, и идущим самостоятельно. У детей первых 2 дней жизни площадь пупка составляет в среднем 1/16 часть площади передней брюшной стенки, а у детей месячного возраста это соотношение равно уже 1/24. Центральное расположе-

ние пупка на передней брюшной стенке позволяет сместить доступ в ее различные квадранты. После разреза кожи с захватом 2/3 окружности пупочной области обнажается пупочное кольцо, которое следует рассечь вверх по белой линии на 1–1,5 см для операций на желудке и поперечно-ободочной кишке или вниз – для операций при кистах яичников. При рассечении пупочного кольца вправо рассекаем поперечно передний листок влагалитца прямой мышцы живота на 1 см, сдвигаем край мышцы латерально и рассекаем также на 1 см задний листок влагалитца мышцы. При этом увеличивается операционное поле, что позволяет выполнить пилоромиотомию или устранить дуоденальную непроходимость. В мобилизации пупка имеет значение пересечение снизу урахуса и пупочных артерий, а сверху – венозного ствола, формирующего круглую связку печени. При циркулярном параумбиликальном доступе пупок лишается поверхностного (кожного) источника кровоснабжения. Кровоснабжение происходит из глубоких слоев. На 41 операцию с этими доступами ни разу не получено некроза пупка.

Выводы. Миниинвазивные параумбиликальные доступы могут быть альтернативными лапароскопическим.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

Ли И. Б., Степанова Н. М., Кайгородова И. Н., Стальмахович В. Н., Новожилов В. А., Перловская В. В., Петров Е. М.

Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Россия, Иркутск

Цель: анализ результатов и эффективности лечения спонтанного пневмоторакса у детей.

Материалы и методы: 16 случаев спонтанного пневмоторакса по материалам ИМДКБ и ИГОДКБ за 2006–2016 г.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 12 (75%), девочки – 4 (25%). Возраст: от 4 мес до 17 лет (78%). Левосторонний пневмоторакс – 10 (62,5%), в 4 случаях (12,5%) – правосторонний, у 2 мальчиков (12,5%) – двустороннее поражение. У 15 пациентов (94%) спонтанный пневмоторакс возник на фоне полного здоровья (дебют). В анамнезе присутствовал факт физической нагрузки или незначительная травма накануне поступления. У 1 пациента (6%) синдром Марфана, рецидивирующий пневмоторакс. Старт лечения: дренирование плевральной полости в режиме пассивной аспирации. При сохранении воздуха в плевральной полости к концу 4 суток пассивного дренирования использовалась активная аспирация с разряжением 10 мм вод. ст. Методом актив-

ной аспирации удалось достигнуть расправления легкого у 2 (12%) больных. Стойкий азростаз достигался в течение 5 дней, что позволило отказаться от оперативного вмешательства. Всем детям после расправления лёгкого выполнено МСКТ, по результатам которого установлены причины спонтанного пневмоторакса: буллезная трансформация легочной ткани – 25% (4), субплевральные блебы – 44% (7), ВПР лёгких – 19% (3), в 12% (2) случаев причина не установлена. В 11 наблюдениях (69%) сохранялся сброс воздуха более 5 суток, что явилось показанием для оперативного вмешательства: торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов, в 2 случаях (12%) – одномоментно с обеих сторон. Интраоперационных осложнений, конверсий не было. У 2 (12%) пациентов отмечался рецидив пневмоторакса, который потребовал ретарокопии (с использованием линейного сшивающего аппарата). Дренаж удаляли через сутки после прекращения сброса воздуха. Средний срок госпитализации – 13,5 к/д.

Заключение: Принципиальным моментом является выполнение противорецидивных операций. Торакоскопическая атипичная резекция лёгкого с использованием линейных эндоскопических сшивающих аппаратов

является операцией выбора. В современную эпоху развития эндохирургии, активная хирургическая тактика при лечении спонтанного пневмоторакса сокращает сроки лечения и снижает уровень рецидивов заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Лившиц М. И., Лобанкин П. В., Петров М. А., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Морозовская ДГКБ, Россия, Москва

Актуальность. Опухоли позвоночника у детей – редкое заболевание, которое может первично появляться разнообразной клинической картиной и требовать многопрофильного подхода в диагностике и лечении.

Цель – улучшение результатов диагностики и лечения опухолей позвоночника у детей.

Материалы: За период с 2015 по июнь 2017 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратился 10 детей, у которых позднее были диагностированы различные опухоли позвоночника. Из них у 2 детей злокачественные новообразования, у 8 доброкачественные. Локализация процесса: 4 детей ниже-шейный отдел и шейно-грудной переход, 3 детей грудной отдел позвоночника, 3 детей – поясничный отдел.

С явлениями нижнего парапареза поступило 3 детей, с явлениями тетрапареза 2 детей при этом у 5 детей отмечалось нарушение функции тазовых органов.

После выполнения первичной диагностики (рентгенография, МРТ, КТ) первым этапом выполнялась биопсия образований, с целью верификации патологического процесса. В одном случае, при локализации процесса в 3 шейном позвонке и явлениями тетрапареза с нарушением функции тазовых органов, в связи с выраженной компрессией спинного мозга выполнялась экспресс биопсия одновременно с декомпрессией спинного мозга (при этом интраоперационно получено заключение о доброкачественности образования, что позволило выполнить тотальную резекцию опухоли за одно оперативное вмешательство).

В случае злокачественных новообразований дети оперировались после курса химиотерапии с целью

удаления остаточной опухоли. При выявлении доброкачественных образований, выполнялось их удаление и стабилизация позвоночника. В одном случае выявлена анапластическая крупноклеточная лимфома с субтотальным разрушением тела 4 поясничного позвонка, что потребовало стабилизации сегмента, без необходимости удаления опухоли.

Из осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у 1 ребенка отмечалось накопление гематомы в области послеоперационной раны, у 1 ребенка после косто-verteбральной резекции отмечено развитие гемопиоторакса, который удалось купировать дренированием плевральной полости и антибактериальной терапией. В одном случае, через 2 года после удаления гемангиомы 6 грудного позвонка отмечалось нарастание кифоза выше уровня вмешательства.

Результаты: у 1 ребенка нижний парапарез в течение 6 мес с момента операции не восстановился. У остальных детей отмечено регрессирование неврологической симптоматики до полного восстановления в течение 3–6 мес. Нестабильности металлоконструкций не отмечено ни в одном случае. 2 пациента находятся под наблюдением онкологов, отмечено отсутствие роста опухоли в течение 2 лет. 3 детей наблюдаются и получают комплексное лечение у онкогематологов.

Таким образом, опухоли позвоночника у детей требуют комплексного подхода к лечению с участием онколога, онкогематолога, невролога, нейрохирурга и ортопеда, что позволяет в короткие сроки верифицировать опухоль и выбрать оптимальную тактику лечения

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Лившиц М. И., Лобанкин П. В., Петров М. А., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Морозовская ДГКБ, Россия, Москва

Актуальность. Тяжелая травма позвоночника у детей достаточно редкое повреждение, которое при этом сопряжено с риском тяжелых осложнений.

Цель – улучшение результатов диагностики и лечения травм позвоночника у детей.

Материалы: За период с 2015 по июнь 2017 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось 18 детей с нестабильными переломами груд-

ного и поясничного отдела позвоночника. Локализация процесса: 6 пациентов грудной отдел, 8 пациентов груднопоясничный переход, 4 поясничный отдел позвоночника

Распределение переломов по классификации АО: А3–6 детей, А4–4 ребенка, В1–6, С–2

По неврологическому статусу с использованием шкалы ASIA распределение было следующим Е – 8 детей, D– 8 детей, С – 2 ребенка.

Всем детям проводилось магнитно-резонансная томография, компьютерная томография для верификации типа и вида повреждения.

Выбор тактики лечения определялся общим состоянием ребенка, степенью неврологических нарушений и типом повреждения. В случае тяжелого общего состояния ребенка первым этапом выполнялась декомпрессия с задней стабилизацией. Выполнение корпэктомии и переднего спондилодеза откладывалось на второй этап. При наличии показаний предпочтение при задней стабилизации отдавалось малоинвазивным методам фик-

сации, однако при необходимости задней декомпрессии мы использовали открытые методы стабилизации.

Результаты: у всех детей получены хорошие результаты. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Восстановление имеющегося неврологического дефицита в полном объеме отмечено у ребенка со степенью неврологических нарушений ASIA тип C, у второго пациента в этой группе отмечено неполное восстановление неврологического дефицита. У пациентов с неврологическим дефицитом типа D во всех случаях отмечено полное восстановление.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Лившиц М. И., Лобанкин П. В., Петров М. А., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Морозовская ДГКБ, Россия, Москва

Актуальность. Травма шейного отдела позвоночника у детей достаточно редкое повреждение, которое при этом сопряжено с риском тяжелых осложнений.

Цель – улучшение результатов диагностики и лечения травм шейного отдела позвоночника у детей.

Материалы: За период с 2015 по июнь 2017 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось 6 детей с нестабильными переломами шейного отдела позвоночника. Локализация процесса: 1 ребенок перелом зуба C2 (тип 2 по Anderson D'Alonzo), 5 детей с повреждениями на уровне C3–7. Распределение по классификации АО: A3–2 детей, A4–1 ребенок, B2–1, B3–1.

Всем детям проводилось магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Стеноз позвоночного канала выявлен у всех детей. При этом в случае повреждений типа В у всех детей отмечено пролаби-

рование диска нижележащего позвонка в позвоночный канал по данным МРТ, что в последующем определяло тактику хирургического лечения.

Неврологическая симптоматика у всех детей отсутствовала. Все приведенные в работе дети были оперированы. В случае перелома зубовидного отростка C2 выполнялась малоинвазивная фиксация винтом, в случае переломов А типа передняя корпэктомия и спондилодез. При переломах типа В мы отдавали предпочтение комбинированной передней и задней стабилизации.

Результаты: у всех детей получены хорошие результаты. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

Таким образом использование комплексной диагностики повреждений шейного отдела позвоночника у детей позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и улучшить результаты лечения данной группы пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Линник А. В., Сырыгина Л. В., Шутько О. Л.

ГБУЗ ПК «Городская детская клиническая поликлиника №1», ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница им. П. И. Пичугина», г. Пермь

Цель: разработать модель оптимизации диагностики и лечения урологических заболеваний (УЗ) у детей.

Материалы и методы: за период с 2011 по 2017 гг. мы наблюдали на амбулаторных приемах детского уролога 810 детей мужского пола с патологией наружных половых органов и органов мошонки, возраст которых варьировал от 1 до 16 лет. Оценка объективного статуса дополнялась тщательным осмотром наружных половых органов. Осмотр позволял выявить наличие сужения крайней плоти, препуциальных спаек, образований мошонки и семенного канатика, варикозного расширения вен мошонки, скопления жидкости в оболочках яичек, наличие яичек в мошонке. Для уточнения диагноза детям назначалось ультразвуковое исследование органов мошонки. Данные осмотра и УЗИ позво-

ляли нам своевременно диагностировать патологию органов мошонки и определить показания для оперативного лечения в условиях детского урологического стационара.

Эффективность лечения и реабилитационных мероприятий оценивалась в ходе диспансерного наблюдения за данными пациентами. Для разработки в ходе исследования интегрированной модели медико-социальной реабилитации детей с УЗ был использован SWOT-анализ. Он включал в себя исследование сильных и слабых сторон клинко-организационных мероприятий (доступность и качество специализированной помощи, удовлетворенность маленького пациента и его родителей контактом с медицинским персоналом, а также возможности и угрозы со стороны семьи ребёнка с УЗ).

Заполнение исходной матрицы SWOT-анализа позволило определить основные ключевые моменты по оптимизации медицинской помощи детям с УЗ, а также сформулировать основные меры по оптимизации доступности и качества медицинской помощи, а также устранить негативные факторы в системе её организации.

Устранение угроз и слабых сторон в организации медицинской помощи детям с УЗ было направлено

на выделение специализированного консультативного приёма детского уролога, усиление диагностики и диспансеризации больных с УЗ и привлечение родителей к этому процессу. Всё вышеперечисленное позволяет повысить качество своевременной диагностики больных данного профиля и профилактику послеоперационных осложнений на амбулаторном этапе.

ОПУХОЛИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Литовка В. К., Щербинин А. В., Черкун А. В., Пошехонов А. С.

Донецкий национальный университет им. М. Горького

Цель: анализ имеющегося опыта лечения опухолей почек в детском возрасте.

Материалы и методы: за период с 1985 по 2016 годы включительно в клинике детской хирургии им. проф. Н. Л. Куца лечилось 165 детей с опухолями почек в возрасте от 1,5 месяцев до 15 лет.

Результаты и обсуждение: злокачественные опухоли были выявлены у 155 (93,9%), доброкачественные у 10 (6,06%).

Нефробластома диагностирована у 152 детей (92,1%), злокачественная эндотелиома у 2 детей, лимфосаркоматозное поражение почек у 1. Среди доброкачественных опухолей встречались кистозная нефрома – 3 детей, тератома – 2, мезобластическая нефрома – 2, цистаденома – 1, фиброгемангиома – 1, доброкачественная мезенхимомма забрюшинного пространства с прорастанием почки – 1.

При нефробластоме чаще всего была поражена левая почка у 84 детей (55,6%), правая – у 61 (39,7%), двустороннее поражение почек отмечено у 7 пациентов (4,5%). Среди наших наблюдений у 7 (4,6%) детей отмечено двустороннее поражение опухолью Вильмса. В трех случаях имелась синхронная нефробластома, у 4 отмечалась метасинхронное поражение почек. В возрасте до одного года было 29 больных (19,2%), от одного года до пяти лет – 99 (65,6%), от шести до девяти лет – 16 (10,6%), от десяти до тринадцати лет – 7 (4,5%).

Ведущими симптомами нефробластомы были: периодические боли в животе, увеличение в объёме живота и пальпируемое опухолевидное образование, которое определялось у 139 (92,05%) пациентов. В большинстве

случаев (107 наблюдений) пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости ребенка выявлялось родителями. Еще у 32 детей увеличение живота в объёме явилось причиной обращения за врачебной помощью. У 12 больных, опухоль была выявлена активно при профилактическом осмотре. К другим первым клиническим симптомам нефробластомы относились артериальная гипертензия и гематурия. Макрогематурия была отмечена только у 14 (9,27%) детей.

Стандартная схема лечения опухоли Вильмса заключалась в проведении предоперационной ПХТ с последующим оперативным вмешательством и химиотерапией либо химиолучевой терапией в послеоперационном периоде.

Среди наблюдаемых больных из 57 детей с I–II стадиями в настоящее время живы 53 (92,9%), причем более половины свыше 5–8 лет. Среди 66 детей, поступивших в III стадии заболевания живы только 36 (61,5%), из 21 ребенка с IV стадией – 3 (14,3%), а из 7 пациентов с V стадией – только двое. Остальные дети умерли в сроки спустя 6 месяцев – 4,5 года после оперативного вмешательства при нарастании явлений опухолевой интоксикации на фоне генерализации и диссеминации опухолевого процесса.

У 2 детей, получивших химиолучевую терапию по поводу опухоли Вильмса, в отдаленные сроки (10–12 лет) отмечено развитие других злокачественных процессов.

Выводы: для улучшения прогноза заболевания необходимо улучшить раннюю выявляемость опухолей почек у детей.

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОКОЛИТА НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Лозовой В. М., Аипов Р. Р., Бураев Г. Б., Хамитов М. К., Мусиров Н. М.

АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан, Астана

Цель исследования: Изучение влияния Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита (ГАЭК) на частоту развития осложнений оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 162 пациентов с диагнозом «Болезнь Гиршпрунга», получавших стационарное лечение в ГККП на ПХВ «Городская детская

больница № 2 г. Астаны» и в КФ «УМС» «Научный центр материнства и детства» Республики Казахстан в период 2007–2016 гг.

Результаты. В послеоперационном периоде у 52 (32% случаев) пациентов наблюдались осложнения, связанные с местом оперативного вмешательства. Чаще отмечались такие осложнения как стеноз зоны колоректального анастомоза (16% случаев), стриктура ануса (6,2% случаев), кишечная непроходимость (2,5% случаев), кишечный свищ (2,4% случаев), перитонит (1,8% случаев). Причем осложнения, связанные с местом кишечного анастомоза (стеноз, перитонит), чаще отмечались у пациентов с ГАЭК, в сравнении с пациентами без энтероколита, в отдельных случаях отмечалось повторение того же осложнения.

При анализе вышеуказанных осложнений выявлено, что наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде являлся стеноз колоректального анастомоза, причем данное осложнение чаще развивалось у больных с ГАЭК в сравнении с пациентами без энтероколита со статистической достоверной разницей ($p < 0,05$). По остальным видам осложнений, несмотря на то, что отмечались различия в абсолютных числах по частоте развития осложнений, при статистическом анализе достоверной разницы показателей не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. Наличие у больных ГАЭК увеличивает риск стенозирования колоректального анастомоза с частыми рецидивами и возможной несостоятельностью анастомоза и формированием свищей толстой кишки с последующим развитием перитонита.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Кесаева М. М., Дзуцева М. Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России. Республиканская детская клиническая больница. Россия. Владикавказ

Цель: Определение алгоритма диагностики врожденной патологии мочевой системы у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Нами проведен анализ результатов обследования 245 детей в урологическом отделении РДКБ за период 2010–2016 гг. с врожденной патологией мочевой системы. Из них 156 (63,7%) детей обследовались по поводу выявленной антенатально, при УЗИ мочевой системы, дилатации мочевых путей, 40 (16,3%) детей по поводу изменений в анализах мочи и немотивированных подъемов температуры тела. Остальные 49 (20%) детей были направлены из поликлиники в связи с выявленными при скрининговых УЗИ патологическими изменениями мочевой системы в виде аномалии положения и количества почек, дилатации мочевых путей и т.д. Для оценки анатомо-функционального состояния органов мочевой системы использовались следующие методы: УЗИ с доплерографией, доплерометрией и диуретическим тестом; рентгенконтрастные исследования с омнипаком (экскреторная урография, микционная цистография); компьютерная томография; динамическая нефросцинтиграфия.

Результаты: При ультразвуковом исследовании у 78 детей зарегистрированы признаки нарушения уродинамики; с дилатацией ЧЛС у 46 детей, а у 32 детей еще и с дилатацией мочеточника. В процессе динамического наблюдения с УЗИ-контролем у 22 детей отме-

чалось нарастание степени дилатации верхних мочевых путей, а у остальных 56 отмечалась положительная динамика, т.е. снижение степени дилатации или нормализация с отсутствием инфекционных осложнений и деструкции паренхимы почки, в связи с чем у них необходимость в углубленном обследовании отпадала. Из 22 детей у 19 проведена внутривенная урография, у 11 из них еще и микционная цистография. Трем детям проведена динамическая нефросцинтиграфия в связи с нарушением функции почек. У 49 детей выявлены разные аномалии развития почек: у 24 детей – удвоение почки, у 2-х – односторонняя агенезия почки, у 5 детей – дистопия почки (3 – поясничные, 2 – подвздошные), аномалии структуры у 11 детей (поликистоз-2, мультикистоз-4, солитарная киста-5), аномалии величины-3 (односторонняя гипоплазия с дисплазией-1, простая гипоплазия-2), у 4 аномалии взаимоотношения (подковообразные почки-3, S-образная почка-1). Им также проведено полное рентгенурологическое обследование.

Вывод: Таким образом для установления диагноза и определения алгоритма обследования начинать следует с менее инвазивных методов, в частности, с УЗИ-исследования, а при необходимости использовать более точные методы: рентгенологические, КТ, МРТ, нефросцинтиграфия.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия; Республиканская детская клиническая больница.

Цель: Повышение эффективности антенатальной диагностики патологии мочевой системы и планирование

лечебно-диагностических мероприятий в раннем постнатальном периоде.

Материалы и методы: За период с 2014 по 2016 гг. были обследованы 102 женщины в сроки от 16 до 39 недель беременности с признаками дилатации мочевых путей у плода. Исследования проводили на ультразвуковом диагностическом аппарате «Sono Diagnost 360» (фирма Philips) с использованием линейных датчиков частотой 3,5 и 5 МГц. Первым признаком обструктивных уропатий у плода являлась пиелозктазия, при нарушении пассажа мочи на уровне мочеточничко-пузырного соустья – визуализация мочеточника, а при инфравезикальной обструкции – дилатация мочевого пузыря. За норму принимали переднее-задний размер лоханки до 5 мм. Исследования проводили в 3 этапа. Первое исследование – в 16 недель беременности, второе исследование – в 20–24 недели, третье исследование – в 30–39 недель. Уродинамику нижних мочевых путей у плода определяли в течение микционной цикла, путем определения объема мочевого пузыря при его естественном заполнении и количества остаточной мочи после самопроизвольного мочеиспускания с нарушением уродинамики.

Результаты и обсуждения: Из 102 плодов, с нарушением уродинамики у 78 они сохранились в разной степени выраженности на 38–39 неделе гестации, а у 24 плодов пиелозктазия больше не определялась. У 46 плодов определялась пиелозктазия разной степени, а у 32 пло-

дов помимо пиелозктазии определялась уретерозктазия. Для определения характера обструкции, органического или функционального, мы ориентировались на степени дилатации мочевых путей, отсутствии или наличии деструкции паренхимы почки, а в сложных дифференциально-диагностических ситуациях использовали диуретическую эхосонографию мочевой системы плода по предлагаемой нами методике. К концу беременности из 102 плодов у 22 отмечалось нарастание степени дилатации верхних мочевых путей и уменьшение толщины паренхимы почек, что подтверждало органическую обструкцию. Из них у 9 плодов с дилатацией ЧЛС мочеточники не визуализировались, что подтверждало наличие гидронефроза, а у 13 отмечалась дилатация и мочеточника, что подтверждало наличие у них уретерогидронефроза. В раннем постнатальном периоде на основании данных антенатально выявленной патологии планируется дальнейшая тактика ведения этих детей: динамическое УЗИ наблюдение с контролем анализа мочи или госпитализация с рентгеноурологическим обследованием и определением тактики лечения.

Вывод: Антенатально выявленное нарушение уродинамики дает возможность начать обследование и лечение на доклиническом этапе, что создает условия для нормального формирования мочевой системы.

ВЕНОЗНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Лывина И. П., Сухов М. Н., Мустафа А. Х., Кобяцкий А. В., Нарбутов А. Г.

ФГБУ Российская Детская Клиническая Больница Минздрава России, Отделение микрохирургии сосудов, Россия, Москва

Цель: Оптимизировать диагностическую и лечебную тактику у детей с внепеченочной портальной гипертензией в сочетании с венозной гипертензией малого таза.

Метод основан и объективно обоснован комплексом методов обследования и диагностики венозной почечной гипертензии у детей с внепеченочной портальной гипертензией с использованием ультразвукового и ангиографического исследований, интраоперационной манометрии, что позволило улучшить не только качество диагностики, но и модифицировать тактику хирургического лечения этой группы больных.

Введение: Помимо основного заболевания, нередко выявляется сопутствующая патология – венозная почечная гипертензия (ВенПГ). Основным проявлением, которой у больных с ВПГ является венозная гипертензия малого таза. Прогрессирование ВенПГ сочетается с хроническими тазовыми болями, болями в мошонке, периодической микрогематурией, дизурическими расстройствами, нарушением менструального цикла, массивными менструальными кровотечениями, развитием бесплодия.

Развивающаяся недостаточность сформированного спленоренального анастомоза, прогрессирование флореногипертензии явились основным фактором для из-

учения данной патологии и разработки патогенетически обоснованных методов ее коррекции.

Материалы: В период с 2008 по 2017 год обследовано 169 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 5-х до 17 лет, из которых у 87 больных (61,4%), из них 64 (55,6%) мальчиков и 23 (5,8%) девочек, при обследовании выявлена левосторонняя флореногипертензия.

Из 87 больных у 73-ти (83,9%) одновременно выполнены операции по поводу ВПГ и проявлений флореногипертензии-ВВМТ (или варикоцеле). 14 (16,1%) пациентов оперированы по поводу ВПГ и ВВМТ в два этапа: первым этапом проведено портокавальное шунтирование, вторым этапом, операция по поводу ВВМТ или варикоцеле.

У 27 (31,1%) больных с ВПГ с флореногипертензией, одновременно с портокавальным шунтированием сформирован гонадокаваальный (или гонадоилеальный) анастомоз из-за расширения (более 6–7 мм) и выявления ретроградного кровотока в левой гонадной вене.

Результаты: По данным инструментальных методов обследования из 87 пациентов у 73 (83,9%) пациентов отмечена выраженная регрессия варикозного расширения вен малого таза и купированы клинические проявления,

у 6 (6,8%) больного отмечается отсутствие положительного результата и 8 (9,1%) больных выбыли из под наблюдения.

Заключение: перевязка и пересечение левой гонадной вены при расширении ее до 5–6 мм или выявление ретроградного кровотока в ней; по-мимо портокавально-го шунтирования необходимо дополнительное гонадока-

вальное (или гонадоилеальное) шунтирование, из-за значительного расширения (более 6–7 мм) и выявления ретроградного кровотока в левой гонадной вене. Такие методы хирургического вмешательства способствуют эффективной декомпрессии левосторонней флебореногипертензии с купированием варикоза вен малого таза.

РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

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

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд

Установление диагноза врожденный гидронефроз (ВГ), ставило задачу определения функционального состояния почек. С этой целью, 30 больным (21 ребенок – ВГ III степени, 9 детей – ВГ II степени) при помощи ренографии и сцинтиграфии изучали секреторную и эвакуаторную функцию почки, а также степень сохранности ее паренхимы.

У детей со II степенью ВГ (9 детей) нефросканограмма с Tc^{99m} – Технемек характеризовалась увеличением размеров почки, подавлением накопления РФП в расширенной ЧЛС. Функция почки была сохранена, но снижена. Ренограмма с J-гипсураном у 6 больных со II степенью ВГ характеризовалась нарушением экскреторной функции, пиелоренальным рефлюксом. Также, у 3 больных со II степенью отмечался обтурационный тип ренографической кривой, который характеризовался не нарушенной сосудистой фазой, нарастающей секреторной фазой и отсутствием экскреторной фазой.

Для III степени ВГ (21 больной) по данным нефросканограммы, было характерно значительное снижение

выделительной функции паренхимы – 8 больных, либо функция почки, отсутствовала – 13 больных. У 8 детей со значительным снижением выделительной функции паренхимы при ВГ III степени при ренографическом исследовании выявлено нарушение сосудистой и секреторной фаз ренографической кривой, экскреторная фаза наблюдалась через 1,5–3 часа. В случаях, когда функция почки по данным нефросканограммы, отсутствовала (13 детей), на ренограмме отмечался афункциональный тип ренографической кривой.

Таким образом, анализ проведенных радиоизотопных исследований показал, что скринирующими тестами ВГ при ренографии и нефросканографии является задержка РФП в ЧЛС, пиелоренальный рефлюкс, нарушение секреторно-эксcretорной функции почки, характеризующееся определенной формой кривой ренограммы. Отсутствие функции пораженного органа характеризуется афункциональным типом ренографической кривой и не выделением РФП почкой по данным нефросканограммы.

АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ВЕРХНИХ ДОЛЕЙ ОБОИХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Магомедов А. Д., Ашурбеков В. Т., Махачев Б. М.

Дагестанский государственный медицинский университет, Россия, Махачкала

Цель: целью данного исследования явилось выявление порока развития, методов диагностики и оперативного лечения.

Материал и методы: у подростка 14 лет при проведении диспансеризации, на флюорографии выявлены округлые образования с четкими контурами в верхних долях обоих легких. Был заподозрен эхинококкоз обоих легких.

При проведении КТ с сосудистой программой заподозрено наличие порока развития легких – артериовенозные свищи. Госпитализирован в хирургическое отделение Детской Республиканской Клинической Больницы в городе Махачкала.

При поступлении в отделение – общее состояние удовлетворительное, рост 168 см., вес 50 кг. Кожные покровы чистые, смуглой окраски, отмечается цианоз носогубного треугольника, неярко выраженные явления

акроцианоза обеих кистей и стоп, ногтевые пластинки в виде «часовых стекол».

Подкожножировой слой слабо выражен, грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания равномерно. Аускультативно- в верхних отделах дыхание несколько ослаблено, хрипов нет, дыхание 23/мин., тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, пульс 80 уд/мин. АД 110/70. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены. Лабораторные анализы в пределах возрастной нормы. На ЭКГ- синусовая тахикардия, нарушение проводимости по правой ножке Гиса, нарушение процессов метаболизма. УЗИ сердца – прогиб и уплотнение передней створки митрального клапана, регургитация (+), на трикуспитальном клапане регургитация (+++), на клапане легочной артерии (+). Рентгенография легких – однородные образования овальной формы в верх-

них долях легких, справ- $5x^3$ см., слева $3x^2$ см. КТ – признаки артериовенозной мальформации верхних долей легких. Справа – аневризма $40x45x41$ мм с подходящими сосудами. Слева – $9x16x16$ мм. После комплексного исследования выставлен клинический диагноз: врожденные артериовенозные свищи верхней долей легких. Под энто-трахеальным наркозом выполнена переднебоковая торакотомия в V межреберье справа. В плевральной полости выпота нет. Выделена артерия верхней доли, исходящая от легочного ствола, диаметром 3,0 см., пересечена между двумя лигатурами и швами. Также пересечена легочная вена (2,0 см.). Опорожнилась аневризма, темная кровь около 100мл. Произведена лобэктомия верхней доли. Плевральный дренаж. Макропрепарат – большая аневризматическая полость в верхней доле. Вокруг-склерозированные ткани легкого, очаговые кровоизлияния. Через 5 месяцев повторная госпитализация. Дообследован. Торакотомия в V межреберье слева. Так же выделены и лигированы артерия и вена (2,0 и 1,5 см.) верхней доли. Лобэктомия. Аневризматическая полость – около 60 мл. темной крови.

Результаты: после первой операции у больного заметно уменьшился акроцианоз. Больной выписан на 14 сутки. После второй операции – акроцианоз исчез полностью. Выписан на 15 сутки с выздоровлением. Контрольное обследование через 3 и 6 месяцев: состояние удовлетворительное, одышки и акроцианоза нет. На контрольной рентгенограмме – легочные поля без особенностей.

Результаты: после первой операции у больного заметно уменьшился акроцианоз. Больной выписан на 14 сутки. После второй операции – акроцианоз исчез полностью. Выписан на 15 сутки с выздоровлением. Контрольное обследование через 3 и 6 месяцев: состояние удовлетворительное, одышки и акроцианоза нет. На контрольной рентгенограмме – легочные поля без особенностей.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Мазынский Д. В., Заполянский А. В., Махлин А. М., Коростелев О. Ю.

Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск, Беларусь

Введение. Частота варикозной болезни в детском возрасте растёт с каждым годом. Зачастую варикозная болезнь манифестирует в подростковом возрасте. Причины заболевания многофакторные, но ведущее значение имеет наследственная предрасположенность, а малоподвижный образ жизни, чрезмерная физическая нагрузка в совокупности с активным подростковом ростом являются провоцирующими факторами.

Цель. Изучить особенности клинического течения варикозной болезни у пациентов детского возраста. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов эндоваскулярной лазерной абляции варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Методы исследования. За период с 2016 по 2017 гг. в РНПЦ детской хирургии находилось на лечении 12 пациентов с варикозной болезнью. Средний возраст пациентов составил 15 лет.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам выполнялось УЗИ диагностика поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Со стороны глубокой венозной системы патологий выявлено не было. У 8 пациентов было выявлено несостоятельность сафено-фemorального соустья и расширение большой подкожной вены, диаметр которой составлял 7–12 мм с рефлюксом до верхней трети голени и несостоятельными притоками.

У 3 пациентов определялась несостоятельность сафено-подплитеального соустья и расширение малой подкожной вены, диаметр которой составлял 7–9 мм с рефлюксом до средней трети голени и несостоятельными притоками. У 1 пациента был выявлен несостоятельный перфорант Шермана с притоками на голени. По данным обследования выставлен диагноз варикозной болезни нижних конечностей – C2S, Ep, As, p, Pr (L2) (по международной классификации). Всем пациентам выполнена эндоваскулярная лазерная абляция варикозно расширенных стволов большой подкожной вены, малой подкожной вены и несостоятельных перфорантов. Использовали диодный лазер с длиной волны 1470 нм и радиальными одноразовыми световодами. Средний срок наблюдения после операции составил 12 месяцев. Послеоперационный период протекал гладко. В отдаленном периоде не отмечено тромбоза глубоких вен и реканализации облитерированных вен. Косметический результат полностью удовлетворял пациентов и их родителей.

Выводы. Варикозная болезнь у детей должна вовремя диагностироваться и лечиться на ранних стадиях развития. Современный подход к лечению варикозной болезни – это эндоваскулярная лазерная абляция, которая позволяет радикально выполнить хирургическое лечение и обеспечить хорошие отдаленные результаты.

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК

Маликов Ш. Г., Зоркин С. Н., Акопян А. В., Шахновский Д. С., Губарев В. И.

ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава России

Цель исследования. Оценить у детей структурно-функциональное состояние паренхимы почек после проведения дистанционной литотрипсии (ДЛТ).

Материалы и методы. Было обследовано 45 пациентов с локализацией конкремента в почечной лоханке. Состояние почечной паренхимы оценивалось по показате-

лю активности паренхимы (ПАП), который определялся при проведении нефросцинтиграфии до сеанса ДЛТ, через 10 дней после ДЛТ и через 1 год. ПАП является индексом количества функционирующей паренхимы. До проведения ДЛТ показатели ПАП у всех детей были в норме. Референсные значения данного показателя 12.8–16.2.

Результаты. Эффективность ДЛТ после первого сеанса составила 91.1% (41 пациент). Остальным 4 (8,9%) пациентам пришлось проводить дополнительные сеансы дробления, что было связано с повышенной плотностью конкремента. Легкое нарушение структурно-функционального состояния паренхимы почек характеризующе-

ся снижением ПАП в пределах 0.8, отмечено у 9 пациентов (20%). У остальных 36 (80%) пациентов данные за структурно-функциональные нарушения не были получены. Ухудшение наблюдалось лишь у 3 (6,7%) пациентов. Неизменными показатели оставались у 10 (22,2%) пациентов

Заключение. Таким образом, проведя анализ полученных данных, было установлено, что ДЛТ не приводит к значимым структурно-функциональным повреждениям паренхимы почек. В тех случаях, когда сеанс ДЛТ проводился повторно, отмечалось нарушение функции в 6,7% случаев.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ПЕРКУТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Мамошин А. В., Медведев А. И., Круглый В. И., Журило И. П.

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям им. З. И. Круглой»

На фоне широкого распространения современных медицинских технологий современные тенденции к уменьшению операционной травмы с сохранением эффективности оперативных вмешательств способствуют активному внедрению миниинвазивных перкутанных лечебно-диагностических вмешательств под контролем ультразвуковой томографии в практике детской хирургии.

Целью нашей работы явилась оценка возможностей диагностических и лечебных миниинвазивных перкутанных вмешательств под контролем ультразвуковой томографии в практике детской хирургии.

В период с 2010 по 2016 гг. в НКМЦ медицинской помощи детям им. З. И. Круглой г. Орла было выполнено 123 миниинвазивных перкутанных вмешательства под контролем ультразвуковой томографии 113 пациентам. Удельный вес диагностических пункционных составил 47,2% (58 вмешательств). Данный тип вмешательств выполняли при очаговых образованиях щитовидной и молочной желез, грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства злокачественного генеза, кистозного характера, подозрении на гнойные очаговые образования, а также при асците, гидротораксе. Лечебных и смешанных пункционных вмешательств выполнено 12 (9,7%). Их осуществляли при жидкостных образованиях в плевральной полости, ретенционных

непаразитарных кистозных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства, послеоперационных осложнениях со стороны брюшной полости. Помимо пункционных вмешательств также проводились дренирующие операции. Малокалиберное дренирование (8–12 Fr) по двухмоментной методике Сельдингера с установкой дренажа с памятью формы типа «pig tail» выполнено в 52 (42,3%) случаях и включало: дренирование кистозных образований, чрескожно-чреспеченочную холангиостомию, дренирование жидкостных образований и абсцессов брюшной и плевральной полостей. В 1 (0,8%) случае, при аппендикулярном абсцессе, выполнен первичный крупнокалиберный доступ (28–36 Fr) в полость деструкции. У всех пациентов лечебные миниинвазивные вмешательства позволили эффективно купировать патологический процесс.

Миниинвазивные перкутанные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии являются современным высокоинформативным методом дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений, кистозных изменений щитовидной и молочной желез, органов грудной и брюшной полости, эффективным методом лечения механической желтухи, жидкостных образований и абсцессов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И СУБКАРДИИ У ДЕТЕЙ

Мараховский К. Ю., Заполянский А. В., Палалета О. А., Свирский А. А., Махлин А. М.

РНПЦ детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Введение: В период с 2016 по 2017 года на базе РНПЦ детской хирургии г. Минск проводилось эндоско-

пическое лечение варикозно расширенных вен пищевода и субкардии у детей методом лигирования.

Материалы и методы: В качестве лигатора использовался SpeedbandSuperview производства BostonScientific с семью предзаряженными кольцами. Количество использованных колец за одну эндоскопическую операцию колебалось от 2-х до 7-ми.

Лигирование было проведено 15 пациентам, с преобладанием мальчиков – 9 пациентов. Средний возраст составил 10,5 лет с ДИ 7,4637 to 13,5363. Младший ребенок имел возраст 3 года и 6 месяцев на момент осмотра. Количество эпизодов составило от 1-го до 4-х. Среднее количество на одного пациента составило²,1.

Лигирование начиналась с вен расположенных максимально дистально

В качестве эндоскопического описания использовалась система оценки полуколичественная система с описанием протяженности (L1-3), диаметра относительно просвета (D1-3), цвета (Cb/Cw) вен, наличия или отсутствия эрозий (E+/-) и «красных знаков» (Rs+/-).

Эффективность лечения оценивалось по протяженности вен пищевода и их диаметру, в 2 этапа. Первый – непосредственно после лигирования (L/DII), второй через месяц после проведения лигирования (L/DIII). Для оценки наличия просвета варикоза проводилась эндосонография с использованием эндосонографических мини датчиков производства фирмы Olympus (Япония) с частотой 20 МГц.

Результаты: В 12 случаях из 14 (85,7%) патология была вызвана внепеченочной формой синдрома портальной гипертензии и в 2 случаях внутрипеченочной формой СПГ.

В 13 случаях лигирование проводилось вен пищевода и субкардиальной желудка, в 2х случаях только вен пищевода.

В 2-х случаях была отмечена флотация колец, в одном из этих случаев осложненная кровотечением из субкардиально расположенного узла.

Для оценки достоверности различия в группах был использован тест Манн – Уитни для независимых величин (для непараметрических рядов). Соотношение диаметров вен в группах продемонстрировало следующие результаты: DI/DII, DI/DIII, была получена достоверная разница $p < 0,001$ и $p = 0,0345$. Но была получена достоверность разницы DII/DIII $p = 0,007$.

Такой же анализ проведен для протяженности вен: L1/LII, L1/LIII, была получена достоверная разница $p = 0,026$ и $p = 0,0265$. Но в группе LII/LIII разница отсутствовала.

Обсуждение: На основе этих данных можно констатировать, что эффективность лигирования в отношении выраженности признаков варикоза пищевода и субкардии доказательно. Однако существует «откат» по снижению диаметра вен.

Выводы: Эндоскопическое лигирование ВРВП у детей высоко эффективный метод лечения.

Может использоваться как монотерапия при внутрипеченочных формах портальной гипертензии так и в сочетании с операциями порто-системного шунтирования и мезентерико-портального шунтирования.

Субкардиально расположенные варикозно расширенные вены могут эффективно и безопасно лигироваться эндоскопически.

СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЛИМФОМАХ У ДЕТЕЙ

Махонин В.Б., Байрамгулов В.Б., Корнеев Д.Ю., Шангареева Р.Х.

Башкирский государственный университет, Республиканская детская клиническая больница г.Уфа.Россия.

К жизнеугрожающим ургентным состоянием относятся медиастенальная опухоль с компрессией трахеи, синдромом сдавления верхней полой вены (СВПВ) с выпотным плевритом, перикардитом- чаще всего описывается у детей при неходжкинских лимфомах (НХЛ). При локализации в средостение у детей клиника (цианоз и отек лица, нарушение дыхания и геодинамики) развивается очень быстро. Лечебная и диагностическая тактика специфичны.

Цель. Провести анализ частоты СВПВ при опухолях у детей с оценкой тактики.

Материалы. Выполнен анализ историй болезни детей с СВПВ, лечившихся в РДКБ г.Уфы за 15 лет.

Результаты. С 2002 по 2016 гг. наблюдались 132 ребенка с лимфомами; СВПВ наблюдался в 15 случаях с НХЛ (11,3%), из них у 13- в дебюте болезни, 2- при рецидиве, в его первые дни. Диагноз всегда был верифицирован морфологически, предпочтительнее- по материалу периферических лимфоузлов либо по плевральной жидкости.. При отсутствии уве-

личных периферических лимфоузлов и выпота в полостях у 3 детей выполнялась торакотомия и у 2-стернотомия (при НХЛ) с биопсией; торакоскопия – у 2 детей с лимфомой Ходжкина. При жизнеугрожающей клинике СВПВ еще до получения результатов гистологии при цитологическим подтверждении диагноза назначалась циторедуктивная химиотерапия (ХТ) (глюкокортикоиды+циклофосфан) до 5 дней. Дальнейшая химиотерапия проводилась по соответствующим протоколам в зависимости от морфологии опухоли. На фоне ХТ наблюдался быстрый регресс симптомов СВПВ. Смерть в индукции 2 детей при нарастании сердечной недостаточности, у 13 получен быстрый ответ на ХТ.

Выводы. СВПВ проявляется чаще в дебюте НХЛ, предпочтительна диагностика без широких полостных операций, объем операции должен ограничиваться биопсией; лечебная тактика должна быть консервативной (ХТ). Собственные результаты удовлетворительные.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Машков А. Е., Сигачев А. В., Филюшкин Ю. Н., Слесарев В. В., Кхир Б. М., Сташук Г. А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) им. М. Ф. Владимирского», Россия, г. Москва

Цель: Улучшить результаты лечения детей, страдающих анальной инконтиненцией, оперированных по поводу атрезии ануса и прямой кишки.

Актуальность. У 30–40% детей после хирургических вмешательств по поводу врожденных пороков развития аноректальной области выявляется сфинктерная недостаточность различной степени выраженности.

Материалы и методы. Метод основан на способности стволовых клеток проявлять пролиферативную активность в направлении поврежденной ткани и вызывать усиление регенерации. Источником клеток являлся аутологичный костный мозг. В качестве матрикса использовался биodeградируемый материал «СфероГель». Пунктировалось крыло подвздошной кости, костный мозг забирался, центрифугировался *ex tempore*. Количество клеточной массы составляло от 10 до 40 мл в зависимости от возраста пациента. Производилась трансплантация костного мозга в параанальную область путем его введения со «СфероГелем» циркулярно вокруг ануса. Количество пересадок – от 2 до 6. Обследование включало пальцевой осмотр ануса и прямой кишки, УЗИ, МРТ или МСКТ промежности и области ануса, электромиографию, фотографирование. Хороший результат – при отсутствии зияния ануса, эпизодов каломазания, появления позывов на дефекацию и возможности удержания стула и газов; утолщении или появлении мышечных структур в области неоануса на МРТ или МСКТ, УЗИ; появлении или усилении электрической мышечной активности на ЭМГ. Удовлетворительный результат – при уменьшении эпизодов каломазания и положитель-

ной динамики по данным МРТ, УЗИ и ЭМГ. Неудовлетворительный – при сохранении симптомов и отсутствии динамики по данным инструментальных методов исследования. В отделении детской хирургии МОНКИ с 2007 по 2016 гг. с помощью данного метода было пролечено 19 детей, оперированных с высокими формами атрезии ануса и прямой кишки и страдающих сфинктерной недостаточностью 3–4 степени. Мальчиков – 15, девочек – 4. Средний возраст – 7 лет.

Результаты. Первые результаты отмечены в среднем через 2 мес. Хороший у 4 (21%) детей. При пальцевом исследовании отмечались сокращения наружного сфинктера, анус не зиял, каломазания не было. На ЭМГ нарастала БЭА в среднем с 10 мкВ до 90–130 мкВ, М-ответ – от отсутствия в начале до 1,0–1,13 через 1 год. На МРТ толщина наружного сфинктера от 2 до 3 мм. Удовлетворительный – у 8 (42%). При пальцевом исследовании – слабость сокращений наружного сфинктера, анус сомкнут не полностью. Каломазание – 2–3 в неделю, газы и жидкий стул не удерживался. При ЭМГ БЭА 50–80 мкВ, М-ответ от отсутствия до 0,3–0,7 мВ. При МРТ – наружный сфинктер неравномерной толщины до 1,5–2 мм. Неудовлетворительный – у 4 (21%). Оценить результат лечения у 3 (16%) детей не представлялось возможным, в связи с малым сроком наблюдения. Во всех группах больных продолжают лечебно-реабилитационные мероприятия, позволяющие рассчитывать на улучшение результатов.

Заключение. Предлагаемый метод лечения является достаточно простым, эффективным и безопасным и может найти применение в широкой клинической практике.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Мащенко А. Н.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь

Цель: анализ результатов лапароскопического лечения эхинококковых кист печени у детей больших и гигантских размеров с применением вакуумного устройства.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 21 пациент в возрасте 8–17 лет с эхинококковыми кистами печени больших и гигантских размеров, в период 2013–2017 год. Всем детям проводили стандартный набор клинических и лабораторных исследований, а так же выполняли УЗИ и КТ исследования. Для интерпретации сонографических данных в работе применяли классификацию типов кист по Н. А. Gharbi. Доминирующей локализацией кист была правая доля печени (73,3%) с типичным поражением 6–8 сегментов. Объем визуализированных

кист при ультразвуковом и КТ исследовании составлял от 425 до 2600 мл. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая эхинококкэктомия печени. После установки 2-х портов выполнялось вскрытие фиброзной оболочки с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и bipolarной коагуляции Enseal. После удаления электроотсосом содержимого кисты, через 12 мм троакар вводили эндомешок для эвакуации хитиновой оболочки. Под контролем видеоскопа вакуумный экстрактор подводится к непосредственному месту удаления кисты. При помощи инструментов погружаем хитиновую оболочку в эндомешок, так как трубка прозрачная обеспечивается так же контроль удаляемого материала. После извлечения хити-

новой оболочки стенки кисты обрабатывали аргон-плазменной коагуляцией, что позволило максимально провести не только коагуляцию остаточной полости, но и добиться ликвидации остаточных эхинококковых сколексов.

Результаты: Интраоперационные осложнения в наших наблюдениях не отмечались. В послеоперационном периоде были отмечены желчный свищ у 1-го (10%) пациента, который самостоятельно закрылся в течении 2-х месяцев. Ранний послеоперационный период протекал легче. Через $8,3 \pm 1,7$ часов пациенты начинали ходить. Болевой синдром купировался через $16,2 \pm 3,1$ часов после операции. Рецидивов заболевания, по итогам обследования через 6 месяцев, не отмечали.

Заключение: Данное устройство тканей является альтернативой в эндоскопической хирургии для удаления биологического материала. При использовании вакуумного эндомешка травматизация подлежащей паренхимы минимальна, обеспечивает герметичное соприкосновение, тем самым полное удаление компонентов эхинококковой кисты. Таким образом, лапароскопическая эхинококкоэктомия с применением вакуумного эндомешка и с обработкой остаточной полости аргон-плазменной коагуляцией является эффективной операцией выбора при эхинококкозе печени при кистах больших и гигантских размеров у детей.

СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И ВЫВИХАХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

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

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, Оренбург

Цель исследования: разработка регионального протокола диагностики и лечения повреждений костей верхних конечностей у детей на основе комплексного анализа ошибок и осложнений, допускаемых на различных этапах оказания медицинской помощи.

Результаты. Основу работы составили наблюдения за 1688 случаями переломов и вывихов костей верхних конечностей у детей, находившихся на стационарном ле-

чении в отделениях травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра города Оренбурга за период с 2005 по 2016 годы. 576 случаев стационарного лечения были по поводу ошибок диагностики и лечения, что составило 34%. Выводы: данные осложнения связаны с ошибками диагностики, нерациональными методами лечения и отсутствием своевременной и современной маршрутизации при таких повреждениях.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Мельцин И.И., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Кутарева А.А., Каюмова А.А.

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, Оренбург

Цель исследования: поиск причин ошибок и осложнений переломов дистального отдела плечевой кости у детей.

Результаты. Основу клинических наблюдений составили 225 случаев над- и чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра города Оренбурга за период с 2013 по 2016 годы. 64 пациента лечились по поводу ошибок диагностики и лечения при чрез-и-

надмыщелковых переломах, что составило 28,4% случаев от общего количества больных.

Выводы. Причинами осложнений при чрез-и-надмыщелковых переломах плечевой кости у детей явились ошибки в диагностике и лечении, связанные с недостатком профильных специалистов в районных больницах, а также отсутствием унифицированного протокола лечения таких повреждений у детей на различных этапах: районная больница, областной центр.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Шумихин В.С., Ерохина Н.О., Складорова Т.А., Левитская М.В., Гурская А.С., Бетанов З.В.

РНИМУ им.Н.И. Пирогова; ДКГБ №13 им.Н.Ф.Филатова (Москва)

Цель. Проанализировать результаты применения малоинвазивных методик в лечении детей с различными формами обструктивных уротатий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1057 детей (0–5 лет), проходивших лечение на базе ДКГБ №13 имени Н.Ф. Филатова.

ва в 2007–2016 гг. В зависимости от порока развития мы выделили 4 группы пациентов: I – 69 мальчиков с клапаном задней уретры в сочетании с другими нарушениями уродинамики, II – 67 детей с удвоением почки и наличием уретероцеле, III – 170 пациентов с простым врожденным неретрофлюксирующим мегауретером и IV – 757 детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. При всех видах патологии на первичном этапе предпочтение отдавалось проведению малоинвазивных оперативных вмешательств, с последующей оценкой результатов при проведении комплексного урологического обследования. При сохранении нарушений уродинамики верхних мочевых путей проводились повторные мини-инвазивные или открытые оперативные вмешательства.

Результаты. Первично в I группе пациентов в 100% случаев выполнена трансуретральная резекция клапана задней уретры: 56 (81,2%) одноэтапно и 13 (18,8%) двухэтапно. Детям II группы трансуретральная резекция уретероцеле выполнена в 79,1% случаев (53 пациента). В III группе 132 детям выполнена установка низкого мочеточникового стента, а 38 (22%) пролечены консервативно. В IV группе выполнена эндоскопическая подслизистая имплантация объемобразующих веществ

(ЭПИОВ): «Коллаген» 454 ребенка (605 мочеточников), «Уродекс» 122 (189), «Вантрис» 76 (121). Оценка уродинамики проводилась через 4–8 недель. При сохранении нарушений уродинамики проводились вторичные оперативные вмешательства. Выполнено: ЭПИОВ 4 детям I группы (5,8%), 7 (13,2%) – второй и 103 (13,6%) – четвертой (повторно); стентирование J-стентом 8 из I и 1 из II. Реконструктивные вмешательства на мочевом пузыре (уретероцистонеоимплантация, с резекцией уретероцеле во II группе) проведена 9 (13%), 15 (28,3%), 5 (3,8%), 47 (6,2%) детям в I, II, III и IV группах соответственно. 7 детям (10,1%) из I, 9 (17%) – из II и 18 (2,3%) – из IV выполнены оргоуносящие операции в связи с отсутствием функции почки (или ее сегмента во II группе) по данным нефросцинтиграфии. В остальных случаях вторичные оперативные вмешательства не потребовались. Все дети получили курс реабилитационного лечения (фармакотерапия, физиолечение).

Выводы. Проведение малоинвазивных оперативных вмешательств возможно у детей, включая новорожденных и грудной возраст и позволяет восстановить уродинамику, избежать или отсрочить проведение сложных реконструктивных или оргоуносящих операций.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРИ МЕЗОБЛАСТНЫХ НЕФРОМАХ У ДЕТЕЙ

Н. Н. Меркулов, Д. Ю. Качанов, А. М. Митрофанова, С. Р. Талыпов, Т. В. Шаманская, Н. Г. Ускова, Н. С. Грачев, С. Р. Варфоломеева

В структуре заболеваемости опухоли почек занимают промежуточное значение среди всех новообразований у детей. В свою очередь у детей до 1 года жизни они составляют 8,8%, а у детей от 1 года до 14 лет – 5,3% от общей массы встречаемости. Особенности опухолей у детей раннего возраста является то, что они преимущественно являются эмбриональными (нейробластома, ретинобластома, нефробластома, эмбриональная рабдомиосаркома, гепатобластома), имеют дизонтогенетическое происхождение, 80–90% опухолей у детей до года – врожденные, часто сочетаются с пороками развития, имеют высокий пролиферативный индекс клеток, а также ряд опухолей способны к дифференцировке и спонтанной регрессии.

Среди опухолей почек у детей наиболее частой является нефробластома (85%), которая делится на два варианта строения (без анаплазии (80%) и менее благоприятный вариант развития – анапластический вариант (5%)), кроме того встречается мезобластическая нефрома (3–4%), светлоклеточная саркома почки (3–4%), рабдоидная опухоль почки (2%) и другие поражения почек (5–7%). Среди генетических синдромов, связанных с нефробластомой являются: WAGR синдром (нефробластома, аниридия, пороки развития половых органов: крипторхизм, гипоспадия, псевдогермафродитизм, дизгенезия гонад, задержка умственного развития, делеция хромосомы 11p13), Синдром Денис-Драш (Denys-Drash syndrome) – псевдогермафродитизм, гломерулопатия, мутации в хромосоме 11p (мутация в одном аллеле *WT1*), Синдром

Беквита-Видеманна (Beckwith-Wiedemann syndrome) – гемигипертрофия, макроглоссия, омфалоцеле, висцеромегалия, ассоциирован с геном *WT2* на хромосоме 11p15, Изолированная гемигипертрофия.

Клиническими проявлениями опухолей почек у детей является увеличение размеров живота и/или пальпируемое образование в брюшной полости, лихорадка, анорексия, рвота, микро- и макрогематурия у 20–25% пациентов, артериальная гипертензия при ренин-продуцирующих опухолях, редко – вторичная полицитемия (гиперпродукция эритропоэтина), варикоцеле, паховая грыжа, острая почечная недостаточность, плевральные боли, симптомы, связанные с врожденными аномалиями развития.

За период 01.2012–06.2017 обратилось 11 пациентов с установленным диагнозом ВМН. Пациенты получали лечение по протоколу SIOP-2001. Хирургическое лечение рассматривалось как основной метод лечения. Оценка распространенности процесса проводилась в рамках рекомендаций SIOP. Хирургическое лечение проведено всем больным, в 11 (90%) случаях в условиях ННПЦ ДГОИ, в 1 (10%) – в условиях регионального центра. Предоперационный спонтанный разрыв опухоли диагностирован в 1 (10%) случае. Хирургическое лечение осложнилось интраоперационным разрывом опухоли у 2 (20%) пациентов, сепсисом в 2 (20%) случаях и травмой нижней полой вены в 1 (10%) случае. Гистологические варианты опухоли были распределены следующим образом: классический – 5 (40%), клеточный – 4 (40%), смешанный – 2 (20%) случая.

Послеоперационная ХТ не проводилась ни в одном случае. Один (10%) пациент погиб в раннем послеоперационном периоде от инфекционных осложнений. Рецидив заболевания выявлен у 2 (20%) больных через 1,0 и 3,5 мес от момента операции, что потребовало повторных хирургических вмешательств и проведения ПХТ. При этом у 1 пациента изначально имел место спонтанный разрыв опухоли, у 1 – интраоперационный разрыв опухоли во время первичной операции.

Выводы. Полученные данные подтверждают в целом благоприятный прогноз у пациентов с ВМН. Разрывы опухоли, как спонтанный, так и интраоперационный,

могут повышать риск рецидива заболевания. В случае невозможности выполнения инициального хирургического вмешательства у детей первых 6 месяцев жизни с опухолями почек пациенты должны направляться в специализированные центры для исключения необоснованного назначения ПХТ. Созданная мультицентровая научно-клиническая группа по изучению опухолей почек на базе ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России позволяет оптимизировать лечение пациентов, проводить научную работу и обмениваться результатами с заинтересованными коллегами в РФ.

ТРАНСНАЗАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Меркулов О.А., Булетов Д.А., Горбунова Т.В., Шишков Р.В., Поляков В.Г.

Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н. Блохина, Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии

Актуальность.

Метод трансназальной эндоскопической хирургии (ТЭХ) становится все более популярным в лечении образований полости носа, основания черепа и параменнгеальной локализации, не редко такие операции стали применяться и при удалении злокачественных новообразований данной локализации. В данной работе представлен опыт применения ТЭХ у детей с различными новообразованиями полости носа, основания черепа и параменнгеальной локализации у детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении опухолей головы и шеи научно-исследовательского института детской онкологии и гематологии российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина.

Ключевые слова: врожденные образования полости носа, редкий клинический случай, эндоскопическая эндоназальная хирургия, PESS, расширенная PESS.

Материалы и методы:

С 2015 по 2017 гг. выполнено 39 трансназальных хирургических операций 35 пациентам. 18 пациентов женского пола, 17 пациентов мужского пола.

В 25 случаях выполнено одномоментное удаление опухоли, в 10 случаях выполнена циторедуктивная резекция опухоли (биопсия), в 4 случаях выполнялась пластические операции различного объема. 14 пациентов оперированы

по поводу злокачественных новообразований, 21 пациент по поводу доброкачественных новообразований.

Самому младшему пациенту на момент операции было 36 дней. Самому старшему пациенту – 17 лет и 1 месяц. 34 пациента на данный момент живы, 1 пациент скончался через 3 месяца после окончания специального лечения по поводу эстезионейробластомы.

Хирургические осложнения: поражения кавернозного синуса – 2. В послеоперационном периоде осложнений у 2 пациентов отмечалась ликворея. Максимальный период наблюдения пациентов со злокачественными опухолями, на данный момент, составил 1 год 10 месяцев. 14 пациентов получали различное специальное лечение по поводу злокачественных новообразований (ПХТ и ДЛТ).

Выводы: Эндоназальная хирургия с помощью современных методик эндоскопии играет важную роль в постановке диагноза и в последующем лечении, и выявлении рецидивов. Метод трансназальных операций показал свою состоятельность, как альтернатива открытым оперативным вмешательствам при лечении злокачественных новообразований параменнгеальной локализации и основания черепа у детей. ТЭХ может быть включена в протоколы специального лечения злокачественных новообразований параменнгеальной локализации и основания черепа у детей

СОВРЕМЕННАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ – РАСШИРЕННАЯ PESS

Меркулов О.А., Булетов Д.А., Горбунова Т.В., Шишков Р.В., Поляков В.Г.

Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н. Блохина, Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии

Актуальность. Функциональная эндоскопическая хирургия синуса (FESS) отличается у детей и взрослых.

Данная методика активно применяется ЛОР врачами при лечении различных заболеваний ЛОР органов как у детей, так и у взрослых.

В данной работе мы рассматриваем уже сформулированные показания к FESS у детей и взрослых, а так же формулируем свои показания для проведения FESS операций и расширенных FESS операций у детей с различными новообразованиями параменнгеальной локализации и основания черепа у детей.

Ключевые слова: врожденные образования полости носа, редкий клинический случай, эндоскопическая эндоназальная хирургия, FESS, FESS у детей

Цель: Выделить различия, сосредоточив внимание на анатомических ориентирах и диагностических и хирургических особенностях существующих у детей.

Материалы и методы: С 2015 по 2017 гг. выполнено 39 трансназальных хирургических операций 35 пациентам. 18 пациентов женского пола, 17 пациентов мужского пола.

В 25 случаях выполнено одномоментное удаление опухоли, в 10 случаях выполнена циторедуктивная резекция опухоли (биопсия), в 4 случаях выполнялась пластические операции различного объема. 14 пациентов оперированы по поводу злокачественных новообразова-

ний, 21 пациент по поводу доброкачественных новообразований.

Самому младшему пациенту на момент операции было 36 дней. Самому старшему пациенту – 17 лет и 1 месяц. Хирургические осложнения: поражения кавернозного синуса – 2. В послеоперационном периоде осложнений у 2 пациентов отмечалась ликворея.

Выводы: Эндоназальная хирургия с помощью современных методик эндоскопии играет важную роль в постановке диагноза и в последующем лечении, и выявлении рецидивов. Это метод выбора конечного лечения не только доброкачественных, но и злокачественных новообразований полости носа, основания черепа и параменнгеальной локализации. С применением данных современных технологий у пациентов различного возраста мы добились достижения основных целей эндоскопических вмешательств: полный визуальный контроль выполняемых манипуляций; безопасность; сохранение слизистой оболочки и анатомической структуры; минимальная травматичность для пациента, возможность обойтись без длительного срока реабилитации.

ПЕРКУТАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ – ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Мешков А. В., Гандуров С. Г., Сова В. В., Ананьев О. В.

КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница имени А. К. Пиотровича», Россия, г. Хабаровск

Цель. Проанализировать опыт применения перкутанной эндоскопической гастростомии (ПЭГ) у детей с различной патологией, определить преимущества данной методики. Представить проведенную отделением работу.

Материалы и методы. В современной литературе достаточно часто упоминается о применении ПЭГ у взрослых, однако, публикации о применении методики у детей встречаются редко. За период с 2013 года нами выполнено 8 ПЭГ. Большую часть пациентов (6) составили дети неврологического профиля с различными нарушениями глотания, дисфагией, получавшие до этого длительное зондовое питание. Два пациента – это дети с декомпенсированными стенозами пищевода, которым гастростома накладывалась для проведения бужирования «за нить». Возраст пациентов варьировал от 1 года до 14 лет. Нами применяются специальные наборы для установки ПЭГ Cimeterly-Clark (США) и Kangaroo Covidien (США) диаметром 14 и 16 French, а также гастродуоденоскопы и аксессуары к ним производства компании «Olympus» (Япония). Всем детям перед проведением оперативного лечения мы проводим антибиотикопрофилактику в целях профилактики инфекции в области ПЭГ. Все операции проводили под общей анестезией. Длительность нахождения гастростомической трубки варьировала в больших диапазонах и зависела от времени возобновления утраченных функций. Максимальное время составило 3 года. Необходимо отметить, что через 2,5 года одному пациенту пришлось заменить трубку ввиду неисправности последней (переломлена в связи с некачественным уходом).

Результаты. Методика проводится совместно врачом-эндоскопистом и детским хирургом. Все дети, которым проводились операции, выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Среднее время операции составило 15–20 минут. В течение первых суток после наложения ПЭГ дети получали «0» стол, со вторых суток – «зондовый». После проведения ПЭГ дети переводились в общую палату. Послеоперационных осложнений в наших случаях не было. В 1 случае наблюдались гиперемия и отечность тканей шириной около 4 мм на 3–4-е сутки. Специфического лечения в этом случае не проводили, ограничились ежедневными перевязками полуспиртовыми повязками.

Заключение. Внедрение в клиническую практику метода эндоскопической гастростомии вполне возможно у детей. Использование и уход за гастростомической трубкой менее трудоёмки, по сравнению с обычной гастростомой, и не требуют постоянного сестринского ухода. При необходимости замены трубки – проводится с помощью ФЭГДС. Удаление трубки проводится путем извлечения наружу (отверстие самостоятельно закрывается). ПЭГ обеспечивает более качественное и надежное проведение питательной поддержки пациентов, способствует улучшению результатов лечения и качества их жизни, облегчает уход за пациентами, ведет к уменьшению количества осложнений. Эти операции можно считать методом выбора при необходимости длительного зондового энтерального питания (более 1 месяца) у детей с дисфагией различного генеза.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Минаев С. В., Филиппева Н. В., Лескин В. В., Исаева А. В., Шамадаев Э. З.

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия, Ставрополь

Цель: сравнить чувствительность и специфичность лучевой диагностики у детей с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО).

Материал и методы: Под нашим наблюдением было 64 ребенка в возрасте 3–17 лет с ОГО; 47 мальчиков и 17 девочек. Дети были разделены на две группы: 1-я группа – 49 детей, которым была выполнялась рентгенография пораженной конечности; 2-я группа – 15 детей, которым выполнялась компьютерная томография (КТ) пораженной кости. Исследование проводилось во время госпитализации, на 7, 21 и 45 сутки после операции. Эффективность лучевых методов оценивалась по следующим параметрам: периостальное утолщение, истончение эндооста, остеопения, уплотнение мягких тканей и изменение подкожно-жировой клетчатки. Качество выявленных закономерностей ис-

следовали с помощью ROC-анализа (Receiver Operator Characteristic).

Результаты: ROC-кривая показала зависимость количества верно классифицированных положительных результатов по исследуемому признаку от количества неверно классифицированных отрицательных результатов. Для модели, описывающей вероятность выявления признаков ОГО с помощью КТ, определена чувствительность – 86,6%, специфичность – 89,2%. Для модели, описывающей возможность диагностики (ОГО) у детей с помощью рентгенографии, определена чувствительность – 64,4%, специфичность – 67,7%.

Выводы: Таким образом, высокий уровень значимости и низкая вероятность ошибки позволяет предпочесть КТ перед обзорной рентгенографией конечности в диагностике и течение ОГО костей у детей.

ПОРТАЛЬНАЯ ГАСТРОПАТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Минаев С. В., Шолом Р. В., Романеева Н. М., Быков Н. И., Анисимов И. Н., Доронин Ф. В., Гетман Н. В., Филиппева Н. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь, Россия; Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь, Россия

Цель исследования являлось определение эндоскопических критериев портальной гипертензивной гастропатией (ПГГ) у детей при внепечочной форме портальной гипертензии (ВФПГ).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 29 детей в возрасте $5,3 \pm 1,8$ лет, поступивших с пищеводно-желудочным кровотечением ВФПГ этиологии на фоне ПГГ. Мальчиков было 13 (44,8%), девочек – 16 (55,2%). При проведении ЭФГДС, наряду с оценкой степени тяжести варикорза, оценивали состояние слизистой желудка, основываясь на классификации ПГГ по Т. Т. McCormack и соавт.

Результаты. Среди детей с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода проявления ПГГ легкой степени выявляли достоверно реже (χ^2 -квадрат = 6,897 с 1 степенью свободы; $P = 0,009$), чем с тяжелой степенью тяжести ПГГ. При этом у 9 (31,1%) детей с ПГГ легкой степени отмечался мозаичный рисунок слизистой

желудка. У 20 (68,9%) с тяжелой степенью в дополнение к мозаичному рисунку выявляли диффузные темно-красные пятна, нередко с подслизистыми геморрагиями.

В ряде случаев при эндоскопическом исследовании выявляли активное кровотечение (просачивание крови) из повреждений при портальной гастропатии без визуализации конкретного варикозного венозного стола, или неудаляемые сгустки на поверхности поражений в желудке при отсутствии источника кровотечения.

Таким образом, ПГГ является важным составляющим ВФПГ, обусловленная гемодинамическими нарушениями со стороны слизистой желудка. Наиболее частыми эндоскопическими признаками ПГГ у детей были мозаичное изменение слизистой с очагами эритемы и субэпителиальными геморрагиями, а также гиперемия с участками возвышающейся отечной слизистой желудка по типу мозаики.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б. Х., Джумабаев Ж. У., Юлчиев К. С., Юлдашев М. А., Абдурахманов Ф. С.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель: Улучшит результатов хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки.

Материал и методы: В торакальном отделении областного детского многопрофильного детского центра

за последние 2,5 года были госпитализированы 44 детей для обследования и лечения с диагнозом ВДГК в возрасте от 2–6 лет. В анамнезе деформации замечено с рождения, частые простудные заболевания со стороны дыхательной системы. Пациентам было проведено общеклиническое обследование (рентгенография в 2х проекциях, спирография и ЭКГ). В результате обследования детей младшего возраста, куда входят наши пациенты установлено учащенное дыхание (тахипное) превышавшее более чем на 10% у 40% детей. У 52,8% детей выявлено брадикардия со значениями ЧСС менее 10% от возрастных величине. На рентгенологическом исследовании у всех детей отмечалось сужение ретростерального пространства и смещение средостения влево.

Всем детям после предварительного обследования и предоперационной подготовки была произведена малоинвазивная торакопластика. Техника оперативной коррекции ВДГК у детей младшего возраста: Доступ мы осуществляли продольным разрезом кожи до 5 см на вершине западения

грудины. Острым и тупым путем мобилизация подкожной клетчатки в пределах деформации. Пересечение мышц груди в пределах 1.0–1.5 см на уровне между III–IV–V–VI рёбрами обеих сторон дает возможность доступу этим рёбрам. Производили клиновидное иссечение на вершине изгиба 3–4 рёбра с обеих сторон с резекцией 5–6 рёбра в пределах 3–4 см в хрящевой зоне. «Т» образная стернотомия, резецированные рёбра ушивали лавсаном №1. Через тело грудины проводили тракционные нити для вытяжения к наружному фиксатору. Послойные швы на рану.

Методика характеризуется малой травматичностью, сокращением времени операции на 50% и наркоза. Отдаленные результаты лечения у 90% детей признаки хороши.

Таким образом, разработанный нами метод можно считать малоинвазивным, так как отличается от других методов малой травматичности сокращение на 50% продолжительности операции и наркоза уменьшением осложнений и улучшений результаты в отдаленные сроки.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлчиев К.С., Юлдашев М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

Цель: Изучить и анализировать результаты оперативной коррекции при различных типах деформации.

Материалы и методы: изучено ретроспективные анализы 96 детей в возрасте от 5 до 15 лет. Распределение детей по типу деформации: манубриокостальный – 20 (20,8%) корпорокостальный – 55 (57,3%) и костальный – 21 (21,8%) детей.

Всем детям было проведено общеклиническое, лабораторные исследования, рентгенологическое обследование грудной клетки. Данные ЭКГ показало у 36% больных, в основном у детей старшего возраста нарушения проводимости пучка Гиса, нарушения ритма сердца как синусовая брадикардия. ЖЕЛ в среднем была снижена на 36%, МВЛ уменьшена на 24%, МО повышено на 30%. Всем детям была произведена корригирующая торакопластика.

В послеоперационном периоде непосредственный результат признан у всех хорошим. Изучены отдаленные результаты торакопластики. Оценку результатов производили по данным осмотра, показателям антропометрии, рентгенологическим исследованиям. С хорошими результатами составили 67 (88,1%) обследованных, у которых косметически отмечалось ровная грудь, хорошее

состояние рубца, правильная осанка. Отсутствовали жалобы имевшейся до операции. Отмечалось соответствие антропометрических данных нормативам данного возраста. При данных ЭКГ не выявлено каких либо отклонений. Показатели внешнего дыхания у 60 (78,9%) детей, находились в пределах нормы. Удовлетворительным признаны у 9 (11,8%) детей, из них у 4х имелось частичная деформация какого либо участка груди. У 5 детей были умеренные изменения со стороны рубца. На ЭКГ у 2 детей после операции сохранился частичный блок правой ножки пучка Гиса и снижении вольтаже. Функция внешнего дыхания в этой группе отклонений не выявлены. В отдаленные сроки операции неудовлетворительных результатов не отмечено.

Показанием для оперативного лечения КДГК является не только косметические, но и функциональные нарушения. При слабом развитии мышц груди создание мышечного каркаса недостаточно, необходима дополнительная наружная фиксация грудины. Для закрепления результата операции необходимо наметить комплекс рекомендации по специальному режиму и осуществлять систематический врачебный контроль в условиях поликлиники.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАН У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА

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

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им.Г. Н Сперанского ДЗМ», Россия, Москва

При восстановлении утраченного кожного покрова у пациентов с термической травмой используется

практически весь арсенал современного менеджмента раневого процесса. Накопленный нами опыт позволя-

ет с успехом применить эти принципы для лечения ран различной этиологии. В частности в условиях ожогового центра осуществлялось лечение детей с последствиями менингококкцемии. В результате перенесенной генерализованной менингококковой инфекции с тромбгеморагическим синдромом возникали обширные некрозы кожи и мягких тканей, а в случае тромбоза крупных кровеносных сосудов, питающих конечности, – гангрена конечностей. Среди пациентов, находившихся в ожоговом центре ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского, максимальная площадь повреждения составляла 43% п.т., максимальный возраст – 3 года 2 месяца. Лечение таких пациентов требует индивидуального подхода с привлечением специалистов реаниматологов, специалистов УЗИ, травматологов-ортопедов, физиотерапевтов, протезистов. Основным методом лечения на начальном этапе являлась хирургическая некрэктомия, поскольку во всех случаях мы имели дело с необратимыми изменениями в тканях. У нескольких пациентов при поступлении была диагностирована гангрена верхних и нижних конечностей, что потребовало выполнения ампутации. Ампутация производилась гильотинным методом. В связи с отсутствием четкой демаркационной линии уровень ампутации устанавливался с учетом результатов УЗИ с Доплером сосудов конечностей, а также с перспективой возможности последующего протезирования конечностей. Выполнялись этапные хирургические некрэктомии с максимальным

иссечением девитализированных тканей, кроме электроножа при этом использовалась гидрохирургическая система «Версаджет». На втором этапе подготовки ран к аутодермопластике основной целью лечения было заполнение возникших дефектов грануляционной тканью. Мы применяли системы вакуум терапии, гидроколлоидные, гидрогелевые повязки с серебром, покрытия с кальций-альгинатом и карбоксиметилцеллюлозой, препараты на основе коллагена. Местное лечение ран дополнялось физиотерапией: магнитотерапией, фототерапией ран поляризующим светом аппаратом «биопрон», электрофорезом с линкомицином. При нестабильности суставов использовались различные методы фиксации: внеочаговая наружная фиксация в аппаратах АО и Илизарова, внутрочаговая чрезкожная фиксация спицами. Этот этап затягивался, если имел место значительный дефект сухожильного аппарата, костной ткани, дефект суставной капсулы с постоянным поступлением синовиальной жидкости. На третьем этапе выполнялась аутодермопластика расщепленными неперфорированными или перфорированными 1:2 трансплантатами. В результате комплексного лечения удалось достигнуть восстановления целостности кожного покрова в сроки от 1 до 4 месяцев. В реабилитационном периоде осуществлялась противорубцовая терапия, а пациентам после ампутации конечностей – протезирование конечностей, прежде всего с целью ранней вертикализации ребенка.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ РЕФЛЮКСНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Морозова О.Л., Морозов Д.А., Лакомова Д.Ю., Захарова Н.Б.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М Сеченова, Россия, Москва;
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Россия, Саратов

Цель: Определить содержание биологических маркеров воспаления, повреждения нефронов, фибро- и ангиогенеза в моче у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) в динамике заболевания, выявить наиболее чувствительные.

Материалы и методы: Обследовано 80 детей с ПМР (средний возраст 4,5 года), на 3 группы: 1 группа – 25 детей с II–III степенями ПМР и его консервативным лечением; 2 группа – 39 детей с III–V степенями рефлюкса и его эндоскопической коррекцией; 3 группа – 16 детей с III–IV степенями рефлюкса и реимплантацией мочеточников. Концентрацию TGF – β 1 (нг/мл), MCP-1 и VEGF (пг/мл), π -GST (мкг/л), коллагена IV типа (нг/мл) определяли в моче методом ELISA до (точка 1) и через 6 месяцев после лечения (точка 2). Группу сравнения составили 20 здоровых детей стратифицированных по полу и возрасту. Результаты представлены в виде медианы (Me) межквартильного диапазона (LQ-UQ), Pk – сравнение с контролем.

Результаты: В группе сравнения уровень TGF – β 1 составил 371.4 (328.2–418.8), MCP-1–43.8 (23.8–63.4), VEGF – 56.1 (42.6–80.9), π -GST – 0.48 (0.3–0.7), коллагена IV типа – 50.3 (38.6–59.3). В 1 группе в точке 1 кон-

центрация MCP-1 не отличалась от контроля, уровни TGF – β 1 406.8 (378–438, Pk<0.01), VEGF – 411.3 (310.1–573.5 Pk<0.0001), π -GST – 0.48 (0.3–0.7 Pk<0.002), коллагена IV типа – 78.9 (68–89, Pk<0.002) были повышены; в точке 2 TGF – β 1 657 (606–798, Pk<0.001) и MCP-1–55.4 (50.9.8–78.1, Pk<0.001) были повышены, VEGF, π -GST, коллагена IV типа – не отличались от группы сравнения. Во 2 группе в точке 1 наблюдались аналогичные изменения: MCP-1 не отличалась от контроля, уровни TGF – β 1 407 (379–423, Pk<0.03), VEGF – 574 (335.4–1368 Pk<0.0001), π -GST – 4.24 (2.8–11.7 Pk<0.0001), коллагена IV типа – 106.8 (110.6–210.6, Pk<0.0001) были повышены; в точке 2 концентрации всех биомаркеров оставались повышенными: TGF – β 1 729 (606–795, Pk<0.001), MCP-1–173.6 (137.8–228, Pk<0.0001) VEGF – 164 (129.7–225.4, Pk<0.0001), π -GST – 1.22 (0.62–2.7 Pk<0.001), коллагена IV типа – 99.4 (88.3–134.7 Pk<0.002). В 3 группе все биомаркеры имели максимальные концентрации как в точке 1, так и точке 2.

Заключение: MCP-1 повышается с увеличением степени и длительности существования ПМР, отражая латентную фазу хронического воспаления в мочевыводящих путях. Наличие рефлюксной нефропатии под-

тверждают повышенные мочевые уровни TGF – β 1, VEGF, π -GST и коллагена IV типа, что перспективно

для неинвазивной диагностики данной патологии в широкой клинической практике.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

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

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

Актуальность. Первичный аппендикулярный перитонит остается одним из самых тяжелых осложнений в абдоминальной детской хирургии, как и проблема его лечения.

Цель. Оценить хирургическую тактику лечения аппендикулярного перитонита у детей.

Пациенты и методы. В ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с 2011 по 2016 года на лечении по поводу аппендикулярного перитонита находилось 45 детей в возрасте от 3-х до 14 лет. Из них у 31 ребенка выявлен местный перитонит, диффузный – у 6 детей, разлитой – у 8. Это связано с поздним обращением и диагностическими ошибками на догоспитальном этапе. У всех пациентов отмечались сильные боли в животе, признаки токсикоза, неоднократная рвота, резкая болезненность и напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины и высокий лейкоцитоз в анализах крови.

Особенностью ведения детей с перитонитом была госпитализация из приемного отделения сразу в АРО, где в максимально сжатые сроки (2–4-х часа) проводился полный комплекс клинично-лабораторного обследования с проведением необходимой коррекции имеющихся нарушений гомеостаза. Предоперационная подготовка включала: обеспечение венозного доступа, инфузионную терапию с использованием коллоидов и кристаллоидов с целью коррекции дегидратации и электролитных нарушений, установку назогастрального зонда, стартовую терапию антибиотиками широкого спектра действия, катетеризацию мочевого

пузыря, контроль диуреза, обезболивание, лабораторное обследование. Методом выбора анестезии являлся комбинированный эндотрахеальный наркоз.

Больные с местным перитонитом оперировались лапароскопически 31, с диффузным и разлитым перитонитом – доступом в правой подвздошной области. Производилась санация брюшной полости теплым водным раствором хлоргексидина щадящим образом с помощью резинового катетера, соединенного со шприцем Жанэ с целью промывания труднодоступных отделов брюшной полости. Аспирация гноя с раствором проводилась электроотсосом. Обязательным является введение 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки тонкого кишечника. Брюшная полость дренировалась широкой дренажной трубкой через операционную рану. Послеоперационная рана ушивалась послойно наглухо. После операции, в первые сутки, все дети находились в АРО. Послеоперационный период у большинства пациентов протекал гладко. У 3 больных оперированных традиционным доступом отмечалось нагноение послеоперационной раны.

Все дети выписаны с выздоровлением, средняя продолжительность лечения составила 10–14 дней.

Вывод. Частота местных осложнений при традиционном доступе при аппендикулярном перитоните, указывает на необходимость коррекции хирургической тактики в части оперативного доступа и метода дренирования брюшной полости.

ТРИХОБЕЗОАР ТОЩЕЙ КИШКИ У ПОДРОСТКА

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

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

Актуальность. Безоары в детской практике – редкие инородные тела желудочно-кишечного тракта, образующиеся из различных неперевариваемых компонентов. Частота их встречаемости зависит от ареала обитания, характера питания и быта человека. Увеличиваясь в объеме, безоары могут приводить к острой кишечной непроходимости.

Цель. Представить редкий клинический случай трихобезоара тощей кишки, вызвавший острую кишечную непроходимость у девочки

Пациенты и методы. Пациентка Я., 20.12.2002 г.р., поступила 27.02.2017г с жалобами на приступообразные боли в животе, тошноту, периодическую рвоту. Болеет около 1,5 суток, повышения температуры тела не отмечалось. Госпитализирована по экстренным показаниям ДХО.

Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. За несколько часов до поступления был оформленный стул. Ранее на органах живота не оперирована.

Общий анализ крови – лейкоциты 11,9 x 10⁹/л, эритроциты 4,4 x 10¹²/л, гемоглобин 140 г/л, СОЭ 24 мм/час. Биохимический анализ крови – без патологии. Общий анализ мочи – без патологии. УЗИ органов брюшной полости – стойкая, сложная деформация желчного пузыря, реактивные изменения печени, косвенные признаки гастродуоденита. Обзорная рентгенография органов брюшной полости – начальные признаки высокой тонкокишеч-

ной непроходимости, (пневматизация, небольшие уровни жидкости) ЭГДС – рефлюкс-эзофагит, острая эрозия желудка. Осмотр, заключение педиатра – токсикоз-эксикоз 1 степени. Психоневролог – невроз детского возраста. Для исключения спаечной врожденной непроходимости 27.02.2017 произведена диагностическая лапароскопия при которой спаечной природы непроходимости не найдено. Конверсия на лапаротомию. Обнаружена подвижная эластичная опухоль в просвете тощей кишки. Еюнотомия, удаление трихобезоара (ТБ). Учитывая данные ЭГДС возможно ТБ мигрировал из просвета желудка. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7–8 сутки. Больная выписана на 13-е сутки в удовлетворительном

состоянии под наблюдение амбулаторного хирурга, педиатра, психотерапевта по месту жительства. Осмотрена через 2 месяца – здорова, диспептических явлений нет.

Макропрепарат: трихобезоар длиной 15 см, напоминает слепок кишечника, состоит из сваленных до консистенции суконного валика волос и ногтей с запахом брожения. Масса 250 г.

Вывод. Трихобезоар тощей кишки у девочки явился причиной острой обтурационной кишечной непроходимости. Для дифференциальной диагностики со спаечной природой непроходимости и ее возможного разрешения целесообразно начинать операцию с диагностической лапароскопии.

ОСОБЕННОСТИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОЧАГОВЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОДРОСТКОВ

Мурга В.В., Рассказов Л.В., Крестьяшин В.М., Румянцева Г.Н., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С., Калантаров Т.К.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет МЗ РФ, Россия, Тверь

Цель исследования выявление диспластических изменений костной системы при функциональных нарушениях коленного сустава у детей и подростков.

Проведен анализ клинико-anamnestического, функционального и инструментального методов обследования 86 детей с заболеваниями коленного сустава. Установлено, что факторами риска развития осложнений являются проявления дисплазии соединительной ткани, требующие комплексного дифференцированного подхода в лечении.

Указания на акцентированную травму у большинства детей отсутствовали. При поступлении у всех детей определялась гипотрофия 4-х главой мышцы на стороне пораженного коленного сустава, латеропозиция и гипермобильность надколенника, нестабильность коленного сустава во фронтальной плоскости. Болезненность локализовалась в области внутреннего мыщелка б/берцовой кости. Клинические признаки повреждения менисков и связок отсутствовали или были сомнительными. У трети подростков определялся синовит. При лучевых исследованиях коленных суставов отмечалась ротационная инконгруэнтность сочленений бедренной и большеберцовых костей, усиливающаяся под нагрузкой. По данным МРТ выявлялись дегенеративно-дистрофические изменения менисков и крестообразных связок.

Все дети имели астеническое телосложение, снижение мышечного тонуса верхних и нижних конечностей, вальгусное отклонение (10-15°) и внутреннюю ротацию голени, плоско-вальгусную установку стоп. Осанка нарушалась вследствие усиленного грудного кифоза и поясничного гиперлордоза. Движения в шейном отделе позвоночника были ограничены за счет ротации в обе стороны в разной степени.

На рентгенограммах позвоночного столба чаще выявлялись следующие патологические изменения: асимметрия сочленения С1-С2, аномалия Киммерли, седловидная деформация боковых масс атланта, кифозирование среднего уровня шейного отдела позвоночника, платиспондиллия; в грудном отделе: кифозирование, сколиозирование, клиновидная деформация тел D6–9, сужение межпозвоночных промежутков, субхондральное склерозирование; в поясничном отделе-незаращение задних дуг L5иS1, аномалии тропизма, гиперэкстензия крестца.

Таким образом, у некоторой категории детей «хирургические» проблемы коленного сустава возникают на фоне диспластических изменений. Лечение, проводимое локально и симптоматически, не приводит к выздоровлению. Необходим комплексный подход и лечение с учетом биомеханических нарушений, вызванных дисплазией соединительной ткани.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ – ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ИГНИОПУНКТУРНАЯ ГЕРНИОРАФИЯ

Мясников Д.А., Батанов Г.Б., Стриженов Д.С., Филькин А.А., Гребченко О.А.

«Детская городская клиническая больница №1», Россия, Нижний Новгород

Впервые в Нижнем Новгороде и Нижегородской области была успешно внедрена в практику новая мало-травматичная миниинвазивная технология оперативного

лечения детей с паховыми грыжами – лапароскопически ассистированная игниопунктурная экстракорпоральная герниорафия (ЛАИЭГ). На базе нашей клиники с мая

2016 года выполнено 77 ЛАЭИГ у 62 детей с паховыми грыжами, среди них ребенок 10 месяцев с ущемленной паховой грыжей. Мальчиков – 38 (33 из них с односторонней паховой грыжей, 5 – с двусторонней), девочек – 24 (14 – с односторонней, 10 – с двусторонней). Средний возраст мальчиков составил 4,13 лет: с односторонней паховой грыжей 3,85, с двусторонней – 4,4. Средний возраст девочек – 5,55 лет: с односторонней – 5,79, двусторонней – 5,3. Операцию выполняли под общей анестезией на спонтанном дыхании через один прокол в пупочной области с помощью минилапароскопа 30° 3 мм и иглы Туохи 18 G. Для удобства использовали две иглы. Через одну иглу пропускали монофиламентную нить «PDS 4/0» формируя петлю, через вторую – нить «Tigron 2/0». В проекции внутреннего пахового кольца формировали экстраперитонеальный узел нитью «Tigron 2/0». Проводили осмотр контрлатеральной стороны. На кожу в пупочной области накладывали внутренний шов нитью

«PDS 4/0». Среднее время операции составило 7 минут с одной стороны, 10 минут – с двух сторон. За время наблюдения отмечено два рецидива паховых грыж у мальчиков 2 и 4 лет. У двухлетнего ребенка рецидив связан с гематомой в проекции внутреннего пахового кольца во время операции и грыжа проявилась спустя 2 недели. У четырехлетнего ребенка рецидив связан с неправильным вколom иглой Туохи ниже проекции внутреннего пахового кольца и с формированием узла в паховом канале, из-за чего через 1 месяц лигатура ослабла и грыжа стала клинически видимой. Оба мальчика прооперированы тем же способом – рецидивов нет. ЛАЭИГ обеспечивает атравматизацию элементов семенного канатика, отсутствие болевого синдрома, блестящий косметический результат, позволяет одновременно устранить грыжу с контрлатеральной стороны. Таким образом, ЛАЭИГ должна являться «золотым стандартом» лечения паховых грыж у мальчиков любого возраста.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Назарова И.М., Галица В.В., Лёвочкин С.П.

Нижевартовская окружная клиническая детская больница, Россия, Нижевартовск

Актуальность: Непаразитарные кисты составляют от 0,5 до 2% от всех заболеваний селезенки. Наличие образований в селезенке чаще протекает без патогномичных симптомов. Диагностика их чаще носит случайный сонографический характер. Обнаружение кист селезенки является показанием к оперативному лечению (обычно выполняется спленэктомия).

Цель: выявить преимущества при использовании эндовидеохирургических технологий в лечении непаразитарных кист селезенки у детей.

Материалы и методы: В хирургическом отделении НОКДБ с 2001 по 2016 годы оперировано 19 детей с образованиями селезенки. При этом мальчиков было 13 человек (68%), девочек – 6 (32%), старше 10 лет было 70% детей, от 8 до 10 лет – 30%.

Кисты селезенки выявлены случайно при проведении УЗИ органов брюшной полости. В комплекс диагностических мероприятий включали: УЗИ в динамике, КТ, параклиническое обследование на эхинококкоз и онкозаболевания. Показанием к лапароскопическому лечению были кистозные образования селезенки более 3 см в диаметре, увеличивающиеся в размерах с течением времени. Все пациенты имели солитарные, неосложненные кисты,

располагавшиеся чаще в нижнем полюсе. При расположении кист в полюсах селезенки была выполнена лапароскопическая фенестрация кисты у 17 (89%) детей. При локализации в области ворот селезенки проведена спленэктомия у 2 больных (10%) случаев. Техника лапароскопической фенестрации кисты не отличается от описанной в литературе. Дно кисты обрабатывалось спиртовым раствором йода, в трех случаях – спрей-коагуляцией. Послеоперационный период протекал без осложнений, дренирование брюшной полости не проводилось ни в одном случае. При контрольном ультразвуковом исследовании после операции остаточная полость уменьшилась в 2–3 раза. При контрольном исследовании детей через 5–6 месяцев рецидивов кист не выявлено. Пункционный метод лечения кист селезенки нами не применялся.

Выводы: Эндокхирургия непаразитарных кист селезенки у детей, наряду с косметическими преимуществами, уменьшает агрессивность хирургического лечения, позволяет быстро активизировать пациентов, повышает процент органосохраняющих операций, не приводит к развитию интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений, сокращает сроки послеоперационного периода.

НЕОБЫЧНЫЕ ФОРМЫ ИНОСТРАННЫХ МАЛФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Степанова Н.М., Умань Н.В., Милюкова Л.П., Петров Е.М., Распутин А.А.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет, Россия, Иркутск

Цель: определить частоту, особенности клинико-анатомического взаимоотношения и тактические хирургические

подходы при редких вариантах аноректальных мальформаций.

Метод основан на анализе 249 историй болезни пациентов с различными формами аноректальных пороков развития за последние 25 лет. У 59 (23,7%) установлены редкие формы аномалий. Группу включения составили редкие варианты согласно рабочей классификации АПР (Крикенбек, 2005), а также редкие региональные варианты АПР (по материалам клиники): ректальная атрезия – 4 (6,8%), анальный стеноз – 4 (6,8%), ректо-вагинальная фистула – 8 (13,6%), клоака – 9 (15,3%), без фистулы – 10 (16,9%), ректовезикальная фистула – 22 (37,3%), триада Кураино – 1 (1,7%), удвоение прямой кишки и ануса – 1 (1,7%). АПР в изолированном виде – 21,1% (12). Сочетанная патология: аномалии опорно-двигательного аппарата – 43,6%, пороки МВС 30,7%, в составе VACTERL – 10,4%, синдром Дауна – 4,3%, аномалии ЖКТ 11%. В 92,8% случаев в периоде новорожденности сформированы кишечные стомы различного уровня: раздельная сигмостома у 58,6%, петлевая илеостома – 39,6%, концевая илеостома – 1,8%. Детализация порока потребовала проведения инструментального обследования: УЗИ брюшной полости и малого таза, ирригоскопия, колоноскопия, МСКТ в сочетании с дистальной колоноскопией, МРТ. С целью осмотра и оценки протяженности общего канала, уточнения морфологии по-

рока в 100% случаев пациентам с клоакой выполнялась клоакоскопия с вагиноскопией и уретроцистоскопией. Спектр вмешательств разнообразный и зависел от формы порока, длины общего канала при клоаке, а также наличия сочетанных аномалий: PSARP – 22 (38,6%), LAARP – 22 (38,6%), LAP+PSARP – 7 (12,3%), заднесагитальная ректовагиноуретропластика с тотальной урогенитальной мобилизацией – 4 (7%), брюшно-промежностная с заднесагитальной ректовагиноуретропластикой – 2 (3,5%). Осложнения: раневая инфекция – 3 (5,3%), пролапс слизистой – 2 (3,5%), перивезикальный абсцесс – 1 (1,8%).

Обсуждение. Представленный анализ позволяет утверждать о необходимости ранней верификации морфологии порока и выполнения этапной коррекции в раннем возрасте, в том числе и с использованием лапароскопии, что позволит в дальнейшем начать раннюю функциональную реабилитацию пациентов. Коррекция персистирующей клоаки должна заключаться в одномоментном устранении всех составляющих порока. Тотальная урогенитальная мобилизация с сохранением стенки между уретрой и влагалищем позволяет избежать формирования несостоятельности и свищей в послеоперационном периоде.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Огнёв С. И., Цап Н. А., Винокурова Н. В.

Уральский государственный медицинский университет, Россия, Екатеринбург

Цель: оценка результатов лечения кистозных образований селезенки (КОС) и определение выбора оптимальных вариантов хирургического лечения в зависимости от размеров, структуры и локализации.

Материалы и методы. За 14-летний период оперативные вмешательства выполнены 40 детям с КОС. Незначительно преобладали девочки – 23 (57,5%). В возрастном аспекте чаще выявляются КОС у детей старше 10 лет – 22 (55%), от 5 до 10 лет – 17 (42,5%) и младше 5 лет наблюдался 1 ребенок. На дооперационном этапе в диагностике КОС ведущая роль принадлежит УЗИ и КТ органов брюшной полости, а также определение титра антител к эхинококкозу. Локализация, структура и размеры КОС определяли выбор метода оперативного лечения. Операционный материал подлежит гистологическому исследованию.

Результаты и обсуждение. Только в одном случае киста селезенки была паразитарной (эхинококк). В 60% случаях гистологически подтверждены КОС истинного характера, нельзя исключить роль давления внутри кисты на эпителиальную выстилку, что может привести к дистрофии выстилки и ложным данным. В верхнем полюсе КОС выявлено в 42,5% случаях, в средней трети в 27,2% и в нижнем полюсе 30%. По объёму преобладали кисты средних размеров 57,5% (23), 30% (12) больших размеров и 12,5% (5) гигантских размеров. Многокамерность КОС выявлена у 9 (22,5%) детей, по данным

цитологии у одного ребенка заподозрена болезнь Нимана-Пика, в последствии исключена. В 5 (12,5%) случаях выполнена спленэктомия, ввиду больших и гигантских размеров кист, локализовавшихся в воротах селезенки, в ряде случаев отсутствие паренхимы как таковой. На первых этапах органосохраняющих операций выполнялись парциальные резекции органа – 5 (12,5%) детей, а также чрезкожное пункционное склерозирование 96% раствором у 2 (5%) пациентов, этоксисклеролом 3%-ый раствор – 6 (15%) детей. Склерозирование эффективно при соблюдении ряда условий, в частности отсутствие множественных перегородок, размеры кист менее 50 мм. После чрезкожного склерозирования потребовалось проведение повторных манипуляций у 5 детей. Причиной явилось недооценка размеров кист и наличие множественных перегородок в полости кисты. В большинстве случаев – 22 (55%) выполняли лапароскопическую фенестрацию КОС, с последующей дезэпителизацией аргоноплазменной коагуляцией. Осложнений не наблюдали.

Выводы. 1. Наиболее оптимальной методикой оперативного лечения КОС является лапароскопическая фенестрация с дезэпителизацией внутренней выстилки оболочки кисты. 2. Отмечен 1 рецидив после лапароскопической фенестрации, что потребовало повторной операции. 3. Пункционное склерозирование, выбор сугубо индивидуальный и требует соблюдения ряда условий.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ольхова Е.Б., Аллахвердиев И.С.

«Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия; ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью кишечной инвагинации у детей и сложностями ее диагностики.

Цель исследования: определение роли высокоразрешающего УЗИ в диагностике кишечной инвагинации у детей, особенно в ее редких и осложненных вариантах.

Материалы и методы. С 2004 по 2016 гг. эхографически диагностированы 329 случаев илеоцекольной инвагинации (ИЦИ) и 177 случая транзитной тонкотонкокишечной инвагинации (ТТТИ). В 3 случаях выявлена протяженная тонкотонкокишечная инвагинация.

Результаты исследования. Основными эхосимптомами инвагинации были классические «мишень» и «слоеный пирог»: при ИЦИ диаметр «мишени» составлял, в среднем, $34 \pm 0,4$ мм, при ТТТИ – $19 \pm 0,4$ мм. Протяженность инвагинации составляла соответственно $8 \pm 0,3$ см и $2,8 \pm 0,1$ см. Дополнительные эхосимптомы «пончика» и «межпетлевой жидкости» при ИЦИ

имели вспомогательное значение, их прогностическая значимость не доказана. В 40% случаев в структуре инвагината визуализировались лимфоузлы, в 56% они лоцировались рядом с инвагинатом. В единичных случаях инвагинация развивалась на фоне дивертикула Меккеля, энтерокисты, полипа или опухоли кишки. Червеобразный отросток в структуре ИЦИ достоверно визуализирован в 7 случаях. Мембрана Джексона эхографически не визуализировалась. ТТТИ расправлялись в течение 2–40 минут. Протяженные тонкотонкокишечные инвагинаты имели форму полукруга, длину до 20–24 см, в 1 из 3 случаев в структуре инвагината удалось достоверно визуализировать механическую причину – энтерокисту.

Выводы. УЗИ является высокодостоверным методом диагностики различных вариантов кишечной инвагинации у детей и в значительной степени определяется тактикой ведения пациентов.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ

Ормантаев А.К., Турускин В.Г., Момынкулов А.О., Джанзаков Б., Исаков В.Ю.

Казнму, АРДКБ. Алматы, Казахстан

Цель: оценить эффективность эндовидеохирургических методов лечения кист селезенки.

Актуальность: непаразитарные и паразитарные кисты селезенки в виду редкости встречаемости в детском возрасте остаются актуальной проблемой, для решения которой порой требуется органудаляющая операция. С широким внедрением эндовидеохирургических вмешательств расширяются возможности лечения детей с данной патологией вплоть до сохранения органа.

Материалы и методы: в период существования клиники с 2012г по 2016гг на базе ГКП на ПХВ Алматинской региональной детской клинической больницы, лечение получили 17 детей с кистами селезенки различной этиологии, в возрасте от 6 лет до 14 лет. Мальчиков было 7, девочек 10.

Из указанного количества детей двое детей поступили в экстренном порядке, остальные в плановом порядке.

У детей поступивших в экстренном порядке кистозное образование селезенки было операционной находкой, поскольку эти дети поступили с клиникой внутреннего кровотечения и фактом травмы в анамнезе. Первым этапом лечения служила диагностическая лапароскопия, при которой было обнаружено осложненные разрывом паразитарные кисты селезенки в обоих случаях, сочетающиеся с кистами сальника и печени. Наличие продолжающегося кровотечения из селезенки,

не купирующегося консервативными мероприятиями, выставлено показание для радикальной операции. В обоих случаях произведена конверсия. От удаления кист печени решено было воздержаться, последние удалены позже.

Дети поступившие в плановом порядке были обследованы амбулаторно, при этом кистозное образование было выявлено при проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости у детей с абдоминальным синдромом. Далее всем была проведена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Показанием для госпитализации на оперативное лечение были дети с кистами размером более 40 мм. Максимальный размер кисты был диаметром около 90 мм. В данной группе пациентов во всех случаях удалось произвести органосохраняющие операции с применением лапароскопии. При проведении лапароскопии использовали три пятимиллиметровых троакара. Остаточная полость обрабатывалась по методике принятой в клинике, было произведено максимальное иссечение свободной части фиброзной капсулы.

У 9 детей обнаружены непаразитарные кисты селезенки, во всех случаях оперативное лечение произведено с применением эндовидеохирургической техники. Определенные трудности были при локализации кисты

в верхнем полюсе селезенки, но учитывая хорошую подвижность селезенки, достаточно легко устранялись изменением положения операционного стола. При проведении гистологического исследования в 7 случаях отмечается наличие ложных кист, в 2-х случаях наличие

эпителиальной выстилки. В катамнезе сроком от 1 года до 5 лет рецидива кист селезенки не отмечалось.

Выводы: Таким образом применение эндовидеохирургии в лечении кист селезенки позволяет практически во всех случаях произвести радикальное лечение заболевания.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Осипов И. Б., Соснин Е. В., Лебедев Д. А., Сарычев С. А., Алексеева Л. А., Комиссаров М. И., Нестерова Н. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия, Санкт-Петербург

Актуальность работы обусловлена значительной частотой инвалидизации детей с обструктивным мегауретером и хронической обструктивной болезнью почки.

Цель работы – улучшение результатов лечения детей с обструктивным мегауретером, путем применения малоинвазивных технологий и уменьшения длительности дооперационного наблюдения.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2017 год в клинике детской урологии СПбГПМУ проведено лечение 44 пациентам (47 мочеточников) в возрасте от 3 недель до 14 лет (средний возраст 2,2 года, медиана 1,0 год) выполнена баллонная дилатация высокого давления стриктуры терминального отдела мочеточника, в 3 случаях одновременно с 2 сторон. Операцию выполняли под рентгенконтролем, повышая давление в баллоне до разрыва стриктуры (от 8 до 30 атмосфер) с последующим продленным стентированием мочеточника сроком до 15 месяцев. В 3 случаях, при невозможности разрыва стриктуры обычным баллоном высокого давления, успешно использован режущий баллонный наконечник. У четырех больных баллонная дилатация проведена антеградно: через ранее наложенную нефростому у 2 детей, и уретерокутанеостому у 2.

Результаты. В течение всего периода продленного стентирования после баллонной дилатации проводилось динамическое УЗИ-наблюдение. У 12 детей сохранялась активность пиелонефрита, что было связано с частичной

непроходимостью стентов, в виде постепенно нарастающей пиелюктазии, в связи с чем удаление стента больным этой группы выполнено в более ранние сроки после баллонной дилатации. Контрольное обследование проведено в сроки не ранее, чем 6 месяцев после удаления стента, максимальный срок наблюдения после операции составил 8 лет. Высокая эффективность однократной баллонной дилатации при обструктивном мегауретере отмечена в 34 из 47 мочеточников, что составило 72,3% положительных исходов. У 3 больных баллонная дилатация проведена повторно с использованием режущего баллонного наконечника, с последующим значительным улучшением уродинамики во всех случаях. У 78% детей после первичного и повторного эндоскопического лечения обструктивного мегауретера при внутривенной урографии диагностирована значительная положительная динамика в виде сокращения коллекторной системы почки, уменьшения дилатации и складчатости мочеточника. Положительный эффект эндоскопического лечения мегауретера при стриктуре мочеточника был достигнут у 78,7% пациентов.

Выводы. Применение малоинвазивных современных технологий позволило изменить хирургическую тактику при обструктивном мегауретере у детей, позволив сдвинуть начало хирургической активности на ранний возраст. Вмешательства были безопасны и эффективны в 78% случаев.

СОЧЕТАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕВОЧЕК

Отамуратов Ф. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: изучить характер сочетанной патологии мочеполовой системы при аноректальных мальформациях у девочек.

Материалы и методы исследования. С 2004 по 2016 г. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 210 девочек с аноректальными пороками развития в возрасте от 1 дня до 15 лет.

Для уточнения анатомической формы аноректальной мальформации у больных были проведены комплексные клинические – ультразвуковые, рентгенологические, КТ методы исследования.

Результаты и их обсуждение. 35 сочетанных аномалий почек и мочеполовой системы диагностированы. Большинство из них не имели явной клинической манифестации за исключением инфекции мочевых путей, выявленной УЗИ и подтвержденной контрастным исследованием мочевыводящих путей.

УЗИ – основной метод выявления сочетанной урологической патологии. Из 27 у 13 (48,1%) больных функциональное состояние почек и характер патологии мочевыделительной системы установлены при обычной экскреторной урографии.

У 14 (51,9%) больных сочетанной патологией мочевыделительной системы за 15–20 мин до МСКТ позвоночника для одновременной оценки состояния мочевыделительной системы в виде экскреторной урограммы внутривенно введен урографин в возрастной дозировке. При этом одновременно удалось установить или исключить патологию позвоночника, почек и мочевыводящих путей.

У 5 больных с высокими и промежуточными формами АРМ множественные аномалии сочетались с удвоением влагалища. У одной девочки с ректостевибулярным свищем выявлена липома половой губы справа. Агрезия или гипоплазия влагалища (6), как правило, являются компонентами

персистирующей клоаки. Манифестным признаком такого сочетания является выделение кишечного содержимого через половую щель, общий канал или урогенитальный синус.

Очередность коррекции урологической или проктологической патологии определяли с учетом сопутствующих аномалий индивидуально в каждом случае. У 2 больных в связи с прогрессирующим нарушением уродинамики: двусторонним гидронефроне (1) и неполным удвоением почек с эктопией левого мочеточника в промежность (1) операции начаты с коррекции этих аномалий. 19 больных после коррекции АРМ выписаны без оперативного вмешательства на мочевыводящей системе, отложена до оптимального возраста.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ДЕТЕЙ

Отамуродов Ф. А.

Кафедра госпитальной детской хирургии, онкологии и урологии, ТашПМИ

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения персистирующей клоаки.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 16 девочек с ПК, в возрасте от первого дня рождения до 15 лет. Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, рентгенологическое исследование, УЗИ и морфологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Персистирующая клоака (ПК). Несмотря на выраженные анатомические изменения, включая атрезию ануса, при клоакальной аномалии из 16 у 13 (81,25%) больных при смешанном выделении кала и мочи из единого отверстия критических нарушений физиологических отпавлений не наблюдались. Поэтому в хирургический стационар дети были отправлены с большим опозданием. На основании комплексного обследования включая клоакоскопии, контрастной рентгенографии и КТ установлен длина общего канала: до 3 см у 8 (50%); до 5 см – у 4 (25%); более 5 см – у 4 (25%). Данными дооперационных исследований из 16 больных аплазия влагалища констатирован – у 4 гипоплазия у 1. Во всех этих наблюдениях размеры матки не соответствовали возрастным параметрам. Кистозное поражение яичников преимущественно с двух сторон наблюдалось у 6 (37,5%) пациенток.

Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства зависит от вариантов взаимоотношений органов создающей общий уро-ректогенитальный синус. При низком расположении устья уретры у 4 больных провели одномоментную радикальную операцию: у 3 одной пациентки – заднее – саггитальная вагиноректоаноопластика; у 1 – брюшно-промежностная проктопластика с заднее – саггитальной вагиноректоаноопластикой. У 12 был наложен предварительно колостомы в последующем для выполнения радикальной операции. Из числа общих пациентов у 8 больных было выполнена радикальная операция – уретровагиноректоаноопластика заднее саггитальном доступом и в последующем у 6 выполнено закрытие колостомы. А четверо больных находятся под наблюдением и планируется операция закрытие колостомы. Остальные больные наложенной колостомой были выписаны домой с рекомендацией на дальнейшего этапа лечения.

Таким образом, ПК является наиболее выраженным проявлением аноректальных мальформаций. Соответствующая настороженность должна быть проявлена в каждом случае анальной атрезии на предмет ПК и вариантов сочетанных аномалий с выполнением углубленного специального обследования. Наблюдение и лечение данной патологии может осуществляться лишь в специализированных учреждениях, располагающих высоко компетентными кадрами.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ АУТОКРАНИОПЛАСТИКИ РЕБРАМИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

Пак О. И., Антоненко Ф. Ф., Бурма В. Н., Чеберяк Н. В., Зиченко К. В., Марухно Н. И., Сидоров Г. А., Пархоменко Р. А., Слобина Е. Л., Смольников В. А.

ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», г. Владивосток; ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ России, г. Москва; ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток.

Цель: проанализировать эффективность хирургического лечения костных дефектов черепа у детей методом аутокраниопластики ребрами.

Материал и методы: объектом исследования явились 105 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет (медиана – 8,8±1,7 лет), которые имели дефекты черепа более 20 см² без тенденции к регенерации, и были оперированы за период с 2002 по 2014 гг. Преобладали мальчики – 86 (82%), девочек было 19 (18%). Основными причинами посттравматических костных дефектов черепа у детей

на – 8,8±1,7 лет), которые имели дефекты черепа более 20 см² без тенденции к регенерации, и были оперированы за период с 2002 по 2014 гг. Преобладали мальчики – 86 (82%), девочек было 19 (18%). Основными причинами посттравматических костных дефектов черепа у детей

были: черепно-мозговая травма (94 пациента), эозинофильная гранулема (6), остеома лобной кости (3), остеомиелит теменной кости (2). Всем пациентам проводилась поздняя (в срок от 6 до 12 месяцев после резекционной трепанации) аутокраниопластика ребрами. Операции выполнялись двумя бригадами: детские хирурги/ортопеды проводили резекцию (забор) ребер, нейрохирурги параллельно готовили аутотрансплантаты и закрывали дефекты черепа в виде «плота». Наркоз: эндотрохеальный с перидуральной эпидуральной анестезией 2% лидокаином.

Результаты: у всех 105 пациентов достигнут хороший результат – устранен обширный дефект черепа. Детей с обширными дефектами черепа (более 100 см²) было 5, с дефектами от 75 до 100 см² – 21, от 50 до 75 см² – 27, от 25 до 50 см² – 52. Среднее время операции составило 2,0 ± 0,5 часа. Осложнения отмечены в 2 случаях (1,9%) в виде резорбции трансплантата – синдром «тонущего

лоскута». Повторная аутокраниопластика ребрами была успешной. Катамнез прослежен в виде случайной выборки от 5 до 15 лет у 68 (65%) – послеоперационных осложнений в виде отторжения или инфицирования трансплантата не отмечено. Полная регенерация ребер наступала через 6–12 месяцев.

Вывод: в современных условиях пластику обширных дефектов черепа у детей целесообразно выполнять методом аутокраниопластики ребрами. Одновременная работа двумя бригадами специалистов – детскими хирургами/ортопедами и нейрохирургами обеспечивает сокращение длительности операции в два раза, уменьшая риск послеоперационных осложнений. Ауторебра являются хорошим пластическим материалом для краниопластики, так как имеют физиологический дугообразный изгиб, легко моделируются и имеют крайне низкий процент резорбции, отторжения и инфицирования.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С АРТРОГРИПОЗОМ

Пальянов К. В., Коробейников М. М., Шевчук В. И., Храмов А. В., Курило В. А., Сакара С. В.

БУЗОО ОДКБ, Россия, Омск

Актуальность. Артрогрипоз относится к наиболее тяжелым врожденным заболеваниям опорно-двигательного аппарата, и обычно при нем имеет место сочетание множественных контрактур суставов конечностей. Составляет 1–3%. 0,3% на тысячу родившихся.

Материалы и методы. За период с 1999 по 2016 гг. в травматолого-ортопедическом отделении проводилось лечение 22 детей с контрактурой коленных суставов страдающих артрогрипозом. Из них 16 детей имели гиббательные контрактуры коленных суставов, 6 детей разгибательные. 12 мальчиков, 10 девочек. Проведено 105 оперативных вмешательств. До 2008 года для устранения контрактур в области коленного сустава проводилась с помощью аппарата внешней фиксации и постепенное устранение контрактуры коленного сустава. С 2008 года для устранения контрактуры применяется надмышцелковая корригирующая клиновидная остеотомия бедренной кости, наkostный погружной остеосинтез. Устранение контрактуры до 5–10 градусов создавало условия для нагрузки и возможности самостоятельного передвижения или в ортопедических аппаратах с помощью ходунков (невозможность ходьбы с костылями связано с тем, что у детей страдающих артрогрипозом в 80% имеются контрактуры верхних конечностей). Нами изучены отда-

ленные результаты лечения за 17 лет. Удовлетворительным результатом лечения считаем когда ребенок передвигается самостоятельно или с помощью ортопедических изделий – 9 детей, Неудовлетворительные результаты лечения – отсутствие самостоятельной ходьбы 8 детей.

Результаты. Неудовлетворительные результаты лечения наблюдаются при нерегулярном лечении или отсутствии лечения вообще по разным причинам и возникновением рецидива контрактуры коленного сустава. Из 105 операций проведенных этим детям аппарат внешней фиксации применялся 68 случаях, корригирующая остеотомия, наkostный остеосинтез 37 случаях. Сроки нахождения ребенка в стационаре с использованием аппарата внешней фиксации составило в среднем 67 суток. При проведении остеотомии на 14 сутки.

Выводы. Надмышцелковая остеотомия наиболее эффективный метод хирургического лечения при одномоментном устранении гиббательной контрактуры коленного сустава. Позволяет значительно сократить срок нахождения ребенка в стационаре, более раннее начало самостоятельного передвижения. Метод погружного остеосинтеза и устранения контрактуры коленного сустава отличается от постепенной коррекции аппаратом внешней фиксации меньшей травматичностью.

СТАТИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Паршиков В. В., Карпова И. Ю., Плохарский Н. А., Тумакова Н. Б., Пивиков В. Е., Молчанова Д. В.

Нижегородская государственная медицинская академия; Нижегородская областная детская клиническая больница, Россия

На базе отделения хирургии и реанимации новорожденных НОДКБ с 2013-2016 гг. пролечено 1698 детей. Прооперировано 454 (27%) ребенка, из них с пороками ЖКТ было 160 (35,2%) больных,

с новообразованиями – 10 (2,2%), с урологической патологией 11 (2,4%). В структуре неблагоприятных исходов преобладали пациенты с НЭК (40%), ВКН (40%).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

Перловская В. В., Стальмахович В. Н., Ангархаева Л. В., Ли И. Б., Кайгородова И. Н., Дюков А. А.

ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск;
ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, г. Иркутск.

Лечение детей с рубцовыми поражениями кожи представляет особую проблему в детской хирургии, поскольку при этом возникают различного рода стяжения, контрактуры, деформации, изменения в опорно-двигательной сфере.

Цель: анализ распределения пациентов детского возраста с рубцовыми поражениями кожи по этиологии возникновения, возрасту, степени поражения по-кровных тканей, методам и результатам лечения.

Материалы и методы исследования: С 2012 г. по настоящее время в хирургическом отделении ГБУЗ ИГОДКБ наблюдаются и лечатся 106 пациентов с рубцовыми поражениями кожи. Из мальчиков – 56, девочек 49. Распределение пациентов по возрасту: 1–3 г. – 18 больных, 4–6 лет – 21 ребенок, 7–9 лет – 20 пациентов, 10–12 лет – 20 человек, 13–15 лет – 23 подростка, 16–18 лет – 4 человека. Причиной рубцов у подавляющего большинства наших пациентов были термические ожоги – 85 случаев, из которых чаще всего встречались ожоги кипящей жидкостью (53), реже ожоги пламенем (15). Рубцовые деформации, вызванные ожогами от соприкосновения с горячей поверхностью наблюдались у 18 детей. В 7 случаях рубцы были следствием механической травмы. Постоперационные деформирующие рубцы отмечены в 10 случаях, у одного ребенка был атрофический постлучевой рубец.

На этапе созревания рубцовой ткани, а также в случаях гипертрофического рубцевания проводилось консервативное лечение, за исключением случаев формирования или уже имеющихся суставных контрактур.

Большинству пациентам проводилось этапное оперативное лечение, в ряде случаев использовали несколько видов кожной пластики и их сочетание.

С целью рассредоточения стягивающих рубцов выполняли Z – образную пластику по Лимбергу. Для устранения рубцовых контрактур в области суставов использовали различные варианты пластики трапециевидным лоскутом, при необходимости – многослойную пластику. При дефиците местных тканей применяли метод экспандерной дермотензии. При необходимости использования кожно-жирового лоскута, применяли итальянский метод кожной пластики. Обширные гранулирующие раны, образованные после устранения контрактур закрывали полнослойным аутодермотрансплантатом. При лечении детей с тяжелыми контрактурами крупных суставов и при отсутствии интактных местных тканей использовали Филатовский круглый стебель. При устранении тотальной контрактуры шеи использовали ротационные лоскуты с осевым кровотоком.

Всем пациентам после операции проводили реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭНДОЭКСПАНДЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ МЕТОДОМ ЭКСПАНДЕРНОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ

Перловская В. В., Ли И. Б., Сапухин Э. В.

ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск;
ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, г. Иркутск.

Цель работы – представить преимущества имплантации эндоэкспандеров с использованием эндовидеохирургической техники, перед имплантацией их обычным способом при лечении детей с обширными дефектами кожи.

При имплантации эндоэкспандеров мы используем оригинальную эндо-скопическую методику (патент РФ № №2008114690, Перловская В. В. и др.).

Для осуществления предложенного способа используют комплекс эндо-скопической аппаратуры и инструментов с визуализацией изображения на монитор. Выбор эндоэкспандера (один или несколько) обусловлен площадью дефекта.

В хирургическом отделении ГБУЗ ИГОДКБ с 2004 года было прооперировано 36 детей с обширными

дефектами кожи с использованием метода эндоэкспандерной дермотензии. Причиной дефектов у 31 пациента явились рубцовые поражения, у трех детей была рубцовая алопеция и два случая – пигментного невуса. Из них было 22 мальчика и 14 девочек. Некоторые дети были оперированы несколько раз. Всего было выполнено 45 операций. При этом наиболее часто локализация дефекта была в области конечностей, у трех пациентов – в области шеи, на передней грудной клетке – 4 случая и в области передней брюшной стенки в 2 – х наблюдениях. Эндоскопическая имплантация эндоэкспандеров осуществлялась у 12 – ти пациентов (основная группа), у одного ребенка дважды, с промежутком в 2 года в различных анатомических зонах. Одномоментно, через один доступ было установлено 3 эндоэкспандера в 4 – х

случаях, 2 эндоэкс-пандера – 3 – х наблюдениях. Остальные больные лечились по общепринятой ме-тодике и составили группу контроля из 24 – ти пациентов.

При оценке результатов лечения выявлено, что в основной группе имеется сокращение сроков лечения на 2 недели, осложнений не было, косметический эффект хороший. В группе контроля имели место следующие осложнения: несостоятельность кожных швов – 2, серома ложа эндоэкс-пандера – 1, нагноение ложа эндоэкс-пандера – 1, пролежень над эндоэкс-пандером – 1, пролежень над клапанной

трубкой – 1, интраоперационная перфорация эндоэкс-пандера – 1. Срок лечения в этой группе при неосложненном течении в среднем составил 57 дней, при наличии осложнений этот срок в среднем увеличивался на 14 дней.

Таким образом, предлагаемый способ пластики повышает эффективность проводимого хирургического лечения обширных дефектов кожи, улучшает эстетический результат, сокращает сроки лечения. Способ может быть использован в пластической хирургии специалистом, владеющим приемами эндоскопической техни-ки.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ПОЛЕВОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ

Петлах В. И., Будкевич Л. И., Васильев В. П.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова; Всероссийский центр медицины катастроф «Защита Россия, Москва

Введение. В связи с фактической дезорганизацией педиатрической службы здравоохранения Чеченской Республики в апреле 2001 года в Гудермеском районе был развернут полевой педиатрический госпиталь (ППГ) ВЦМК «Защита». Основная задача ППГ – оказание травматологической помощи детям, в том числе и с термическими повреждениями. Материалы и методы. За 14 месяцев работы ППГ через его подразделения прошел 41 ребенок с ожогами. По возрасту больные были распределены следующим образом пострадавшие до 1 года – 5, от 1 г 1 м. до 3 лет – 17, от 3 до 7 лет – 13, от 7 до 14 лет – 6 человек. Основным термическим агентом являлась горячая жидкость (34 ребенка). Ожоги пламенем диагностированы у 5 больных. В 1 случае термическая травма была вызвана горячей смолой. Электроожог наблюдался у 1 пациента. 9 больных были переведены в госпиталь из других медицинских учреждений республики с местными (инфицирование ожоговых ран) и общими гнойно-септическими осложнениями. Так, у 2 пострадавших при поступлении диагностированы ожоговый сепсис и кахексия. Из 32 пациентов, поступивших в экстренном порядке с площадью ожоговых ран от 1 до 55% поверхности тела, 14 имели клинические проявления ожогового шока. Лечение детей с термической травмой проводили врачи-комбустиологи ДГКБ №9.

Результаты. Пациентам с ожоговыми ранами проводилось как консервативное, так и оперативное лечение. В арсенале ППГ имелись современные перевязочные материалы, используемые в ожоговом центре ДГКБ №9. Так, при местном лечении детей с ожоговыми ранами IIIA степени применялись пленки ДДВ, мази ируксол, левоме-

коль, растворы антисептиков типа гипохлорида Na. Следует отметить положительный эффект от использования пленки ДДВ как на донорские участки, так и на пересаженные трансплантаты. На базе ППГ выполнялись ранние хирургические некрэктомии. В 4 наблюдениях оперативные вмешательства по восстановлению утраченного кожного покрова выполнялись дважды, у 1 больного – трижды из-за невозможности одномоментного закрытия ран за одну операцию в силу обширности повреждения кожи. Кроме того, площадь пересаживаемых трансплантатов увеличивалась за счет использования перфоратора с коэффициентом перфорации 1:2. Наряду с этим, выполнены аутодермопластики у 2 пострадавших непосредственно на гранулирующие раны после использования некротических мазей. Площадь раневой поверхности у этих пациентов колебалась от 5 до 8% поверхности тела. Лизиса пересаженных трансплантатов не отмечено. От термической травмы погибли 2 детей: 1 ребенок 2 лет с площадью ожоговых ран 55% поверхности тела. Причиной летального исхода в первые сутки после получения травмы явился ожоговый шок III степени. Второй пациент 8 лет умер от электротравмы, несовместимой с жизнью. За время работы ППГ были осуществлены 2 телемедицинские консультации. В последствие эти пациенты были переведены для дальнейшего лечения в Москву.

Заключение. В структуру полевых госпиталей, работающих в условиях ЧС с возможностью термических поражений, должны включаться специалисты, имеющие опыт в детской комбустиологии с соответствующим составом оборудования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Петров Е. М., Новожилов В. А., Степанова Н. М., Шарапов И. С., Мороз С. В., Халтанова Д. Ю., Милюкова Л. П.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет, Россия, Иркутск

Цель: анализ исходов лечения и причин рецидивов инвагинации у детей.

Метод основан на изучении 327 карт пациентов за период 2006–2016 гг. Возрастной состав: до 1 года – 57 (17,4%),

от 1 до 3 лет – 175 (53,5%), от 3 до 7 лет – 89 (27,2%), после 7 лет – 6 (1,8%). Гендерный состав: мальчики 232 (70,9%), девочки – 95 (29,1%). Сроки заболевания: до 12 часов – 225 (68,8%), от 12 до 24 часов – 49 (15%), после 24 часов – 53 (16,2%). В 100% инвагинация была установлена при УЗИ, в 61,5% (201) обнаружен сопутствующий мезаденит. Консервативное лечение методом пневмоирригоскопии эффективно у 246 (75,2%) детей. Самостоятельное расправление инвагината – в 10 (3,1%) случаях. В 17,7% (58) выполнено лечение с помощью хирургии: лапароскопическая дезинвагинация 81% (47) (цекопексия – 16 (34%), аппендэктомия – 2 (4,3%)), ручная дезинвагинация – 13,8% (8), резекция подвздошной кишки с первичным анастомозом 3 (5,2%). Рецидив инвагинации наблюдался у 42 (12,8%) детей: однократный эпизод рецидива – 37 (88,1%), двукратный – 3 (7,1%), трехкратный – 1 (2,4%), четырехкратный – 1 (2,4%). Наи-

большее число рецидивов после консервативной дезинвагинации – 19,5%, после самостоятельного расправления инвагината – 10%, после лапароскопической дезинвагинации – 2,1%. Период с момента устранения инвагинации до рецидива – от 24 часов до 12 месяцев. Органическая причина инвагинации (2,4%) была представлена дивертикулом Меккеля (6), кишечной дубликацией (2). Консервативное лечение рецидивирующей инвагинации выполнено в 61,9% (26) случаев, хирургическое лечение – 45,2% (19). Тяжелых осложнений и летальности не было.

Обсуждение и результаты. За последнее десятилетие изменилась возрастная структура патологии. Хирургическое лечение показано при безуспешных попытках консервативного способа, наличии осложнений, инструментального подтверждения патологических образований в кишечнике. При рецидиве целесообразно выполнение лапароскопии с целью исключения органической причины заболевания.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Петров Е. М., Латыпов В. Х., Новожилов В. А., Степанова Н. М., Мороз С. В., Халтанова Д. Ю., Михайлов Н. И., Милукова Л. П., Звонков Д. А., Янкилевич С. А.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет, Россия, Иркутск

Цель: проведение сравнительного анализа результатов лапароскопического и открытого лечения ГЭРБ у детей.

Анализ оперативного лечения 58 детей с ГЭРБ от 4 месяцев до 17 лет за период 2012–2016 гг. Показанием для оперативного лечения являлись осложнения ГЭР: хиатальная грыжа – 4, эрозивный эзофагит – 30, пищевод Баррета – 3, пептический стеноз пищевода – 3, аспирационный синдром – 16, гипотрофия – 2. В 96,6% (56) выполнялась гастропуппикация по Ниссену, в 3,4% (2) – по методу Таля. В 72,4% (42) использована лапароскопическая технология. Фоновые неврологические нарушения имели 37,9% (22) пациентов. В 13,8% (8) случаях при наличии бульбарного/псевдобульбарного синдрома потребовалось выполнение симультантной гастростомии (62,5% лапароскопическим способом). В 3,4% случаев в связи с нарушением эвакуации из желудка выполнялись пилоромиотомия и пилоропластика. Рецидив в 6,9% у пациентов с неврологическими расстройствами. Средняя продолжительность лапароскопии – 91,7 мин, открытого вмешательства – 101,2 мин. Старт энтерально-

го кормления после лапароскопии и открытой операции – 12,8 и 24,7 часов, выведение на полный возрастной объем кормления 44,6 и 66 часов соответственно. Длительность госпитализации 14,5 к/д в группе лапароскопии и 19,6 к/д в группе открытых фундопликаций.

Обсуждение и результаты. Установлено, что после лапароскопического лечения ГЭРБ отмечается более быстрое восстановление пассажа ЖКТ, сокращаются сроки госпитализации, безусловный косметический результат. Частота рецидивов при лапароскопии не превышает таковую в сравнении с открытыми операциями. На протяжении последних лет отмечен рост числа детей с неврологическим дефицитом, имеющими проявления ГЭР. Обращает внимание увеличение количества пациентом с респираторными проявлениями ГЭР (рецидивирующие ларинготрахеиты, обструктивные бронхиты, бронхиальная астма). Данная группа требует углубленного стационарного обследования для исключения рефлюкс-ассоциированного состояния. На наш взгляд операция Ниссена является процедурой выбора в хирургическом лечении ГЭР у детей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Петров М. А., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д., Панкратов И. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Морозовская ДГКБ, Россия, Москва

Цель исследования. Повреждения шейки бедра у детей встречаются относительно редко и возникают в основном в результате высокоэнергетичного воздействия или прямой травмы. Частота встречаемости переломов данной области у детей крайне низкая, что является одной из причин отсутствия единого мнения по поводу ле-

чения подобного вида повреждений в детской практике. Целью исследования является улучшение результатов лечения детей с данной патологией.

Материалы и методы. За период с января 2015 по сентябрь 2016 гг., в отделение травматологии и ортопедии МДГКБ обратилось 4 ребенка с переломами шейки бе-

дренной кости. 100% детей было нами оперировано. При этом в 7% случаев был выполнен остеосинтез винтами и в 75% – остеосинтез пластиной РНР.

Результаты и обсуждение. Переломы шейки бедренной кости редко проходят бесследно, поскольку сопровождаются рядом таких серьезных осложнений как аваскулярный некроз головки бедра, варусная деформация бедренной кости, преждевременное закрытие зон роста и формирование ложного сустава. Оперативное лечение позволяет достичь идеальной репозиции даже при оскольчатых переломах, выполнить стабильную фиксацию отломков, сократить время пребывания в стационаре за счет ранней мобилизации, которая становится возможной по причине отсутствия необходимости гипсовой иммобилизации в послеоперационном периоде. Важно отметить, что у детей с неврологическим дефицитом хирургическое лечение переломов данной области является методом выбора, поскольку длительная иммобилизация в данном случае приводит не только к вышеперечислен-

ным последствиям, но и к формированию пролежней и инфекционных осложнений (пневмонии и т.д.).

Выводы. 1. Консервативные методы лечения не позволяют достичь точной репозиции, что может приводить к формированию соха vara, замедленной консолидации и даже несращению перелома.

2. На фоне скудного кровоснабжения шейки бедра в посттравматическом периоде консолидация перелома возможна только в условиях адекватного сопоставления отломков и их стабильной фиксации.

3. С учетом анатомических особенностей данной области важно использовать хирургический доступ, не нарушающий кровоснабжение головки бедренной кости.

4. Хирургическое лечение данного вида травмы позволяет мобилизовать детей в первые послеоперационные сутки и проводить раннюю вертикализацию.

5. Оперативное вмешательство при переломах шейки бедра у детей с неврологическим дефицитом позволяет избежать грозных осложнений консервативного лечения.

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ALL INSIDE

Петров М. А., Шляпникова Н. С., Павлова Д. Д., Панкратов И. В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Морозовская ДГКБ, Россия, Москва

Актуальность. Частота повреждений передней крестообразной связки (ПКС) у детей остается стабильно высокой. Надо ли выполнять реконструктивно-пластические хирургические вмешательства при разрыве ПКС? В какие сроки и какие методики с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма применять? Большое количество нерешенных вопросов подтверждает актуальность данной проблемы.

Цель – улучшение результатов лечения повреждений передней крестообразной связки у детей.

Материалы: За период с января 2016 по июнь 2017 гг. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратился 231 ребенок, из них 34 – с повреждениями ПКС. У 24 детей отмечался полный разрыв ПКС, в связи с чем была выполнена пластика последней с использованием двух методик: независимая однопучковая пластика и техника all-inside, включая all-inside pediatric. Самый младший возраст ребенка, которому была выполнена пластика ПКС, 9 лет.

Технология all-inside наиболее полно отвечает основным требованиям: возможность получения трансплантата большего диаметра и снижение вероятности

его растяжимости, возможность изометричного расположения точек прикрепления и непосредственно самой неосвязки, большой резерв возможностей для ревизионных пластик при повторных травмах коленного сустава, экономия пластического материала.

Результаты: У 75% детей, оперированных с использованием методики all-inside, достигнут хороший функциональный и косметический результат; 25% оперированных детей находятся на этапе реабилитации. При этом у 25% детей, которым была выполнена независимая однопучковая пластика ПКС, при отсутствии жалоб и субъективной полной удовлетворенности результатом, клинически отмечается положительный «симптом переднего выдвигаемого ящика» и ограничение сгибания в коленном суставе, чего не наблюдается в другой группе наблюдений.

Заключение: выполнение сухожильных пластик при повреждениях ПКС у детей с применением технологии all-inside позволяет не только снизить вероятность повторных травм, предотвратить повреждения других внутрисуставных структур и избежать развития артроза, но и повысить качество жизни, позволив детям вернуться к привычному активному образу жизни.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЕКАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ

Пинигин А. Г., Кузьмичев П. П.

ФГБОУ Дальневосточный государственный медицинский университет; КГБДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Россия, Хабаровск

Введение: В практике детского хирурга увеличилось число детей, страдающих фекальной инконтиненцией, связанной со слабостью запирающего аппарата пря-

мой кишки на фоне функционального или органического запора. Одним из патогенетических механизмов нарушения удержания кала является патологическое

«провисание» пуборектальной мышечной петли и увеличение аноректального угла. Тем самым, увеличенная нагрузка на нижележащий сфинктерный механизм приводит к его несостоятельности. У детей, данный элемент удержания склонен к восстановлению физиотерапевтическими методами, при условии функциональной разгрузки сфинктеров. С этой целью нами предложено в качестве объемообразующего агента, использовать жировую ткань пациента вводимую ретроректально (патент № 2539188 28.11.2014г). Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов пролеченных больных.

Цель: Улучшить результаты комплексного лечения детей, страдающих фекальной инконтиненцией.

Материалы и методы: С 2011–2014 г в ДХО ДККБ г.Хабаровска пролечено 18 детей. Средний возраст детей составил 8,5 лет. Методика заключалась в заборе жира с области живота или наружной поверхности бедра в объеме 60–80 мл и, после отмытия крови, введения его ретроректально «верно» под контролем пальца. Аутожир распространяется, охватывая прямую кишку в виде полумесяца, удлиняя и сужая анальный канал и формируя ректо-анальный угол.

Результаты: Осложнений в ранний послеоперационный период не наблюдалось. Через 2 месяца после операции осмотрены 17 детей. Полное восстановление

запирательной функции ануса, появление позыва на акт дефекации, отсутствие инконтиненции отмечено у 12 детей. У остальных больных сохранялось периодическое недержание жидкого кала, что явилось показанием к повторному введению аутожира. Повторное введение осуществлено у 2 детей с удовлетворительным результатом. Изучены отдаленные результаты лечения у 9 детей данной группы через 4–5 лет после проведенной операции. Выявлено, что у 6 детей полностью отсутствуют элементы инконтиненции, дети удерживают газы, присутствует нормальный позыв на акт дефекации. У 3 детей (один после повторного лечения) явления инконтиненции уменьшились.

Выводы: Пластика анального канала аутожиром позволяет повысить эффективность лечения детей с фекальной инконтиненцией и улучшить их качество жизни. Используемый нами аутожир, является оптимальным материалом у детей по эффективности и безопасности. Операции, по забору и введению аутожира в ретроректальное пространство являются патогенетически направленным и малоинвазивным способом лечения недержания кала у детей. Хорошие ближайшие и отдаленные результаты позволяют рассматривать применение аутожира как метод выбора в лечении пациентов этой группы.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЭНКОПРЕЗЕ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СКТ КИШЕЧНИКА

Пинигин А. Г., Кузьмичев П. П., Марочко Н. В., Ермолаева В. А.

ФГБОУ Дальневосточный государственный медицинский университет, Россия, Хабаровск; КГБДПО Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Россия, Хабаровск

Введение: Актуальной проблемой в практике детского хирурга является лечение энкопреза связанного со слабостью запирательного аппарата прямой кишки на фоне хронической декомпенсированной задержки стула. Как правило, у больных детей этой группы выявляется увеличение ректо-анального угла, уменьшение длины ректального канала, стойкое расширение просвета прямой кишки, изменения структуры пуборектальной мышцы и сфинктерного аппарата. Современный инструментальный метод диагностики – СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией – позволяет расширить представление о состоянии аноректальной зоны и принять правильное решение, в выборе патогенетически направленного метода лечения, включая объем возможной операции.

Цель: Улучшить результаты диагностики детей, страдающих функциональной фекальной инконтиненцией используя метод СКТ кишечника с виртуальной колоноскопией.

Материалы и методы: С 2011–2016 г в детском хирургическом и педиатрическом отделениях КГБУЗ ДККБ находилось на лечении 163 ребенка с явлениями энкопреза. Средний возраст детей составил 8,5 лет. С 2013г

детям с недержанием кала проводилось СКТ кишечника. Обследовано 42 ребенка. Из них 23 ребенка перенесли ранее хирургические вмешательства по поводу различных пороков развития кишечника. С функциональным энкопрезом обследовано 19 детей. Методика проведения исследования толстого кишечника стандартная. Проводилось измерение длинны анального канала и ректо-анального угла, оценивались толщина мышц сфинктеров, состояние параректальной клетчатки и степень расширения ампулы прямой кишки. За нормальные значения принимались данные указанные в литературе. Состояние пуборектальной мышцы определяли по ее непосредственной длине и степени опущения относительно пубококцигиальной линии.

Результаты: У 18 обследуемых больных детей с функциональным энкопрезом отмечено уменьшении длины анального канала. Наблюдалось стойкое расширение ампулы прямой кишки практически во всех случаях. Также, показательно увеличен ректо-анальный угол во всей группе обследуемых за небольшим исключением. У 6 детей ректо-анальный угол значительно превышает возрастные нормы (от 130 и выше). Выявлено увеличение абсолютной длинны пуборектальной мышцы

и «провисание» ректо-анального угла ниже пубококциальной линии у 13 больных. Из них, у 2-х пациентов данное «провисание» имело выраженный характер и расценено как несостоятельность мышц тазового дна.

Выводы: Виртуальная колоноскопия с СКТ кишечника позволяет выявить причины развития и степень компенсации функционального энкопреза, и определить показания к малоинвазивному методу лечения.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ

Писклаков А.В., Павленко Н.И.

Омский государственный медицинский университет, Россия, Омск

Проблема репродуктивного здоровья девочек и подростков на сегодняшний день является актуальной, что связано с увеличением в несколько раз гинекологической заболеваемости в детской популяции за последние десятилетия. В связи с этим, важным является выбор правильного метода лечения девочек с гинекологическими заболеваниями, способствующего сохранению репродуктивного здоровья, а в перспективе и фертильности юных пациенток.

Цель: оценить влияние нарушения оттока менструальной крови при пороках развития женских половых органов на репродуктивное здоровье пациенток.

Материалы и методы исследования: в клинике детской хирургии ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» в 2016 году находились на обследовании и лечении 8 девочек с пороками развития органов репродуктивной системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови.

Результаты. Диагноз порока развития с нарушением проходимости производных мюллеровых протоков устанавливался на основании характерных жалоб, осмотра, результатов ультразвукового исследования, в некоторых случаях МРТ. Всем пациенткам выполнялась диагностическая лапароскопия с последующим восстановлением проходимости производных мюллеровых протоков.

Результаты лапароскопии свидетельствовали о развитии эндометриоза тазовой брюшины на фоне нарушения оттока менструальной крови во всех случаях независимо от продолжительности менструаций.

Вывод. Пациентки с пороками развития органов репродуктивной системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови должны быть включены в группу риска по развитию бесплодия и нуждаются в длительном динамическом наблюдении и лечении.

ДИСФУНКЦИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТАЗОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Писклаков А.В., Плаксина В.С., Павленко Н.И., Шевляков А.С., Баринов С.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет Минздрава РФ», Россия, Омск

Симптомы патологии репродуктивной системы у девочек многообразны и часто, на первый взгляд, не связаны с этой патологией. Особую роль в гинекологическом патологии у женщин различных возрастных групп играет тазовый болевой синдром.

Целью работы было проанализировать особенности диагностики нарушения функции нижних мочевых путей у подростков с патологическими состояниями, сопровождаемыми болью внизу живота.

Под наблюдением находились 197 девушек-подростков с хроническим ациклическим тазовым болевым синдромом, включая 106 пациенток с ХТБС воспалительного генеза, 51 – с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки, 24 девочки с овариоковарикоцеле и 17 с патологией желудочно-кишечного тракта, обратившиеся за медицинской помощью в Центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии БУЗ ОО «Областная детская клиническая больница» города Омска за период времени с 2012 года по 2016 года.

Хронический тазовый болевой синдром характеризовался длительностью течения не менее 6 месяцев.

Возраст обследованных составлял от 12 до 17 лет. Из них в возрасте 12–14 лет было 65 пациенток, старше 15 лет – 132 девушки.

Проведено анкетирование всех девочек с хроническим тазовым болевым синдромом. Использование разработанного вопросника, основанного на выявлении возможных скрытых, клинически не грубых симптомов нарушения функции тазовых органов, позволило из всей группы пациенток выделить 36 девочек (18,3%). У них, помимо наличия дизурии у 9 детей, имелись признаки возможного дисфункционального состояния мочевых путей. Среди этих пациентов 15 имели ХТБС на фоне воспалительных заболеваний придатков матки и 13 – это девочки с варикозным расширением вен малого таза, 7 имели опухолевидные образования яичников больших размеров. В подавляющем большинстве случаев у девочек имелись признаки так называемого «гиперактивного

мочевого пузыря» (ГАМП), заключающиеся в увеличении частоты мочеиспускания, а также наличия у 6 девочек симптомов императивности. Полное уродинамическое обследование проведено всем 36 девочкам с ХТБС с жалобами на нарушения функции мочевого пузыря. Результаты его подтвердили данные анкетирования.

Проведенное исследование показало, что при наличии у девочек-подростков хронического тазового болевого синдрома гинекологической этиологии почти в 20% случаев имеются признаки нарушения функции нижних мочевых путей, в большинстве случаев в виде

гиперактивной формы. Факторами, способствующими такому сочетанию, являются не только механическое сдавление опухолью малого таза мочевого пузыря, но и нарушения вегетативного баланса и микроциркуляции. Поэтому в схему лечения ХТБС необходимо вводить препараты, влияющие на данные патогенетические аспекты. Комплексная терапия хронической тазовой боли у девочек должна проводиться индивидуально с учетом состояния мочевыделительной системы, вегетативного баланса и особенностей гемодинамики и микроциркуляции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Пискалов А.В., Федоров Д.А., Высоцкий В.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет Минздрава РФ», Россия, Омск

Целью работы было изучить патологическое влияние повышения внутрибрюшинного давления на течение НЭК.

Измерение внутрибрюшинного давления у новорожденных с НЭК осуществляем с 2007 года. Проанализирован режим мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД) у 46 новорожденных. Из них 15 были со IIa и IIb стадией, 31 – с IIIa и IIIb стадиями НЭК.

Оценку ВБД у новорожденных со IIa и IIb стадией НЭК проводили путем измерения давления в мочевом пузыре и в желудке с использованием манометра низких давлений «Тритон ИиНД 500/75» (Россия). Детям с IIIa и IIIb стадиями НЭК при проведении лапароцентеза мы использовали прямой метод измерения внутрибрюшного давления. ВБД, равное 3–5 мм рт. ст., было принято за норму. Патологическим считали ВБД, превышающее 12 мм рт. ст. (внутрибрюшная гипертензия).

Во всех случаях величины внутрибрюшинного давления превышали нормативный показатель и колебались в пределах от 15 до 51 мм рт. ст.

У детей со IIa и IIb стадиями давление составляло 20,1±1,9 мм рт. ст. в первые сутки и стабильно ниже 15 мм рт. ст. на 3-е сутки лечения.

Четыре ребенка с диагнозом НЭК IIIa стадии пролечены консервативно. У этих детей в первые сутки после поступления ВБД составляло в среднем 22,3±5,1 мм

рт. ст., на 2-е сутки оно снизилось до 19,2±4,1 мм рт. ст., а на 3-и сутки составило 15,3±2,6 мм рт. ст. К этому времени состояние детей улучшалось, начинала восстанавливаться моторика кишечника, уменьшались симптомы интоксикации, купировались признаки перитонита.

Из всей группы пациентов с НЭК, у которых проводился мониторинг ВБД, 27 детей были оперированы. У 4-х больных была IIIa стадия заболевания, у остальных 23-х – НЭК с перфорацией полого органа. У этих пациентов «стартовое» давление составило в среднем 45,3±2,2 мм.рт.ст. В ходе предоперационной подготовки, которая не превышала 3-х часов, ВБД никогда не опускалось ниже 30 мм. рт. ст. Из всех оперированных детей 11 умерло. У всех ВБД ниже 30 мм рт. ст. не опускалось. У оставшихся пациентов величина ВБД после операции стабильно снижалась и составляла 27,5±2,8 мм рт. ст. в первые 1–2 суток, и до 19,1±2,1 мм рт. ст. на 3-и сутки.

Таким образом, четко определяется зависимость величины ВБД от состояния патологического процесса в брюшной полости. Длительное сохранение внутрибрюшной гипертензии у больных с некротизирующим энтероколитом способствует развитию перитонита и прогрессированию полиорганной недостаточности и требует выполнения лапаротомии, одной из задач которой является снижение внутрибрюшного давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Плигина Е.Г., Ковалюнас И.С.

ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы», Россия, Москва

Актуальность исследования: повреждения передней крестообразной связки коленного сустава в детском возрасте является чрезвычайно актуальной проблемой, учи-

тывая очевидную тенденцию увеличения числа детей, вовлеченных в спорт и экстремальные виды активного отдыха. Частота данного вида повреждений по данным

разных авторов варьирует от 12 до 62%. В настоящее время доступно к использованию большое количество техник операций и фиксаторов трансплантата при отсутствии единого мнения об эффективности их применения.

Цель работы: повышение эффективности лечения детей с повреждениями передней крестообразной связки.

Характеристика клинических наблюдений и методы обследования: основу настоящего исследования составила группа детей, состоящая из 25 пациентов, оперированных по поводу повреждения передней крестообразной связки в возрасте от 12-ти до 17-ти лет в период с 2012 по 2016 год. 10 детям была выполнена артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки с применением свободного ауто трансплантата из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра. В 15 случаях в качестве ауто трансплантата использовались дистальные отделы сухожилий полусухожильной и нежной мышц. В большеберцовых каналах у всех оперированных детей трансплантаты фиксировали биодеградируемыми винтами. Фиксация бедренной части трансплантата из полусухожильной и нежной мышц осуществлялась фиксаторами «TightRope». Трансплантат из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра в бедренном канале фиксировали биодеградируемыми винтами. Для оценки ре-

зультатов все дети были обследованы в различные сроки после оперативного лечения.

Результаты: в отдаленные сроки были проведены контрольные осмотры после артроскопической реконструкции передней крестообразной связки. Произведена статистическая обработка результатов оценки оперированного коленного сустава по шкале KOOS и клинического осмотра (тест Лахмана, тест переднего «выдвижного ящика»). Для группы ауто трансплантата из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра характерна стабилизация состояния коленного сустава на уровне в среднем 80–82 баллов во временном промежутке от 1 года до 5 послеоперационных лет. Для группы ауто трансплантата из дистальных отделов сухожилий полусухожильной и нежной мышц характерна стабилизация состояния коленного сустава на уровне в среднем 77–78 баллов во временном промежутке от 1 года до 5 послеоперационных лет.

Выводы: проведенная функциональная оценка результатов оперативного лечения детей с повреждением передней крестообразной связки свидетельствует о благоприятном исходе заболевания в обеих группах детей и возможности применения использованных видов трансплантатов и фиксаторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Плигина Е. Г., Ковалюнас И. С.

Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Россия, Москва

Актуальность исследования: повреждения передней крестообразной связки коленного сустава в детском возрасте является чрезвычайно актуальной проблемой, учитывая очевидную тенденцию увеличения числа детей, вовлеченных в спорт и экстремальные виды активного отдыха. Частота данного вида повреждений по данным разных авторов варьирует от 12 до 62%. В настоящее время доступно к использованию большое количество техник операций и фиксаторов трансплантата при отсутствии единого мнения об эффективности их применения.

Цель работы: повышение эффективности лечения детей с повреждениями передней крестообразной связки.

Материалы и методы: основу настоящего исследования составила группа детей, состоящая из 25 пациентов, оперированных по поводу повреждения передней крестообразной связки в возрасте от 12-ти до 17-ти лет в период с 2012 по 2016 год. 10 детям была выполнена артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки с применением свободного ауто трансплантата из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра. В 15 случаях в качестве ауто трансплантата использовались дистальные отделы сухожилий полусухожильной и нежной мышц. В большеберцовых каналах у всех оперированных детей трансплантаты фиксировали биодеградируемыми винтами. Фиксация бедренной части трансплантата из полусухожильной и нежной мышц осуществлялась

фиксаторами «TightRope». Трансплантат из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра в бедренном канале фиксировали биодеградируемыми винтами. Для оценки результатов все дети были обследованы в различные сроки после оперативного лечения.

Результаты: в отдаленные сроки были проведены контрольные осмотры после артроскопической реконструкции передней крестообразной связки. Произведена статистическая обработка результатов оценки оперированного коленного сустава по шкале KOOS и клинического осмотра (тест Лахмана, тест переднего «выдвижного ящика»). Для группы ауто трансплантата из сухожилия четырёхглавой мышцы бедра характерна стабилизация состояния коленного сустава на уровне в среднем 80–82 баллов во временном промежутке от 1 года до 5 послеоперационных лет. Для группы ауто трансплантата из дистальных отделов сухожилий полусухожильной и нежной мышц характерна стабилизация состояния коленного сустава на уровне в среднем 77–78 баллов во временном промежутке от 1 года до 5 послеоперационных лет.

Выводы: проведенная функциональная оценка результатов оперативного лечения детей с повреждением передней крестообразной связки свидетельствует о благоприятном исходе заболевания в обеих группах детей и возможности применения использованных видов трансплантатов и фиксаторов.

РЕЦИДИВЫ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Поддубный И. В., Файзулин А. К., Федорова Е. В., Толстов К. Н., Ярустовский П. М., Герасимов А. А., Петрова М. Г., Пилюгина М. А., Колосова П. А.

Кафедра детской хирургии МГМСУ, Центральная Детская Клиническая Больница ФМБА России. Москва

Введение. Рецидивы после орхипексии по поводу различных форм крипторхизма являются довольно редким осложнением. Процент рецидивов в практике уролога, по данным российских и зарубежных авторов, колеблется от 0,2 до 10%. В сообщении представлены тактика предоперационной подготовки и варианты хирургического лечения детей с рецидивами крипторхизма.

Материалы и методы. С 2010 по 2016 года врачами кафедры детской хирургии на базе хирургических отделений ЦДКБ ФМБА России и Измайловской ДГКБ (до 2013 года) было прооперировано 23 мальчика с рецидивами крипторхизма в возрасте от 1 года до 17 лет. Средний возраст 5 лет.

Практически все дети (около 88%) были оперированы по месту жительства в различных регионах России. Средний период между первым и вторым оперативными вмешательствами составил 3 года (4 месяца – 8 лет). Вместе с тем, в предоставленных выписках не всегда было указание на форму крипторхизма перед первым оперативным лечением, проведение гормональной терапии, течение послеоперационного периода. Поэтому достоверно не удалось проанализировать дооперационный анамнез этих детей с рецидивами крипторхизма. Нескольким из них оперативное лечение по месту жительства выполнялось два и более раз.

В ходе первого оперативного вмешательства этим детям было выполнено низведение яичка паховым доступом с разными вариантами фиксации в мошонке (по Шемакеру, Герцену и др.). У 8 детей яичко было фик-

сировано в паховом канале в связи с дефицитом длины семенного канатика.

При поступлении в клинику выполнялся осмотр и УЗИ паховых каналов. При осмотре гонада была обнаружена в средней или нижней трети пахового канала в 10 случаях, у входа в мошонку – в 9. В 4 случаях пропальпировать гонаду достоверно не удалось.

В качестве предоперационной подготовки для повышения эластичности сосудов и удлинения их проводился курс гормональной терапии ХГЧ по установленной в клинике схеме. Исключение составляли дети в возрасте старше 6–7 лет и те, у кого достоверно гонада не определялась пальпаторно, и при УЗИ исследовании.

Результаты. Ревизия пахового канала с повторной орхипексией выполнена у 16 больных. Лапароскопически ассистированная орхипексия – у 4 больных. При этом выполнялся лапароскопический этап мобилизации яичковых сосудов с низведением гонады через паховый доступ – у 4. У 17 детей гонада была низведена в мошонку, у 3 – к корню мошонки. У 3 мальчиков выполнена орхоэктомия. Следует отметить, что вагинальный отросток брюшины был не перевязан во время первой операции у 9 больных.

Выводы. Назначение курса ХГЧ в качестве предоперационной подготовки у детей с высокими формами ретенции, тщательная мобилизация элементов семенного канатика, в ряде случаев с лапароскопической ассистенцией, перевязка вагинального отростка брюшины способствуют успешной первичной орхипексии и являются профилактикой рецидива крипторхизма.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Поздеев В. В., Шкляев П. О., Кунгурова И. В., Ожгихина А. Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия, Ижевск

Цель: провести анализ результатов работы, определить значение пренатального консилиума в доклинической диагностике пороков развития у новорожденных.

Внедренные в широкую клиническую практику строго контролируемые декретированные сроки ультразвукового исследования беременных женщин позволяют контролировать развитие плода, диагностировать пороки развития на ранних стадиях и решить вопрос о дальнейшем ведении беременности в зависимости от прогноза для здоровья и жизни ребенка.

Основные задачи: провести анализ протоколов заседания пренатального консилиума: выяснить после какого ультразвукового скрининга были приглашены беременные на пренатальный консилиум с какими предпо-

лагаемыми врожденными пороками плода, рассмотреть какие могут быть предложены рекомендации беременной женщине по итогам консилиума.

Материалы и методы: проведен анализ протоколов заседания пренатального консилиума БУЗ Удмуртской Республики «Перинатальный центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» за 2016 год. Всего было принято 210 беременных женщин. После I ультразвукового скрининга (УЗС) – 36 женщин (17%), после II скрининга – (57%) и после III скрининга – 53 (25%).

Полученные результаты: были выявлены врожденные пороки: сердечно-сосудистой системы – 33 (15,7%), множественные врожденные пороки

развития – 27 (12,9%), мочевыделительной системы – 24 (11,4%), желудочно-кишечного тракта – 17 (8%), лицевого скелета – 15 (7%), центральной нервной системы – 14 (6,7%), костей скелета – 11 (5,2%), дыхательной системы – 3 (1,4%) синдром Эдвардса – 8 (3,8%), синдром Арнольда-Киари – 7 (3,3%), синдром Тернера-Шершевского – 6 (2,9%), синдром Дауна – 20 (9,5%), другая патология – 22 (10,5%).

После анализа полученных результатов консилиума было рекомендовано прервать 114 беременностей

(54,5%), пролонгировать – 90 (42,8%) и отправить в Федеральный центр 6 (2,9%) женщин.

Вывод: Современная система УЗ-диагностики позволяет выявить пороки развития плода на ранних сроках (от 13–14 недели) гестации. На пренатальном консилиуме, в который входят врачи УЗ-диагностики, акушеры-гинекологи, детские хирурги, неонатологи, а также врачи узких специальностей по той патологии, которая предполагается у ребенка, обсуждается вопрос о прогнозе, возможности пренатального или постнатального хирургического лечения.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Поздеев В.В., Шкляев П.О., Кунгурова И.В., Ожгихина А.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия, Ижевск

Цель: провести анализ результатов работы, определить значение пренатального консилиума в доклинической диагностике пороков развития у новорожденных.

Внедренные в широкую клиническую практику строго контролируемые декретированные сроки ультразвукового исследования беременных женщин позволяют контролировать развитие плода, диагностировать пороки развития на ранних стадиях и решить вопрос о дальнейшем ведении беременности в зависимости от прогноза для здоровья и жизни ребенка.

Основные задачи: провести анализ протоколов заседания пренатального консилиума: выяснить после какого ультразвукового скрининга были приглашены беременные на пренатальный консилиум с какими предполагаемыми врожденными пороками плода, рассмотреть какие могут быть предложены рекомендации беременной женщине по итогам консилиума.

Материалы и методы: проведен анализ протоколов заседания пренатального консилиума БУЗ Удмуртской Республики «Перинатальный центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» за 2016 год. Всего было принято 210 беременных женщин. После I ультразвукового скрининга (УЗС) – 36 женщин (17%), после II скрининга – (57%) и после III скрининга – 53 (25%).

Полученные результаты: были выявлены врожденные пороки: сердечно-сосудистой системы – 33 (15,7%), множественные врожденные пороки развития – 27 (12,9%), мочевыделительной системы – 24 (11,4%), желудочно-кишечного тракта – 17 (8%), лицевого скелета – 15 (7%), центральной нервной системы – 14 (6,7%), костей скелета – 11 (5,2%), дыхательной системы – 3 (1,4%) синдром Эдвардса – 8 (3,8%), синдром Арнольда-Киари – 7 (3,3%), синдром Тернера-Шершевского – 6 (2,9%), синдром Дауна – 20 (9,5%), другая патология – 22 (10,5%).

После анализа полученных результатов консилиума было рекомендовано прервать 114 беременностей (54,5%), пролонгировать – 90 (42,8%) и отправить в Федеральный центр 6 (2,9%) женщин.

Вывод: Современная система УЗ-диагностики позволяет выявить пороки развития плода на ранних сроках (от 13–14 недели) гестации. На пренатальном консилиуме, в который входят врачи УЗ-диагностики, акушеры-гинекологи, детские хирурги, неонатологи, а также врачи узких специальностей по той патологии, которая предполагается у ребенка, обсуждается вопрос о прогнозе, возможности пренатального или постнатального хирургического лечения.

БАТАРЕЙКИ – ОПАСНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ

Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В.

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

Цель: разработка диагностической и лечебной тактики при проглатывании батарейки ребенком.

Материалы и методы: Анализу подвергнут клинический материал, который насчитывает 935 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта в возрасте от 3 недель до 18 лет.

Результаты и обсуждения: В клинике детской хирургии имени проф. Н.Л. Куца Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

за период с 2000 по 2016 год находилось на лечении 935 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, в возрасте от 3 недель до 18 лет. Из них в 130 случаях (14%) были диагностированы батарейки, что составляет второе место среди всех удаленных инородных тел ЖКТ. У 108 (83,3%) пациентов батарейка располагалась в верхнем физиологическом сужении пищевода, а у 22 (16,7%) в нижнем (кардиальном).

Пациентов в возрасте до 3-х лет было 84 (64%), от 3-х до 6-ти лет 22 (17%), от 6-ти до 9-ти лет – 16 (13%), от 9-ти до 14-ти лет – 8 (6%). Из них было 53 (41%) девочек и 77 (59%) мальчиков.

У всех детей при наличии указания на заглатывание инородного тела изучался анамнез, проводились стандартные методы обследования: обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), общий анализ крови и мочи. С целью контроля времени продвижения инородного тела по кишечнику и для исключения развития осложнений проводили контрольное рентгенологическое обследование.

При проведении первичного осмотра жалобы имелись лишь в 30 (23,3%) случаях – гиперсаливация, затруднение глотания, загрудинные боли, боли в области шеи. Осложнения в виде эзофагита были выявлены у всех пациентов с локализацией батарейки в пищеводе, причем это не зависело от времени экспозиции на этом уровне. Эзофагиты 2–3 степени отмечались при нахождении электро-химического элемента более 3 часов. Мы полагаем, что эти осложнения связаны с физическим

воздействием батарейки на орган, а именно возникновением гальваноза (патологическое изменение местного и общего характера, которое возникает в результате электрохимического взаимодействия между химическим источником тока с жидкостным и тканевым элементом пищевода). Нарушений целостности корпуса батарейки, после его удаления не отмечалось. В подавляющем большинстве случаев батарейки были удалены из пищевода и желудка с помощью фиброгастроскопа.

Выводы:

1. Батарейки являются опасными инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей, так как они вызывают тяжелые осложнения, порой угрожающие жизни ребенка.

2. Для диагностики уровня расположения батарейки следует использовать ФЭГДС и обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости.

3. Все дети, проглотившие батарейку, должны госпитализироваться в специализированный стационар, а батарейки необходимо удалять в ургентном порядке даже в случае отсутствия жалоб.

ПОЛИПЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Пошехонов А. С., Легур А. В., Щербинин А. А.

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

Цель: оптимизация диагностической и лечебной тактики при полипах толстого кишечника у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2001 по 2016 годы, находились на лечении 182 пациента с полипами толстого кишечника. Мальчиков – 114 человек, девочек – 68. В возрасте от 9 месяцев до 17 лет. Чаще всего болеют дети в возрасте от 3 до 7 лет.

Преимущественно полипы локализовались на слизистой прямой кишки 132 (73%) случая, в сигмовидной кишке 37 (20%) в поперечно-ободочной – 8 (4,4%), нисходящем отделе – 3 (1,6%), в восходящем – 2 (1%).

Единичные полипы встретились у 172 пациентов (95%), от 2 до 3 образований у 9 (4%) больных, в 2 случаях – множественные (1%).

Результаты и обсуждение. Большинство детей поступило с жалобами родителей на примесь крови в кале, самочувствие больных было удовлетворительным. В 60% случаев опухоль была обнаружена при пальцевом исследовании прямой кишки. У 3 детей отмечалось выпадение полипа из прямой кишки. В остальных случаях полипы были найдены при проведении ректороманоскопии или фиброколоноскопии, после подготовки кишечника.

Вмешательства выполнялись в плановом порядке под общим обезболиванием, проводилась фиброколоноскопия, удаление опухоли петлей, осматривались, в обязательном порядке, выше лежащие отделы толстого кишечника при необходимости – биопсия слизистой. В 4-х случаях потребовалась ургентная фиброколоноскопия,

в связи с массивным кишечным кровотечением. Были обнаружены ножки самоампутировавшихся полипов, проведена электроэксцизия ножки полипа пуговчатым коагулятором или были удалены диатермической петлей. Среди оперированных пациентов доминировали полипы на узком основании (178 пациентов). Послеоперационных осложнений в виде продолжающегося кровотечения или перфорации полого органа не наблюдали ни в одном случае. Марлевый тампон в просвет кишечника не ставили. Когда появлялся самостоятельный стул, и если не отмечалось кровотечения, ребенка выписывали домой. В специальном режиме и диете необходимости не было.

Все удаленные полипы исследованы гистологически. Установлено что гиперпластических (85), воспалительных (84), аденоматозных (3), гамартромных (1), рабдомиосаркома (1), в 7 случаях – ножки самоампутировавшихся полипов.

При объективном осмотре слизистой толстого кишечника отмечалась та или иная степень выраженности колита в 65% случаев, что подтверждалось гистологическим исследованием. В таких случаях рекомендовали проведение лечения колита у гастроэнтеролога после выписки.

Контрольные смотры после удаления опухолей проводились через 1, 6, 12, 24 месяца.

Выводы. Показания к оперативному лечению (выполнение эндоскопической полипэктомии) при полипах толстого кишечника у детей должны определяться ин-

дивидуально, в каждом конкретном случае с обязательным гистологическим исследованием удаленного образования.

При явлениях колита необходимо проведение противовоспалительного лечения с последующим эндоскопическим контролем.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Пошехонов А. С., Легур А. В.

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

Цель: улучшение диагностики и результатов эндоскопического лечения аспираций инородных тел дыхательных путей у детей.

Методы исследования – клинические методы, включающие анализ жалоб, анамнестических данных, оценку объективного статуса больного при поступлении и в различные сроки после удаления ИТДП; лабораторные методы; обзорная рентгенография органов грудной клетки; данные визуальной оценки при проведении трахеобронхоскопии.

Результаты исследования и их обсуждение: в исследовании вошли 701 ребенок с ИТДП, находившихся на лечении в РДКБ г. Донецка в период с 1997 по 2016 гг. Отмечалось явное преобладание лиц мужского пола, (454 пациента – 64,78%). Среди пациентов в возрасте до 3-х лет было госпитализировано 569 детей (81,30%), в том числе от 1 года до 2-х лет – 356 (50,87%), от 4-х до 10 лет – 102 (14,35%), старше 11 лет – 30 детей (4,35%). Доминировали органические ИТ, которые отмечены у 618 пациентов (88,26%). Они были представлены орехами, семенами масляничных и бобовых культур, фрагментами овощей и фруктов, пищевыми массами и т.д. ИТ неорганического происхождения встречались реже (83 больных – 11,74%). В нашей работе использовался ряд технических приемов, которые позволили успешно удалить все ИТ при БС и избежать необходимости выполнения хирургических вмешательств.

Разработан и внедрен в практику способ медикаментозной подготовки к БС при ИТДП (свидетельство на рационализаторское предложение № 6014 от 26.05.2006 г.), который позволяет существенно повысить качество

бронхоскопической санации, особенно при их выраженной фрагментации. Внедрен в клиническую практику разработанный нами способ остановки кровотечения при удалении ИТДП у детей (декларационный патент Украины № 15265 (UA); А61М 37/00; опубликован 03.01.2006 г.; выдан 15.06.2006 г.), который позволяет улучшить качество и сократить время осуществления гемостаза во время БС. В подавляющем большинстве случаев БС выполнялась в экстренном порядке и, лишь у отдельных пациентов, время с момента госпитализации до проведения исследования по разным причинам превышало 12 часов (70 наблюдений – 10,11%). Для улучшения качества бронхоскопических санаций при фрагментированных инородных телах мы использовали N-ацетилцистеин в период подготовки к бронхоскопии.

Выводы: 1. Наиболее часто ИТДП встречаются у детей возраста до 3-х лет (81,30%), чаще у лиц мужского пола (64,78%). В структуре бронхиальных поражений преобладает правосторонняя локализация (51,73%), чаще встречаются инородные тела органического происхождения (88,26%), среди которых доминируют ядра орехов и семена (64,04%).

2. Использование во время проведения БС предложенных технических приемов, позволяющих во всех случаях достигнуть положительного результата и избежать выполнения вынужденных экстренных бронхотомий, с целью удаления инородных тел.

3. При фрагментированных инородных органического и неорганического происхождения, медикаментозная подготовка к БС должна проводиться по предложенной методике с использованием ацетилцистеина.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Олейник А. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского. г. Симферополь; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель: Выявление факторов риска по нарушению остеорепарации у детей с переломами костей конечностей для определения основных патогенетически обоснованных способов лечения и реабилитации.

Материал и методы. Нами проведено обследование 1704 детей с переломами костей верхних и нижних конечностей за период с 2011–2016 гг. Из них мальчиков

было 1179 человек, девочек 525 человек. При изучении возрастного аспекта 88% детей входили в возрастной диапазон с 8 до 16 лет. С переломами костей верхних конечностей находилось 906 (53%) детей, нижних конечностей – 798 (47%). Проведено анкетирование родителей с целью выявления факторов риска по нарушению остеорепарации, проанализированы данные лабораторных

и инструментальных методов обследования. Нами исследовано 112 (6,5%) детей с нарушениями репаративного остеогенеза. Среди них с замедленной консолидацией 100 (5,8%) человек, 12 (0,7%) пациентов посттравматических псевдоартрозов. У 96 больных (81%) с переломами костей верхних и нижних конечностей выявлены факторы риска возникновения остеопенического состояния.

Результаты. 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 консервативному физиотерапевтическому 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.

Разработанные способы хирургической коррекции псевдоартрозов, включающие накостный остеосинтез с ауто- или аллотрансплантатом приводят к восстановлению анатомической целостности и функциональной пригодности конечности. Выбор того или иного метода лечения зависит от величины диафизарного дефекта.

Выводы. У всех пациентов с нарушением репаративного остеогенеза нами отмечено сочетание как минимум трех факторов риска. Наличие в анамнезе сочетания факторов риска по нарушению консолидации может быть основанием к назначению комплекса мероприятий, направленных на стимуляцию процессов репаративного остеогенеза, что позволит избежать формирования замедленной консолидации переломов и псевдоартрозов. Таким пациентам с остеопеническим синдромом показано оперативное лечение с комплексным медикаментозным и физиотерапевтическим лечением.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ МЕТОДИКАМИ DUPLAY И SNODGRASS

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Луговской Д. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, Россия, г. Симферополь; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», Россия, г. Симферополь

Цель: Выбор оптимального метода хирургической коррекции дистальной гипоспадии.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь за период 2014–17 гг. находилось на лечении 76 детей с дистальной формой гипоспадии (верхне-стволовой, коронарной). Все дети были разделены на две группы. Первую группу составили дети, оперированные по методу Duplay – 42 (55,3%) ребенка. Вторую группу составили дети, оперированные по методу Snodgrass – 34 (44,7%) ребенка. Способ выбора метода операции зависел от толщины ствола полового члена и размера головки полового члена. У детей младшего возраста с диаметром ствола пениса 1,0 см и менее с узкой диспластичной головкой предпочтение отдавалось методике Snodgrass. У детей с широкой головкой пениса и ство-

лом свыше 1,0 см в диаметре применялась методика Duplay.

Результаты. Послеоперационный период составлял 14 суток. Первые 7 суток после операции деривация мочи осуществлялась постоянным катетером, который в последствии переводили в уретральный стент – протектор еще на 7 суток. Осложнения развились в послеоперационном периоде у 8 пациентов (10,5%). В первой группе у 3 пациентов (7,1%) в виде формирования свищей. Во второй группе – 5 человек (14,7%), у двоих детей (5,8%) развились свищи и у троих (8,8%) развились стенозы сформированной неоуретры.

Выводы. Для хирургической коррекции дистальной гипоспадии можно использовать обе методики операции. Однако, выбор метода зависит прежде всего от индивидуальных анатомических особенностей порока и формы гипоспадии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Обидный А. А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, Россия, г. Симферополь; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», Россия, г. Симферополь

Цель: Провести анализ результатов хирургического лечения гидронефроза за период 2014–17 гг.

Материалы и методы. За данный период в хирургическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь по поводу врож-

денного гидронефроза прооперировано 48 детей. В возрасте до 3 лет – 22 (45,8%), 3–7 лет – 7 (14,6%). Старше 7 лет – 19 (39,6%). У всех детей раннего возраста гидронефроз выявлен на антенатальном скрининге. У детей старшего возраста гидронефроз выявлен в основном

в связи с обследованием у других специалистов. В обследовании использовались стандартные методы урологического обследования: УЗИ, экскреторная урография, цистография, которые дополнялись СКТ или МРТ и реносцинтиграфией в случае значительного снижения функций почек.

Результаты. Интраоперационно причиной гидронефроза в большинстве случаев являлась стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента – 41 ребенок (85,4%), aberrантный сосуд – 5 детей (10,4%), фиксированный перегиб – 2 ребенка (4,2%). У 46 детей со стриктурой и aberrантным сосудом выполнена пиелопластика по Хайнсу-Андерсену, как традиционным открытым способом, так и лапароскопически. У 2 детей с фиксированным перегибом выполнен уретеролиз. Дренирование

полостной системы почки после лапароскопических операций осуществлялось постановкой внутреннего стента. При открытых вмешательствах у 36 детей накладывалась пиелостомы. Бездренажное ведение осуществлялось в основном у детей раннего возраста с гидронефрозом II степени в 7 случаях. При aberrантном сосуде у 5 детей наложен антевазальный анастомоз с сохранением сосуда. У обоих детей с фиксированным перегибом ревизия проходимость лоханочно-мочеточникового сегмента проводилась через вскрытую лоханку, без дренирования.

Выводы. Осложнений после проведенных операций не отмечено. На контрольных обследованиях у всех детей достигнут удовлетворительный результат в виде восстановления проходимость лоханочно-мочеточникового сегмента.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ

Проничев М. А., Бирюков Ю. П., Паршиков В. В., Киреева Н. Б.

ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, Россия, Нижний Новгород

Цель исследования – изучить результаты различных способов оперативного лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) у детей.

Материал и методы. За 10 лет (2007-2017 гг.) в Нижегородской областной дет-ской клинической больнице прооперировано 110 (113 операций) больных в возрасте от 12 до 17 л. (средний возраст – $15,81 \pm 0,86$ л.) с ЭКХ. Мальчиков было 83 (75,45%), девочек – 27 (24,55%). При этом отмечен ежегодный рост числа детей с данной патологией. 22 ребёнка (20%) прооперированы по поводу неосложнённых форм крестцово-копчиковых свищей. У остальных детей (88 человек – 80%) имели место осложнённые формы с наличием вторичных свищей и нагноением кист. У 10 пациентов (9%) радикальному оперативному лечению предшествовало вскрытие, дренирование крестцово-копчиковых кист в экстренном порядке по поводу их нагноения. До операции всем больным проведено клиничко-лабораторное обследование, УЗИ мягких тканей и рентгенография крестцово-копчиковой области и КТ по показаниям. В послеоперацион-

ном периоде всем детям проводилась антибактериальная терапия и ежедневные перевязки.

Проведён анализ хирургического лечения двух групп пациентов с ЭКХ. В первой группе (81 операция, 71,7%) детям было выполнено радикальное иссечение свищей и кист единым блоком с ушиванием и дренированием раны. Во второй группе у пациентов (32 операции, 28,3%) после радикального удаления свищей и кист единым блоком края раны подшивались к крестцово-копчиковой фасции. В первой группе средний койко-день составил 22,8 к/д, во второй – 23,16 к/д. Осложнения в раннем послеоперационном периоде (расхождение послеоперационной раны, нагноение послеоперационного рубца, рецидив заболевания – 9 человек, 8,2%) были только у больных первой группы. Во второй анализируемой группе осложнений не отмечено.

Таким образом, среди больных с ЭКХ преобладают мальчики (75,45%) в возрасте 15 лет. Хирургическое лечение с формированием послеоперационной раны полукрестцовым способом является наиболее эффективным методом оперативного лечения крестцово-копчиковых кист и свищей у детей.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ У ДЕТЕЙ

Пяттоев Ю. Г.

Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт, г. Петрозаводск.

Цель: Проанализировать редко встречающийся вариант кишечной инвагинации в детском возрасте.

Мальчик 6 месяцев оперирован в плановом порядке по поводу кистозного удвоения 12-перстной кишки. На 3-и сутки после операции возникла многократная рвота и вздутие живота. На обзорной рентгенограмме брюшной полости признаки кишечной непроходимости, УЗ исследо-

вание из-за выраженного метеоризма оказалось неинформативным. Начата стандартная терапия по поводу ранней-неотсроченной низкой обтурационной спаечной кишечной непроходимости. Из-за отсутствия эффекта через сутки выполнена релапаротомия, выявлена тонкокишечная инвагинация на уровне подвздошной кишки. После мануальной дезинвагинации наступило выздоровление.

Послеоперационная кишечная инвагинация – это инвагинация, возникающая как осложнение в первые 30 дней после хирургического вмешательства. Как причина механической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, она встречается в 5–10% случаев, представляя значительные диагностические трудности.

Большинство наблюдений послеоперационной инвагинации описано после обширных и травматичных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства (брюшно-промежностная проктопластика, удаление забрюшинных опухолей операция Ниссена и др.). В нашей практике мы дважды наблюдали такой вариант слепоободочной КИ после аппендэктомии, при этом культя отростка служила причиной внедрения, а подвижная слепая кишка и илеоцекальный мезоаденит – провоцирующими факторами внедрения. Возраст пациентов при такой разновидности инвагинации в большинстве случаев превышает 12 месяцев, а по форме внедрения чаще описывается тонко – тонкокишечный вариант.

Клинические проявления заболевания у 90% больных возникают на второй неделе после операции и напоминают

спасечную кишечную непроходимость: рвота или увеличение отделяемого по желудочному зонду, вздутие живота, диффузная боль в животе, задержка отхождения стула и газов. Такие характерные проявления КИ, как кровавистые выделения из прямой кишки и пальпируемый инвагинат в брюшной полости, выявляются крайне редко.

Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости и контрастирование желудочно-кишечного тракта мало помогают в дифференциальной диагностике послеоперационной КИ. Более объективную и типичную симптоматику КИ можно получить при ультразвуковом исследовании живота. Лечение КИ в послеоперационном периоде, как правило, хирургическое. С широким внедрением в детскую хирургию малоинвазивных технологий возможно использование лапароскопии.

Таким образом, при дифференциальной диагностике кишечной непроходимости в ранний послеоперационный период, необходимо помнить возможность развития инвагинации кишечника. Целенаправленное УЗ исследование брюшной полости подготовленным специалистом помогает в ранней диагностике патологии и своевременной операции.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОТОМИЯ У ДЕТЕЙ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

А. Ю. Разумовский, З. Б. Митупов, А. Б. Алхасов, Н. С. Степаненко, Д. М. Чубко, А. В. Петров

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова, Россия, Москва

Цель: улучшение результатов лечения ахалазии пищевода у детей с использованием эндохирургии.

Введение. Ввиду редкости заболевания и отсутствия единого подхода, тактика лечения пациентов с ахалазией до настоящего времени не определена. В настоящее время используются: баллонная дилатация, инъекция ботулотоксина, бужирование и хирургическое лечение. В нашем исследовании представлен наш опыт выполнения лапароскопической кардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дору.

Материалы и методы. С 2011 года по настоящее время, всем детям (27 случаев) с диагнозом ахалазия пищевода, была проведена лапароскопическая кардиомиотомия. Средний возраст детей составил 9,9 лет (4–15 лет). При лапароскопической кардиомиотомии используем пять портов 3,5 или 5 мм в зависимости от возраста. При этом мобилизуем переднюю стенку абдоминального отдела пищевода и дно желудка. Кардиомиотомию выполняем на 4 см выше и на 2 см ниже желудочно-пищеводного перехода. Слизистая оболочка выделяется

на 1/2 окружности пищевода. Во всех случаях, кардиомиотомия дополнена фундопликацией по Дору.

Результаты. Среднее время операции составило 75 минут. Среднее пребывание в стационаре – 6 койко-дней. Случаев конверсии не отмечалось. Интраоперационные осложнения – повреждение слизистой оболочки пищевода при миотомии наблюдали в 2 случаях (7,4%). В обоих случаях дефект слизистой ушит интраоперационно. В шести наблюдениях (22,2%) в связи с рецидивом заболевания потребовались повторные вмешательства: пневмодилатация (n=2), бужирование пищевода (n=2), повторная операция (n=2). При повторных операциях в одном случае вмешательство выполнено открытым способом.

Выводы. Лапароскопическая кардиомиотомия для лечения ахалазии пищевода эффективна в 77,8% случаев, не уступает по эффективности открытым вмешательствам и обладает всеми преимуществами минимально инвазивных вмешательств. В связи с этим рассматриваем лапароскопическую кардиомиотомию по Геллеру с фундопликацией по Дору, как операцию выбора при данной патологии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ НАССА

А. Ю. Разумовский, А. Б. Алхасов, З. Б. Митупов, Д. Н. Далакян, М. С. Савельева

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

В клинике торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова, была разработана модифицированная методика Насса, которая успешно применяется более 15 лет.

Данная методика, несомненно, является не менее эффективной и безопасной, нежели оригинальный метод. Однако, становится очевидным, что данная методика не одинаково

эффективна у различных категорий пациентов. Возникает необходимость разработки схемы дифференцированного подхода к пациентам. Для этого необходимо ответить на такие спорные вопросы как: вопрос об оптимальном возрасте коррекции, вопрос о коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей с генетической патологией и вопрос о коррекции различных видов ВДГК. Цель исследования: Изучить отдаленные результаты коррекции ВДГК по модифицированной методике Насса. Выявить и изучить зависимость отдаленных результатов от возраста, типа деформации и наличия у пациента генетической патологии, тем самым определить прогноз хирургической коррекции у различных категорий пациентов. Материалы и методы: В период с 2001–2017 год пластина установлена 500 пациентам. В общей сложности, пластина была удалена 288 пациентам (81 девочке и 207 мальчикам). Соотношение полов составило 2,5:1. Пациенты были разделены на группы, в зависимости от возраста, наличия генетической патологии и вида деформации. Дети до 12 лет составили 28% (81 человек), дети старше 12 лет 72% (207 человек). Генетическую патологию имели 25,6% пациентов (75 человека), остальные 74,4% пациентов (213 человек), имели изолированную ВДГК. Разделение пациентов в зависимости от вида деформации было следующим: группа

пациентов с симметричной деформацией 78,7% (226 человек); группа пациентов с легкой асимметричной формой деформации 12,4% (36 человека); группа пациентов с тяжелой асимметричной формой деформации 8,9% (26 человек). Выводы: 1. Модифицированная операция Насса неодинаково эффективна у разных категорий пациентов. 2. Прогноз хирургической коррекции ВДГК прежде всего зависит от вида деформации, на втором месте выступает наличие или отсутствие генетической патологии у пациента. 3. Пациенты с симметричной деформацией, не зависимо от наличия у них генетической патологии всегда имеют отличный и хороший прогноз коррекции ВДГК. 4. Пациенты с легкой асимметричной деформацией имеют отличный прогноз коррекции ВДГК лишь в 60% случаев. 5. У пациентов с легкой асимметричной деформацией в 20% случаев, отмечается сохранение асимметрии половин грудной клетки, а у лиц женского пола асимметрии молочных желез. 6. У пациентов с сочетанием асимметричной деформации и генетической патологии риск смещения пластины в 3 раза выше. 7. Тяжелая асимметричная деформация плохо поддается коррекции по модифицированной методике Насса. 8. Дети с сочетанием GC вида деформации и с-ма Марфана или марфаноподобного синдрома, требуют решения вопроса об установке 2-х пластин.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

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

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Россия, Москва

Цель: улучшить результаты лечения детей с открытым артериальным протоком (ОАП).

С 2001 г. в отделении то-ракальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова проводится закрытие ОАП с помощью клипирования двумя различными способами. Выбор метода лечения определяется тяжестью состояния пациента и его массой тела. За это время прооперировано 338 детей в возрасте от 8 дней до 13 лет с массой тела от 816 г до 45 кг. I группу составили недоношенные новорожденные дети, находившиеся в тяжёлом состоянии с низкой и экстремально массой тела (n=256), II группу – дети в стабильном состоянии, с весом > 2 кг (n=82).

В I группе лечение выполнялось в условиях реанимационного зала, без транспортировки в оперблок. С помощью специального набора инструментов выполнялась мини-торакотомия (МТ) (1,5–2 см) в IV межреберье слева, внеплевральное выделение ОАП и его клипирование.

Во II группе выполнялось торакоскопическое клипирование (ТК) ОАП. При этом на ОАП накладывалась 1 или 2 титановые клипсы размерами ML или M. Дренирование плевральной полости, как правило, не выполнялось.

Результаты: клинически значимое прекращение кровотока по ОАП достигнуто у всех больных. В 2-х случаях ТК ОАП произведена конверсия (причины: кровотечение из стенки ОАП; сопутствующая патология – парез левого купола диафрагмы). У 2-х детей, которым было выполнено ТК, развился парез левой половины гортани. Летальных исходов, связанных с операцией клипирования протока, не было.

Выводы: 1. У недоношенных детей рационально выполнение клипирования ОАП непосредственно в реанимационном зале через МТ с внеплевральным доступом. 2. У детей, находящихся в стабильном состоянии, ТК ОАП является эффективным и надёжным методом лечения, позволяющим у всех пациентов прекратить кровоток по ОАП, независимо от его формы и размера.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОТСРОЧЕННОГО ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА И КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Разумовский А. Ю., Мокрушина О. Г., Куликов Н. В., Гебекова С. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Актуальность: Большинству пациентов с АП удается восстановить проходимость посредством наложения

первичного анастомоза. Однако бесвишневая форма АП, сопутствующие аномалии и масса тела менее 1500 г яв-

ляются препятствиями к выполнению первичного анастомоза. В таких случаях показано наложение отсроченного анастомоза или выполнение пластики пищевода желудком или кишечником. Однако основной целью хирурга является не только создать путь для прохождения пищи, но и выполнить такую операцию, которая позволила бы при минимальных осложнениях добиться удовлетворительного качества жизни пациента.

Цель: провести сравнительный анализ результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики.

Материалы и методы: На базе ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы с 2007 по 2017 гг. прооперировано 234 детей с АП. Первичный анастомоз пищевода выполнен у 152 (65%) детей с ТПС. 3 (1%) детям с изолированным ТПС выполнена перевязка свища. Остальным 79 (34%) детям выполнены этапные операции: 27 (12%) новорожденным наложена гастростома для выполнения отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза, 52 (22%) новорожденным выведена эзофаго- и гастро-

стома с последующей колоэзофагопластикой. Из 27 детей с гастростомией у 7 (26%) новорожденных констатирован летальный исход в первые 12 дней с момента поступления. Таким образом, после этапных операций сформировались две группы больных с одной патологией, но оперированные с использованием различных методик. В первую группу вошло 20 детей после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза. Во вторую группу вошло 52 детей после колоэзофагопластики.

Результаты: Проведена сравнительная оценка результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики.

Выводы: После отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза отмечается тяжелое течение послеоперационного периода, высокая частота послеоперационных осложнений и плохие отдаленные результаты. Сравнительный анализ результатов лечения АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики указывает на очевидное преимущество последнего метода.

БОЛЬШИЕ И ГИГАНТСКИЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Разумовский А. Ю., Смирнов А. Н., Чирков И. С., Голованев М. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Россия, Москва

Введение: Выбор оптимальной тактики коррекции больших и гигантских вентральных грыж является актуальной проблемой хирургии детского возраста. Главным образом эта патология формируется в результате этапного лечения врожденных пороков развития брюшной стенки, а именно такие методики, как операция Гросса и обработка дубящими растворами эмбриональных оболочек у детей с омфалоцеле – приводят к формированию вентральных грыж.

Цель исследования: Определить оптимальную тактику хирургической коррекции вентральных грыж у детей больших и гигантских размеров.

Материалы и методы: В ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 2005 по 2016 года в поле нашего внимания попало 62 ребенка с вентральной грыжей большого ($n = 39$) и гигантского размера ($n=23$). Всем детям выполнена оперативная коррекция: местными тканями ($n=33$), с образованием дубликатуры апоневроза по типу «пол пальто» ($n=21$) и с использованием биоимплантата Permacol ($n=8$). 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. Имплант Permacol (Tissue Science Laboratories) применялся при невозможности закрытия грыжевого дефекта местными тканями. Материал произведен из листовой

свиной кожи и представляет собой чистый поперечно-связанный коллаген и эластин. Данный материал не обладает антигенными свойствами и вызывает минимальную воспалительную реакцию, не отличающуюся от нормального репаративного процесса. Также детям с отсутствием пупка выполнена одномоментная неоумбилиопластика.

Результаты: Всем детям входящим в группу исследования успешно выполнена пластика передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде в группе детей с имплантацией материала Permacol у 2-х (33,3%) отмечалось образование осумкованной полости с серозной жидкостью. Данное осложнение было одномоментно устранено во время очередной перевязки путем пункции. В дальнейшем образование повторных сером не отмечалось. В среднем послеоперационный стационарный период составлял 12 ± 4 суток. Швы на коже снимались на 10 сутки. С косметической точки зрения удачным явилось создание пупка у пациентов с его отсутствием (рожденных с омфалоцеле).

Выводы: На основании полученных результатов установлено, что использование биологического имплантата является возможным и перспективным направлением в хирургии обширных грыж передней брюшной стенки у детей. Сочетание комплексного подхода к пластике и неоумбилиопластики значительно повышает косметический эффект оперативного лечения.

ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Раковский С.М., Погорелов Д.Н., Бурсаев А.Г.

ГУЗ «Областная детская больница», Россия, г. Липецк

Актуальность. Совершенствование протоколов химиотерапии, сопроводительной терапии, успехи в парентеральном питании, технологий хирургического лечения улучшили показатели выживаемости и качества жизни маленьких пациентов, имеющих злокачественные новообразования. Все выше перечисленные технологии требуют длительного сосудистого доступа. Наиболее распространенным и рутинным методом сосудистого доступа у детей является катетеризация центральных вен с установкой гибкого катетера, имеющего, выведенную наружу от кожных покровов пациента, канюлю, так называемых «открытых катетеров» («standard open-ended catheters»). Данный метод очень эффективен при оказании помощи в критических состояниях, так как обладает относительной простотой и требует минимум времени в установке. Помимо ощутимых достоинств, «открытые» катетеры имеют и ощутимые недостатки. Это высокий риск инфицирования и возникновения катетер-ассоциированных инфекций, которые могут существенно осложнить тяжесть общего состояния ребенка большого злокачественной опухолью, особенно находящегося в нейтропении. Подобного недостатка лишены порт-системы.

Цель: анализ результатов использования порт-систем у детей нуждающихся в проведении полихимиотерапии.

Материалы и методы: С 2015 года в ГУЗ «ОДБ» г. Липецка всем пациентам, нуждающимся в проведении химиотерапии имплантируются порт-системы. Все имплантации проводились под контролем ЭОП. С 2017 года

для катетеризации внутренней яремной вены используется УЗ навигация.

Результаты: За 2 года было имплантировано 18 порт-систем: 4 имплантации детям с острыми лимфобластными лейкомиями, 2 с лимфомами, остальным детям с солидными новообразованиями различных локализаций, включая новообразования головного мозга. Из них 4 в подключичную вену, 14 во внутреннюю яремную вену. Минимальный возраст ребенка на момент имплантации – 2 года, максимальный – 16 лет. Осложнения: из 18 имплантаций получено только одно осложнение в виде rich off – синдрома у пациента с имплантацией в левую подключичную вену. В последующих имплантациях установка порт-систем проводилась только во внутренние яремные вены. Инфекционных осложнений и случаев тромбоза не было. Венозный доступ функционировал стабильно, забор крови выполнялся всегда, по мере необходимости.

Выводы:

1. Внедрение порт-систем значительно расширило терапевтические возможности лечения детей больных злокачественными новообразованиями.

2. Возможность однократной установки «закрытых» систем, облегчение ухода за ними позволило значительно повысить качество жизни маленьких пациентов.

3. Отсутствие прямого контакта порт-систем с окружающей средой значительно уменьшило риск развития катетер-ассоциированных инфекций, что позволило существенно снизить стоимость лечения.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФДТ) ПРИ НЕЙРОБЛАСТОМЕ У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н.М., Поляков В.Г., Котляров А.Н., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х.

Областная детская клиническая больница, Челябинск; Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск

Цель исследования. Разработка оптимальных режимов ФДТ с фотосенсибилизатором радохлорином интраоперационно с использованием лазерного излучения.

Материал и методы. В детском онкологическом центре лечение методом ФДТ с использованием интраоперационно лазерного излучения после удаления опухоли проведено 17 больным с III–IV ст. заболевания. Использовали лазерную установку «Лакта Милон» (Россия). Выходная мощность лазера 2,5 Вт. Во время лечения плотность мощности излучения была от 0,1 до 0,8 Вт/см². Использовали различные дозы световой энергии – от 150 до 400 Дж/см² при опухолях с глубоким инфильтративным ростом – 300–500 Дж/см².

Количество вводимого фотосенсибилизатора рассчитывалось на 1 кг массы тела больного (0,6–0,8 мг/кг). Длительность облучения зависела от размера опухоли

и составляла от 10 до 30 мин. Наблюдение проводили амбулаторно. Результаты. Оценка непосредственных результатов ФДТ производилась в течение 6 мес. Этот срок в большинстве случаев был достаточным для определения рецидива опухоли. Отсутствие рецидива опухоли отмечали у 14 (82,4%), рецидив – у 3 (17,6%) больных. 3 рецидива было у пациентов с нефробластомой IV ст. В таких случаях проведение повторных курсов ФДТ не проводилось из-за распространенности опухоли. При диспансерном наблюдении 14 больных в сроки от 6 мес. до 3 лет рецидивов заболевания не наблюдалось. Выводы. Исследование демонстрирует высокую терапевтическую эффективность ФДТ с использованием лазерного излучения у детей на поздних стадиях развития. При этом у 82,4% детей отмечено отсутствие рецидива опухоли в течение 3-х лет.

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ. ВАРИАНТ УНИФИЦИРОВАНИЯ МЕТОДИК

Ю. Э. Рудин, Д. В. Марухненко, Г. В. Лагутин, Д. К. Алиев, А. Б. Вардак

НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ г. Москва

Цель: Унифицировать подходы к лечению различных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2016 годы оперировано 702 больных с гипоспадией в возрасте от 10 мес. до 18 лет. Первичных больных было 510 (74%), ранее оперированных в других клиниках – 179 (26%). Детей с дистальной формой гипоспадии (502) оперировали, используя методики TIP (Snodgrass), Snodgraft, Mathieu, Ombredanne. Мальчикам с проксимальной гипоспадией (200) выполнена одномоментная операция Dukket у 100 больных и двухэтапная операция Bracka 1 этап и пластика уретры по Duprey вторым этапом у 100 больных.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 5 лет. Стеноз уретры наблюдали у 19 (4%) детей с дистальной гипоспадией, у 18 (18%) больных с проксимальной гипоспадией после одномоментной коррекции. Свищ уретры выявлен у 5–16% больных в зависимости от метода операции при дистальной гипоспадии, при проксимальной гипоспадии после одномоментной коррекции у 16 (16%) пациентов и у 4 (4%) больных после двухэтапной пластики уретры. Вторичная деформация кавернозных тел у мальчиков с проксимальной гипоспадией выявлена у 10% больных. Повторное расправление кавернозных тел потребова-

лось у 7 (7%) детей (после одномоментной коррекции через 7–12 лет после расправления кавернозных тел в грудном возрасте. Свищи уретры были ушиты при вторых операциях с реконструкцией дистального отдела уретры и расширяющей пластикой уретры на головке полового члена. Стенозы уретры устранены рассечением зоны стеноза эндоскопически у 3% больных. В сложных случаях выполнена аугментационная пластика зоны стеноза свободным лоскутом крайней плоти или слизистой щеки. Отдаленные результаты лечения гипоспадии выявили, что наиболее сложной и опасной группой больных во взрослом возрасте можно считать детей, которым проведены одномоментные методики коррекции гипоспадии и двухэтапные методики (если использовались лоскуты мошонки для формирования уретры) на которых росли волосы.

Заключение. Коррекцию гипоспадии наиболее успешно можно проводить, используя операцию Snodgrass при дистальных формах. Методику Snodgraft – при осложненных дистальных формах и у детей с плоской головкой без ладьевидной ямки. Проксимальную гипоспадию целесообразно лечить двухэтапной операцией Bracka для достижения наиболее надежного косметического и функционального результата.

МЕТОДИКА ДИЗЭМБЛИНГА (РАЗБОРКИ) ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИСПАДИЕЙ И ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Алиев Д. К.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, отделение детской урологии

Цель: хирургического лечения аномалии развития полового члена при комплексе экстрофия-эписпадия: увеличение длины кавернозных тел, устранение дорсальной деформации, создание мочеиспускательного канала и улучшение удержания мочи.

Материалы и методы: За период с 2010 по 2016 годы в детском отделении НИИ урологии оперировано 124 мальчика: 88 (67,18%) с экстрофией и 43 (32,82%) с эписпадией в возрасте от 1 года до 17 лет. Первичных больных было 90 (68,7%), ранее оперированных в других клиниках – 41 (31,3%). Первым этапом выполняли закрытие пузыря, с пластикой шейки, мобилизацией ножек полового члена и сведением лонных костей. В возрасте 1–2 лет выполняли пластику полового члена и уретры по Santwell в модификации

Суть модификации в устранении деформации путем выделения кавернозных тел на протяжении ствола, иссечения остатков дорсальной хорды и пластики белочной оболочки члена за счет нанесения множественных

поперечных послабляющих насечек или имплантации свободных лоскутов препуция на дорсальной поверхности полового члена. Пенис разделяли на 3 части: правое и левое кавернозное тело, головка с уретральной площадкой, подлежащим спонгиозным телом и сосудистой ножкой. Уретральную площадку формировали в трубку при первичных операциях или удлиняли тубуляризованным лоскутом крайней плоти на сосудистой ножке при дефиците уретры. Мочеиспускательный канал перемещали под кавернозные тела полового члена. Выполняли идентификацию и сохранение сосудисто-нервного пучка, отвечающего за кровоснабжение головки полового члена и эрекцию. Формировали контур полового члена и проводили пластику крайней плоти. Дренажное мочевого пузыря осуществляли пункционной эпицистостомой и уретральным катетером.

Осложнения в виде свищей уретры наблюдали у 34 пациентов (25,95%). Повторные операции были успешны. Отдаленные результаты прослежены в сроки

от 6 мес. до 6 лет. Мы сравнили длину пениса у больных, которым не сводили лонные кости и не проводили представленный комплекс лечения, с нашими результатами. Размер полового члена у больных получивших комплексное лечение оказался длиннее в среднем на 27%.

Таким образом, мобилизация кавернозных тел на протяжении пенильного отдела уретры и полным устранением деформации с помощью множественных насечек или графтинга в сочетании с пластикой уретры тубуляризованным лоскутом в случае дефицита уретры позволяет увеличить длину члена на 25–30%.

ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЗАКРЫТИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ

Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Карцева Е. В., Медведева Н. В., Рудин А. Ю.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина, филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ. Отдел детской урологии, Россия, Москва; Детская больница св.Владимира, Россия, Москва

Актуальность: Экстрофия мочевого пузыря сложный порок развития, предполагающий этапную коррекцию. Существуют различные взгляды на сроки выполнения первой операции. В соответствии с международным протоколом лечения экстрофии, первичное закрытие мочевого пузыря выполняется в первые 3–5 дней жизни ребенка. Ранние сроки операции обусловлены возможностью выполнения операции и сведения лонных костей без двусторонней подвздошной остеотомии.

Материалы и методы: За период с 1996 по 2017г оперировано 108 новорожденных с экстрофией мочевого пузыря в возрасте от 4 суток до 25 дней. По стандартному протоколу первичного закрытия пузыря выполняется выделение стенки и закрытие мочевого пузыря, сведение лонных костей, ушивание передней брюшной стенки. В соответствии с предложенным нами, расширенным протоколом первичного закрытия мочевого пузыря были дополнительно выполнены: иссечение разрастаний слизистой мочевого пузыря, реимплантация мочеточников в область дна мочевого пузыря с антирефлюксной защитой, мобилизация ножек кавернозных тел от нижней ветви лонной кости, пластика шейки мочевого пузыря, удлинение мочевого пузыря путем надсечения краев стенки детрузора по боковой поверхности.

Полный объем первичного закрытия по расширенному протоколу удалось провести 25 больным за период с 2015-2017 гг. Это были дети с размерами пузырной площадки превышающей 4 см. в диаметре. У детей с малой пузырной площадкой менее 3 см от первичного закрытия в новорожденном периоде мы отказывались с целью подготовки пузыря к операции. Проводили обкалывание стенки пузыря ботулотоксином и растягивание пузыря пальцем в перчатке или баллоном катетера фoley ежедневно в течение 6–8 мес.

Результаты: в послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 6 детей (24%). в виде рецидива экстрофии у 2 (8%) детей, расхождение шейки мочевого пузыря у 2 больных (8%) и частичное расхождение послеоперационной раны у 2 пациентов (8%). Осложнения возникли у маловесных детей, с нарушениями вскармливания и явлениями пареза кишечника в раннем послеоперационном периоде. Повторные операции при рецидиве экстрофии и расхождении шейки мочевого пузыря были успешны. При расхождении послеоперационной раны были наложены вторичные швы. 19 детей имели частичное удержание мочи с последующим ростом мочевого пузыря. И продолжили этапное лечение.

ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СОУСТЬЯ

Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Лагутин Г. В.

НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал «НМИРЦ» МЗ РФ, Россия, Москва

Цель исследования: оценить результаты пневмовезикоскопической внутрипузырной реимплантации мочеточника у детей с рефлюксирующим и обструктивным мегауретером, определить показания и противопоказания, меры профилактики осложнений.

Материалы и методы. В отделении детской уроандрологии НИИ урологии за период с 2013 по 2017 годы оперировано 18 больных, которым выполнена реимплантация мочеточников пневмовезикоскопическим доступом в возрасте от 1 года до 12 лет. Двенадцати детям

(66,6%) операция выполнена по поводу обструктивного мегауретера, у двух (11%) из них сочетающаяся с парауретеральным дивертикулумом, в связи с чем операция дополнена иссечением дивертикула. Реимплантация по поводу рефлюксирующего мегауретера проведена у 6 детей (33,3%). Одному ребенку (5,5%) операция выполнена по поводу рефлюксирующего мегауретера в сочетании с уретероцеле.

Пневмовезикоскопический доступ использовали при объеме мочевого пузыря не менее 100 мл. Выпол-

няли операцию Cohen с формированием подслизистого туннеля длиной 3–4 см. Диспластичная ткань суженного дистального отдела мочеточника резецировалась. Обуживание мочеточника путем его продольной пликацией узловыми швами выполнено 8 из 12 больных. У пациентов с дивертикулум мочевого пузыря при уродинамическом исследовании выявлен спазм наружного сфинктера мочевого пузыря, в связи с чем вмешательство дополнительно введением ботулинотоксина в зону наружного сфинктера 100 ед.

Операции выполнялись 3 мм инструментами, пузырь фиксировали к передней брюшной стенке для установки троакаров. Устье мочеточника выделяли коагуляцией с использованием «hook» (крюк). Устье формировали

6/0 викрил. Фиксировали мочеточник к стенке пузыря не рассасывающейся нитью 4/0 этибонд.

Осложнение пневмозистоскопической реимплантации в виде затека в паравезикальное пространство и парезом кишечника наблюдали у одного ребенка (5,5%).

Результаты. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 месяцев до 3 лет. По данным УЗИ в динамике отмечено сокращение размеров чашечно-лоханочной системы и мочеточника.

Заключение. Использование пневмозистоскопического доступа удобно при больших объемах пузыря. Результаты реимплантации мочеточника по мере набора опыта хирурга становятся сопоставимы с открытыми операциями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия; Тверской государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации

Цель: проанализировать состояние почек по данным статической нефросцинтиграфии при одностороннем гидронефрозе 2–3 степени до и после оперативного лечения для использования в комплексной оценке его результатов.

Материалы и методы: работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 285 детей в возрасте от 3-х месяцев до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в урологическом отделении ДОКБ г. Твери в период с 1994 года по настоящее время. Левосторонний гидронефроз диагностирован у 178 (62,5%) детей, правосторонний у 95 (33,3%). По степеням гидронефроза пациенты распределены следующим образом (классификации Society of fetal urology (SFU)): 2 степень (ст) – 23 больных (8%), 3–203 (71%). Всего выполнено 348 вмешательств: методом выбора оперативного лечения продолжает оставаться операция Хайнес – Андерсена – Кучеры (197 операций 195 детям). Из методов обследования детям до и после оперативного лечения выполнялись: инфузионный вариант экскреторной урографии, ультразвуковое исследование почек с доплерографией сосудов, статическая нефросцинтиграфия.

Результаты: При качественной оценке статических нефросцинтиграмм использовалась классификация (Смирнов И.Е., Зоркин С.Н.) при которой выделяется 3 типа поражений: 1-ый тип – снижение накопления РФП без формирования очагов нефросклероза, 2-ой

тип снижение накопления РФП с формированием единичных очагов нефросклероза, 3-ий тип снижение накопления РФП с формированием множественных очагов нефросклероза, сопровождающее уменьшением размера органа. По данным нашего обследования, до оперативного лечения у детей со 2 ст гидронефроза отмечался преимущественно 2 тип поражения, у детей с 3 ст – 2 и 3 типы. После оперативного лечения со 2 ст гидронефроза – 1 тип, с 3 ст – 2 тип. У каждого 3 пациента со 2 ст до операции в контралатеральном органе имелся 1 тип поражения, а при гидронефрозе 3 ст у 12 больных в контралатеральном органе имелся 2 тип. После оперативного лечения в контралатеральном органе только при 3 степени отмечался 1 тип. При оценке количественного показателя захвата РФП почками при гидронефрозе 2 ст до и после оперативного лечения индексы интегрального захвата были в пределах нормы, для гидронефроза 3 степени отмечалось снижение индекса в пораженном органе. Также следует отметить, что у 19 детей со 2–3 степенью до оперативного лечения имелось снижение секреторной функции не только в больном органе, но и объема общей функционирующей паренхимы. После операции объем функционирующей паренхимы у большинства пациентов был в норме.

Заключение: Устранение обструктивного фактора при гидронефрозе 2–3 ст положительно сказывается на состоянии почечной паренхимы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Карташёв В.Н., Аврасин А.Л., Медведев А.А.

Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия; Тверской государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации

Цель работы: улучшение результатов лечения за счет совершенствования методов и техники операций, повы-

шение качества предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Работа основана на анализе 82 наблюдений за детьми с мегауретером, находившимися на обследовании и лечении в урологическом отделении ДОКБ с 2003 по 2017гг, выполнено 164 операции 82 детям, Из них 58 мальчиков (71%) и 24 девочки (29%). Левосторонний процесс диагностирован у 39 детей (47%), правосторонний 32–39% и двухсторонний 11–14% пациентов. Из 82 детей у 34 (41,5%) было компенсированное состояние мочевой системы, 36 (43,9%) субкомпенсированное, 12 пациентов (14,6%) имели декомпенсацию мочевой системы и ХПН 1–2 ст. Метод операции выбирался в зависимости от состояния мочевой системы. Первой группе детей выполнялось эндоскопическое устранение причины дилатации мочеточника – 86 (52,5%) операций 37 детям, что включало бужирование или стентирование устья мочеточника (с 1999 года), баллонную дилатацию (с 2004 года). Некоторым детям эти манипуляции проводились до 2–3 раз с перерывами в несколько месяцев. В группе пациентов с субкомпенсированной и декомпенсированной формами преобладали этапные операции: первоначальное на-

ложение уретеростомы с последующим выполнением пересадки мочеточника под защитой уретеростомы. Выполнено 78 (47,5%) операций 45 детям (54,9%). После всех видов операций имели место осложнения в виде: отека терминального отдела (7) после бужирования, его стенозирование (2) с обострением пиелонефрита, послеоперационный рефлюкс (1), тампонада мочевого пузыря (2). Обострение пиелонефрита с отеком, стенозированием терминального отдела мочеточника были ликвидированы консервативным путем. Дети с тампонадой мочевого пузыря, послеоперационным рефлюксом оперированы. Всем больным проводилась противосклеротическая терапия, коррекция обменных нарушений, гипоксии, митохондриальной недостаточности.

Выводы: Показания к выбору методов оперативного лечения мегауретера зависят от состояния верхних и нижних мочевых путей, эндоскопические методики показаны в стадиях компенсации и субкомпенсации, этапные операции с уретероцистостомией в стадии декомпенсации.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО НА ФОНЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.

Тверской государственный медицинский университет Минздрава Российской

Клиническое наблюдение:

Мальчик К, 5 суток, поступил 20.07.2014 в отделение реанимации ДОКБ г. Твери с диагнозом: некротический энтероколит ШБ (Walsh, Kliegman), перфорация полого органа, перитонит. Внутриутробная инфекция, церебральная ишемия II, судорожный синдром. Недоношенность 32 нед. Внутриутробный контакт по В-24, HCV.

Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, 1 родов. Мать носитель HCV, ВИЧ с 2007 г., страдает наркоманией с 2008 г. Роды путем кесарева сечения в 32 недели беременности. Вес при рождении 1780 гр, длина 42 см, оценка по Апгар 7\8 баллов. Поступил в ДОКБ с ухудшением: на 5 сутки жизни появился стул с алой кровью, по желудочному зонду обильное застойное отделяемое с геморрагическим компонентом. Кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 154 в минуту. В легких дыхание выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Живот резко вздут, лоснится, пастозный; при пальпации напряжен и болезненный во всех отделах. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Анус в типичном месте, из прямой кишки отходит алая кровь.

После предоперационной подготовки ребенок оперирован: лапаротомия, ревизия кишечника, дезинвагинация, резекция участка тонкого кишечника, наложение двойной илеостомы, дренирование брюшной полости. При ревизии кишечника в 18 см от илеоцекального угла выявлен тонко-тонкокишечный инвагинат протяженностью около 15 см. На расстоянии 2 – х см проксимальнее инвагината обнаружена перфорация участка кишки

на 2\3 диаметра. Выполнена резекция тонкого кишечника в пределах здоровых тканей с формированием двойной илеостомы. При гистологическом исследовании макропрепарата резецированного участка кишечника выявлен некроз кишечной стенки и тромбоз сосудов ее брыжейки.

Послеоперационный период протекал тяжело. Отмечалась длительная анемия, тромбоцитопения, холестатический синдром. Заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Через 43 суток с момента операции произошла эвентрация приводящего отдела илеостомы с ущемлением. Ребенок оперирован в экстренном порядке – выполнено снятие стомы и наложение прямого межкишечного анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал гладко, через 8 суток после данной операции ребенок переведен в хирургическое отделение. Заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. В ДОКБ ребенок провел 72 суток, выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение:

Инвагинация кишечника и некротический энтероколит имеют общие этиопатогенетические факторы – ишемию и реперфузионные состояния в кишке, обуславливающие дискоординацию перистальтики и нарушение мезентериального кровотока, которые могут привести сочетанию этих сложных, взаимоотносящих заболеваний у новорожденного. При диагностике острых процессов в брюшной полости у детей в периоде новорожденности необходима настороженность детских хирургов на встречаемость описанного вида непроходимости кишечника.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД) И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)

Румянцева Г.Н., Смирнова Е.И., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.

Тверской государственный медицинский университет; Детская областная клиническая больница, Россия, Тверь

Цель работы: анализ результатов лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы: за период 2006-2016гг в ДОКБ г. Твери наблюдались 140 пациентов с патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом в возрасте от 2 мес. до 18 лет. Всем пациентам проведен необходимый комплекс обследований, включающий: ЭГДС, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), суточную Рн метрию. У 91% пациентов по результатам клинической картины и данным комплексного обследования был выставлен диагноз ГЭРБ. Морфологическое исследование слизистой нижней трети пищевода выполнено у 80% больных, у 2 выявлен пищевод Баррета. Диагноз ГПОД, по данным рентгенологического исследования ЖКТ и ЭГДС до операции, установлен только 9 пациентам. Консервативная терапия проводилась всем пациентам с ГЭРБ. ГПОД и рецидивирующий характер течения ГЭРБ послужили показаниями к оперативному лечению 20 пациентам. Оперативное лечение выполнялось из лапароскопического доступа. На операции

у всех детей выявлено расширение пищеводного отверстия диафрагмы с отсутствием абдоминального отдела пищевода, увеличение угла Гиса. У 3 детей, ранее оперированных по поводу атрезии пищевода, диагностирован выраженный спаечный процесс в зоне пищеводно-желудочного перехода. Во всех случаях (20) выполнена диафрагмокрурорафия и фундопликация по Ниссену.

Результаты и обсуждения: при анализе проведенного оперативного лечения у всех детей выявлена ГПОД I степени. После оценки результатов (до 1 года.) зарегистрировано отсутствие эзофагита, жалоб на рвоту, изжогу, отрыжку.

Выводы: ГЭРБ является полиэтиологичным заболеванием. При ГЭРБ, плохо поддающимся консервативному лечению, следует прогнозировать наличие ГПОД, даже при отсутствии рентгенологических признаков. У детей с рецидивирующим характером ГЭРБ методом выбора является хирургическое лечение по методике Ниссена, в сочетании с диафрагмокрурорафией.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Румянцева Г.Н., Смирнова Е.И., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.

Тверской государственный медицинский университет; Детская областная клиническая больница, Россия, Тверь

Цель работы: анализ результатов лечения детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

Материалы и методы: за период 2006-2016гг в ДОКБ г. Твери наблюдались 27 детей – с диагнозом врожденная диафрагмальная грыжа. Соотношение лиц мужского 19 (69%) и женского пола 8 (31%) составило 3:2. У 22 детей (81%) диагностирована левосторонняя диафрагмальная грыжа, у 5 (19%) правосторонняя. У 21 ребенка диагностированы ложные грыжи, из них у 2 пациентов выявлена аплазия купола диафрагмы. Встречались следующие сочетанные пороки развития: сложные врожденные пороки развития сердца; гипоплазия легких, врожденные пороки развития мочеполовой системы. Возраст матерей варьировал от 19 до 35 лет, у большинства из них беременность протекала на фоне анемии, гестоза и прерывания беременности. Антенатально диагноз ВДГ, по результатам УЗИ плода, установлен в 7 случаях. Сроки поступления в стационар от 1 суток до 10 суток. В план обследова-

ния входило рентгенологическое исследование и УЗИ органов грудной и брюшной полостей. Все дети были оперированы по стабилизации состояния. С 2012 года все операции по поводу врожденной диафрагмальной грыжи проводились только из торакокопического доступа – 14 операций.

Результаты: в послеоперационном периоде погибло 4 детей с тяжелыми сопутствующими хирургическими и соматическими патологиями. У 23 новорожденных отмечалось полное выздоровление. В 1 случае отмечен рецидив ВДГ, выполнена реторакотомия, обнаружен дефект в диафрагме и ущемление пряди сальника, которая резецирована, дефект ушит, ребенок выписан с выздоровлением.

Выводы: применение современного оборудования для предоперационной подготовки и использование эндоскопического метода в лечение ВДГ, улучшило результаты лечения и снизило показатель смертности новорожденных с этой врожденной патологией.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, ТАКТИКА ВЫБОРА СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ

Русак П. С., Русак Н. П.

Житомирская обласная детская клиническая больница; Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Украина

Актуальность: Некротический энтероколит (НЭК) – одна из основных причин смертности детей в неонатальном периоде (Moore S.W., Arnold M., Wright C., 2013). Необходимо подчеркнуть особенности развития НЭК у недоношенных детей, а именно: проведение таким детям в течение длительного времени парентерального питания, незрелость ферментативных систем и структуры кишечной стенки, вследствие чего возникает нарушение всасывания питательных веществ из просвета кишечника. Таким образом, все факторы риска НЭК имеют синергическое действие с превалированием роли гипоксии плода и незрелости иммунной локальной защиты желудочно-кишечного тракта у данной группы новорожденных.

Цель: проанализировать результаты лечения и выделить факторы риска развития НЭК у новорожденных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 104 новорожденных с НЭК поступивших в ЖОДКБ за период с 2010 по 2015 гг.

Анализ случаев НЭК и частоты его возникновения позволил сделать следующее заключение: у 67 (64,42%) матерей было выявлено патологическое течение беременности; в 45 случаях (43,27%) наблюдалась III–IV беременность по порядку; все дети были недоношенными (100%) и в 70 случаях (67,31%) из общего числа пациенты были маловесные. Необходимо отметить, что среди общего числа детей группа глубоко недоношенных детей (до 28 недель гестации) составила 45 (43,27%) пациентов с весом при рождении до 1000 г (14,42%).

В 87 (83,65%) случаях зафиксировано поступление детей в ЖОДКБ до 10 суток от момента рождения. Острое течение заболевания у данной группы обуславливалось осложненным течением беременности и родов, воздействием таких неблагоприятных факторов, как перинатальная гипоксия, декомпенсация кровообращения вследствие сопутствующей патологии, которая наблюдалась у 27 (25,96%) детей, а также различными токсико-септическими состояниями вследствие внутриутробного или интранатального инфицирования.

При выборе лечебной тактики имеет значение стадия воспалительного процесса: при I – II стадиях проводили консервативное лечение, при III – IV – как консервативное, так и оперативное лечение, при V – VI – оперативное лечение. Показанием к оперативному лечению служили пневмоперитонеум, данные ультразвукового исследования о нарастании количества свободной жидкости в брюшной полости и явления перитонита. Анализируя выбор метода лечения, хирургическую помощь было надано в 20 случаях на стадии заболевания III – IV. Необходимо отметить, что в 6 (30%) наблюдениях дети относились к категории глубоко недоношенных детей до 28 недель гестации и с крайне малым весом при рождении – группа детей с весом до 1000 г составила 5 случаев (25%), что ухудшало прогноз по выживаемости данной категории новорожденных. Кроме этого, у 16 (80%) детей была выявлена тяжелая сопутствующая патология, а у 8 (40%) новорожденных – множественные пороки развития. Летальность в общей группе детей составила 15,38%, в группе прооперированных – 25%. Среди причин смерти новорожденных в послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование НЭК (повторные перфорации кишечника) на фоне ухудшения состояния со стороны сопутствующей патологии, потребовавшее проведения релапаротомии.

Заключение. 1. Полученные результаты данного экспертного исследования (данные акушерско-гинекологического анамнеза матерей, инструментальных методов исследования) позволяют улучшить возможности прогнозирования развития НЭК и разработать комплексный план обследования, выявления факторов развития и лечения данной группы пациентов.

2. Наличие врожденных пороков в сочетании с недоношенностью способствуют развитию и усугубляют течение НЭК, вплоть до развития V–VI стадии и негативного прогноза течения заболевания, что требует повышения эффективности антенатального обследования, а также дообследования новорожденных в постнатальном периоде.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Рыскулбеков М. Р., Омурбеков Т. О., Айбашов К. А.

Медицинский факультет Ошского Государственного университета, г. Ош, Кыргызстан

Цель: определить диагностическое значение ультразвукового метода исследования при эхинококкозе лёгких у детей.

Эхинококковая киста растёт медленно и в большинстве случаев бессимптомно, нередко она достигает в больших размерах, сдавливая окружающие ткани, приводя

к ателектазу, визуализировать сонографическим методом сложности не представляет, особенно тогда, когда киста осложняется перифокальной пневмонией, плевритами, абсцессами. Легко визуализируется плевральный выпот в виде жидкостного содержимого, в первую очередь –

в плевральных синусах. Толщина слоя выпота в синусе свыше 5 мм достоверно определяется при УЗИ, рентгенологически такое количество обычно не выявляется.

При УЗИ не осложнённая эхинококковая киста в лёгких в В-режиме визуализируется в виде округлой или овальной формы образования четкими, ровными контурами, гиперэхогенными стенками до 4–5 мм толщины, гомогенным анэхогенным содержимым. Осложненные нагноением эхинококковые кисты характеризуются негомогенным содержимым, а при отслоении хитиновой оболочки – лоцируются на фоне неоднородности содержимого гипозэхогенных слоистых образований. При ЦДК и ЭДК режимах при всех формах в эхинококковой кисте кровотоков не определяется, тем самым помогает дифференцировать от новообразований.

По данным архивного материала Ошской межобластной детской клинической больницы в период с 2006 по 2016 гг. лечилось 282 ребёнка с эхинококкозом лёгких.

Правосторонняя локализация была отмечена у 133 пациентов (47,2%), левосторонняя – у 128 (45,4%), двухсторонняя – у 21 (7,4%).

Осложненные нагноением кисты было отмечено у 11 пациентов (3,9%), перфорацией в плевральную полость – у 24 (8,5%), прорывом в бронхи – у 10 (3,5%).

Сочетанные поражения с эхинококкозом других внутренних органов отмечено у 22 пациентов (7,8%).

Наряду с рентгенологическим методом исследования УЗИ лёгких проведено всем больным. При этом огромные и осложненные эхинококковые кисты легко визуализированы. В 262 случаях подтверждена эхинококковая киста, в 14 случаях выявлено нагноение кисты, в 2 случаях исключена эхинококковая киста (КТ подтвердила новообразования). Только в 20 случаях малые до 3–4 см в диаметре эхинококковые кисты, располагающиеся в прикорневых зонах, с помощью УЗИ не определялись.

УЗИ помогло также в послеоперационном периоде у детей, оперированных с осложненными кистами для определения срока удаления дренажных труб из плевральных полостей.

Учитывая вышесказанное, а также безопасности, простоты, дешевизны и быстроты использования можно сказать о том, что ультразвуковой метод исследования очень полезен в диагностике эхинококкоза лёгких у пациентов растущего поколения и будет рекомендован освоить методами использования, внедрить в практику всех детских медицинских учреждениях, в том числе и при профосмотрах.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Савлаев К. Ф., Шавырин И. А., Петриченко А. В., Иванова Н. М., Шароев Т. А.

ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого Департамента Здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия

Актуальность: эндопротезирование и органосохраняющее лечение при опухолях у детей улучшает качество жизни и социальную адаптацию маленьких пациентов и является до конца не изученной проблемой.

Цель: улучшение результатов лечения детей, больных злокачественными опухолями путем эндопротезирования с целью сохранения конечности и улучшения качества жизни.

Материалы и методы: в НПЦ эндопротезы применяются при органосохраняющем лечении у детей, страдающих злокачественными опухолями с 2010 года. В указанный период имплантировано 21 эндопротезов 21 пациентам: 13 мальчикам и 8 девочкам в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст – 11 лет). Костные саркомы были у 18 пациентов: в 12 случаях была диагностирована остеосаркома, в 5 случаях саркома Юинга, у 1 пациента выявлена хондросаркома, 1 пациент страдал светлоклеточным раком почки с метастазом в проксимальный отдел левой плечевой кости, у 1 ребенка был метастаз ангиосаркомы печени. Поражение проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости было у 6 пациентов, у 2 детей отмечалось тотальное поражение большеберцовой кости, 2 детей с тотальным поражением бедренной кости, 3 больных были с поражением проксимального эпиметадиафиза плечевой кости, 4 па-

циента с поражением проксимального эпиметадиафиза бедренной кости, 4 детей с поражением дистального эпиметадиафиза бедренной кости, у 1 больного поражение проксимального эпиметадиафиза бедренной кости. «Растущие» эндопротезы имплантированы 11 пациентам от 4 до 15 лет, из них 7 имплантов не требовали дополнительного хирургического вмешательства для дистракции, которая осуществлялась за счет воздействия электромагнитного поля.

Результаты: в настоящее время 2 пациентов погибли от метастазов и прогрессирования болезни, 19 живы и находятся в ремиссии. У 1 больного отмечалась нестабильность дистальной ножки эндопротеза, что потребовало ревизии и фиксации. У 2 детей нейропатия большеберцового нерва и контрактура суставов. У 1 ребенка отмечался некроз кожных лоскутов послеоперационной раны, устраненный пластическим вмешательством. У 1 ребенка инфицирование эндопротеза, купированное консервативно.

Выводы: органосохраняющее лечение представляет собой приоритетное направление в педиатрической онкоортопедии, что имеет большое значение с деонтологических и социальных позиций, существенно повышая качество жизни пациентов, и должно проводиться в специализированных клиниках.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Савчук М.О.

ГБУЗ «Детская Республиканская больница», г. Петрозаводск

Инфантильная гемангиома – распространенная доброкачественная сосудистая опухоль, наблюдающаяся в основном у недоношенных и девочек раннего возраста, с преимущественной локализацией на голове и шее. Поскольку в раннем возрастном периоде прогноз довольно сложен, лечение гемангиом, следует начинать как можно раньше, и даже недоношенность ребенка не является противопоказанием к раннему лечению.

С 2013–2016 гг. в ГБУЗ ДРБ был введен метод консервативного, комбинированного лечения гемангиом различной локализации с использованием препарата – пропранолол (анаприлин) per os и местной терапии препаратом тимолол 0.5% р-р, в виде аппликаций на образование трижды в день по 30 мин.

В настоящее время пролечено 79 пациентов, в основном это дети до года. Из них мальчиков 29 (36%), девочек 50 (63%). У 67 (84%) больных достигнут полный терапевтический эффект (от полного исчезновения до единичных точечных бледно-розовых вкраплений). У 5-и (6%) детей не было никакого эффекта от терапии, что потребовало выполнения оперативного вмешательства в 4-х случаях и в одном проведение склеротерапии 1% р-ром фибро-вейна. Еще одну группу из 7 (9%) боль-

ных составили дети, у которых было достигнуто уменьшение размеров образования, изменение цвета от малинового до светло-красного и бледного, но оставался склеротический элемент, что являлось косметическим дефектом.

Длительность лечения в среднем колебалась от 2-х до 8 месяцев. Терапевтическая дозировка составляет в среднем 2 мг/кг/сут на 2–3 приема. Всем пациентам лечение проводилось под ежедневным контролем гемодинамики, повторное ЭКГ выполнялось на 3–4 день госпитализации. При урежении ритма снижали дозировку до 1–1,5 мг/кг/сут. Эффективность лечения оценивали по фотографиям и клиническому осмотру, которые проводились 1–2 раз в месяц, с корректировкой дозировки препарата.

На основании нашего опыта можно сделать выводы, что пропранолол, как системный препарат и 0.5% р-р тимолола, как препарат местной терапии, эффективны и достаточно безопасны при лечении инфантильной гемангиомы и должны применяться в качестве препаратов первого ряда. Комбинированное использование этих препаратов делает терапию гемангиом наиболее эффективной.

АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОЖОГОМ ПЛАМЕНЕМ

Салистый П.В., Сайдгалин Г.З., Бикташев В.С.

ДГКБ №9, Россия, Екатеринбург

В 2017 году, в ожоговом центре ДГКБ№9 проходила лечение девочка, пострадавшая на пожаре частного дома.

На примере этого ребенка было реализовано несколько современных постулатов оказания неотложной помощи детям с острой ожоговой травмой на территории Свердловской области.

Ребенок был поставлен на мониторинг в ТЦМК, началось дистанционное, почасовое консультирование и оказание реанимационной помощи.

Вылет бригады был осуществлен в светлое время суток на вертолете территориального центра медицины катастроф. На месте проведена коррекция терапии, и, ребенок был доставлен в Детскую городскую клиническую больницу №9, отделение реанимации и анестезиологии, где продолжена активная противошоковая терапия.

Выполнена трахеостомия и санационная бронхоскопия с дальнейшими бронхоскопическими и ингаляционной терапией.

Перевязка проведена в конце первых, начале вторых суток с целью определения тактики.

После установления диагноза: Термический ожог (пламенем) ШАБ-IV ст. S- 50% головы, лица, тела, конечностей. Термо-ингаляционная травма, отравление продуктами горения, начата дезэскалационная терапия антибиотиками, проведена ранняя некрэктомия в 2 этапа с последующими отсроченными аутодермопластиками.

В лечении больной применялись различные современные раневые покрытия, включая коллагеновое покрытие «Джи-Дерм».

Необходимо отметить отсутствие у ребенка септических атак. Быстрый регресс полиорганной недостаточности.

Все время нахождения ребенка в стационаре проводилось позиционирование кистей, активная разработка суставов. Области крупных суставов оперировались с учетом их функции, и в первую очередь, для ранней реабилитации. На лице – пластика неперфорированными лоскутами для лучшего косметического результата. Ребенок выписан из стационара на 72 сутки от поступления.

Таким образом, необходимо констатировать важность ранней транспортировки, для начала оказания высококвалифицированной помощи и.

Правильно установленный диагноз в ранние сроки, позволяет начать качественную, интенсивную реанимационно-анестезиологическую помощь и хирургическое лечение.

В выхаживании больного немаловажную роль играют качественные, современные, биопластические раневые покрытия.

Активная хирургическая тактика позволяет сохранить жизнь больного, и начать его раннюю реабилитацию.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Самурганов Н.О., Филиппева Н.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия, Ставрополь

Цель:

1. сформировать четкий алгоритм действий при получении химического ожога пищевода в детском возрасте
2. Определить этапность, сроки и объем медицинской помощи на каждом из этапов.

Материалы и методы: В отделении гнойной хирургии с 2012 по 2016 год ГБУЗ СК «Краевой детской клинической больницы» г. Ставрополя находилось 84 ребенка с химическими ожогами верхних отделов пищеварительного тракта.

Результаты: В связи с агрессивностью жидкостей отмечено, что в 76,2% развиваются осложнения в виде

рубцовых стриктур, что обуславливает неоднократную госпитализацию детей для проведения этапного бужирования пищевода. Эффективность бужирования отмечалась в 96,4% случаев, а неэффективность в 3,6%. При неэффективности бужирования 2 (2,4%) детям выполнено стентирование пищевода биодеградирующими стентами, 1 (1,2%) ребенку создание искусственного пищевода.

Выводы: Сформированный нами четкий алгоритм действий при получении химического ожога пищевода у детей дает возможность достижения положительных результатов в лечении ожогов пищевода и предупреждения возможных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРАВМЫ И ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Саруханян О.О., Григорьева М.В., Хорчинова Э.Э.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы; ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность: В структуре хирургических вмешательств по поводу острых заболеваний яичка у детей значительное место занимают диагностические операции. Однако острые воспалительные заболевания органов мошонки – орхит, эпидидимит, эпидидимоорхит, также перекрут гидатиды в некоторых случаях, многие травмы мошонки не требуют хирургического лечения.

Цель: Улучшить результаты лечения травм и острых заболеваний яичка у детей.

Материалы: В наше исследование было включено 734 пациента мужского пола в возрасте от 1 мес до 18 лет, поступивших в НИИ НДХиТ с 2009 по 2016 год. Использование ультразвукового исследования мошонки позволяло установить клинический диагноз без хирургического вмешательства у большинства больных. Такие неотложные состояния, как перекрут яичка и травматический разрыв яичка безусловно требовали экстренного хирургического вмешательства в первые часы после поступления больного.

В структуре острых заболеваний яичка у детей на первом месте по частоте был перекрут гидатиды, всего 529 больных, или 72% в нашем исследовании. При неосложненном течении перекрута гидатиды (129 пациентов или 24,3% всех больных с перекрутом гидатиды)

патогенетически обосновано проведение консервативного лечения с динамическим клиническим и ультразвуковым контролем. Неэффективность консервативного лечения при перекруте гидатиды послужила показанием к хирургическому лечению в отсроченном порядке у 5 (0,9%) пациентов. При осложненном течении перекрута гидатиды 395 пациентам (74,6% всех больных с перекрутом гидатиды) было проведено хирургическое лечение – удаление гидатиды.

Из 59 пациентов с травмой органов мошонки УЗИ позволило выявить и локализовать ушиб мягких тканей и гематомы оболочек яичка у 33 мальчиков, посттравматический эпидидимит – 12, ушиб яичка в 9 случаях. УЗИ позволило нам установить точный диагноз с локализацией повреждения и исключить сомнения в разрыве яичка у этих больных. При гематоме оболочек яичка, ушибе яичка и семенного канатика, посттравматическом эпидидимите мы проводили консервативное лечение. При выявлении эхографических признаков разрыва яичка у 5 пациентов было произведено оперативное вмешательство в экстренном порядке.

При установлении по клинико-эхографическим данным диагноза «эпидидимит, эпидидимоорхит, орхит» было проведено консервативное антибактериальное

и противовоспалительное лечение 95 больным (13%). Перекрут яичка являлся абсолютным показанием к экстренной операции у 51 больного (7%).

Заключение: Таким образом, дифференцированное лечение острых заболеваний яичка позволяет добиться хороших результатов зачастую без операционной трав-

мы и дополнительных соответствующих рисков. Разработанный нами протокол оказания экстренной помощи детям с острыми заболеваниями яичка на практике доказал свою эффективность. Применение такого подхода позволило нам добиться хороших результатов лечения, без операции в 23,9% случаев.

ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ У ДЕТЕЙ

Сварич В. Г., Ислентьев Р. Н., Лисицын Д. А., Перевозчиков Е. Г.

Республиканская детская клиническая больница, г. Сыктывкар

Цель: Улучшение результатов оперативного лечения пупочной грыжи у детей

Материалы и методы: В период с 2007 по 2017 год в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Сыктывкара проведено оперативное лечение по поводу пупочных грыж у 1544 детей. Грыжесечение по Лексеру использовано у 1296 (83,9%) детей. Новый способ грыжесечения выполнен у 248 (16,1%) пациентов. Из особенностей техники нового оперативного вмешательства (приоритетная справка №2016133271 от 11.08.2016) следует отметить следующее. Остроконечным скальпелем производятся два симметричных прокола кожи над и под пупком. За центр кожного пупка натягивают грыжевой мешок и через прокол под пупком под контролем проводят спинальную иглу с запрошенной в нее нерассасывающейся лигатурой по касательной к грыжевому мешку, строго в месте перехода его вертикальной части в горизонтальную, с целью профилактики оставления нелигированной дистальной части грыжевого мешка, и выкалывают иглу через прокол кожи над пупком. Иглу удаляют, оставляя проведенную с ее помощью лигатуру. Далее иглу без лигатуры проводят

аналогичным образом с противоположной стороны. В ее дистальный конец запрошивают ранее проведенную с другой стороны лигатуру и выводят через проксимальный конец наружу. После удаления спинальной иглы лигатура завязывается. Узел погружается под кожу, концы лигатуры срезаются. Проколы кожи обрабатываются антисептиком.

Результаты: Средняя длительность новой операции составила две минуты против десяти минут при грыжесечении по Лексеру. Так же сократилось количество используемого хирургического инструментария и шовного материала вдвое. В группе детей, оперированных по способу Лексера, послеоперационные осложнения отмечены у 26 детей (2%) – лигатурный свищ послеоперационного рубца. После нового способа операции осложнений не было и, наряду с хорошим косметическим результатом значительно снизился болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.

Выводы: Использование нового способа грыжесечения при пупочной грыже у детей упрощает технику операции, уменьшает время операции и риск послеоперационных осложнений, сохраняет анатомию пупочной области, устраняет этап ушивания послеоперационных ран.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОПЕРКАРДА «БИОКАРД» У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Свирский А. А., Махлин А. М., Севковский И. А., Жук Е. Н.

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

Введение. Лечение врожденной диафрагмальной грыжи (ВДГ), особенно у детей первого месяца жизни, является сложной междисциплинарной проблемой. Задача хирурга состоит в выборе оптимального доступа и эффективной пластики дефекта диафрагмы, способствующей обеспечению дыхательной функции и профилактике рецидива грыжи. Не всегда возможно закрыть дефект, используя местные ткани, в этих случаях применяются различные виды заплат. Материал для заплата должен быть безопасным, прочным, не вызывать воспалительной реакции, не отторгаться и мигрировать, не влиять на рост и развитие грудной клетки, вызывая ее деформации. В настоящее время применяются заплата из различных синтетических материалов (Surgisis, SIS, ePTFE Gore-Tex и т. д.).

Совместным Белорусско-голландским предприятием ООО «Фармлэнд» выпущен биопротез перикарда «Био-

кард», который широко используются при реконструктивных операциях на сердце, сосудах, диафрагме, трахее, бронхах и передней брюшной стенке, как у взрослых, так и у детей.

Цель. Определить эффективность и безопасность применения «Биокарда» для пластики диафрагмы у детей с ВДГ.

Материалы и методы. В период с 1993 по 2017 г. в РНПЦ детской хирургии наблюдалось 166 детей с врожденной диафрагмальной грыжей, из них 145 пациентов новорожденных, и 21 детей старше одного месяца жизни. С 2009 года в клинике основным методом хирургического лечения врожденной диафрагмальной грыжи является торакоскопическая пластика диафрагмы. Всего выполнено 66 миниинвазивных вмешательств. **Результаты.** Заплата из ксеноперикарда «Биокард» применялась в 14 случаях (8,4%), в 10 из них для первичной пластики (у 9 детей выполнена торакоскопическая пластика, у одного ребенка

выполнена конверсия на торакотомию), и у 4 детей с рецидивной грыжей. Были изучены непосредственные и отдаленные результаты (5 лет наблюдения). Выполнено КТ, рентгенологическое и общее клиническое обследование пациентов. Достоверных отличий от основной группы – пациентов, которым выполнена пластика диафрагмы без применения заплат не выявлено. Осложнений в раннем послеоперационном и долгосрочном периоде у пациентов с первичной пластикой заплатой из «Биокарда», и при рецидивных диафрагмальных грыжах не выявлено. У одного ребенка после первичной пластики диафрагмы заплатой через 2 года произошел рецидив грыжи. Через

3 года выполнена реоперация с применением вновь заплаты из «Биокард».

Выводы. Использование ксеноперикарда «Биокард» для коррекции больших дефектов у новорожденных с ВДГ при первичной пластике, и у детей с рецидивами грыж, является безопасным и эффективным методом.

Доступность и дешевизна ксеноперикардиальных заплат «Биокард» делает его материалом выбора при реконструктивных операциях.

Требуется дальнейшее изучение результатов применения «Биокарда» для объективной оценки, в связи с небольшим количеством пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИШЕЧНЫХ СТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Семенюта А. А., Новожилов В. А., Козлов Ю. А., Степанова Н. М., Милюкова Л. П.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, Иркутск; Иркутский государственный медицинский университет, Россия, Иркутск; Ангарская городская детская больница № 1, Россия, Ангарск

Цель: проведение анализа использования кишечных стом в лечении новорожденных и детей грудного возраста.

Метод основан на анализе 278 карт детей за период с 2004 по 2016 гг. Группу включения составили пациенты от 1 сут до 6 мес жизни с врожденной и приобретенной патологией ЖКТ, которым выполнены энтеро- и колостомии. ВАР составили 59,3% (165): аноректальные пороки – 40,6% (67), атрезии тонкой кишки – 7,9% (13), атрезия толстой кишки – 10,3% (17), болезнь Гиршпрунга и дисганглиоз толстой кишки – 15,2% (25), заворот тонкой кишки – 7,3% (12), мекониевый илеус – 9,7% (16), омфалоцеле – 1,8% (3), эктрофия клоаки – 3,6% (6), внутриутробный перитонит – 3,6% (6). Приобретенные заболевания ЖКТ в 40,7% (113): НЭК – 78,7% (89), стеноз анастомоза, несостоятельность анастомоза – 14,2% (16), спаечная непроходимость – 7,1% (8). В зависимости от клинической ситуации в 85,2% (155) использовалась илеостома, еюностома – в 14,8% (27). Анастомоз Bishop-Coop у 20 (11,0%) пациентов. На уровень формирования стомы на толстой кишке влияла форма аноректальной мальформации: сигмостома – 83 (74,8%), трансверзостома – 15 (13,5%), десцендостома – в 4 (3,6%), асцендостома – в 5 (4,5%), цекостома у 4 (3,6%) больных.

Результаты и обсуждения. Наиболее частой причиной формирования кишечных стом являлись аноректальные

мальформации и НЭК. Тонкокишечные стомы в преобладающем большинстве формировались способом Милулича на уровне илеум; при множественных некрозах и перитоните – терминальная илеостома. Еюностома накладывалась строго по показаниям. При атрезии подвздошной кишки, меконеальном илеусе и невозможности проведения радикальной операции наиболее рациональным являлось выполнение Т-образного анастомоза Bishop-Coop. При атрезии толстой кишки предпочтение отдавалось Т-образному варианту анастомоза с выведением колостомы или отдельной трансверзостомии с целью устранения острой кишечной непроходимости. Цекостома выполнялась с целью декомпрессии при тяжелом фибринозно-гнойном адгезивном процессе, после множественных резекций, требующих программированной лапаротомии. Структура осложнений: периколостомическая инфекция – 17 (6,1%), технические погрешности у 15 (5,3%) пациентов (эвагинация – 4 (1,4%), параколостомическая грыжа – 1 (0,3%), некроз стомы – 4 (1,4%), стеноз – 2 (0,6%), межкишечные абсцессы – 4 (1,4%).

Вывод. Проведенный анализ показывает необходимость тщательного индивидуального подхода в выборе рациональной тактики и технического решения задач, стоящих перед хирургами, в определении стратегии коррекции аномалий и заболеваний ЖКТ у новорожденных.

КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИН ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Слизовский Г. В., Козырев А. А., Федоров М. А., Кужеливский И. И.

ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Россия, Томск, Кафедра детских хирургических болезней

Цель и задачи. Определить оптимальную методику при хирургической коррекции ВДГК. Задачей исследования является создание устройства, позволяющего минимизировать интраоперационные и послеоперационные риски при данном виде вмешательства.

Материалы и методы. В ФГБОУ ВО СибГМУ на базе БСМП № 2 г.Томска с 2010 по 2015 год находилось 20 больных с воронкообразной деформацией грудной клетки. Всем больным выполнена коррекция деформации грудной клетки с использованием гладких

пластин из никелида титана, изготовленные индивидуально для каждого пациента (ширина пластин 15 мм, толщина 1,8 мм, длинна варьировала от 240 до 360 мм). Пластины разработаны на базе НИИ медицинских материалов ТГУ. Пациенты после операции переводились в реанимационное отделение на управляемом дыхании, через 6–8 часов переводились на самостоятельное. Проводился аппаратный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ, исследование капиллярной крови на уровне гемоглобина, гематокрита, парциального давления кислорода и углекислого газа, показателей кислотно-щелочного и электролитного состояния. Выполнялось УЗИ и R-графия ОГК с целью исключения наличия жидкости и воздуха в плевральной полости. На 3 сутки больные переводились в палату, где им разрешалось сидеть. На 4 и 5 сутки больным разрешалось вставать и ходить по палате, а так-

же дыхательная гимнастика и ношение корсета. При отсутствии патологических клинических, лабораторных и инструментальных обследований все пациенты выписывались на 10–12 сутки. Через 6 мес проводили контрольную R-графию ОГК и УЗИ плевральных полостей.

Результаты.

В 16 случаях (80%) достигнуто полное устранение деформации у пациентов. В 4 случаях (20%) возникли явления пневмоторакса, которые были благополучно купированы.

Выводы.

Использование пластин из никелида титана снижает риск таких интра- и послеоперационных осложнений, как повреждение внутренних органов и тканей (перикарда, сердца, плевры), а также позволяет повысить эстетический результат операции.

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Смирнов А. К., Завьялов А. Е., Каширин С. Д., Насирова В. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Россия, Барнаул

Цель: определить актуальность проблемы ожогов пищевода, стенозов пищевода в настоящее время, оценить эффективность лечения послеожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей методом стентинга путем ретроспективного анализа историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края.

Материалы и методы: за период 2006–2017 гг. на базе клиники детской хирургии АГМУ пролечено 180 детей. Основным этиологическим фактором возникновения рубцовых стенозов пищевода явился пероральный прием обжигающих веществ (у 18 детей – 10% – факт проглатывания ребёнком какого-либо средства родители отрицали). В 60% случаев основным химическим реагентом стала уксусная эссенция, в 40% – щелочь содержащие средства (средства для розжига костров, моющие средства и др.). Определяющими диагностическими методами стали рентгенография пищевода с контрастированием барием (90%), водорастворимым контрастным веществом (10%) и эндоскопическое исследование пи-

щевода и желудка. В раннем послеожоговом периоде 20% детей находилось в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации по тяжести состояния, наличия осложнений.

Методами лечения являлись: прямое бужирование пищевода – 4 пациента, антеградное бужирование за нить – 76, в остальных случаях проводился стентинг пищевода, всего за указанный период – у 100. После постановки стента дети адаптировались в течение 2–5 дней. Для уменьшения дисфагии, профилактики эзофагита назначались жирогормональные смеси.

Выводы: по настоящее время ожоги пищевода, постожоговые стенозы пищевода являются актуальной проблемой, требующей длительной совместной работы с большим анестезиолога и хирурга. Стентинг пищевода позволяет уменьшить сроки лечения и количество бужирований в постожоговом периоде. Применение стента-полутрубки возможно при любой локализации стеноза пищевода.

ОСТРЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕВОЧЕК

Смирнов А. Н., Чундокова М. А., Черкесова Е. М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Введение. Острые боли в животе – частая причина обращения детей в стационар в экстренном порядке. Особенности поведения, трудности при сборе анамнеза, осмотре и диагностике усугубляются у девочек присоединением гинекологической патологии.

Цель исследования. Проанализировать причину острых болей в животе у девочек, находившихся на лечении в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова за 5 лет.

Материалы и методы. С 2010 по 2015г в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова находилось на лечении 4642 девочки, поступившие с острыми болями в животе. Большинство пациенток поступило с диагнозом подозрение на острый аппендицит (93%). Хирургические экстрагенитальные заболевания (различные формы аппендицита, дивертикул Меккеля, ущемленная паховая грыжа) выявлены у 1102 (24%), педиатриче-

ские – у 3244 (70%), гинекологические – у 296 (6,4%) детей.

Результаты. Девочкам с гастроэнтерологическими (кишечная колика, мезаденит, гастродуоденит, дискинезия, панкреатит) и урологическими (ИМВП, почечная колика, пиелонефрит, МКБ) заболеваниями в первую очередь исключена хирургическая патология, выполнено обследование и симптоматическое лечение. Все дети с хирургической патологией оперированы.

Из девочек с гинекологическими заболеваниями консервативное лечение проводилось у 147 (3,16%). Девочкам с предменструальными болями (2,5%), и острыми воспалительными заболеваниями ПМ (0,62%) проводилась симптоматическая терапия, консультация гинеколога и, по показаниям, перевод в гинекологическое отделение.

Оперировано 149 (3,2%) девочек с гинекологическими заболеваниями, в различные сроки от начала заболевания, все лапароскопически. Причем среди всех девочек, оперированных по поводу болей в животе, дети с гинекологическими заболеваниями составили 11,9%. Дооперационный диагноз установлен в 42% случа-

ев клинически и эхографически. При кистах яичника (1,36%) и гидатидных маточных труб (1,03%) выполнялось удаление образования. При апоплексии яичника (0,47%) – санация брюшной полости, остановка кровотечения. Все девочки с перекрутом ПМ (0,34%) оперированы, у 6 детей выполнена аднексэктомия, у 10 – органосохраняющая операция, несмотря на выраженные признаки ишемии. Сопутствующая аппендэктомия выполнена по показаниям у 133 детей.

Все дети с патологией органов малого таза консультированы гинекологом, после выписки направлены под наблюдение районного специалиста.

Выводы. Девочки с болями в животе требуют внимательного подхода при выборе тактики ведения. Редкая встречаемость гинекологической патологии в практике детского хирурга может приводить к поздней диагностике этих заболеваний. Консультации смежных специалистов (гинекологов, урологов, гастроэнтерологов) – необходимы для полноценного обследования и лечения. Длительно (более 1–2 суток) сохраняющийся болевой синдром в нижних отделах живота является показанием для проведения диагностической лапароскопии.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОАДЕНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Смирнова Н. Е., Белоус Р. А., Степаненко Е. А., Недид С. Н., Щур А. Ю., Цыганчук Е. В.

ГАУЗ Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница»

Цель: улучшить результаты лечения фиброаденомы молочной железы.

В хирургическом отделении АОДКБ с 2006 г по 2017 оперирована 31 девочка в возрасте от 13 до 17 лет с диагнозом фиброаденома молочной железы. Гистологическое исследование выполнено в 100% случаев. Анализ данных гистологии показал, что из 10 девочек, оперированных в период 2006 по 2012 гг., в 5 случаях имели место кисты, это составило 50% ошибок при хирургическом лечении. Оперативное лечение при кистах молочных желез в пубертатном периоде не показано. Во всех случаях показания к операции выставлял маммолог. С периода 2012–2017 гг все девочки перед оперативным лечением были обследованы у эндокринолога, гинеколога, всем было выполнено УЗИ малого таза и молочных желез, щитовидной железы и исследование гормональ-

ного фона. Оперативное лечение выполнялось в первой половине цикла, только после оценки всех результатов исследования, после осмотра маммологом и выполнения пункции образования. Таким образом с 2012 по 2017 гг., операции выполнены 21 девочке в пубертатном периоде, из них при анализе данных гистологии у 5 имели место кисты, что составило 23%. Из 31 оперированной пациентки 1 осложнение – кровотечение из раны, потребовавшее хирургической коррекции.

Результаты: обследование девочек по современным протоколам, позволило снизить количество ошибок при оперативном лечении, улучшить результаты операций.

Выводы: необходимо улучшить качество предоперационной УЗИ диагностики молочных желез, соблюдать сроки выполнения оперативного вмешательства, улучшить качество цитологического исследования пунктата.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Соколов Ю. Ю., Донской Д. В., Аллахвердиев И. С.

Детская городская клиническая больница святого Владимира

Актуальность – инвагинация кишечника – одно из известных и достаточно частых заболеваний детского возраста, но случаи рецидивирующей инвагинации на фоне органических причин крайне редки и сложны для дооперационной диагностики.

Цель работы – определить возможности лапароскопического метода в выявлении и устранении рецидивов инвагинации кишечника у детей.

За период с 2010 по 2016 годы в ДГКБ святого Владимира находилось на лечении 350 детей с кишечной инваги-

нацией в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Консервативное расправление инвагинации выполнено 274 пациентам. Оперировано 76 больных. Показаниями к лапароскопии служили неэффективная консервативная дезинвагинация и рецидивирующие инвагинации кишечника (всего 27 детей). У 21 пациента органической причиной инвагинации являлись эмбриональные тяжи. В 3 наблюдениях после иссечения эмбриональных тяжей отмечались рецидивы. В одном случае было диагностировано удвоение терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена резекция данного участка подвздошной кишки, формирование тонко-тонкокишечного анастомоза. Во втором наблюдении был диагностирован полип терминального

отдела подвздошной кишки. Выполнена эндоскопическая полипэктомия. В третьем наблюдении при повторной лапароскопии выявлено опухолевидное образование в области терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена ревизия данного участка через пупочный доступ экстракарпорально, резекция кишечника, формирование тонко-тонкокишечного анастомоза. По результатам патогистологического исследования у ребенка выявлена эктопия слизистой поджелудочной железы. В дальнейшем рецидив инвагинации кишечника не отмечался.

Таким образом, лапароскопия является важным методом диагностики и лечения при рецидивирующих инвагинациях кишечника у детей.

ОПЫТ ТОРАКОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ГРЫЖАМИ ДИАФРАГМЫ

Соколов Ю. Ю., Хаспеков Д. В., Топилин О. Г., Карцева Е. В., Кузнецова Е. В., Кирсанов А. С., Дземешко Е. В.

Кафедра детской хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ; ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»; ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ» г. Москва

Цель: Улучшить результаты эндохирургических вмешательств при врожденных диафрагмальных грыжах (ДГ) у детей.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2017 годы оперированы 86 детей с различными видами ДГ. Возраст пациентов варьировал от 2 суток до 16 лет, из них 32 ребенка были в периоде новорожденности и имели вес от 1,5 до 3 кг. Пациенты с ложными грыжами Богдалека (n-58), истинными заднелатеральными грыжами (n-6) и релаксацией диафрагмы (n-14) были оперированы торакоскопическим доступом. Дети с грыжами диафрагмы Морганьи-Ларрея и парастеральными грыжами (n-8) были оперированы лапароскопическим доступом. При релаксации левого купола диафрагмы в 3 случаях выполнена торакоскопическая коррекция порока с лапароскопическим мониторингом. В 5 случаях грыж Богдалека при больших дефектах диафрагмы были установлены показания к протезированию диафрагмы путем имплантации пластины ксеноперикарда.

Результаты. В послеоперационном периоде после торакоскопических вмешательств по поводу грыж Богдалека отмечены следующие осложнения: пневмоторакс – у 3 (4,6%), хилоторакс – у 4 (6,3%), рецидив – у 5 (4,6%). После коррекции релаксации диафрагмы перфорация толстой кишки отмечена в 1 (7,1%) случае, рецидив грыжи выявлен у 2 (14,2%) детей. После лапароскопических вмешательств у детей с грыжами Ларрея отмечено наибольшее число рецидивов – 3 (37,5%). В 2 наблюдениях при рецидивах ДГ повторные вмешательства были выполнены из лапароскопического доступа, в остальных 8 случаях использован лапаротомный доступ. Летальные исходы отмечены только в группе новорожденных детей и составили 3 (4,6%) случаев.

Выводы. Оптимизация хирургической тактики и усовершенствование ряда технических приемов позволяет значительно снизить количество осложнений раннего и отдаленного послеоперационного периодов у детей с различными видами врожденных ДГ.

НОВОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ГИДРОНЕФРОЗАХ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

Соловьев А. Е.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Россия, Рязань

Цель: изучить эффективность нового оперативного вмешательства при гидронефрозе подковообразной почки у детей.

Методы: для выявления функции мочевыводящих путей и почек до и после операции по поводу гидронефроза подковообразной почки у детей по новой методике использовали данные сонографии, экскреторной урографии, микционной цистографии, компьютерной ренангиографию.

Оперировано 21 ребенок: наложен лоханочно-мочеточниковый анастомоз.

Техника операции: лоботомным доступом выделяется пиелоретральный сегмент и гидронефротическая лоханка. В дистальной части лоханки выкраивается окно

овальной формы, затем продольно рассекается мочеточник в верхней трети и накладывается широкий пиелоретероанастомоз по типу бок в бок в дистальной части гидронефротической лоханки (ниже естественного лоханочно-мочеточникового соустья у нижнего полюса почки). Существующий пие-лоуретеральный сегмент оставляется. Оперативное вмешательство производится под 5-кратным увеличением, с использованием микрохирургической техники. Применяется рассасывающий атравматичный шовный материал. Собираетельная система почки не дренируется. Операционная рана ушивается наглухо.

Отдаленные результаты проведенных исследований позволили фиксировать хорошие исходы нового оперативного пособия.

ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ЭКТОПИЯ УДВОЕННОГО МОЧЕТОЧНИКА И ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ

Соловьев А. Е.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Цель: проведено сопоставление уровня эктопии устья мочеточника и функции сегмента удвоенной почки.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии за 20 лет. находилось 46 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с полным УВМП и ПМР 11-1У степени (классификация международного комитета по изучению ПМР у детей), которым было проведено хирургическое лечение.

У 35 детей отмечался ПМР в один из удвоенных мочеточников (у 33- с 1 стороны, у 2- с 2 сторон), у 11 детей – в оба мочеточника (у 10 – с 1 стороны, у 1 – с 2 сторон). Зарегистрирован ПМР 11 степени в 15 мочеточников, ПМР 111 степени – в 29, ПМР 1У степени – 17 мочеточников.

Диагноз ПМР в УВМП ставили на основании данных сонографии, экскреторной урографии, микционной цитографии. Степень эктопии устья рефлюксирующего мочеточника и его форму определяли цистоскопически и интраоперационно, используя схему R.P. Lyon. Для выявления степени и характера нарушений уродинамики верхних и нижних мочевых путей проводили

исследования на аппарате «Уротест-5», которые включали урофлоуметрию, ретроградную цистотометрию, профилометрию уретерovesикального сегмента (УВС), уретеротометрию. С целью определения степени снижения функции сегмента удвоенной почки с ПМР использовали компьютерную ренангиографию.

Результаты: проведенное сопоставление уровня эктопии устья мочеточника и функции сегмента почки показало, что чем латеральнее и проксимальнее устье мочеточника смещено от тригонума (зоны Д, В и С), тем более выражено снижение функциональных параметров почечной паранхимы нижнего сегмента, а степень смещения функции верхнего сегмента прямо зависит от степени смещения устья мочеточника медиально в зоны Е и F. Следовательно, уровень эктопии устьев мочеточников при УВМП может являться косвенным признаком тяжести поражения сегмента почки. Результаты проведенных исследований позволили нам выработать оптимальную тактику лечения больных с ПМР в УВМП.

НЕЙРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Соловьев А. Е.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Россия, Рязань

Цель: изучить диагностику и результаты лечения нейробластом у детей.

Материалы: за последние 15 лет наблюдали 36 детей в возрасте от 3 до 18 лет с нейробластомой. Диагностика была основана на данных осмотра, УЗИ и рентгенологических методов исследования.

У одного ребенка опухоль локализовалась на шее и проросла в грудную полость. У 14 детей, среди которых 8 девочек и 6 мальчиков, нейробластома располагалась в заднем средостении. 6 из них были в возрасте до 1 года. Справа опухоль локализовалась у 9 детей, слева у 5. Среди всех опухолей надпочечника чаще всего у детей встречаются нейробластомы. Ультразвуковое исследование и КТ при отсутствии гиперпродукции гормонов дают возможность заподозрить нейробластома.

У 1 из 17 детей с опухолями надпочечников диагностировали аденому, у 3- феохромоцитому, у 13- нейробластома (у 9 слева).

Среди детей с нейробластомой надпочечника девочек было 4, мальчиков 5 в возрасте от 1 года до 9 лет.

С паравертебральной локализацией нейробластомы, под нашим наблюдением находилось 8 детей. Из них мальчиков было 4, девочек 4 в возрасте от 2 до 8 лет. Чаще опухоль локализовалась слева (до 5). При этом у 2 детей опухоль проросла из заброшенного пространства в заднее средостение.

Результаты: из 36 детей с нейробластомой в разные сроки умерло 14 детей. Радикальное удаление опухоли эффективно только у детей 1 года жизни. Химиотерапия была эффективной у 50% прооперированных детей.

ДЕФОРМАЦИЯ ОПОРНЫХ РЕБЕР ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО D. NUSS

Стальмахович В. Н., Дуденков В. В., Дюков А. А., Дмитриенко А. П.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск; Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

Цель: выявить влияние металлоконструкции на опорные ребра при торакопластике по D. Nuss. и предложить технологию, профилаксирующую пролежни ребер.

Проведено проспективное исследование у 230 детей, оперированных по поводу воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК). У 114 детей операция про-

ведена по классическому методу D. Nuss, у остальных 116 она выполнена по авторской модификации, предусматривающей дополнение к торакопластике по D. Nuss: торакоскопию с обеих сторон с надсечением хрящей деформированных ребер и продольное рассечение наружной кортикальной пластинки грудины под эндоскопическим контролем с созданием подкожной эмфиземы. При анализе выявлено, что у 37 детей возникла деформация/пролежни опорных ребер в месте давления на них металлоконструкции. При этом формирующаяся костная мозоль охватывала металлическую пластину почти муфтообразно, что значительно затрудняло выполнение второго этапа – удаление металлоконструкции. При этом приходилось травматично мобилизовать пластину из костной ткани, что сопровождалось кровотечением, причем доступ проводился с обеих сторон. Послеоперационный период у этой группы детей характеризовался длительным болевым синдромом. В одном наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде

возникла напряженная гематома в фиброзной капсуле, сформировавшейся вокруг металлоконструкции, что мы также объясняем пролежнем на ребре и эрозией надреберного сосуда. У 36 больных с вторичной деформацией опорных ребер была проведена торакопластика в возрасте от 15 до 18 лет по методу D. Nuss. У данной группы детей была ригидная форма грудной клетки и 3 степень деформации. У троих из них ВДГК была тотальной, по типу «каньона». В группе детей, оперированных по нашей методике, только у одного больного с деформацией по типу «каньон» третьей степени была деформация опорных ребер. Столь значительное отличие в группах объясняется применением наших дополнений в технике торакопластике, уменьшающих силу нагрузки металлоконструкцией на опорные ребра. Таким образом, подросткам старше 15 лет с ригидной воронкообразной формой грудной клетки и третьей степени деформации показано применение торакопластики в нашей модификации.

РОЛЬ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЭНДСКОПИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Стальмахович В. Н., Кайгородова И. Н., Ли И. Б., Ангархаева Л. В.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск; Иркутская государственная областная детская клиническая больница.

Цель: определить роль и место внутрисветной эндоскопии в диагностике и лечении онкологических заболеваний у детей.

Современные высокоразрешающие методы лучевой диагностики, большие возможности по определению широкого перечня онкомаркеров позволяют выявить опухоль, установить ее органную принадлежность, отношение к магистральным сосудам и выбрать правильную лечебную тактику при большинстве солидных опухолей. Пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием материала является, как правило, последней инстанцией диагностического процесса. Однако, не редки случаи, когда топографическое расположение узла опухоли (рядом с магистральными сосудами, в средостении, корне брыжейки), его строение или не позволяют провести навигационную пункцию, или прогнози-

руется ее малая информативность. В таких случаях мы применяли внутрисветную эндоскопию для забора «большого» фрагмента опухоли. За последние 5 лет наиболее часто проводилась лапароскопическая биопсия печени (11 детей), опухоли корня брыжейки (9 детей), опухоли полости малого таза (6 случаев), опухоли переднего средостения (6 пациентов). На этапах химиотерапевтического лечения, по рекомендации онкологов, с целью определения степени патоморфоза в редуцированной опухоли у 10 больных лапароскопия позволяла выполнить визуальный контроль результатов химиотерапии (second look) и забор гистологического материала. Использование внутрисветной эндоскопии для этих целей становится все более актуальным и незаменимым. Наличие современной эндоскопической аппаратуры и многолетний опыт позволили избежать осложнений.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ)

Староверов О. В.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ДГКБ№9 им. Г. Н. Сперанского

Цель исследования: определение наиболее важных, основных проблем в лечении пациентов с гипоспадией на основе оценки результатов 40-летнего опыта лечения.

Методы: мы провели катamnестический анализ, наблюдавшихся в клинике 1369 пациентов. Оценка проводилась с помощью широкого спектра параметров, таких как: тип гипоспадии, наличие хорды, искривления полового члена,

сопутствующей патологии половых органов, наличие гипоспадии у ближайших родственников, места жительства, возраста и профессии и наличие заболеваний у родителей. Мы оценивали тип оперативного вмешательства, выполнение хирургического лечения в один или два этапа, формирование головки полового члена, используемый шовный материал, способы закрытия линии швов сформированной уретральной трубки, виды и длительность дренирования мочевого пузыря, причины осложнений.

Основные результаты: значительное снижение послеоперационных осложнений произошло при введении в практику нового монофиламентного шовного материала (с 25,5% осложнений (623 пациентов, 159 осложнений) до 10,9%, применение во время операции перемещенного лоскута из подкожных тканей крайней плоти для закрытия линии швов сформированной уретры позволило снизить осложнения – до 5% (230 пациентов,

12 осложнений). При анализе локализации послеоперационных кожно-уретральных свищей, было установлено, что в 34% случаев свищи располагались в зоне исходного местоположения гипоспадического меатуса и в 31% осложнений (свищи, меатостеноз, расхождение швов), были связаны с формированием головки полового члена. Изучение нормального строения головки полового члена, разработка новых принципов ее формирования, изучение причин развития осложнений в области исходного расположения наружного отверстия уретры и разработка новых оперативных методов позволило снизить количество осложнений до 2%.

Выводы: формирование головки полового члена и закрытие швов создаваемой уретры, выпрямление полового члена, оценка отдаленных результатов лечения, являются ключевыми проблемами гипоспадиологии на современном этапе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Стемплевский О. П., Булыгина Е. А., Тимонин П. А., Отрошок Е. В.

Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Россия, Иркутск

Целью настоящей публикации является анализ результатов хирургического лечения детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса и оценка его эффективности. В отделении травматологии и ортопедии ИГОДКБ в период с 1995 по 2015 год находились 377 детей (мальчиков – 287 (76,1%), девочек – 90 (23,9%) в возрасте от 3 до 14 лет с болезнью Легга-Кальве-Пертеса. В данную группу вошли пациенты с II–III–IV–V стадиями заболевания. С II стадией заболевания оперировано 70 пациента, с III стадией – 181, с IV стадией – 99, с V стадией патологического процесса пролечено 27 больных. Одностороннее поражение сустава – у 345 пациентов (91,5%), двустороннее у 32 больных (8,5%). При этом заболевание левого сустава отмечалось у 178 больных (51,6%), правого – 167 больного (48,4%). Решающую роль в определении тактики лечения играло, кроме рентгенологического исследования, компьютерная томография, позволяющая отнести данное поражение головки бедра к той или иной группе классификации Catterall. Применялись следующие оперативные вмешательства: 1) Туннелизации – всего у 102 больных (27,1%), из них: туннелизация шейки бедренной кости – 19 (7,4%); туннелизация шейки бедренной кости с применением биосовместимых композиционных имплантатов – 12 (4,8%); штифтование шейки бедренной кости аутооттрансплантатом – 2 (0,8%);

туннелизация шейки бедренной кости с применением активированной аутооспонгиозы – 69 (26,9%). 2) Корректирующая (деторсионная, деторсионно-варизирующая, варизирующая, вальгизирующая) остеотомия бедра, металлостеосинтез – 114 больных (30,2%). 3) Корректирующая остеотомия бедра, металлостеосинтез, в сочетании с туннелизацией шейки бедренной кости с применением активированной аутооспонгиозы – 161 (42,7%).

Оценка результатов лечения проводилась в среднем через 3–5 лет со дня операции на основании рентгенологических (форма головки бедра и стабильность сустава) и клинических данных. Оценка результатов проводилась по группам Catterall: 1) Группа Catterall I и II – хорошие результаты получены в 83%; удовлетворительные – 17%. 2) Группа Catterall III – хорошие результаты получены в 74%, удовлетворительные – 21%, неудовлетворительные – 5%. 3) Группа Catterall IV – хорошие результаты получены в 61%, удовлетворительные – 18%, неудовлетворительные – 21%.

Таким образом, при выборе метода хирургического лечения необходимо учитывать размеры и локализацию очага некроза эпифиза и центрацию головки бедра в вертлужной впадине. Методом выбора мы считаем применение корректирующей остеотомии бедра с туннелизацией шейки бедренной кости с применением активированной аутооспонгиозы.

ВРОЖДЁННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Степаненко Е. А., Белоус Р. А., Смирнова Н. Е., Щур А. Ю., Недид С. Н., Кряжевских О. В., Яцишин Д. А., Гремблат А. Б., Поляшов А. С.

ГАУЗ Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница»

Цель: Анализ лечения детей с врождённой диафрагмальной грыжей на базе Амурской областной детской клинической больницы.

Материалы и методы: С 1995 по 2016 гг. пролечено всего 31 ребёнок с ВДГ, все грыжи были слева, при этом в 26 (83,92%) случаях были ложные грыжи, в 5 (16,1%)

была релаксация диафрагмы. Мальчиков было из них 21 (67,7%), девочек 10 (32,3%), новорожденные дети 19 (61,3%), дети старшего возраста 12 (38,75), при этом средний возраст детей старшего возраста составил 4,6 лет. Среди новорожденных у 9 детей (47,4%) были множественные пороки развития. Все дети были оперированы, при этом в 1 случае (3,2%), было выполнено торакоскопическое ушивание дефекта диафрагмы, 4 детям (12,9%) выполнялась торакотомия, остальным 19 пациентам (83,9%) выполнялась лапаротомия. У 2 новорожденных было невозможно ушить дефект диафрагмы, в результате чего в одном случае выполнялась пластика диафрагмы реберной дугой, во втором случае потребовалось использование заплаты в виде сетки «Prolen». У одного новорожденного после низведения внутренних органов в брюшную полость, невозможно было ушить брюшную полость, что заставило выполнить синопластику передней брюшной стенки.

Результаты: Выписано с выздоровлением 20 человек (64,5%), летальность 11 детей (35,8%). Среди новорожденных летальность составила 10 пациентов (52,6%), 1 из умерших детей поступил в возрасте 9 месяцев с клиникой острой сердечно-сосудистой недостаточности, в результате ущемления тонкой и толстой кишки в дефекте истинной диафрагмальной грыжи слева, с развитием острой кишечной непроходимости, синдрома внутригрудного напряжения. У 1 ребенка (3,2%), был рецидив диафрагмальной грыжи после лапаротомической операции, что потребовало повторной операции через 9 месяцев, была выполнена торакотомия, ушивание дефекта диафрагмы, ребенок жив.

Заключение: Большая часть умерших детей были новорожденные с тяжелой сопутствующей патологией, а также до внедрения использования высокочастотной вентиляции и отсроченного оперативного вмешательства у новорожденных пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М. Н. Сухов., И. П. Лывина, А. Г. Нарбутов, Т. Н. Комарова, М. В. Исаева

ФГБУ Российская Детская Клиническая Больница Минздрава России

Введение: Вазоренальная гипертензия представляет собой тяжелое заболевание, характеризующееся подъемом 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 проходимость почечных артерий (ПА) атероартериит (АА) и фибромускулярная дисплазия (ФМД).

Материалы и методы: За период с 2002 по 2017 год в отделении сосудистой хирургии РДКБ проходили обследование и лечение 19 пациентов с вазоренальной гипертензией в возрасте от 2 до 17 лет. В комплекс обследования входили: клинические анализы, УЗИ, КТ с контрастированием, ангиография, скинтиграфия 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 скинтиграфии. У 6 пациентов (31%) в связи с резким снижением либо отсутствием функции почки была выполнена лапароскопическая нефрэкто-

мия. 12 детям (63%) выполнено аорто-ренальное шунтирование «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 16 пациентов (87,5%). Среди них полной отмены гипотензивной терапии удалось добиться у 7 детей (37,5%), в остальных случаях было уменьшено количество и дозировка препаратов. В 1 случае цифры АД существенно не изменились, ребенок наблюдается нефрологом. 1 ребенок выбыл из-под наблюдения по неустановленным причинам.

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.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Талыпов С. Р., Андреев Е. С., Иванова Н. Н., Казанцева Е. В., Меркулов Н. Н., Ускова Н. Г.

Актуальность: При неэффективности консервативной терапии детей с различными гематологическими заболеваниями, проявляющимися глубокой и продолжительной панцитопенией, методом выбора является хирургическое вмешательство – удаление селезенки.

В настоящее время лапароскопическая спленэктомия и холецистэктомия является золотым стандартом в детской хирургии.

Цели и задачи: Целью настоящего исследования явилось обобщение собственного опыта оперативных вме-

шательств на селезенку пациентов с гематологическими заболеваниями и кистами селезенки.

Материалы и методы/пациенты: В отделении хирургии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева с 2012 года выполнено 72 операций на селезенке 22 холецистэктомии у 85 пациентов с врожденными анемиями, патологией гемостаза. Кроме того, один ребенок оперирован с абсцессом селезенки, развившимся на фоне СПИДа, трое детей по поводу абсцессов селезенки на фоне грибкового поражения, трое детей по поводу кисты селезенки. В структуре гематологических заболеваний преобладал наследственный сфероцитоз – 43 пациента, ИТП – 8, бета-талассемия – 3, гепатолиенальной лимфома – 3,9 пациентов – единичные случаи серповидно-клеточной анемии, волосатоклеточного лейкоза, и др. Одновременно 9 пациентам симультанно выполнялись холецистэктомия/томия, 4 – биопсии печени и 2 – биопсия л/узлов брюшной полости.

Большинство оперативных вмешательств (69) начиналось с лапароскопии (из них 11 – конверсия), в остальных случаях начинали сразу с лапаротомии. Выбор способа выполнения спленэктомии определялся размерами селезенки, тяжестью состояния пациента, предшествующими операциями.

Результаты и обсуждение: Из интраоперационных осложнений, повлекших за собой конверсию, имело

место ранение коротких сосудов желудка (2 случая), ранение желудка (1 пациент), в остальных случаях к конверсии прибегли по техническим причинам. Среди послеоперационных осложнений нам встретились в трех случаях развитие тяжелого панкреатита, обусловленного интраоперационной травмой поджелудочной железы (пострезекционный панкреатит), в двух случаях сформировался поддиафрагмальный абсцесс, разрешившийся после повторной лапароскопии и санации. У двух пациентов в сроки 5 и 14 дней после операции отмечалось развитие транзиторных микроциркуляторных мозговых нарушений, проявившихся слабостью, потерей сознания, дискоординацией. При проведении КТ и МРТ головного мозга и ЭЭГ данных за ОНМК выявлено не было.

Выводы: спленэктомия в детской гематологии является достаточно сложным оперативным вмешательством, что обусловлено тяжестью анемического синдрома, цитопенией, размерами селезенки, а также компенсаторными возможностями организма, но в большинстве случаев, операция может быть выполнена лапароскопически. Возможность выполнения симультанных операций на желчном пузыре и выполнение биопсии структур брюшной полости также осуществимо и определяется опытом хирурга.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ СОЛИДНОЙ ОНКОЛОГИИ

Талыпов С. Р., Варфоломеева С. Р., Качанов Д. Ю., Шаманская Т. В., Андреев Е. С., Иванова Н. Н., Казанцева Е. В., Меркулов Н. Н., Оганесян Р. С., Ускова Н. Г.

Актуальность: Видеоэндоскопические операции в настоящее время являются золотым стандартом лечения общей хирургической патологии у детей и, благодаря постепенному накоплению опыта их выполнения, занимают все большее место и в детской онкологии, как на диагностическом этапе, так и в лечебном.

Цели и задачи: Провести анализ лечебных видеэндоскопических операций, выполненных в нашем центре у детей с солидными опухолями торако-абдоминальной локализации.

Материалы и методы/пациенты: В отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева за период с февраля 2012 по февраль 2016 года было выполнено 163 лечебных видеэндоскопических операции, направленных на удаление солидных опухолей торако-абдоминальной локализации. Из указанного числа операций, 91 составили лапароскопии, 72 – торакоскопии. Лапароскопическое удаление опухолей выполнялось у детей с забрюшинными нейрогенными опухолями в 60 случаях, доброкачественными образованиями и кистами яичников (9), кровоизлияниями в надпочечник (3), опухолями почек (3), псевдопапиллярными опухолями поджелудочной железы (2), а также в других случаях (9).

Удаление торакоскопическим доступом проводилось при нейрогенных опухолях в 49 случаях, опухолях лег-

ких (12), бронхогенных кистах (3), кистах пищевода (3), опухолях тимуса (2) и других солидных образованиях (5).

Соотношение по полу (мальчики: девочки) составило приблизительно 1:1,2. Минимальный возраст пациента был 1 месяц, максимальный – 19 лет.

Видеоэндоскопическое оперативное вмешательство осуществлялось из трех- или четырехтракарного доступа. Образование выделялось острым путем с использованием биполярной или УЗ-коагуляции. В случае выявления кист яичников проводилось их вылушивание. Во всех случаях после удаления образование погружалось в эндоскопический контейнер, извлекалось из полости через расширенное отверстие одного из троакаров.

Результаты и обсуждение: Время хирургической части операции составило от 20 мин до 4,5 часов и зависело от размеров и локализации опухоли и хирургических рисков.

Максимальный объем интраоперационной кровопотери (удаление ганглионейромы средостения) составил 300 мл у пациента 6 лет, весом 20 кг (18% ОЦК) за 4,5 часа. У этого же пациента опухоль была наибольших размеров – 76x57x130 мм (275 мл).

К переходу на открытую операцию (конверсия) прибегли в 19 случаях: 6 – недостаточный объем брюшной полости/

большой объем опухоли, 6 – профузное кровотечение, 5 – спаечный процесс в брюшной полости, 2 – при торакоскопии не найдены очаги в легком. За исключением указанных интраоперационных кровотечений, других осложнений не отмечено. У 7 детей в послеоперационном периоде был отмечен хилоторакс/хилоперитонеум, в дальнейшем разрешившийся положительно на фоне консервативной терапии.

В двух случаях, после проведенных операции по поводу удаления нейробластомы средостения, при дальнейшем наблюдении выявлен локальный рецидив,

что потребовало выполнения повторной операции (торакотомия, удаление).

Выводы: Видеоэндоскопические операции у детей с солидными опухолями торако-абдоминальной локализации, обладают рядом определенных преимуществ перед открытыми операциями: лучший обзор, меньшая травматичность, короткий реабилитационный период. Использование минимально инвазивных технологий позволяет добиться хороших результатов у детей с онкологической патологией.

ДЕТИ С ЭПОПАДНОЙ АТРЕЗИЕЙ

Тараканов В. А., Терещенко О. А., Клименко А. Н., Полев А. В.

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

Цель: улучшение хирургической методики восстановления пищевода у детей с его атрезией.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 21-го ребенка с различными формами атрезии пищевода (АП). Классическая форма порока с дистальным трахео-пищеводным свищем была выявлена у 19 человек. Бессвищевая форма АП диагностирована у 2-х человек. Возраст пациентов колебался от 2-х месяцев до 2-х лет.

Операции выполняли из абдоминального доступа – у 16-и детей, абдомино-торакального – у 5-и детей. При бессвищевой форме АП формирование эзофагогастроанастомоза проводилось в заднем средостении, у остальных – в области шеи. У всех пациентов операцию завершали выведением еюностомы с целью раннего энтерального кормления.

Послеоперационный период протекал тяжело вследствие лёгочно – сердечной недостаточности. В ближайшем послеоперационном периоде развивались: гидроторакс (3 случая), гидроперикард (1 случай), формирование наружного свища эзофагогастроанастомоза в области шеи (7 случаев), сепсис (2 случая). Свищ эзофагогастроанастомоза с подтеканием слюны всегда закрывался самостоятельно в течение 5–7 дней. В отдаленном периоде (через 6 месяцев): стеноз эзофагогастроанастомоза и га-

строэзофагеальный рефлюкс. Стеноз устраняли однократным бужированием, а гастро-эзофагеальный рефлюкс самостоятельно купировался с ростом пациента.

Летальность составила 9,5% (2 больных) вследствие сопутствующей патологии. Хирургических осложнений в группе умерших детей не было. Катамнестическое наблюдение за детьми проведено в течение 13-и лет после операции.

Результаты и обсуждение. 1. Нарушений пищеварения и моторно-эвакуаторной функции перемещённого в средостение желудка мы не наблюдали. 2. Физическое развитие детей после операции соответствует возрасту. 3. При бессвищевой форме АП сохраняется анатомо-физиологическая константа орального сегмента пищевода с ранним началом самостоятельного энтерального питания.

Выводы. Перемещение желудка в заднем средостении является полноценным методом оперативного лечения по замещению пищевода, позволяющим восстановить утраченный анатомо-функциональный статус и качество жизни ребенка. При бессвищевой форме – радикальный этап можно выполнять в младенческом возрасте, не выписывая ребенка из стационара. Отдаленные результаты оперативного лечения позволяют с надеждой смотреть на полную медико-социальную адаптацию детей с атрезией пищевода.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕТИПРЕД В ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Тараканов В. А., Пелипенко Н. В., Стрюковский А. Е., Колесников Е. Г., Вардосанидзе Ш. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Россия, Краснодар

Цель работы: оценка эффективности применения препарата «Метипред» в лечении детей с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Материалы и методы: Располагаем опытом лечения 382 детей с ХОП. Были диагностированы следующие степени ХОП: I – 92 детей (23,9%); II – 188 больных (49%); III – 102 пациентов (26,9%). Интерес представляли 46 больных с эрозивно-язвенными эзофагитами на фоне ХОП III степени (12,1% случаев), что препятствовало проведению раннего бужирования.

В зависимости от метода купирования эзофагита, были сформированы 2 группы детей идентичные по возрасту, полу и нозологии. В 1-й группе лечение проводилось по традиционной методике. Во 2-й группе лечение было дополнено применением обкалывания зоны стеноза препаратом «Метипред».

Результаты и обсуждение. В 1-й группе длительность лечения эзофагита составляла – 3 месяца. Длительность бужирования 3–48 месяцев. Во 2-й группе лечение сопровождалось обкалыванием зоны воспаления

препаратом «Метипред». Длительность лечения 1,5 месяца, что позволило начинать бужирование в более ранние сроки и сократить длительность общего лечения с 48 до 36 месяцев.

Выводы: применение препарата «Метипред», позволяет сократить длительность противовоспалительной терапии в 2 раза, а общую продолжительность лечения на 27,26%.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ»

Тарасов А.А., Зузова А.П., Степанов В.Н.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, Смоленск

ПИЕЛОНЕФРИТ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ И СОЧЕТАННЫМ ПОРОКАМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тарасова Д.С., Морозов Д.А., Лакомова Д.Ю., Морозова О.Л.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва; ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

При сочетании аноректальных мальформаций (АРМ) с пороками развития мочевыводящих путей (МВП) ряд факторов, предрасполагающих к персистенции хронического латентного воспаления в МВП. В связи с этим, очевидна высокая потребность клиницистов в чувствительных и высокоспецифичных скрининговых методах диагностики и мониторингования хронического пиелонефрита (ХП) детей с АРМ.

Цель исследования: определение уровня биологических маркеров в динамике течения пиелонефрита у пациентов с аноректальными мальформациями и пороками развития мочевыводящей системы

Материалы и методы: обследованы 54 пациента с хроническим пиелонефритом, из них 40 пациентов имели врожденные пороки МВП в сочетании с пороками аноректальной области (1 группа), и 14 детей – без аноректальных пороков (2 группа). Проведено количественное определение биомаркеров (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α , IL-1RA, P, MCP-1, IL-10, VEGF, СРБ) в сыворотке крови и моче методом иммуноферментного анализа. Исследование проводили в 3 точках: при поступлении пациента в стационар, до начала антибактериальной терапии (1 точка), через 5–7 дней от начала курса лечения (2 точка) и через 1,5 месяца после лечения (3 точка).

Результаты: анализ результатов исследования содержания различных цитокинов в моче показал, повышение содержания IL – 10 и MCP – 1 и нормальный уровень

IL-1 β , IL-6, IL-8, и VEGF в 1 точке исследования у детей с ХП с АРМ.

У пациентов 2 группы в 1 точке с ХП без АРМ уровень указанных цитокинов оставался в пределах нормы. Во 2 точке исследования как в 1 группе, так и во 2 группе пациентов, несмотря на значительное клиническое улучшение и нормализацию анализов мочи, было установлено значительное повышение концентрации всех исследуемых цитокинов мочи в обеих исследуемых группах.

Спустя 1,5 месяца после проведенного лечения, купирования симптомов воспаления и нормализации лабораторных анализов повторно определен уровень в различных группах. У пациентов без АРМ IL-8 и MCP-1 были увеличены, IL-1 β , IL-6, и VEGF были близки к контрольным значениям, и ИЛ-10 был ниже контрольного значения, это указывает на частичное разрешение воспалительного процесса.

Заключение: у пациентов с АРМ в сочетании с пороками развития МВП, имеющими хронический пиелонефрит в стадии обострения определяются высокие концентрации цитокинов мочи (IL-1 β , IL-6, IL-8, MCP-1 и VEGF) даже спустя 1,5 месяца после проведения антибактериальной терапии, когда полностью отсутствуют клинические проявления воспаления в МВП. У таких пациентов высок риск развития хронической болезни почек и они требуют длительного мониторинга персистенции латентного воспалительного процесса в МВП.

МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАЛОУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Тен К.Ю., Красильников А.А., Тен Ю.В., Полянская М.О., Гамзалиева З.

Алтайский медицинский университет, Россия, Барнаул

Цель: оценить эффективность применяемых методик оперативного лечения врожденного мегауретера у детей путём ретроспективного анализа историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края.

За период 1988–2017 гг. в клинике проходило обследование и лечение более 600 детей различного возраста с диагнозом как пузырно-мочеточникового рефлюкса (75%), так и обструктивного мегауретера (25%).

Наиболее частыми жалобами, послужившими причиной первичного обращения, стали лейкоцитурия (90% больных), длительный субфебрилитет (50%). До 2015 г. при подтвержденном диагнозе мегалоуретера выполнялась уретероцистонеоимплантация с антирефлюксной защитой мочеточников по Коэну через поперечный разрез над лоном до забрюшинного пространства у 80% больных, уретероцистонеоимплантация по Политано-Леадбеттеру у 20%. С 2015 г. в клинике начали выполняться эндоскопические уретероцистонеоимплантации с антирефлюксной защитой мочеточника по Коэну. Всего за 2015-2017 гг. пролечено 3 больных с ПМР IV степени и 1 пациент с обструкцией дистального отдела мочеточника. Произведена оценка времени оперативного вмешательства с учётом анестезиологического пособия.

Результаты: во всех исследуемых клинических случаях дети выписаны с выздоровлением. Наблюдение в динамике в отдалённом периоде после проведённого оперативного лечения как открытого, так и эндоскопического не выявило существенных патологических, воспалительных изменений со стороны мочевыделительной системы (при условии отсутствия сопутствующей патологии). При эндоскопическом вмешательстве сокращается срок пребывания ребёнка в стационаре в 1,5 раза, до минимума снижается риск возникновения местных осложнений послеоперационной раны.

Выводы: эндоскопическая уретероцистонеоимплантация отличается малой травматичностью и обладает высокой клинической эффективностью при лечении детей с врожденным мегалоуретером. При двусторонних процессах методом выбора остаётся открытая операция.

КОНГРУЭНЦИЯ МОДИФИКАЦИЙ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Тен Ю. В., Бойко А. В., Тен К. Ю., Елькова Д. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Россия, Барнаул

Цель: определить показатели рационального выбора метода оперативного лечения врождённых гидронефроз у детей на примере пациентов клиники детской хирургии Алтайского края.

Произведен ретроспективный анализ историй болезни 618 пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с диагностированной как пренатально, так и в старшем школьном возрасте обструктивной нефропатией на различных стадиях, пролеченных и наблюдавшихся в последующем в динамике за период 1974-2017 гг. Посредством статистической обработки полученных данных осуществлена качественная оценка исследуемых методов коррекции обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента.

За исследуемый период 550 пациентам с обструкцией ЛМС проведена пластика по Хайнс-Андерсену-Кучера из дорсолюмбального доступа по Нагамацу, у 50 пациентов – при помощи люмботомии по Федорову. Самый маленький пациент к моменту оперативного вмешательства достиг 2-недельного возраста. Обязательным условием проведения открытой пиелопластики являлась постановка нефростомы, антеградного мочеточникового стента и за-

брюшинного дренажа. Перед удалением нефростомы проводилась её тренировка посредством пережатия на определяемые состоянием больного промежутки времени. Все больные выписаны с выздоровлением, при контрольных госпитализациях через 3, 6, 12, 24, 36, 48, 60 месяцев не наблюдалось признаков обострения пиелонефрита, лоханка в динамике сокращалась, увеличивалась толщина паренхимы (по УЗИ), улучшалась выделительная функция (по экскреторной урографии). Косметический эффект удовлетворил 100% пациентов. При помощи лапароскопии пластика ЛМС выполнена 18 пациентам, основная масса – дети до 1 года. По мере освоения методики сокращалось время её выполнения. Дренирование мочеточника выполнялось в 50% случаев ретроградно. Количество полученных осложнений минимально.

Заключение: по эффективности методики открытой и эндоскопической пиелопластики равны. Индивидуальный подход выбора методики, основанный не только на объективном подходе к заболеванию, но и учитывающий человеческий фактор врача и пациента, обеспечивает наиболее положительный результат оперативного лечения

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ У РЕБЕНКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тен Ю. В., Клейменов Е. В., Каширин С. Д., Юров А. П., Елькова Д. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Россия, Барнаул

Девочка 7 лет доставлена в Хирургическое отделение нашей клиники из ЦРБ с жалобами на болезненное образование в правой половине живота, вялость.

Из анамнеза: ребенок получил уличную травму при падении с высоты 1 м на живот. Госпитализирована в ЦРБ, где при обследовании выявлен разрыв правой

почки, урогематома, травматический шок 1 степени. Ребенок консультирован краевым детским хирургом – учитывая тяжесть состояния было рекомендовано консервативное лечение. Получала: постельный режим, холод, обезболивание, гемостатическую терапию, гемотрансфузию, антибиотики. Состояние стабилизировалось. На 15 сутки после травмы ребенок переведен в специализированное отделение.

При поступлении в клинику ребенок осмотрен, обследован, диагноз подтвержден по данным УЗИ: разрыв правой почки, урогематома справа. Продолжено лечение: антибактериальная терапия, постельный режим.

В ходе динамического наблюдения состояние ухудшилось, появилась волнообразная лихорадка.

Спустя 2-е суток после поступления, выполнено дренирование урогематомы забрюшинного пространства справа троакаром 12Ch под контролем УЗИ. Получено 550 мл мутной жидкости серо-розового цвета, оставлен дренаж.

Девочка продолжила получать антибактериальную, симптоматическую терапию. На 19 сутки от установки дренажа выполнена фистулография – определяется

контрастирование деформированной ЧЛС, мочеточника на всем протяжении. Затека контраста за пределы почки нет. По данным урографии – ЧЛС справа деформирована, затеков контраста за пределы почки нет. При контрольном УЗИ почек: явная положительная динамика.

На 20-е сутки после установки удален дренаж. На 23-е сутки после госпитализации девочка выписана домой с выздоровлением.

Обследована в катамнезе, через год после травмы. При осмотре в правой поясничной области нормотрофический рубец 0,5*0,5 см. Поясничная область симметричная, кожа не изменена. Почки не пальпируются, их проекция безболезненна. УЗИ почек: контур правой почки сохранен, кровоток не нарушен. При урографии – выделительная функция почки сохранена.

Таким образом, выжидательная тактика и применение пункционного дренирования урогематомы под контролем УЗИ позволило добиться полного выздоровления у ребенка с тяжелой травмой почки и избежать нежелательных последствий связанных с оперативным вмешательством и высоким риском нефрэктомии.

РАННИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ

Тимофеева А. В., Мельников А. В., Горелик А. Л., Карасева О. В., Рошаль Л. М.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия, Москва

Актуальность: В виду высокого темпа остеогенеза у детей, сроки реконструкции переломов лицевого скелета остаются актуальным вопросом.

Цель: Оптимизировать хирургическую тактику при переломах лицевого скелета в зависимости от тяжести и сочетанности повреждений.

Пациенты: За 5 лет в НИИ НДХиТ прошло 482 пациента с травмой лицевого скелета. Из них тяжелая сочетанная травма была диагностирована у 161 (33,4%) ребенка, изолированная краниофациальная травма (КФТ) – у 66,6% пациентов. КФТ легкой степени, т.е. вовлечение одной зоны лицевого скелета, имела место у 72,9% пациентов, средней степени тяжести – у 24,6%, панфациальная травма – у 1,6%. Оперативные вмешательства были выполнены 40,35% больных с изолированной КФТ и 56,5% – с сочетанной КФТ.

Результаты: При изолированной КФТ реконструкцию лицевого скелета производим в 1–2 сутки после предварительного дообследования. Репозицию всех переломов выполняем в одну операцию от наиболее стабильного фрагмента сверху-вниз или снизу-вверх.

При сочтенной КФТ хирургическая тактика зависит от стабильности жизненно-важных функций у пациента. Экстренные оперативные вмешательства были выполнены 86,9% больных (чрезкожная пунктирно-дилатационная трахеостомия – 34,8%; двучелюстное шинирование – 21,7%; тампонада носа – 8,7%; ПХО ран лица – 13%). Реконструкцию лицевого скелета вы-

полняем по достижению стабилизации состояния пациента (3–4 сутки). Одномоментно были прооперированы 61,5% детей, в два этапа – 38,5%, что связано с тяжестью сочетанной патологии.

Для фиксации переломов используем титановые минипластины, также возможно применение резорбируемых пластин, костных аутотрансплантатов, индивидуальных титановых имплантов. Для улучшения точности репозиции применяем стереолитографию, нейронавигацию и видеоэндоскопическую ассистенцию (48,9%). В послеоперационном периоде выполняем контрольную компьютерную томографию.

Наибольшее число послеоперационных осложнений были диагностированы у детей с сочетанной КФТ в виде раневой инфекции – 7,7% больных. Неудовлетворительные эстетические и функциональные результаты (посттравматические деформации – 23,1%, деформирующие рубцы, дефекты твердого неба, множественная посттравматическая экстракция зубов) также наиболее часто наблюдаются у больных с сочетанной травмой.

Выводы: Ранняя реконструкция лицевого скелета за счет легкости и точности репозирования, позволяет снизить частоту гнойно-септических

осложнений и неудовлетворительных результатов лечения. Что в целом уменьшает сроки лечения в стационаре и способствует более легкой психологической адаптации больного.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Титов Д. В., Феофилов И. В., Файко Е. Ю., Грамзин А. В., Кожевников П. А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»,

Возрастающая заболеваемость и снижение возрастного порога у детей, страдающих уролитиазом, обуславливает актуальность проблемы выбора методов терапии.

Целью работы послужило изучение аспектов применения малоинвазивных хирургических технологий в терапии уролитиаза у детей.

В период с 2012 по 2016 гг. на базе детского урологического центра ГБУЗ ГНОКБ пролечен 71 пациент с уролитиазом, в возрасте от 1 года до 14 лет.

В 26 случаях проводилась дистанционная литотрипсия на аппарате «Modularis» фирмы «Siemens». В 4 слу-

чаях проводилась перкутанная нефролитолапаксия, в 18 случаях миниперкутанная. В 16 случаях проводилась трансуретральная контактная литотрипсия, в 7 случаях проводилась трансуретральная литоэкстракция.

Во всех случаях получен хороший либо удовлетворительный лечебный результат. Послеоперационные осложнения отмечены в 8 случаях.

Проведение малоинвазивных эндоскопических и дистанционных вмешательств при лечении мочекаменной болезни должно являться «золотым стандартом» в детской урологической практике.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОМ КАНАЛЕ У ДЕТЕЙ

Титов Д. В., Файко Е. Ю., Грамзин А. В., Феофилов И. В., Кожевников П. А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Вопрос выбора адекватного метода реконструктивного лечения мочеиспускательного в детской урологической практике до сих пор весьма актуален.

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 2016 г., на базе областного детского урологического центра проведено 426 оперативных вмешательств на мочеиспускательном канале у детей.

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. Применялись следующие методики: ventral – onlay graft, dorsal – inlay и пластика уретры тубуляризованным лоскутом.

Продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила от трех месяцев до трех лет. Хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты во всех случаях.

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.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНДОЭКСПАНДЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Трусов А. В., Щербакова М. А., Рыбченко В. В., Фомина М. Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Россия, Москва

Цель: реализация новых возможностей метода экспандерной дермотензии для улучшения качества лечения детей с послеожоговыми и посттравматическими дефектами кожного покрова.

Материалы и методы. В отделениях реконструктивно-пластической хирургии и ожоговой травмы ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского проанализировано 50 случаев лечения 45 детей (29 девочек, 16 мальчиков) с поражениями кожного покрова различного генеза (послеожоговые

рубцы- 39 детей, посттравматические рубцы- 3, ожоговая травма- 1, острая механическая травма-1, синдром Адамса- Оливера-1) за период 2012–2017 год. 5 детей были оперированы с использованием тканевых расширителей повторно. Возраст пациентов – от 2 лет 4 месяцев до 17 лет 6 месяцев. 43% детей в остром периоде ожоговой травмы получали лечение в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского. У 17 детей основной проблемой был косметический дефект, у 23- функциональный, у 10 – функциональный

и косметический. Во всех случаях использовались латексные экспандеры. Количество имплантированных одномоментно экспандеров варьировало от 1 до 4. Для рассечения тканей над экспандером использовался радионож «Surgitron». В 3 случаях выполнялась эндоскопически ассистированная установка экспандеров. В 17 эпизодах лечения дермотензия проводилась для получения свободного полнослойного трансплантата. В 45% случаев дермотензия проводилась амбулаторно, введение жидкости в экспандер проводилось 2 раза в неделю, врачом отделения.

Результаты лечения. В 10% случаев в исходе операции наступило выздоровление, в 86% – улучшение. В 4% случаев отмечались клинически значимые осложнения (лизис лоскута, нагноение экспандера). В один или два этапа 7 детям были ликвидированы алопеции волосистой части головы, в 2 случаях успешно закрыты гранулирующие раны. У 38 пациентов с последствиями ожогов были полностью или частично устранены рубцовые деформации и контрактуры. В большинстве случаев (66%) имплантировалось 2 и более баллонных расшири-

теля, что увеличивало вероятность благоприятного исхода операции даже при возникновении проблем с одним из экспандеров. В нескольких случаях полученные с помощью экспандеров свободные полнослойные кожные аутоотрансплантаты использованы у больных с ожоговыми и посттравматическими ранами в остром периоде, с хорошими отдаленными результатами.

Заключение. Метод баллонной дермотензии является незаменимым при лечении пациентов с обширными дефектами кожных покровов. Имплантация экспандеров у детей в остром периоде механической или ожоговой травмы позволяет закрыть раневые поверхности полнослойным лоскутом, позволяя избежать дополнительных этапов хирургического лечения в последующем. Свободная пластика растянутым полнослойным аутоотрансплантатом позволяет получить необходимое количество полноценной в косметическом и функциональном отношении кожи у детей с обширными дефектами мягких тканей и является решением проблемы дефицита донорского материала у таких пациентов.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ОПУХОЛИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Турабов И. А., Яницкая М. Ю.

Северный государственный медицинский университет, Россия, Архангельск

Цель: определить клинические особенности и информативность различных методов диагностики при формировании инвагинации кишечника (ИК) на фоне опухоли в отличие от других причин.

Методы: проведена ретроспективная оценка причин и клинических проявлений всех инвагинаций, пролеченных в период с 1980-2016 гг. на базе Архангельской областной детской клинической больницы (АОДКБ). Выполнен сравнительный анализ особенностей клинического течения и наиболее информативных методов диагностики инвагинаций на фоне обычных причин и тех, причиной которых явилась злокачественная опухоль.

Результаты: Всего пролечено 373 инвагинации у 358 детей. Клиническая картина инвагинации на фоне обычных причин, $n = 366$ (98,1%) (дискинезии кишечника, мезаденит, дивертикул, послеоперационная) с течением времени изменялась: возраст детей увеличился (с 7 до 12,5 мес), «триада» характерных для ИК симптомов (приступообразные боли в животе, кровь из прямой кишки, пальпируемый инвагинат) встретилась в 1/3 случаев, достоверно чаще ($p=0,001$) заболевание проявлялось «диадой» симптомов (рвотой и приступообразными периодическими болями в животе). Однако ИК, причиной которой была не опухоль, всегда протекала по типу острой с длительностью симптомов до установления диагноза от 1 часа до 7сут. Инвагинация на фоне злокачественной опухоли всегда протекала хронически (1–3 месяца от начала симптомов), встречалась редко, у 7 (1,9%) пациентов старше 5-ти лет, во всех случаях

это были неходжкинские лимфомы (НХЛ). В клиническом течении отмечено устойчивое сочетание: нарушения со стороны ЖКТ (рвота, вздутие живота, диарея, боли в животе) и значимая (8–12%) потеря массы тела. В связи с клиническими симптомами по месту жительства пациентов выполнены обследования: ФЭГДС, ректороманоскопия, лапароскопия, контрастное исследование верхних отделов ЖКТ. Оперативное лечение по экстренным показаниям предпринято в двух случаях, при этом опухоль, как причина ИК диагностирована не была. После госпитализации в АОДКБ наиболее информативными методами диагностики явились УЗИ брюшной полости (в сомнительных ситуациях с выполнением гидроэзоколонографии и оценкой кровотока выявленного образования) и ирригография, что позволило установить диагноз ИК непосредственно при поступлении в стационар и идентифицировать опухоль, как причину инвагината во всех случаях.

Заключение: Клиническое течение инвагинации у детей на фоне обычных причин кардинально отличается от клинической картины ИК при опухоли. Инвагинация на фоне опухоли имеет хроническое течение с признаками заболеваний ЖКТ и потерей веса. Возраст пациентов старше 5-ти лет. Наиболее информативным и простым методом диагностики в экстренной ситуации является УЗИ с выполнением гидроэзоколонографии, что позволяет установить диагноз ИК и идентифицировать опухоль. Операция при хронической инвагинации на фоне опухоли не экстренная.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ГРУДИ И ЖИВОТА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ускова Н. Г., Талыпов С. Р., Андреев Е. С., Меркулов Н. Н., Оганесян Р. С., Иванова Н. Н., Циленко К. С., Сухов М. Н., Грачев Н. С.

НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева МЗ РФ, Москва.

Актуальность: диагностика и лечение острых хирургических заболеваний, возникающих у пациентов с солидными опухолями, гемобластомами и патологией иммунной системы, часто вызывают трудности в практике детского хирурга онкогематологического стационара.

Цель: показать особенности диагностики и лечения острых хирургических заболеваний грудной и брюшной полостей у пациентов онкогематологического стационара.

Материалы и методы: за период с января 2012 года по июль 2017 года в НМИЦ (ранее ФНКЦ) ДГОИ им. Д. Рогачева выполнено 7552 операций, из них в экстренном порядке – 318 (4,21%): 166 на брюшной (52,20%), 80 на грудной (25,16%) полостях и 72 прочих операций (22,64%). Возраст пациентов на момент операции составил от 2 мес. до 20 лет. Среди операций на грудной и брюшной полостях пункционным методом выполнено 95 (38,62%), из открытого доступа – 85 (34,55%), эндоскопически – 66 операций (26,83%).

Результаты: все 66 эндоскопических операций – лапароскопии. Конверсия проведена в 14 случаях (21,21%). При операциях на грудной и брюшной полостях интраоперационно отмечено 5 осложнений (2,03%): повреждение тонкой кишки при диагностической лапароскопии (1) и толстой кишки при открытой аппендэктомии

(1), неудачная попытка пункционной нефростомии (1), ранение межреберных сосудов при пункции плевральной полости (1) и депрессия сердечной деятельности при перикардиотомии (1). В послеоперационном периоде отмечено 7 осложнений (2,85%): формирование тонко-толсто-толстокишечного инвагината после лапароскопической аппендэктомии (1), перфорация желудка при пункции абсцесса поддиафрагмального пространства после лапароскопической спленэктомии (1), несостоятельность швов стенки желудка после ушивания перфорации (1), спаечная кишечная непроходимость после лапаротомии, адгезиолизиса (1), формирование абсцесса правой подвздошной области после лапароскопической аппендэктомии (1), кровотечение из тканей передней брюшной стенки после лапаростомии у пациента с 4S стадией нейробластомы (1), длительный парез ЖКТ после резекции илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза (1). В послеоперационном периоде отмечен 1 летальный исход (0,41%), причиной которого стал ДВС синдром, развившийся на фоне кровотечения из забрюшинного пространства у пациента 8 лет с ОМЛ.

Заключение: владение знаниями и практическими навыками неотложной детской хирургии является необходимым условием в работе хирурга детского онкогематологического стационара.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ

Файзулин А. К., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Стрелкина Л. А., Колосова П. А., Шарков С. М.

Кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, г. Москва; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы»

Введение. Хирургическая коррекция гипоспадии по-прежнему остается одной из актуальных проблем современной хирургии в связи с высокой частотой рождения детей с гипоспадией и высоким процентом послеоперационных осложнений. Анализ состояния и результатов хирургического лечения осложненных форм гипоспадии показывает, что до настоящего времени нет единого лечебного алгоритма в зависимости от вида осложнений после предпринятой, но оказавшейся неудачной попытки оперативной коррекции порока.

Материалы и методы. В период с 2004 года по 2016 год в нашей клинике проведено обследование и лечение 272 детей с осложненными формами гипоспадии в разных возрастных группах (от 1 года до 17 лет включительно), оперированных в России и других странах. Наиболее частым осложнением после уретропластики являются свищи моче-

испускающего канала (60% от общего количества осложнений), которые образуются по разным причинам, но встречаются практически при всех видах уретральных пластик. На втором месте по частоте встречается стеноз уретры (16%), на третьем – лизис искусственной уретры (9%). Далее идут такие осложнения, как дивертикулы и расширение искусственной уретры, рецидив вентральной деформации кавернозных тел, рост волос и конкременты в просвете уретры, ретракция уретры. В зависимости от формы порока, вида осложнений, запаса пластического материала (собственно кожи полового члена) применялись определенные методики коррекции осложненных форм гипоспадии с использованием микрохирургического инструментария и современного атравматического шовного материала.

Результаты. Выполнены операции по таким методам, как Orandi, Mathieu, Smith, Koyanagi, Onlay-tube,

F-II, Duplay, Snodgrass, пластика мочеиспускательного канала с использованием аутологичных кератиноцитов на биодеградирующем матриксе, с использованием слизистой оболочки щеки, боковым кожным лоскутом на сосудистой ножке и т. д. У 98% детей повторных послеоперационных осложнений не отмечалось.

Выводы. Внедрение в клиническую практику алгоритмов диагностики и лечения осложненных форм гипоспадии,

новых методик хирургической коррекции, оптимизация не только функциональных, но и косметических аспектов лечения, позволили улучшить результаты лечения детей с осложненными формами гипоспадии, минимизировали риск развития повторных послеоперационных осложнений, минимизировали психологическую травму пациента (особенно при многократных оперативных вмешательствах) и позволили оптимально адаптировать его в обществе.

ХОРДОМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ

Файзулин А. К., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Стрелкина Л. А., Колосова П. А., Шарков С. М.

Кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, г. Москва; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы»

Введение. В нашу клинику поступил ребенок 4 лет, у которого в сентябре 2015 г. диагностирована и удалена хордома крестцово-копчиковой области. В июне 2016 года обнаружен метастаз хордомы в кавернозные тела полового члена. Мальчику выполнена резекция средней трети кавернозных тел полового члена с удалением объемного образования (хордомы) и наложением анастомоза между проксимальным и дистальным отделами кавернозных тел.

Материалы и методы. Принцип операции заключается в следующем: после мобилизации кожи полового члена до лонного сочленения, выделен дорзальный сосудисто-нервный пучок, мобилизован до лонных костей. В средней трети ствола внутри кавернозных тел пальпировалось плотное, бугристое образование размерами

25x20x20 мм. Кавернозные тела отсепарированы от нижней поверхности лонных костей. Собственная уретра мобилизована от венечной борозды до бульбарного отдела. Выполнена резекция обоих кавернозных тел вместе с объемным образованием на протяжении 3,0 см. Проксимальный и дистальный отдел кавернозных тел сшиты между собой непрерывным швом нерассасывающейся нитью. Выполнена кожная пластика.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Мочеиспускание свободное, эрекция сохранена.

Выводы. Данная операция является операцией выбора при опухоли кавернозных тел полового члена в противовес ампутации полового члена.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОЦИРКУЛЯТОРНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Файзулов Д. А., Набиев З. Н., Гуломов Ф. М.

Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ РТ. г. Душанбе

Актуальность. Наиболее тяжелыми и угрожающими жизни заболеваниями у новорожденных являются язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) и перфорации желудочно-кишечного тракта, летальность при которых составляет 40–80% и достигает 100% у пациентов, с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующими патологическими состояниями

Целью нашей работы. изучение характера и степени нарушений системы гемокоагуляции и возможностей их коррекции у новорожденных с ЯНЭК.

Материал и методы. За период с 2001 по 2016 гг. в нашей клинике под наблюдением находилось 165 новорожденных с ЯНЭК.

Изучались результаты следующих тестов, характеризующих функциональное состояние системы гемостаза: количество тромбоцитов периферической крови, время спонтанного свертывания цельной крови по Ли и Уайту, длительность кровотечения по Дюке, время рекальцификации плазмы, активность про-тромбинового комплекса плазмы, тромби-новое время, активность тромбина III,

количество фибриногена в плазме, фибринолитическая активность плазмы.

Результаты и обсуждение. Перед началом лечения изменения в системе гемокоагуляции у пациентов I и II групп были практически одинаковыми и свидетельствовали о наличии у них генерализованного тромбогеморрагического синдрома (ТГС) II–III стадии.

Наличие II стадии ТГС говорят следующие изменения тестов системы гемостаза: ускорение хронометрических данных, значительное снижение фибринолитической активности, увеличение количества фибриногена плазмы, снижение активности антитромбина III и числа тромбоцитов, положительные тесты-маркеры синдрома ДВС крови (этаноловый, бетанафтоловый и про-таминсульфатный).

Выводы У новорожденных с ЯНЭК имеются существенные нарушения системы гемокоагуляции в форме генерализованного ТГС II–III степени.

Коррекция этих нарушений методом гепаринотерапии на фоне комплексного многокомпонентного лечения ЯНЭК приводит к существенному улучшению его результатов.

ЛАПАРОСТОМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Федоров К. К., Беляев М. К.

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, Новокузнецк

Цель работы: улучшение результатов лечения хирургической интраабдоминальной инфекции у новорожденных детей путем обоснования открытого ведения брюшной полости (лапаростомии).

Объект исследования: 169 детей с осложненным течением некротизирующего энтероколита новорожденных и перфорациями полых органов, пролеченных в клинике с 1995 по 2015 гг. Основную группу составили 102 новорожденных (60,4%) с распространенным перфоративным перитонитом, которым в лечении применяли методику лапаростомии. В контрольную группу включены 67 пациентов (39,6%) у которых брюшная полость ушивалась наглухо. Из 169 пациентов единичные перфорации отмечены у 113 больных, множественные – у 56. 29% наблюдений представлены спонтанными перфорациями полых органов (главным образом, перфорациями желудка), 71% – некротизирующий энтероколит. Воспалительный процесс в брюшной полости во всех случаях носил распространенный характер. В контрольной группе ушивание перфорации с последующим глухим швом брюшной полости применено у 35 больных, резекция измененного участка кишки с выведением илеостомы – у 19 больных, резекция кишки с наложением анастомоза и последующим глухим швом – у 3 больных, выведение колостомы – у 10. В основной группе при лечении разлитых и общих форм гнойного перитонита применялась лапаростомия. При этом первичный шов выполнен в 42 случаях, резекция измененного участка с выведением илеостомы – у 38 больных, резекция киш-

ки с наложением анастомоза и колостомы – у 21. Первая плановая ревизия осуществлялась через 24 часа, последующие – в сроки от 24 до 48 часов.

Полученные результаты. Показана высокая эффективность лапаростомии в лечении распространенного перфоративного перитонита у новорожденных. Доказано, что лапаростомия обладает эфферентными детоксикационными возможностями при перитоните. Выявлена четкая зависимость между величиной внутрибрюшного давления, дыхательными расстройствами, нарушениями гемодинамики и постоянным снижением оксигенации артериальной крови, а так же функциональной почечной недостаточностью. Выявлено отрицательное действие повышенного внутрибрюшного давления при наглухо ушитой брюшной полости на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, функцию почек в условиях распространенного гнойного перитонита. В условиях пареза кишечника наложение кишечной стомы не решает проблему развития компартмент-синдрома. Это является патогенетическим обоснованием к использованию лапаростомии в лечении данной группы больных. Сформулированы показания к применению продленной лапаростомии. Лапаростомия применена у 69 больных с перфоративным перитонитом различной природы. Разработаны показания к применению лапаростомии, методика операции, критерии, определяющие возможность закрытия брюшной полости. Применение лапаростомии позволило сократить число послеоперационных осложнений более чем вдвое, снизить летальность с 71 до 29%.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Фоменко О. Ю., Шельгин Ю. А., Титов А. Ю., Белоусова С. В.

ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

Актуальность: После хирургических вмешательств по поводу болезни Гиршпрунга и врожденных аноректальных мальформаций частота недостаточности анального сфинктера (НАС) у детей достигает 42,8% и 64,5%, соответственно. Вместе с тем в литературе отсутствуют данные о нормативных показателях в анальном канале у такого рода пациентов.

Цель: установить референсную базу манометрических значений с нормативными показателями по гендерным различиям и градацией по степеням НАС методом комплексной сфинктерометрии.

Материалы и методы: Для нормативной базы обследованы 53 пациента с полипами ободочной кишки, без жалоб. Женщин было 23 (43,4%), ср.возраст – 51,4±11,1 лет, мужчин – 30 (56,6%), ср.возраст – 65,1±15,9 лет. Оцени-

вались: давление в анальном канале в покое, при волевом сокращении, при кашлевом рефлексе, проба с натуживанием.

Для определения референсных интервалов при различных степенях НАС обследованы 228 пациентов с недержанием. Мужчин – 94 (41,2%), ср. возраст – 47,3±16,8 лет, женщин – 134 (58,8%), ср.возраст – 49,1±15,9 лет. I степень НАС выявлена у 112 (49,1%) (недержание газов), II степень – у 80 (35,1%) (недержание газов и жидкого стула), III степень – у 36 (15,8%) (недержание всех компонентов кишечного содержимого). У всех пациентов применялась шкала инконтиненции Векснера.

Результаты: Нормальные величины давления в анальном канале для мужчин/женщин (мм.рт.ст.): в по-

кое – 43–61/41–63, максимальное давление сокращения – 121–227/110–178, среднее давления сокращения 106–190/88–146, максимальное давление при кашле – 45–175/76–126, градиент волевого сокращения 59–115/78–166. При попытках дефекации у всех пациентов давление снижалось до 19–43/28–52 мм рт. ст. с релаксацией на 20–60%/19–40%. У пациентов НАС I степени (мм.рт.ст.): максимальное давление сокращения – 115,0–120,0/97,4–109, среднее давление сокращения – 89,5–105,0/68,8–87,0; градиент – $\geq 79,5/73,6$; баллы по шкале Векснера – $\leq 4,2/\leq 6,3$.

При НАС II степени: ср. давление покоя – 25,3–32,7/26,9–36,2; максимальное давление сокращения –

74,9–114,9/61,9–97,3; среднее давление сокращения – 53,0–89,4/46,0–68,7; градиент – 49,9–77,0/35,9–58,0; баллы по шкале Векснера – 4,3–10,1/6,4–10,7.

При НАС III степени: среднее давление покоя – $\leq 25,2/\leq 26,8$; максимальное давление сокращения – $\leq 74,8/\leq 61,8$; среднее давление сокращения – $\leq 52,9/45,9$; градиент – $\leq 49,8/35,8$; баллы по шкале Векснера – $\geq 10,2/\geq 10,8$.

Заключение: Полученные нормативные манометрические показатели давления в анальном канале и градиции по степеням недостаточности могут быть использованы в педиатрической клинике практики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ И ОПУХОЛЯМИ

Хагуров Р.А., Чубарова А.И., Разумовский А.Ю., Александров А.В., Зимин С.Б.

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, ФГБОУ ВО РНМУ им. Н.И. Пирогова, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москва

Цель исследования. Оценить эффективность применения специфической иммуносупрессивной терапией с помощью препарата Сиролимус в лечении детей со сложными сосудистыми опухолями и мальформациями.

Введение. Сосудистые мальформации и опухоли являются одними из самых распространенных заболеваний у детей. Некоторые из этих опухолей и пороков развития, несмотря на то, что являются доброкачественными, могут привести к нарушению жизненно важных функций, вызывать значительную деформацию, хронические боли и даже угрожать жизни пациентам.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова совместно с отделением аллергологии и иммунологии ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского с 2011 по 2017 год применялась специфическая иммуносупрессивная терапия препаратом Сиролимус в лечении детей со сложными, опасными для жизни сосудистыми опухолями и пороками развития. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли дети с сосудистыми опухолями, а именно, капошиформной гемангиоэндотелиомой в сочетании с синдромом Казабах-Мерритт (2 больных). Вторая группа – пациенты с обширными сосудистыми мальформациями, такими как: артерио-венозная в сочетании с синдромом Паркс-Вебера (1 больной), лимфатическая с вовлечением ЖКТ (2 больных) и венозная в сочетании с синдромом «Невуса по типу голубого резинового пузыря/

Бин синдром» (3 больных). Возраст пациентов в каждой группе составил от 1 года до 17 лет. Начальная доза Сиролимуса для всех больных рассчитывалась по схеме $2 \times 0,8$ мг/м². Последующая корректировка дозы проводилась с учетом концентрации препарата в крови в пределах 8–13 нг/мл. Продолжительность лечения составила от 3 месяцев до 6 лет. Параллельно иммуносупрессивной терапии проводилась профилактика пневмоцистной инфекции, а также учитывался потенциальный риск иммуносупрессии.

Результаты лечения. В то время как все пациенты в каждой группе показали либо минимальный ответ, либо полностью отсутствие эффекта от других видов лечения (медикаментозное, хирургическое, склерозирование и др.) перед терапией Сиролимусом, у 99% наших больных была положительная ответная реакция на введение Сиролимуса. Только у одного больного с синдромом Паркс-Вебера мы не увидели результата от проводимой иммуносупрессивной терапии.

Выводы. Наш опыт показал, что в большинстве случаев Сиролимус был единственным препаратом для наших пациентов, на который они дали положительный ответ, что способствовало улучшению признаков и симптомов заболеваний. Таким образом, специфическая иммуносупрессивная терапия препаратом Сиролимус является эффективным методом в лечении пациентов со сложными сосудистыми аномалиями и опухолями.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОЙ МЕЗОКОЛИКОПАРИЕТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Халафов Р.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Россия, Москва

Представлен опыт лапароскопического лечения ребенка 11 лет с ущемленной мезоколикпариетальной грыжей.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕВОЧЕК ДО 3-Х ЛЕТ

Хамраев А. Ж., Набижонов А. З.

Ташкенский педиатрический медицинский институт, РУз

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения передней эктопии ануса (ПЭА) у девочек.

Материалы и методы. За период 2005-2017 гг. нами проведено клинические обследования и хирургической коррекции у 34 девочек с ПЭА находившихся на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Возраст больных: до 6 месяцев – 2 (5,8%) случаев; 6–12 месяцев – 13 (38,2%); 1–3 года – 19 (55,8%). При диагностики ПЭА у девочек основывались на данных осмотра промежности и показатели анококцегиального индекса, меньше 0,34 см которого, свидетельствовал о ПЭА. С целью дифференциальной диагностики проводили обзорную рентгенографию костей таза и копчика, УЗИ и МРТ органов и дна малого таза.

Результаты: При клиническом обследовании больных с ПЭА у 10 (29,4%) девочек отмечались сочетание

агенезии копчика (АК). Позднее поступление больных было связано с отсутствием функциональных нарушений акта дефекации (АД). При хирургическом лечении ПЭА у девочек выполнялась в 10 (29,4%) случаях операция Стоуна, в 16 (47%) случаях операция Риццоли. При ПЭА в сочетании с АК, 10 (29,4%) случаях проведено операция Риццоли с дополнительной укреплении дефекты задних сфинктеров для создание противовеса в профилактике рецидива ПЭА. В отдаленном послеоперационном периоде для восстановления функциональных нарушения АД проводили реабилитационное лечение в течение 1 года, а у больных ПЭА в сочетании с АК 1–3-х лет с учетом по степени клиничко-функциональных нарушений АД.

Выводы: При ПЭА у девочек оптимальным сроком хирургической коррекции считаем 1–3 года. Сочетание её с агенезией копчика обязательными является ЗСАРП с укреплении задних леваторов.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СГИБАТЕЛЬНО-РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Харамов И. К., Ормантаев А. К., Хван Ю. М., Маметжанов Б. Т., Исаев Н. Н.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова, Казахстан, Алматы

Актуальность: Среди всех повреждений конечностей, ожоги составляют до 30% от всех видов травм, что является весьма актуальной проблемой детской хирургии. Немаловажную роль в развитии контрактур являются ошибки и осложнения, допущенные в ходе лечения свежих ожогов, приводящие к грубым деформациям пальцев кисти.

Не вызывает сомнений общепринятое требование длительного консервативного лечения после заживления ожоговых ран, а также перед любой реконструктивной операцией и после нее.

Хирургическая коррекция контрактур пальцев кисти во многом зависит от степени повреждения, наличия келоидных рубцов и сохранения функций.

Сроки оперативного вмешательства при наличии рубцовых деформаций определяются состоянием рубцов, тяжестью деформации и общим состоянием больного, перенесшего глубокий ожог. Хирургическое вмешательство не показано в период активной фазы рубцевания, когда рубцовая ткань избыточно снабжена сосудами. В этот период операционная травма связана со значительной кровопотерей и может стать толчком для дополнительного бурного развития незрелой соединительной ткани. До момента появления признаков обратного развития рубцовой ткани желательна применение дополня-

ющей и закрепляющей успех хирургического лечения комплексной консервативной рассасывающей терапии.

Имеется множество причин их появления, среди основных можно назвать: сложные травмы больших участков кожи; ожоги третьей-четвертой степени; длительное заживление раны, осложненное нагноением; расположение в зонах с повышенной двигательной активностью (кожа в области суставов, шеи); неквалифицированная медицинская помощь при травмах; наследственная предрасположенность.

На базе университетской клиники Казахского Национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова за период с 2009 год по настоящее время произведено оперативное лечение 112 детям в возрасте с 2 до 15 лет с постожоговыми рубцово-келоидными контрактурами пальцев кисти. Девочек было 63, мальчиков 49. В 42 случаях были проведены повторные операции, в связи с поражением нескольких пальцев.

В нашей клинике хирургическое лечение данной патологии производится следующим образом – это иссечение рубцовой ткани и коррекцией функциональных нарушений (устранении контрактур близлежащих суставов, сращений пальцев и т. д.), производится пластика остаточного дефекта кожей взятой в области крыла подвздошной кости. Приживление донорского участка кожи

происходит в сроки 12–15 дней. После снятия кожных швов, накладывается гипсовая повязка для коррекции функциональных нарушений в сроки до 2–3 месяцев. В последующем проводится реабилитационная терапия, направленная на восстановление функции кисти.

Таким образом, хирургическая коррекция постожоговых рубцово-келлоидных контрактур кисти, используемая в нашей клинике, позволяет восстановить функцию пораженной верхней конечности и реабилитировать данный контингент пациентов.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СГИБАТЕЛЬНО-РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Харамов И. К., Ормантаев А. К., Хван Ю. М., Маметжанов Б. Т., Исаев Н. Н.

Казахстанский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова, Казахстан, Алматы

Актуальность: Среди всех повреждений конечностей, ожоги составляют до 30% от всех видов травм, что является весьма актуальной проблемой детской хирургии. Немаловажную роль в развитии контрактур являются ошибки и осложнения, допущенные в ходе лечения свежих ожогов, приводящие к грубым деформациям пальцев кисти.

Не вызывает сомнений общепринятое требование длительного консервативного лечения после заживления ожоговых ран, а также перед любой реконструктивной операцией и после нее. Однако не всегда метод консервативного лечения приводит к желаемым результатам.

Хирургическая коррекция контрактур пальцев кисти во многом зависит от степени повреждения, наличия келлоидных рубцов и сохранения функций.

Сроки оперативного вмешательства при наличии рубцовых деформаций определяются состоянием рубцов, тяжестью деформации и общим состоянием больного, перенесшего глубокий ожог. Хирургическое вмешательство не показано в период активной фазы рубцевания, когда рубцовая ткань избыточно снабжена сосудами. В этот период операционная травма связана со значительной кровопотерей и может стать толчком для дополнительного бурного развития незрелой соединительной ткани. До момента появления признаков обратного развития рубцовой ткани желательна применение дополняющей и закрепляющей успех хирургического лечения комплексной консервативной рассасывающей терапии.

Имеется множество причин их появления, среди основных можно назвать: сложные травмы больших участков кожи; ожоги третьей-четвертой степени; длительное

заживление раны, осложненное нагноением; расположение в зонах с повышенной двигательной активностью (кожа в области суставов, шеи); некачественная медицинская помощь при травмах; наследственная предрасположенность.

На базе университетской клиники Казахского Национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова за период с 2009 год по настоящее время произведено оперативное лечение 112 детям в возрасте с 2 до 15 лет с постожоговыми рубцово-келлоидными контрактурами пальцев кисти. Девочек было 63, мальчиков 49. В 42 случаях были проведены повторные операции, в связи с поражением нескольких пальцев.

В нашей клинике хирургическое лечение данной патологии производится следующим образом – это иссечение рубцовой ткани и коррекцией функциональных нарушений (устранении контрактур близлежащих суставов, сращений пальцев и т. д.), производится пластика остаточного дефекта кожей взятой в области крыла подвздошной кости. Приживление донорского участка кожи происходит в сроки 12–15 дней. После снятия кожных швов, накладывается гипсовая повязка для коррекции функциональных нарушений в сроки до 2–3 месяцев. В последующем проводится реабилитационная терапия, направленная на восстановление функции кисти.

Таким образом, хирургическая коррекция постожоговых рубцово-келлоидных контрактур кисти, используемая в нашей клинике, позволяет восстановить функцию пораженной верхней конечности и реабилитировать данный контингент пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Цап Н. А., Винокурова Н. В., Гайдышева Е. В., Тимошинов М. Ю.

Уральский государственный медицинский университет; Детская городская клиническая больница №9; Областная детская клиническая больница №1 Россия, Екатеринбург

Цель: изучить причины возникновения вентральных грыж (ВГ) у детей, проанализировать интраоперационные особенности ликвидации дефектов передней брюшной стенки, сравнить их с литературными данными взрослой герниологии, оценить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения детей с вентральными грыжами.

Материалы и методы. Клинический материал представлен 12 случаями наблюдения и оперативного лечения вентральных грыж за период с 2011 по 2017 год. По этиологии ВГ у детей в основном приобретенные, только одного ребенка, кроме описываемых случаев, мы наблюдаем с врожденной ВГ. Возраст детей от 1 года

до 13 лет, половых различий практически нет. Диагностика ВГ основана на изучении локального статуса передней брюшной стенки (ПБС), и определение объективных характеристик дефекта не представляет трудностей. Всем детям в предоперационный период проведено клиничко-лабораторное и УС-исследование.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев ВГ являются следствием оперативного лечения пороков развития в период новорожденности: эмбриональная грыжа пупочного канатика и гастрошизис – 5 (41,7%), врожденных пороков сердца – 3 (25%). Единичные случаи формирования ВГ отмечены после: некротизирующего энтероколита, калового перитонита – 2 (16,7%), аппендикулярного перитонита, осложненного кишечным свищом – 1 (8,3%), удаления лимфангиомы брыжейки тонкой кишки лапаротомным доступом на первом году жизни – 1 (8,3%). Лечебная тактика зависит от размера дефекта в ПБС, объема грыжевого выпячивания, наличия адгезивного процесса между органами брюшной

полости и кожей передней брюшной стенки. Данные характеристики были максимально выражены у 50% оперированных детей, у которых был этап бандажирования живота с целью уменьшения висцеро-абдоминальной диспропорции. В отличие от взрослой герниологии, где решаются вопросы сложной пластики гигантских ВГ, данные проблемы в детской абдоминальной хирургии не актуальны. Ликвидацию дефекта и пластику ПБС у 7 (58,3%) детей выполнили путем мобилизации апоневроза и создания его дубликатуры; в 5 (41,7%) случаях потребовалась обширная мобилизация мышечно-апоневротического слоя ПБС, отделение петель кишечника от ПБС, из них у 2 детей при дефиците пластического материала использована методика выкраивания встречных лоскутов из переднего слоя влагалища прямой мышцы живота. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Вывод. Оперативная ликвидация ВГ требует индивидуального решения по оптимальной пластике передней брюшной стенки у ребенка.

ОРГАНОСОХРАННАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Цап Н.А., Чукреев В.И., Огарков И.П., Макаров П.А., Чукреев А.В., Великанов А.В.

Уральский государственный медицинский университет; Детская городская клиническая больница №9 Екатеринбург

Цель – анализ опыта лечения детей с разрывами селезенки, с доминированием принципа малоинвазивности и органосохранности.

Материалы и методы. В отделении неотложной хирургии за 5 лет пролечено 44 ребенка с разрывами селезенки различной степени в возрасте от 3 до 14 лет. В половой структуре однозначно преобладают мальчики – 89%. Повреждения селезенки были отнесены согласно классификации к изолированным (38), сочетанным (4) и политравме живота (2). Экстренная диагностика базируется на клиничко-лабораторных и сонографических исследованиях и их изменениях в динамике. При недостаточной информативности в 22,7% случаев диагностический комплекс дополняли КТ брюшной полости и забрюшинного пространства. Разработана и запатентована шкала клинической сортировки на лечебно-тактические группы.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев – 41 (93,2%) ребенок – степень разрыва селезенки не превышает III ст. и указывает на приоритет принципа органосохранности. Выраженность внутрибрюшного кровотечения была различной – от незначительного (77,3%) до массивного (22,7% случаев). В лечебно-тактических группах ведущее место занимает группа стабильных пациентов – 32 (72,7%) пострадавших, которым не показано хирургическое вмешательство и дети пролечены консервативно.

Вторая лечебно-тактическая группа – условно-стабильная, включены 10 (22,7%) детей, которым выполнена лапароскопия. Повреждения селезенки не требовали дополнительных мер гемостаза, так как селезенка обыч-

но окутана сальником, имеется фиксированный сгусток крови. Одним из этапов лечебной лапароскопии является тщательная ликвидация гемоперитонеума, что выполнено у всех детей путем эксфузии крови по методике, предусматривающей её реинфузию. Лапароскопию заканчиваем дренированием брюшной полости. Конверсий не было. В послеоперационном периоде проводим комплексную гемостатическую, антибактериальную, обезболивающую, противопаретическую терапию. Осложнений не было.

Третья лечебно-тактическая группа – нестабильная, что обусловлено большой и массивной кровопотерей, приводящей к нарушениям гемодинамики, резким снижением показателей красной крови. Первичного поступления таких пациентов в клинику не было. После спленэктомий в ЦГБ, ЦРБ области были эвакуированы 3 детей.

Проведена оценка катамнеза всех 44 детей. Спленэктомия диктует наблюдение иммунолога. Все дети с сохраненной селезенкой находятся на длительном динамическом наблюдении у детского хирурга. Отдаленные результаты оцениваем по восстановлению сонографической картины паренхимы и кровотока селезенки, по лабораторным данным. Все дети выздоровели.

Выводы. Доказан консерватизм в лечении повреждений селезенки. Малоинвазивное вмешательство при разрывах селезенки – лечебно-диагностическая лапароскопия – является методом выбора у детей стабильной и условно-стабильной лечебно-тактических групп и позволяет определить рациональную хирургическую тактику. Более чем в 90% случаев поврежденная селезенка должна быть сохранена.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЭНТЕРО – И КОЛОСТОМАХ У ДЕТЕЙ.

Цап Н.А., Чукреев В.И., Чудаков В.Б., Макаров П.А., Наумова О.А.

Уральский государственный медицинский университет; Детская городская клиническая больница №9; Областная детская клиническая больница №1 Екатеринбург

Цель – оценить сроки, способы восстановления непрерывности кишечника при формировании у детей энтеро – и колостом в экстренном порядке.

Материалы и методы. В I группу включено 9 детей от 6 месяцев до 14 лет, оперированных по поводу инвагинации кишечника (2), странгуляционной кишечной непроходимости (4), врожденного стеноза толстой кишки с перфорацией (1), разрыва толстой кишки (1), травмы прямой кишки (1). II группа представлена 24 выжившими новорожденными с некротизирующим энтероколитом и перфорацией тонкой или толстой кишки. Всем детям была сформирована в экстренном порядке кишечная стома. Период исследования – 2012–2016 гг. Методы исследования: мониторинг клинических, лабораторных параметров, результатов лучевых методов диагностики. Выбор вида кишечной стомы определяли с учетом дальнейшей хирургической реабилитации ребенка, основная задача которой восстановление непрерывности кишечника. Оптимальным видом кишечной стомы с этой точки зрения считаем двухствольную кишечную стому, тщательно формируем площадку соприкосновения кишечных петель. Следствием функционирования энтеростом, особенно высоких, нередко и колостом, являются значительные потери кишечного химуса, что приводит к выраженным нарушениям гомеостаза. В ближайший послеоперационный период возникает настойчивая необходимость ликвидации данных потерь. В связи с чем был разработан, внедрен в практику и запатентован способ временного и окончательного восстановления непрерывности кишечника при наличии

энтеро – или колостомы с использованием магнитно-компрессионного межкишечного анастомоза (МКМА).

Результаты и обсуждение. Временного восстановления непрерывности кишечника достигаем путем создания в двухствольной кишечной стоме любого уровня отсроченного МКМА. Самарий-кобальтовые магниты в силиконовой оболочке установили 31 ребенку на 7–9 сутки послеоперационного периода в просветы приводящей и отводящей петли на общую стенку стомы. МКМА формировался на $5,3 \pm 0,8$ день, о чем свидетельствовал симптом «проваливания» магнитов, резкое уменьшение количества отделяемого из стомы и появление отхождения газов и стула через прямую кишку. Осложнения со стороны МКМА единичные: obturация магнитными плашками просвета приводящей кишечной петли и стенозирование МКМА в отдаленном периоде. После восстановления малоинвазивным бескровным способом проходимость кишечника на всем протяжении дети набирали в массе, стойко стабилизировали состояние, купировались явления дисбиоза кишечника. Следующий этап хирургической реабилитации проведен в сроки от 2 до 4 месяцев – окончательное восстановление непрерывности кишечника путем создания конце-бокового анастомоза с сохранением МКМА. Данный способ операции повышает функциональную и анатомическую состоятельность межкишечного анастомоза.

Вывод. Временное восстановление непрерывности кишечника у детей с энтеро – и колостомами путём создания МКМА коренным образом позволило изменить хирургическую тактику, устранив вопрос срочной ликвидации кишечной стомы.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Цыплаков А.А., Морозова О.Л., Морозов Д.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия, Москва; ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Россия, Саратов

Цель. Оптимизировать раннюю диагностику повреждения почек у детей с интраабдоминальной гипертензией (ИАГ) на фоне коррекции гастрошизиса и врожденной диафрагмальной грыжи.

Материалы и методы. На клиническом этапе обследовано 35 новорожденных с синдромом интраабдоминальной гипертензии, которые в зависимости от нозологии были разделены на 3 группы. Интраабдоминальное давление (ИАД) оценивали с помощью интравезикальной манометрии (в мм рт. ст.), измеряли темп диуреза (в мл/кг в час), доплерометрию почечного кровотока V_{max} (в см/с), уровень креатини-

на (мкмоль/л), концентрацию π -GST (в мкг/л), VEGF (в пг/мл) и MCP-1 (в пг/мл) определяли в моче и крови методом ELISA в день госпитализации (точка 1), на 4-й (точка 2) и 10-й (точка 3) день после коррекции порока. Группу контроля составили 20 здоровых новорожденных. На экспериментальном этапе 100 новорожденных крыс были рандомизированы на пять групп, где моделировалась ИАГ различной длительности и тяжести. Экспериментальная ИАГ была создана путем внутрибрюшинного введения коллагена. Концентрации VEGF (в пг/мл) в крови измеряли с помощью ELISA.

Результаты и обсуждение. На 4-й день после операции ИАД увеличилось до 22 (20–25) [медиана (интерквартильный интервал)], выделительная функция почек уменьшилась по данным уровня креатинина 111 (98–125) и темпа диуреза 0,55 (0,4–0,8), зарегистрированы максимальное увеличение концентрации биомаркеров в сыворотке крови (MCP-1 399 (392–404), VEGF 137 (134–142)) и моче (π -GST 11,5 (10–12), MCP-1 419 (385–467), VEGF 173 (168–175)), что указывает на повреждение почек. Одновременно фиксировали снижение почечного кровотока (V_{\max} 40 (39–43,5)). На 10-й день после операции ИАД снизилось до 13,5 (13–14), но не достигло нормального уровня, отмечалось восстановление регионарной гемодинамики V_{\max} 44 (42–46,5), выделительная функция почек полностью восстановилась, уровень креатинина снизился до 70 (53–85), но уровни биомаркеров оставались повышенными относительно группы сравнения в сыворотке крови (MCP-1 846 (831–849), VEGF 66 (62–67)) и моче (π -GST 1,5 (1,3–1,7), MCP-1 285 (280–291),

VEGF 140 (137–144)), что свидетельствует о продолжающемся повреждении почек. В эксперименте в группах с легкой ИАГ при повышении VEGF до 43 (41–49) получены незначительные морфологические изменения, при тяжелой ИАГ при повышении VEGF до 64 (42–65) получены характерные для гипоксии гистопатологические изменения (выраженные гидропические изменения по типу баллонной дегенерации эпителия канальцев), что подтверждает тесную взаимосвязь между повышением уровня биомаркеров и морфологическими изменениями.

Заключение. Лечение гастрошизиса и врожденной диафрагмальной грыжи сопряжено с длительной ИАГ и сопровождается повреждением почек при отсутствии или восстановлении их функциональной активности, что доказано в эксперименте. Измерение молекулярных маркеров может быть полезно для неинвазивной оценки состояния почечной паренхимы у новорожденных с ИАГ.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОБЛАСТОМ ЗА 23 ГОДА

Чванова А. В., Тупоногов С. Н., Фечина Л. Г.

Областная детская клиническая больница № 1; Центр детской онкологии и гематологии Екатеринбург

Цель: Оценить хирургический этап в лечении нейробластом у детей разных возрастных групп. Сравнить подходы к оперативному лечению в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации у пациентов с нейробластомами, получавших лечение в нашем центре с 1993 по 2016 год. Всего было прооперировано 233 пациента, выполнено 285 операций. Преобладали дети до 3 лет – 66%. Наиболее частая локализация первичной опухоли – надпочечники и забрюшинное пространство (73%).

Результаты и обсуждение. Наибольшее количество операций выполнено у детей с 4-й стадией, в возрасте от 1 года до 3-х, что связано с распространенностью процесса, рецидивированием и необходимостью проведения повторных вмешательств. Наибольший процент операций по радикальному удалению опухоли в возрастной группе до 1 года, что обусловлено небольшими объемами опухоли, а также отсутствием метастазирования. Чаще выполняется удаление опухоли надпочечника ($n=37$). Эти данные еще раз подчеркивают важность проведение скрининговых УС-исследований на 1 году жизни. От 1 до 3-х более 50% занимают биопсии опухоли и метастазов, из-за распространенности опухолевого процесса и невозможности первично-радикального удаления.

В структуре первичных операций 57% занимает радикальное удаление опухоли, 32% – биопсия опухоли, 11% – биопсия метастаза. Из повторных операций: радикальное удаление опухоли – 41%, 38% – расширенная

биопсия опухоли, 6% – биопсия метастаза (подтверждение рецидива заболевания) и в 16% случаев выполнялась ревизия брюшной полости, забрюшинного пространства, опухоль не обнаружена.

Ранее проводились совместные оперативные вмешательства с нейрохирургами по удалению опухолей средостения с ламинэктомией и удалением интраспинального компонента. Однако, как показал опыт, значимого влияния на прогноз такая радикальность не оказала. Поэтому мы отказались от удаления интраспинального компонента.

Осложнения встречались в 1% оперативных вмешательств. В одном случае – кровотечение (после биопсии опухоли надпочечника), что потребовало дренирования брюшной полости. В одном случае – некроз почки, вследствие тромбоза почечной вены (сосудистый шов при выделении почечной вены из опухоли). Выполнена нефрэктомия.

Выводы. В возрасте до 1 года наибольшая доля радикальных операций – 66%.

От общего количества операций радикально выполнены – 55%, расширенная биопсия опухоли – 33%, биопсия метастаза – 11%, Ревизия. Опухоли нет – 1%. Выживаемость: 1 стадия до 100%, 2 стадия – 94%, 3 стадия – 60%, 4 стадии – 10–20%. 4S-стадия – 75%. В оперативном лечении нейробластом важно учитывать особенности биологического поведения данной опухоли и стремиться к радикальности удалению опухоли, учитывая хирургические риски. При риске органосохраняющей операции лучшим выбором первичного вмешательства будет биопсия опухоли.

ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ЛЕВОСТОРОННИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Челурной М.Г., Азатян А.А., Варичева Н.В., Винников В.В., Астахов Р.Е.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

При врожденных левосторонних диафрагмальных грыжах нижний край диафрагмального дефекта хорошо дифференцируется только при трансторакальном доступе. При ушивании больших грыжевых дефектов у детей в отдаленные сроки после операции развивается деформация левой половины грудной клетки.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с врожденными левосторонними диафрагмальными грыжами.

Материал и методы. Сравнению подвергнуты 2 группы больных: I группа (основная, 22 ребенка) с торакоабдоминальным доступом и II группа (сравнения, 42 больных) с трансабдоминальным доступом коррекции порока. Торакоабдоминальный доступ состоял из вскрытия плевральной полости боковым разрезом по VI межреберью и вскрытия брюшной полости из поперечного подреберного доступа. Трансабдоминальный доступ у детей II группы производили поперечным разрезом передней брюшной стенки в левом подреберье.

Результаты. Одновременное вскрытие плевральной и абдоминальной полостей позволяет щадяще выполнить процедуру низведения органов через диафрагмальный дефект в брюшную полость, визуализировать края диафрагмы по всему периметру дефекта, решить вопрос о применении того или иного способа его закрытия

(сшивание краев или применение сетки) и осуществить эту диафрагмопластику. В нашей клинике при площади дефекта до 20% площади купола диафрагмы используют сшивание краев диафрагмы, при больших размерах дефекта – пластику диафрагмы капроновой сеткой. Брюшная часть этого доступа дает возможность разместить под диафрагмой и фиксировать свод желудка или селезенку, создав определенный щит для возможного проникновения кишечных петель в грудную полость через широкие межшовные щели грудобрюшной преграды. При чисто абдоминальном доступе встречаются трудности как в процессе низведения органов в брюшную полость, так и в выполнении френопластики. При комбинированном доступе осложнений после операции не было. У 8 больных (18,5%) II группы встретились следующие осложнения: несостоятельность швов с рецидивом грыжи – 3 (7,0%), хилоторакс – 2 (4,6%), хилоперитонеум – 1 (2,3%), гемоторакс – 1 (2,3%), ятрогенная травма печени с кровотечением – 1 (2,3%); летальный исход отмечен у 6 больных (14,0%).

Выводы. При открытом способе оперирования врожденных левосторонних диафрагмальных грыж предпочтения заслуживает комбинированный торакоабдоминальный доступ.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

Шамсиев А.М., Зайниев С.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан, Самарканд

Хронический гематогенный остеомиелит, характеризующийся рецидивирующим течением, продолжает оставаться актуальной проблемой в структуре гнойно-септических заболеваний, что связано высокой частотой, длительностью течения заболевания с частыми рецидивами и осложнениями. Причиной рецидивов воспалительного процесса в кости и неудачных исходов лечения является неполноценная санация очага поражения, что заставляет разработать радикальные методы хирургического лечения.

В настоящей работе приведены результаты хирургического лечения 103 больных с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХРГО) длинных трубчатых костей. Патологический процесс локализовался: у 53 (51%) отмечалось поражение большеберцовой кости, у 43 (42%) бедренной, у 5 (5%) плечевой, у 1 (1%) локтевой, у 1 (1%) лучевой кости. 68 (66%) больным в прошлом произведена неоднократная (2–6 раз), 35 (34%) больным однократная секвестрнекрэктомия.

Свищевая форма заболевания отмечалась у 23 (22%) больных. Заболевание сопровождалось болевым синдромом в пораженной конечности у 86 (83,5%) больных.

Особенностью хирургического лечения явилось бережное отслаивание надкостницы, вскрытие костно-мозгового канала на всем протяжении диафиза, с последующей секвестрнекрэктомией, восстановлением структуры костно-мозгового канала с иссечением склерозирующих перегородок. Костно-мозговой канал обрабатывался растворами антисептиков с ультразвуковой кавитацией.

Пребывание больных в стационаре составило 14 койко-дней, рана зажила первичным натяжением у 96 (93%) больных. При обследовании в сроки от 6 месяцев до 2 лет рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, тактика ХРГО, заключающаяся во вскрытии костно-мозгового канала на всем протяжении позволяет радикально санировать патологические очаги, что в свою очередь предупредит развитие рецидивов заболевания.

ОСЛОЖНЕНИЯ УДВОЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургутов М. Д., Махмудов З. М.

Самаркандский государственный медицинский институт; 2 – клиника Самаркандского государственного медицинского института, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность. Дупликация (удвоение) пищеварительного тракта – сравнительно редко встречающееся врожденное заболевание с частотой 0,025–1%.

Цель исследования: представление вариантов осложнения течения дубликации кишечника как редкой причины абдоминальной патологии, анализ клинической симптоматики и методов их лечения.

Пациенты и методы. С 2008 по 2016 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 3 больных в возрасте от 6 дней до 8 лет с дубликатором тонкого кишечника.

Результаты. Характерно, что ранние патогномичные симптомы данного порока не имелись и больные подвергались оперативному вмешательству в связи с развившимися осложнениями.

В первом клиническом наблюдении у ребенка, оперированного по месту жительства по поводу перфорации тонкой кишки и перитонита с выведением энтеростомы, на повторной операции в нашей клинике обнаружена тубулярная форма дубликации тонкой кишки на протяжении 100 см. Произведена резекция удвоенно-

го сегмента с наложением анастомоза «конец в конец». Во втором наблюдении больной по месту жительства оперирован по поводу острого аппендицита, но истинная причина болевого синдрома также не была установлена. На повторной операции выявлена дивертикулярная форма дубликации терминального отдела подвздошной кишки. У 6-дневного новорожденного с явлениями кишечной непроходимости интраоперационно обнаружено кистозное удвоение тонкой кишки протяженностью 20 см и диаметром расширенной части 12 см, которая также резецирована с созданием межкишечного анастомоза. Все оперированные дети выздоровели.

Таким образом, симптоматика кишечных дубликаторов варьирует от длительного бессимптомного течения до ярко выраженной картины серьезных осложнений, требующих неотложного хирургического вмешательства у детей любого возраста. Для профильного специалиста важно знать особенности течения, диагностические алгоритмы и оперативную тактику при различных формах данной порока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж. А., Махмудов З. М., Тогаев И. У.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Цель: Изучить результаты хирургического лечения синдактилии конечностей у детей.

Материал и методы: Во 2-клинике СамМИ за период с 2006 по 2016 года находилось на стационарном лечении 32 больных с различными формами синдактилии конечностей. Мальчиков было 21 (65,7%), девочек 11 (34,3%). Синдактилии пальцев кистей выявлена у 28 (87,5%) больных, у остальных 4 (12,5%), патология локализовалась на стопах. Односторонний процесс отмечался у 16 (50%), двухсторонний у 16 (50%). В возрасте до 3-х лет было 11 (34,4%), от 3х до 5 лет – 5 (15,6%), от 5 до 7 лет – 6 (18,8%), старше 7 лет – 10 (31,2%). Сращение 2 х пальцев 27 (84,3%) больных, 3х пальцев у 3 (9,3%), 4 пальцев у 2 (6,2%) пациентов. Больные оперировались по до-

стижении 3 летнего возраста. Устранение синдактилии с пластикой местными тканями проведена 13 (40,6%) больным, 19 больным при сложных формах синдактилии (59,4%) применена аутодермопластика.

Результаты: При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения выявлено, что после проведения пластики местными тканями у 3 отмечались различные осложнения: повторное неполное сращение пальцев развилось у 2 пациентов, у 1 развилась сгибательная контрактура. При анализе результатов лечения с применением аутодермопластики осложнений не выявлено.

Выводы: Таким образом, применение аутодермопластики позволяет достичь лучших результатов и является операцией выбора при хирургическом лечении синдактилии.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, РЕДКИЕ ФОРМЫ

Шангареева Р. Х., Сырлыбаева Р. Р., Алибаев А. К., Чендулаева И. Г., Нигаметьянов Р. А., Лутфуллин Н. Х.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Уфа

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с инвагинацией кишечника.

Нами анализированы результаты диагностики лечения детей с инвагинацией за период 2013–2016 гг.

С предварительным диагнозом в стационар госпитализированы 113 пациентов. Диагноз подтвержден у 52 (46%) детей. Необходимо отметить, что за аналогичный период 2009–2012 годы в стационары поступили 93 ребенка с инвагинацией кишечника. Возраст детей: 5–12 мес.-29; 1–2 года-20; старше 3 лет – 3. Мальчиков – 39, девочек – 13. Консервативная дезинвагинация выполнена у 23 пациентов. Лечебная пневмоирригография проведена у 15 детей до 12 часов, у 6 от 12 до 24 и у двоих более 24 часов от начала заболевания. Лапароскопическая дезинвагинация выполнена в 9 случаях. Лапаротомия, дезинвагинация проведена у 10 пациентов. Лапаротомия, резекция подвздошной кишки по поводу некроза произведена у 4 и илеоцекального угла у 2 детей. Все случаи некроза кишки имели место при тонко-толсто кишечной инвагинации. Некроз кишки в результате поздней обрабатываемости у 3, из-за ошибки в диагностике у 3 детей, которые обратились за медицинской помощью до появления стула по типу «малинового желе». Лапаротомия, дезинвагинация и резекция дивертикула Меккеля произведена у 4 детей. Редким осложнением инвагинации кишечника является выпадение инвагината через прямую кишку (*prolapsus coli invaginati*). Мы наблюдали ребенка в возрасте 11 мес. с толстокишечной инвагинацией с *prolapsus coli invaginati*, который поступил

в РДКБ через 8 суток от начала заболевания. Общим хирургом ЦРБ *prolapsus coli invaginati* был ошибочно расценен как «выпадение прямой кишки» в связи с тем, что родители не отмечали выраженного беспокойства из-за болевого синдрома, характерного для инвагинации. Кроме того ежедневно был жидкий стул. Хирург вправил «выпавшую кишку» и обучил маму. Ребенок оперирован через 8 суток от начала заболевания, произведена дезинвагинация. Возникли определенные трудности при диагностике инвагинации на почве дивертикула Меккеля. Ребенок в возрасте 11 мес. дважды поступал в стационар с клиникой инвагинации. Мама отмечала погрешности в диете. В обоих случаях была успешно проведена лечебная пневмоирригография, кишка жизнеспособная. Через 12 дней после выписки из стационара ребенок третий раз поступил с клиникой инвагинации. Учитывая частые эпизоды инвагинации, проведена лапаротомия. Выявлена инвагинация на почве дивертикула Меккеля. Произведена резекция подвздошной кишки в связи с тем, что дивертикул имел широкое основание.

Выводы: приоритетным методом лечения инвагинации кишечника у детей является лечебная пневмоирригография, она выполнима и в сроки более суток от начала заболевания. Некроз кишки наступает при тонко-толсто кишечной инвагинации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТОВ У ДЕТЕЙ

Шангареева Р.Х., Еникеев М.Р., Неудачин А.Е., Зайнуллин Р.Р., Бацаев С.М., Солдатов П.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, Уфа

Цель: улучшить результаты лечения детей с острым парапроктитом.

Материалы и методы: Нами анализированы результаты диагностики и лечения 199 детей находившихся на стационарном лечении в РДКБ г. Уфы с 2014 по 2017. Детей в возрасте до 1 месяца было 20 (10,1%); 1–6 мес. 134 (67,3%), 7–12 мес. 27 (13,6%), 1–2 года 13 (6,5%), 2–3 года – 5 (2,5%). Мальчиков 197 (99%), девочек – 2 (1%).

Результаты. Парапроктит наиболее часто встречался в возрасте 1–6 месяцев у 134 (67,3%) детей, чаще страдали мальчики 197 (98,8%).

За медицинской помощью родители обращались с жалобами на беспокойство ребенка при дефекации. У 143 (71,8%) пациентов отмечался жидкий стул. При объективном исследовании в перианальной области имелся участок гиперемии, пальпаторно определялся болезненный инфильтрат с флюктуацией. Вскрытие парапроктита проводилось под общим обезболиванием. Выполнялся разрез кожи над очагом в радиальном направлении. После обработки полости гнойника антисептическими растворами проводилась ревизия полости пугочатым зондом. У 193 (97%) детей при исследовании из полости гнойного очага имелся свищевой ход до про-

света прямой кишки. По данным нашего материала ишиоректальный парапроктит выявлен у 6 детей, в том числе у 2 девочек. Таким образом, наши исследования показали, что парапроктит у 97% детей подкожно-подслизистый. В связи с вышеизложенным, вскрытие парапроктита проводилось с рассечением свища по зонду до просвета анального канала.

В послеоперационном периоде дети получали комплексное лечение: санация очага растворами антисептика, мазевые повязки, УВЧ, светоманнитотерапия, антибактериальная терапия, коррекция дисбиоза кишечника. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 8 койко-дней. Из других стационаров с рецидивом парапроктита поступили 28 (14%) детей, которым парапроктит был вскрыт как абсцесс.

Рецидив выявлен у 8 (4%) пациентов после вскрытия парапроктита по свищу до слизистой в сроки от 1–9 месяцев. Кроме того 5 (2,5%) детей поступили повторно с новым очагом парапроктита.

Выводы. Парапроктит наиболее часто встречается в первом полугодии жизни. У 96% детей парапроктит – подкожно-подслизистый, поэтому вскрытие острого парапроктита с рассечением свища по зонду является первично радикальным методом хирургического лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ – ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Шведовченко И. В., Кольцов А. А., Шайдаев Э. З., Юрченко А. Ю., Яковлева В. А.

ФГБУ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Шурова Л. В., Будкевич Л. И., Корсунский А. А., Старостин О. И.

НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского. Москва. Россия

За последние годы отмечена тенденция к повышению числа больных с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ). Учитывая некоторые особенности течения раневого процесса у данного контингента пострадавших, остается актуальной проблема подбора для них адекватных перевязочных средств. Анализ публикаций зарубежных коллег, посвященных этой тематике, свидетельствует о том, что восстановление дефектов кожи у пациентов осуществляется согласно рекомендациям международного консенсуса «Лечение больных с буллезным эпидермолизом». Подход к местному лечению дефектов кожи такой же, как и при травматическом повреждении кожного покрова. По – нашему мнению, заживление эрозий и язв у пациентов с ВБЭ отличается от процесса репарации в ране травматического генеза и обусловлено отсутствием первой стадии воспаления – стадии альтерации, которая морфологически проявляется дистрофией и некрозом клеток и тканей. При альтерации должен быть очаг первичного повреждения «здоровой» кожи, что не характерно для ВБЭ. Отслойка эпидермиса при этой нозологии обусловлена дефектом структурных белков кожи, обеспечивающих интраэпидермальные или дермоэпидермальные связи. Учитывая,

перечисленные выше обстоятельства, мы осуществляли подбор перевязочных средств, принимая во внимание их качественные характеристики. Оптимальная защита кожи от малейших травматических повреждений, способность к стимуляции спонтанной эпителизации, предотвращение испарения воды через образующийся эпидермис и сохранение эластичности рубцово-измененной кожи. Первичной повязкой являлось сетчатое покрытие Воскопран. Повязка не прорастала грануляциями из-за жесткой сетчатой основы и ее ригидности. Обладала эффективной дренажной функцией. Плотное прилегание к раневой поверхности обеспечивалось вторым слоем повязки в виде мягкого сетчатого покрытия Бранолинд. Сорбционный эффект перевязочного материала достигался салфетками с мазью Левосин или Аквасель Экстра. Наряду с местным лечением проводилась длительная комплексная инфузионная, антибактериальная терапия в сочетании с нутритивной поддержкой до полной коррекции нарушенного гомеостаза.

Мультидисциплинарный подход к ведению детей с ВБЭ позволил сократить сроки эпителизации ран в послеоперационном периоде и достичь заживления длительно существующих дефектов кожи без их рецидива.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВИДАМИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Щебенков М. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Россия, Санкт-Петербург

Лапароскопические операции у детей при различных видах грыж передней брюшной стенки выполняются нами с 1994 года. За это время проведено более 4000 вмешательств детям в возрасте от 10 дней до 18 лет, в том числе глубоко недоношенным.

В 12 случаях встретились с редкими видами грыж брюшной стенки. У 5 детей была найдена бедренная грыжа, устранена путем лапароскопического выделения и мобилизации грыжевого мешка с последующей пластикой дефекта брюшной стенки викриловой сеткой. В двух случаях в грыжевом мешке был фиксирован саль-

ник. Продолжительность операции составила 30 мин. Дети осмотрены через 6 месяцев после операции – патологии не найдено.

У 3-х пациентов при лапароскопии диагностирована прямая паховая грыжа. Грыжевой дефект был ушит после полной мобилизации и отсепокровки грыжевого мешка без использования сетчатого имплантата.

Трое мальчиков оперированы по поводу вентральной грыжи при эктопии яичка на переднюю брюшную стенку с формированием дефекта апоневроза до 2 см в диаметре. Яичко лапароскопически было мобилизовано

и низведено в мошонку через искусственно созданный канал в медиальной паховой ямке, фиксировано к мясистой оболочке. Дефект апоневроза брюшной стенки ушит «П» образными швами.

У мальчика 4-х лет при лапароскопии обнаружена липома забрюшинного пространства, симулирующая

пахово-мошоночную грыжу. Липома полностью удалена лапароскопически.

Эндовидеохирургия сегодня с успехом конкурирует с традиционными методиками в лечении различных грыж брюшной стенки у детей, позволяя определить вид грыжи и своевременно скорректировать технику операции.

ЭТАПНОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ 12-ТИ ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА С ДВУСТОРОННИМ БРЮШНЫМ КРИПТОРХИЗМОМ

Щебенков М. В., Ясюченя В. В.

Кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова. Санкт-Петербург

Цель – показать высокую эффективность лапароскопии в диагностике и лечении абдоминального крипторхизма, обратить внимание на возможность низведения брюшного яичка после 12–14 лет, как альтернативу орхэктомии. Пациент С., 1999 года рождения, поступил для оперативного лечения с диагнозом: двусторонний крипторхизм, синдром не пальпируемого яичка. Диагноз поставлен с рождения. Наблюдался эндокринологом, обследован в МГЦ – «Х» – хроматин отрицательный. В возрасте 6 лет осмотрен хирургом – состояние расценено как гипоплазия обоих яичек, рекомендовано продолжить лечение у эндокринолога. Проведено несколько курсов ХГЧ без эффекта. В возрасте 12 лет обследовался в эндокринологическом отделении – выявлены признаки гипогонадизма: одно- и трехдневная проба с ХГЧ допубертатная; тестостерон крови – 0,025 нмоль/л; ЛГ-0.4 мМЕ/мл; ФСГ- 2.33 мМЕ/мл; УЗИ: яички не лоцируются. Рекомендован курс ХГЧ по 1250 ЕД 2 раза в неделю № 10. После курса ХГЧ тестостерон крови составил 6,1 нмоль/л, что указывало на наличие гипоплазированных яичек. Рекомендовано оперативное лечение: учитывая возраст ребенка (12 лет) и вероятную гипоплазию гонад – орхэктомии. В связи с отказом родителей от удаления яичек, предложено альтернативное лечение – двухэтапная лапароскопическая операция Fowler-Stephens. При лапароскопии в правой и левой подвздошных областях, в 4-х см. от внутреннего пахового кольца обна-

ружены яички – левое 2.0 x 1.5 см, правое 2.5 x 2.0 см, сформированные правильно, с короткими семенными сосудами и длинной петлей семявыносящего протока. Произведен 1 этап операции с выделением и клипированием сосудистой ножки левого яичка. Послеоперационный период без осложнений. Через 6 мес. выполнен 2-й этап операции Фовлер-Стефенс слева и 1-й этап справа. Левое яичко с хорошим коллатеральным кровоснабжением на сосудистом лоскуте брюшины вдоль семявыносящего протока и низведено через медиальную паховую ямку до корня мошонки. Сосуды правого яичка клипированы. Через 6 мес. (возраст 14 лет) выполнен 2-й этап операции Фовлер-Стефенс справа. Правое яичко, низведено в верхнюю треть мошонки через медиальную паховую ямку, где фиксировано по Петривальскому. В октябре 2016 года (возраст 16 лет) из пахового доступа выполнено удаление гипоплазированного левого яичка, с одномоментной постановкой силиконового протеза в левую половину мошонки.

Результат: правое яичко сохранено, располагается в мошонке, выполняет гормональную функцию (в спермограмме – аспермия). Левое яичко атрофировалось, удалено и замещено силиконовым протезом. Юноша развит по мужскому типу, не нуждается в заместительной гормональной терапии, социально адаптирован, психологически чувствует себя полноценным, не замкнут, ведет нормальный образ жизни.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЯИЧКА

Щедров Д. Н.

ГБУЗ ЯО ОДКБ, Россия, Ярославль

Цель работы оптимизировать методику эндопротезирования яичка в подростковой практике.

Располагаем опытом протезирования у 35 подростков до 18 лет с использованием оригинальной методики (заявка на изобретение № 2017104554/17 (008119) от 13.02.17 г).

Причинами орхэктомий являлись: заворот яичка – 19 пациентов, травма яичка – 1, деструктивный эпидидимит – 1, опухоль яичка – 3, крипторхизм – 4, гипоплазия

или агенезия яичка – 7. Условиями, допускающими проведение операции, считаем: – возраст не менее 15 лет; объем контралатеральной гонады не менее 15 см³; при ургентной ситуации срок после первичной операции не менее 6 месяцев; планомерно эндопротезирование выполняется одномоментно с удалением атрофированного яичка. Использовался эндопротез яичка производства фирмы «МИТ», Россия, «Mentor Coloplast», США, «Promedon S. A» Аргентина. Подбор протеза осуществ-

влялся по данным УЗИ. В 22 случаях производилось эндопротезирование в «пустую» мошонку, в 13-и установка протеза сопровождалась гемиорхофуникулоэктомией. Доступ осуществляли поперечный через паховый канал паховый по ходу паховой складки. С целью минимизации контакта трансплантата с операционной раной и исключения контакта с покровами мошоночного доступа, рекомендуемого некоторыми авторами, избегали, не смотря на его техническую простоту. Выделяли ранее не удаленную часть семенного канатика до уровня внутреннего пахового кольца, перевязывали с прошиванием и отсекали. Семенной канатик удаляли полностью до дистальной лигатуры (уровень его перевязки в мошоночной части, при наличии атрофированного яичка выполняли орхэктомиию. Формируется тупым путем туннель в мошонку, в полости создается ложе для трансплантата. Для удобства формирования ложа в последу-

ющем при выполнении орхэктомии не следует ушивать серозную полость мошонки. Необходимо сформировать ложе максимально низко с целью правильного стояния трансплантата и профилактики его миграции в сторону пахового канала. Трансплантат помещается в мошонку в вертикальном положении. Ушивание входа в мошонку выполняется путем наложения кисетного шва на 5–6 стежков равного размера над верхним полюсом импланта через все оболочки мошонки, от мясистой до серозной до сведения тканей, после чего ушивается вход в мошонку. Рана ушивается наглухо. Осложнение отмечено в одном случае – отторжение импланта с отхождением его через свищ мошонки. Наличие опыта протезирования яичка позволяет сделать вывод – предлагаемая методика удобна технически и позволяет минимизировать риск осложнений в послеоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ КОЛИЧЕСТВА ПОЧЕК

Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Фоменко С. А.

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

По нашим данным эта аномалия составляет от 2,5% до 4% всех больных урологического профиля, и около 10% всех пациентов с пороками развития почек и мочеточников.

Цель – обобщить опыт диагностики и лечения пациентов с аномалиями количества почек.

Материалы и методы. В основу работы легли результаты обследования и лечения 240 детей, находившихся в урологическом отделении клиники детской хирургии им. Н. Л. Куца за 2004-2017 гг. Полученные нами данные говорят о том, что девочки болеют значительно чаще – 184 (76,7%) случая, на 56 (23,3%) – у мальчиков.

К необходимым методам обследования относим: общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, внутривенная (экскреторная) урография. К дополнительным: микционная цистография, доплерография почечного кровотока и мочеточникового выброса, радиоренография, скintiграфия почек.

Все дети были обследованы согласно описанной схеме, объем которой определялся индивидуально в каждом случае.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (58,3%), удвоение почек не нарушает уродинамику и обнаруживается как случайная сонографическая находка, или во время обследования по поводу эпизода инфекции мочевыводящих путей. Соотношение случаев неполного удвоения почек к полному 2:1, одностороннего к двустороннему 5:1. Из осложнений пузырно-мочеточниковый рефлюкс был диагностирован у 31 пациента (13%), рефлюксирующий мегауретер у 16 (6,6%) больных, гидронефроз у 12 (5%), наличие таких пороков как уретроце-

ле и обструктивный мегауретер имело место у 10 (4%) детей.

С другими предварительными диагнозами были госпитализированы 24 (10%) ребенка, а в процессе обследования были выявлены аномалии количества, в свою очередь у 32 (13,3%) детей, при госпитализации которых предполагалось удвоение почек, была диагностирована другая урологическая патология. Хочется отметить, что при этом всего у 3 пациентов (1,25%) диагноз неполного удвоения почек был, после проведения дополнительного углубленного обследования, изменен на «полное».

Оперативное лечение выполнялось пациентам со значительными нарушениями уродинамики. Чаще всего требовалось выполнение геминефруретерэктомии – у 18 (7,5%) пациентов, рассечение уретероцеле было выполнено у 3 (1,25%) больных. Резекция пиелоуретерального сегмента с наложением анастомоза и раздельная трансвезикальная пересадка мочеточников были выполнены в двух случаях (0,4% и 0,4% соответственно), с удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами всех оперативных вмешательств.

Выводы. 1. Показанием к хирургическому лечению удвоения почек и мочеточников являются обструкция верхнего или нижнего сегмента мочеточника и недостаточность пузырно-мочеточникового соустья.

2. Корригирующие операции при удвоении почек и мочеточников должны выполняться по мере их выявления. Ранние операции способствуют адекватному морфофункциональному развитию почки.

3. Целесообразно проводить массовые скрининговые ультразвуковые исследования мочевыделительной системы, для раннего выявления порока.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Щербинин А.В., Фоменко С.А., Некрасов А.Д., Бессонова А.Д., Щербинин А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького, Донецк, Украина

Цель – обобщить опыт лечения детей с высокой врожденной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. С 2007 по 2017 гг. в клинике детской хирургии им. Н.Л. Куца на лечении находилось 53 ребенка с высокой врожденной кишечной непроходимостью. Мальчиков – 34 (64%), девочек – 19 (36%). Гестационный срок находился в пределах 29–40 недель, среди них доношенных детей 31 (58%), недоношенных – 22 (42%). Масса при рождении составляла от 1300,0 до 4200,0. Частичная кишечная непроходимость наблюдалась у 19 (36%) детей, полная – у 34 (64%). Нозологические единицы были следующие: атрезия 12-перстной кишки 27 случаев (51%), из них 8 мембранозно перфоративная форма, аномалия фиксации и ротации кишечника 12 случаев (23%), непроходимость на фоне синдрома Ледда – 8 (15%), у 4 (7%) детей имела место кольцевидная поджелудочная железа, атрезия пилорического отдела желудка – у 2 (4%) больных. В 12 (23%) случаях имели место множественные врожденные пороки развития (пороки сердца – 6, в одном случае в сочетании с situs viscerum inversus, атрезия ануса и прямой кишки – 2, болезнь Гиршпрунга – 1, гидронефроз – 1, болезнь Дауна – 5, из них в 3 случаях сочеталась с другими пороками).

Результаты и их обсуждение. Все больные были оперированы. Производились рассечение спаек, скеле-

тизация 12 перстной кишки, наложение гастро-еюно-, дуодено-дуодено- и дуодено-еюноанастомоза. Пассажа по ЖКТ восстанавливался на 4–17 сутки в зависимости от соматического статуса. В послеоперационном периоде осложненные, обусловленные явлениями ранней спаечной кишечной непроходимости, отмечались у 5 (9%) больных. В 1 (2%) случае потребовалось наложение реанастомоза. Летальность составила 9 (17%) случаев: 2 детей с множественными врожденными пороками развития, 7 с внутриутробной инфекцией (100%). Что касается массы, то 8 из 9 умерших детей имели низкую ($m < 2500$) и очень низкую ($m < 1500$) массу тела, а по гестационному сроку только 2 детей были доношенными.

Выводы. 1. При своевременной диагностике и хирургическом лечении высокая врожденная кишечная непроходимость имеет благоприятный прогноз.

2. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде, требующим повторного оперативного вмешательства, является ранняя спаечная кишечная непроходимость.

3. Высокую летальность обуславливают тяжелые сопутствующие пороки развития, внутриутробная инфекция, малый срок гестации и низкая масса тела.

КРОВООБРАЩЕНИЕ В ПАРЕНХИМЕ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ

Щербинин А.В., Москаленко А.С., Фоменко С.А., Москаленко С.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР, Донецк

Цель. Изучить изменения параметров кровотока яичек у детей с патологией влагалищного отростка брюшины, требующей хирургической коррекции, на основании анализа данных ультразвукового исследования яичек до и после оперативного лечения.

Материалы и методы. Обследовано 87 мальчиков в возрасте от 3 до 17 лет, оперированных в Республиканской детской клинической больнице г. Донецк 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 ультразвуковое 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. До оперативного пособия индекс резистентности на стороне поражения был существенно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Значения

пиковой систолической и конечной диастолической скоростей кровотока были ниже показателей группы сравнения ($p < 0,05$). Это говорит об исходном обеднении кровотока яичка пораженной стороны. В основной группе через 1 сутки после операции индекс резистентности стороны поражения достоверно ($p < 0,05$) повышался по сравнению с предоперационным периодом. Значения скоростных показателей кровотока, напротив, снижались на 4–9% по сравнению с показателями до операции. Данные изменения свидетельствуют об усилении ишемии яичка вследствие операционной травмы. Через неделю после оперативного пособия происходило снижение показателя индекса резистентности ($p < 0,05$) практически до исходных цифр. Это говорит о прекращении негативного влияния хирургического пособия на кровоток в бывшем больном органе. Стоит отметить, что через 7 суток после оперативного вмешательства кровообращение в яичке переходило на новый уровень: пиковая систолическая и конечная диастолическая скорости кровотока повышались на 15–21% по сравнению с предоперационным периодом. Однако интенсивность крово-

бращения на пораженной стороне оставалась значительно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы. У детей с врожденной патологией влажного отростка брюшины наблюдается исходное обеднение кровотока в сосудах паренхимы яичка стороны

поражения. Ранний послеоперационный период характеризуется усилением ишемии паренхимы яичка стороны оперативного пособия. Через неделю после операции улучшается кровообращение яичка пораженной стороны, однако сохраняется недостаточность его кровоснабжения.

ПОЛИПЫ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Щербинин А. В., Пошехонов А. С., Легур А. В., Черкун А. В.

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

Цель. Оптимизация лечебной тактики при полипах пищевода и желудка у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии наблюдалось 128 детей с полипами пищевода и желудка. Мальчиков 80 человек, девочек - 48.

С опухолевидными образованиями в зоне кардиоэзофагеального перехода было 36 пациентов (28%), нижней трети пищевода - 35 детей (27%), реже полипы локализовались в области средней трети - у 4 (3%) больных и в верхней трети пищевода - в одном наблюдении (0,7%).

В желудке преимущественно полипы локализовались в антральном отделе у 27 больных (21%), в теле желудка - 8 (6,3%), дне желудка в двух случаях.

Единичные полипы встретились у 120 пациентов (93%), множественные - у 8 больных (6%).

Результаты и обсуждение. В 65% случаях обнаружения полипов пищевода у пациентов имел место кардиоэзофагальный пролапс слизистой желудка в пищевод от 1,0 см до 2,5 см., отмечалась халазия кардии 1-2 ст.

В 80% случаях у пациентов с полипами желудка хеликобактерный тест был положительным.

Вмешательства выполнялись в плановом порядке. Проводили предоперационную подготовку пациента. Качественный состав лекарственных составляющих определялся индивидуально. Как правило, назначали антациды и антибиотики, а при необходимости - H2-блокаторы или ингибиторы протонной помпы. Среднее значение показателя давности заболевания среди оперированных пациентов на момент выполнения эндоскопической полипэктомии составило $93,7 \pm 12,7$ (M+m) дней. Этот

критерий характеризует не общую продолжительность клинической симптоматики гастроэнтерологической патологии у ребенка, а срок с момента установления диагноза полипа пищевода или желудка в результате проведения ЭГДС. Лишь в 2 случаях эндоскопическое удаление образования выполнили непосредственно во время первичного выявления новообразования. Наибольшее количество эндоскопических полипэктомий произведено во время повторных ЭГДС спустя 2-6 месяцев после установления диагноза.

При проведении эндоскопической полипэктомии применяли различные варианты оперативной техники. При использовании для удаления полипа петли (43 пациента - 34%) технику электроэксцизии ножки полипа пуговчатым коагулятором или форцептом использовали у 85 (66%) больных. Сохраняющееся кровотечение из слизистой в месте удаленного образования вызвало необходимость использования комбинированной техники у 8 детей (6%). Послеоперационных осложнений в виде продолжающегося кровотечения или перфорации полого органа не наблюдали ни в одном случае.

Среди оперированных пациентов доминировали полипы на широком основании (121 пациент). В 4 случаях (3%) отмечены рецидивы опухолевидных образований спустя 1,6 и 9 месяцев после первичного удаления. Это были больные с гиперпластическими полипами.

Контрольные эндоскопии после удаления опухолей проводились через 1, 6, 12, 24 месяца.

Выводы. Показания к оперативному лечению (эндоскопической полипэктомии) при полипах пищевода и желудка у детей должны определяться индивидуально.

АССОЦИИРОВАННЫЕ АНОМАЛИИ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕВОЧЕК

Эргашев Н. Ш., Отамуратов Ф. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аноректальные мальформации (АРМ) являются одной из наиболее распространенных патологией детского возраста. В структуре врожденных пороков развития наблюдаются среди 1:2000-1:9000 новорожденных.

Цель исследования - определить частоту и характер сопутствующих пороков развития при аноректальных аномалиях у девочек по материалам клиники.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2004-2010 гг. находились на обследовании и лечении 210 (47,5%) девочек в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРА. Нозологические формы распределены в соответствии с международной классификацией, принятой в Крикенбеке [4]. Больным проводили комплекс-

ное обследование: общеклиническое, рентгенологическое, УЗИ, эндоскопическое, КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. При комплексном обследовании у 116 (55,2%) больных выявлены 186 сопутствующих пороков развития (табл.1). У 62 (53,4%) пациенток сочетанные аномалии были изолированными. Ассоциированные аномалии двух или более систем – множественные пороки развития – обнаружены у 54 (46,6%) детей. Общее число аномалий – 124.

Преобладали ассоциированные аномалии желудочно-кишечного тракта у 32 больных с общим числом аномалий-66, из них в изолированном виде- 32, в составе множественных аномалий –34. Основной нозологической формой было удлинение отдельных частей или всей толстой кишки у 43 больных, у 3 из них – с расширением colon. Мегаректум отмечен у 21 пациентки.

Пороки развития почек и мочеполовой системы диагностированы у 27 (12,9%) больных. У них установлены 35 уrogenитальных аномалий в виде агенезии почки

(8), уретерогидронефроза (6) у 3 из них с двусторонним пузырно-мочеточниковым рефлюксом; гидронефроз (2); полное удвоение почек (2), у одной с эктопией мочеточника в промежность; тазовая дистопия почки (2), мультикистоз (2), S-образное сращение (1).

Пороки развития сердечно-сосудистой системы при АРА у 25 (11,9%) больных были представлены 32 аномалиями в виде открытого овального окна (17), у 3 – в сочетании с открытым артериальным протоком; дефект межжелудочковой перегородки (4); изолированного дефекта межжелудочковой перегородки (5); дефекта межпредсердной перегородки (1); Тетрады фалло (1); ОАВК (1).

В заключение можно отметить, что при АРМ у девочек сочетанные аномалии наблюдались в 55,2% случаев: в изолированном виде – 53,4%, в составе множественных аномалий – 46,6%. Наиболее частыми сочетаниями были различные удлинения толстой кишки, аномалии позвоночника, мочеполовой и сердечно-сосудистой системы.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ ПО МЕТОДУ ДЕЛАТОРРЕ – МАНДРАГОНА

Эргашев Б.Б., Хамроев У.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Республики Узбекистан

Целью исследования явилась изучить отдаленные результаты хирургического лечения БГ по методу Делаторре-Мандрагона и пути коррекции нарушения дефекации.

Материалы и методы: Лечение проводилось у 62 больных детей с БГ по методу Делаторре-Мандрагона 1–3 лет. Нами было изучено отдаленные клинические результаты за последний 12 лет у 42 оперированных детей на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии при ТашПМИ в возрасте: до 6 месяцев – 12; 6–12 месяцев – 19; 1–3 лет – 11.

Результаты: По нашим клиническим наблюдениям, ранние послеоперационные осложнения практически не наблюдались. После операции в течение 2–3 месяцев отмечалось учащение стула 2–3 раза в сутки. В отдаленном периоде затруднение отхождения газа и сту-

ла связанное с не рассасыванием в срок неадекватного калибра шовного материала анастомоза развился каркасный непрямоугольный стеноз у 12 (28,5%) больных, которого ликвидирован при помощи бужирования. Недержание кала отмечалось у 15 (35,7%) больных в связи с низким наложением колоанального анастомоза. В реабилитационном лечении после проведения 1–3 курсов электростимуляции с интервалом 3 месяца, недержание кала постепенно исчезло в течение 8 месяцев. При ежемесячном реабилитации больных с нарушением дефекации полностью излечено в течение 6 месяца. Повторно оперированных больных не было.

Вывод: При хирургическом лечении БГ у детей до 3 лет эффективным и оптимальным методом является Делаторре-Мандрагона.

СЛУЧАЙ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В СОЧЕТАНИИ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОДРОСТКА

Юданов А.В., Феофилов И.В., Быков А.Ю., Файко Е.Ю., Грамзин А.В., Титов Д.В.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Проблема трансплантации почек в детском возрасте, несмотря на стремительное развитие медицинской науки и техники, остается весьма актуальной.

В 2016 г. в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» на базе отделения трансплантации органов совместно с детским област-

ным урологическим центром проведено 6 трансплантаций почек детям с хронической болезнью почек различного генеза. Из них в 5 случаях проводилась родственная и в 1 случае трансплантация почки от посмертного донора. Эксплантация при родственной трансплантации

осуществлялся путем проведения мануально-ассистированной лапароскопической нефрэктомии. Один случай заслуживает особого внимания.

Пациентка А., 13 лет, с терминальной хронической болезнью почек на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря спинального генеза. Донором органа являлась мать. С целью создания резервуарной функции и реинервации мочевого пузыря проведена аугментационная цеко-везикопластика. Имплантация донорской

почки осуществлялась в гетеротопической позиции на подвздошные сосуды. В послеоперационном периоде получала согласно стандартному протоколу (иммуносу-прессивная терапия, антибиотикотерапия). Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

У детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, в качестве заместительной почечной терапии показана трансплантация почки, при соблюдении комплексного подхода в лечении и реабилитации.

НОВОЕ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ АРХИТЕКТониКИ И ОЦЕНКА ПОРТАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юлдашев Р.З., Алиев М.М., Дехконбоев А.А., Кабулов Н.Ш., Юлдош Ф.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Узбекистан, Ташкент;
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Узбекистан, Ташкент

Цель. Изучить особенности портальной ангиоархитектоники и перфузии с использованием технологии визуализации микроциркуляторного русла (Superb Microvascular Imaging – SMI) у детей с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ)

Материал и методы исследования. Обследованы 20 пациентов с диагнозом ВПГ до (n=9) и после выполнения оперативных вмешательств (n=11). Пациентам выполнена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) гепатолиенальной зоны и визуализации микроциркуляторного русла -Superb Microvascular Imaging – SMI. Исследование выполнено на аппарате Toshiba Aplio 500 (Япония). При выполнении УЗДГ гепатолиенальной зоны оценивали портальную перфузию (ПП) печени (усредненную пиковую скорость кровотока – Vmpeak) и сопоставляли эти данные с данными SMI. При оценке внутрипеченочного сегмента воротной вены (ВВ) с помощью технологии SMI оценивали внутрипеченочную ангиоархитектонику (ВАХ) правой и левой долей печени (ПД и ЛД), при этом особый интерес уделяли состоянию левой ветви воротной вены (ЛВВВ), её структуру и гемодинамическим характеристикам.

Результаты. По данным УЗДГ у 7 пациентов после проксимального спленоренального шунтирования и у 3 после дистального спленоренального шунтирования ПП была сохранной (Vmpeak=15,7±2,41 см/с). У одного ребенка после операции спленоренальный анастомоз «бок в бок» ПП не определялась. При выполнении SMI сканирования у детей с сохранной ПП (n=10) ВАХ ПД печени была сохранной во всех случаях, при этом у 9 из них внутрипеченочная ангиоархитектоника ЛД

было резко нарушена. У пациента с отсутствием ПП (после СРА «бок в бок») по данным SMI ВАХ не прослеживалась.

До выполнения операций ПСШ у детей по данным УЗДГ ПП была Vmpeak=19,6±1,51 см/с. По данным SMI сканирования ангиоархитектоника внутрипеченочного сегмента ВВ ЛД печени была нарушена только у одного пациента. Во всех остальных наблюдениях внутрипеченочные ветви воротной вены ее сегментарные ветви были сохранены. При прицельном изучении состояния ЛВВВ у 5 пациентов вена визуализировалась достоверно: d=3±0,45 мм, кровоток составил Vmpeak=7,25±0,16 см/с. Следует отметить, что при анализе данных МСКТ ангиограмм как до, так и после операций ПСШ удалось оценить выраженность ПП. Однако подробная оценка (гемодинамические характеристики) состояния внутрипеченочной ангиоархитектоники ВВ, особенно ЛВВВ по данным МСКТ ангиограмм невозможно.

Заключение. Технологии визуализации микроциркуляторного русла Superb Microvascular Imaging – SMI, является новым перспективным методом визуализации внутриорганной микроангиоархитектоники. Наш первоначальный опыт выполнения данной технологии у детей с ВПГ, показал, что с помощью SMI возможно определение как состояния портальной перфузии и внутрипеченочной ангиоархитектоники правой и левой долей печени, так и отдельно взятого сосуда, а именно левой ветви воротной вены. Что в свою очередь открывает новые горизонты в диагностике внепеченочной портальной гипертензией и планировании операций как мезопортального, так и портосистемного шунтирования.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Программа Конгресса детских хирургов России	4
МАТЕРИАЛЫ III КОНГРЕССА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ	
<i>Аббасов Х.А., Казанцев А.П., Рубанский М.А., Керимов П.А., Рубанская М.В.</i> Опухолевый тромбоз НПВ у детей, больных нефробластомой	16
<i>М.И. Абдибеков, Т.А. Шасаитов, Э.Б. Салаев</i> Оперативное лечение гипоспадии у детей после ранее неудачной хирургической коррекции	16
<i>Абдихаликов Ж.А., Айбашов К.А., Кадыров Ж.И.</i> Эффективность лечения хронического тонзиллита способом радиолакунотомии	17
<i>Аксельров М.А., Емельянова В.А., Сергиенко Т.В., Супрунец С.Н., Аксельрова А.М., Киселева Н.В., Анохина И.Г., Мальчевский В.А.</i> Возможности уменьшения операционной травмы путем внедрения лапароскопии при хирургическом лечении некротизирующего энтероколита у недоношенных детей	17
<i>М.А. Аксельров, В.Н. Евдокимов, В.В. Связян, А.М. Аксельров, Н.В. Киселева.</i> Опыт хирургического лечения гигантской тератомы шеи у новорожденного ребенка	18
<i>Аксельров М.А., Емельянова В.А., Сергиенко Т.В., Супрунец С.Н., Киселева Н.В., Анохина И.Г., Евдокимов В.Н., Мальчевский В.А.</i> Наш опыт элонгации пищевода при атрезии с большим диастазом	18
<i>Аксельров М.А., Емельянова В.В., Сергиенко Т.В., Супрунец С.Н., Киселева Н.В., Анохина И.Г., Связян В.В., Мальчевский В.А., Евдокимов В.Н.</i> Торакоскопия в лечении новорожденных с пороками развития пищевода	19
<i>Алибаев А.К., Сырлыбаева Р.Р., Солдатов П.Ю.</i> Химические ожоги пищевода у детей	19
<i>Алиев М.М., Адылова Г.С., Юлдашев Р.З., Ахмаджонов А.М.</i> Обструктивный холестаз у детей, особенности диагностики и хирургической тактики лечения	20
<i>Ангархаева Л.В., Стальмахович В.Н., Яковченко С.Н., Лавренчик А.И., Юрков П.С.</i> Способы оперативной коррекции простых кист почек у детей	20
<i>Андреев Е.С., Талыпов С.Р., Грачев Н.С., Сухов М.Н., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Н.Г. Ускова, Г.В. Терещенко, А.А. Амосова, В.Ю. Роцин, С.Р. Варфоломеева.</i> Результаты малоинвазивного хирургического лечения детей с нейробластомой забрюшинной локализации	21
<i>Антоненко Ф.Ф., Москвичев В.К., Марухно Н.И., Жуков В.С., Пархоменко Р.А.</i> Одновременная лапароскопия и селективная ангиография с эмболизацией селезеночных артерий при травматическом разрыве селезенки у детей (Первый случай в России в 1986 г.)	21
<i>Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П., Мельцин И.И.</i> Опыт лечения редких форм инвагинации кишечника у детей	22
<i>Арустамов Л.Д., Рудин Ю.Э., Меринов Д.С., Серебряный С.А., Вардак А.Б.</i> Перкутанная нефролитотрипсия у детей младшего возраста	23
<i>Арутюнов А.В., Чепурной М.Г., Печкуров С.А., Гасанов Н.П., Семешин А.В.</i> Илеостомия в лечении гастрошизиса	23
<i>Ахаладзе Д.Г., Моисеенко Р.А., Талыпов С.Р., Меркулов Н.Н., Иванова Н.Н., Ускова Н.Г., Новичкова Г.А.</i> Начальный опыт хирургического лечения первичных и вторичных очаговых образований печени у детей	24
<i>Ахаладзе Д.Г., Моисеенко Р.А., Талыпов С.Р., Меркулов Н.Н., Иванова Н.Н., Ускова Н.Г., Новичкова Г.А.</i> Резекция печени при гигантской атипичной фокальной нодулярной гиперплазии с гипертрофией правой печёночной вены у ребёнка	24
<i>Ахмеджанов И.А., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Результаты хирургических вмешательств гипоспадий у детей	25
<i>Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедова Д.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Методы диагностики врожденного пилоростеноза у новорожденных	25
<i>Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Отдаленные результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей	26
<i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Результаты реконструктивно – пластических операций при врожденном гидронефрозе у детей	26
<i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Оценка реконструктивных операций врожденного гидронефроза у детей	27
<i>Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Наш опыт диагностики уретерогидронефроза у детей	27
<i>Ахмедов Ю.М., Хайитов У.Х., Расулов Р.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Наш опыт лечения варикоцеле у детей	28
<i>Аязкузова А.Ж.</i> Эффективность оперативного лечения острых заболеваний яичек у детей	28
<i>Бабич И.И., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.</i> Осложнения кишечных стом у детей раннего возраста	29
<i>Баранов Р.А., Петров М.А., Шляпкинова Н.С., Панкратов И.В., Павлова Д.Д.</i> Тяжелые повреждения заднего отдела стопы у детей	30

<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Убилава И.А., Панкратов И.Д., Киселев А.Н.</i> Спонтанный пневмоторакс – выбор метода лечения	30
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Панкратов И.Д., Киселев А.Н.</i> Биопластические материалы в лечении ран у детей – перспективы	31
<i>Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Леонтьев А.В., Терехина М.И.</i> Наш опыт диагностики и лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта	31
<i>Барская М.А., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Егоров А.Е.</i> Опыт лечения осложнений дивертикула меккеля у детей	32
<i>Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Игнатьев Р.О., Афаунов М.В., Федоров А.К., Молотов Р.С., Ткаченко Б.А., Фирсова М.В.</i> Современный взгляд на лечение плевральных осложнений внебольничной деструктивной пневмонии	32
<i>Батаев С.М., Федоров А.К., Афаунов М.В., Молотов Р.С., Зурбаев Н.Т., Карпович С.В., Смирнова С.Е.</i> Торакоскопическая резекция воспалительной мюфибробластической опухоли	33
<i>Батаев С.М., Афаунов М.В., Игнатьев Р.О., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Богданов А.М., Молотов Р.С., Лудикова М.Ю., Олейникова Я.В., Смирнова С.Е.</i> Эндоскопическое лечение детей с лимфангиомами редкой локализации	33
<i>Батаев Х.М., Беляева О.А., Беляева А.В., Игнатьев Р.О., Мусаев Г.Х., Поляев Ю.А., Розинов В.М.</i> Органосохраняющие вмешательства у детей с непаразитарными кистами селезенки	34
<i>Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Присуха И.Н.</i> Конверсия хирургической помощи недоношенным детям с некротизирующим энтероколитом	35
<i>Беляев М.К., Федоров К.К., Мочалов С.В., Беляев А.М.</i> Травма паренхиматозных органов брюшной полости у детей: выбор тактики ...	35
<i>Бикташев В.С., Салистый П.В., Саидгалин Г.З.</i> Ретроспективный анализ тактики ведения детей с пограничными и глубокими ожогами	36
<i>Н.А. Большаков, А.Ю. Артемов, М.В. Тихонова, Рогожин Д.В., Ремезов А.Н. Н. С. Грачев</i> Опыт использования онкологических эндопротезов при лечении детей и подростков с саркомами костей в ННПЦ ДГОИ им. Д. Рогачева	36
<i>Большаков Н.А., Артемов А.Ю., Тихонова М.В., Рогожин Д.В., Ремезов А.Н., Рыбченков В.В., Александров А.В., Грачев Н.С.</i> Использование м/берцового лоскута при замещении пострезекционных дефектов н/конечности у пациентов детского возраста со злокачественными новообразованиями	37
<i>Бондаренко Н.С., Каган А.В., Немилова Т.К., Котин А.Н.</i> Анатомические причины инвагинации кишечника у детей	38
<i>Вакуленко М.В., Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Харатегзов А.М.</i> Особенности диагностики и интерпретации клинико-лабораторных нарушений в организме детей после обширных резекций кишечника	38
<i>Валулов И.М., Антонов Д.В.</i> Эндоскопическая баллонная дилатация в лечении послеоперационных стенозов пищевода у детей	39
<i>Вилесов А.В., Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Шувалов М.Э., Аюбян М.К.</i> Опыт трансумбиликальных лапароскопических аппендэктомий у детей	39
<i>Васильев О.В., Притуро Л.Ф., Рыбников А.П., Ионичева Е.В., Рыбиков К.И.</i> Лечение переломов костей у детей с остеопеническим синдромом	40
<i>Виноградова Т.А., Румянцева Г.Н., Сергеев С.П., Галахова Д.Г.</i> Мультидисциплинарный подход в лечении детей с термической травмой	40
<i>Винокурова Н.В., Цап Н.А.</i> Драматизм обширных резекций кишечника у детей	41
<i>Володько Е.А., Мираков К.К., Аникиев А.В., Буркин А.Г., Окулов А.Б.</i> Оперативно-технические приёмы коррекции гипоспадии у детей с вариантами нарушения формирования полоа	41
<i>Врублевская Е.Н., Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Лазивили М.Н., Демина А.М., Врублевский А.С., Кулаев А.В., Корочкин М.В., Иманалиева А.А.</i> Дифференцированный подход к лечению детей с солитарными кистозными образованиями почек	42
<i>Врублевский С.Г., Поддубный И.В., Врублевская Е.Н., Шмыров О.С., Кирсанов А.С., Рехвиашвили М.Г., Лазивили М.Н., Демина А.М., Вавилова Е.А.</i> Эндохирургическая резекция урогенитального синуса гигантских размеров у новорожденного ребенка	43
<i>Врублевский С.Г., Иманалиева А.А., Врублевская Е.Н., Шмыров О.С., Манжос П.И., Лазивили М.Н., Корочкин М.В., Врублевский А.С.</i> Роль ретроперитонеоскопических операций в лечении детей с заболеваниями верхних мочевых путей	43
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Кулаев А.В., Врублевская Е.Н., Лазивили М.Н., Корочкин М.В., Врублевский А.С.</i> Применение эндоскопической техники при лечении абдоминальной формы крипторхизма у детей	44
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазивили М.Н., Кулаев А.В., Врублевский А.С., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Демина А.М.</i> Эндовезикоскопическая резекция дивертикула мочевого пузыря	44
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазивили М.Н., Кулаев А.В., Врублевский А.С., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Демина А.М.</i> Эндовидеохирургическая реконструкция верхних мочевых путей	45
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Кулаев А.В., Лазивили М.Н., Корочкин М.В., Врублевский А.С., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Демина А.М.</i> Использование лапароскопической техники в лечении детей с гидронефрозом	46
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Галкина Я.А., Шмыров О.С., Лазивили М.Н., Вавилова Е.А., Чупрова Е.В., Демина А.М., Врублевский А.С., Кулаев А.В., Корочкин М.В.</i> Клинический опыт лечения детей с деструктивными формами пиелонефрита	46

<i>Высоцкий В. В., Пискалов А. В., Дырул А. К., Кологреев В. А., Самбрат П. А.</i> Опыт применения продленного каудального блока в лечении некротизирующего энтероколита у новорожденных на ранних стадиях	47
<i>Высоцкий В. В., Пискалов А. В.</i> Клинико-лабораторная характеристика эндотоксикоза у новорожденных с НЭК	47
<i>С. Г. Гандуров, А. В. Мешков, В. В. Сова, В. Т. Зарецкий</i> Современные методы лечения эмпиемы плевры у детей	48
<i>Гафуров А. А., Туйчиев Г. У., Касимов К. Л., Гафурова Ш. М., Акбаров Н. А., Ибрагимова С. Р.</i> Состояние гастроэзофагеальных флэбэктазий у детей с циррозом печени после портосистемного шунтирования	49
<i>Гафуров А. А., Туйчиев Г. У., Касимов К. Л., Гафурова Ш. М., Каримов Д. К., Ибрагимова С. Р.</i> Влияние селективного анастомоза на уровень портальной гипертензии и флэбэктазии у детей с циррозом печени	49
<i>Гафуров А. А., Туйчиев Г. У., Аллаев М. Я., Касимов К. Л., Гафурова Ш. М., Шоюнусов Ш. И., Ибрагимова С. Р.</i> Причины летальных исходов после операций порто-системного шунтирования у детей с циррозом печени в отдаленный срок	50
<i>Гисак С. Н., Кадушев В. Э., Шекина М. В., Вечеркин Д. В., Лунев Б. В., Филонова К. Е.</i> Ультразвуковая диагностика осложненной инвагинации кишечника у детей	50
<i>Говорухина О. А., Махлин А. М.</i> Диагностика и хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга у новорожденных и детей грудного возраста	51
<i>Голиков Д. Е., Карасева О. В., Горелик А. Л., Тимофеева А. В., Харитонова А. Ю., Туманова М. В., Рошаль Л. М.</i> Протяженная тонко-толстокишечная инвагинация (Клиническое наблюдение)	51
<i>Гопиенко М. А., Караваева С. А., Богданов И. Ю., Соловьёва О. А., Леваднев Ю. В.</i> Синдром «короткой кишки» на фоне гастрошизиса в сочетании с множественными атрезиями и мембранами кишечника у девочки	52
<i>Гопиенко М. А., Караваева С. А., Щербеньков М. В., Котин А. Н., Попова Е. Б., Леваднев Ю. В., Шишканова О. Ю., Иванов С. Л., Русак М. А.</i> Опыт лечения врождённых диафрагмальных грыж у новорождённых в ДГБ №1 Санкт-Петербурга (2009-2016)	53
<i>Горелик А. Л., Карасева О. В., Ахадов Т. А., Чернышева Т. А., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е., Рошаль Л. М.</i> Протокол диагностики и лечения травмы селезенки у детей в специализированном стационаре	53
<i>Горелик А. Л., Карасева О. В., Тимофеева А. В., Харитонова А. Ю., Капустин В. А., Уткина К. Е., Рошаль Л. М.</i> Опыт применения пункционно-дилатационной трахеостомии у детей	54
<i>Донской Д. В., Аллахвердиев И. С., Ионов Д. В., Соколов Ю. Ю.</i> Лапароскопия в диагностике и лечении при рецидивирующих инвагинации кишечника у детей	55
<i>Горелова Е. М., Тулинов А. И., Тома А. Н., Лысов А. Е., Ефременков А. М.</i> Случай успешного лечения ребенка с сочетанной урологической патологией при наличии аноректальной мальформации	55
<i>Горемыкин И. В., Дерюгина Л. А., Краснова Е. И., Куликова Т. Н.</i> Прогнозирование риска развития воспалительных осложнений у детей с врожденным неретрофлексующим мегауретером	56
<i>Граммин А. В., Койнов Ю. Ю., Титов Д. В.</i> Результаты оперативного лечения гемодинамически значимого открытого артериального протока по материалам клиники	56
<i>Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Бабаскина Н. В., Яременко Е. Ю.</i> Хирургическое лечение новообразований щитовидной железы в педиатрической практике	57
<i>Н. С. Грачев, М. П. Калинина, Н. В. Бабаскина, И. Н. Ворожцов, Г. А. Полев</i> Хирургия околоушно-жевательной области у детей	57
<i>Грачев Н. С., Пряников П. Д., Шубин Д. И., Наседкин А. Н.</i> Результаты баллонной ларингопластики при лечении детей с рубцовыми стенозами гортани	58
<i>Гуз В. И., Полудов С. А., Веровский В. А., Трамова Ж. Д., Мызин А. В., Герасимова Н. В., Курбанова Ф. А.</i> Синдром Сандифера	59
<i>Гуз В. И., Полудов С. А., Веровский В. А., Трамова Ж. Д., Мызин А. В., Герасимова Н. В., Курбанова Ф. А.</i> Пороки развития диафрагмы – поздняя диагностика и результаты лечения	60
<i>Гумеров А. А., Зайнуллин Р. Р., Алибаев А. К., Исламов С. А., Мусин Р. Р.</i> Трудности диагностики полипа слепой кишки, осложненного кишечным кровотечением	60
<i>Гумеров Р. А., Гумеров А. А., Псянчин Т. С., Солдатов П. Ю.</i> Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений менисков коленного сустава у детей	61
<i>Гумеров А. А., Неудачин А. Е., Латыпова Г. Г., Мингулов Ф. Ф., Баязитов Р. Р., Бацаев С.-М. С.</i> Лечение врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных	61
<i>Давлятов С. Б., Ибодов Х. И., Рофиев Р. Р., Баходуров Ч. Т.</i> Диагностика и тактика лечения кисты поджелудочной железы у детей	62
<i>Данилов Е. А.</i> Особенности этики взаимоотношений врача-детского хирурга и родителей пациентов в современных условиях	62
<i>Демидов А. А., Млынчик Е. В.</i> Уретральная эндосфинктеропластика при миелодисплазии и эписпадии у детей	63
<i>Денис А. Г., Бушкин И. А., Васильев В. С., Румянцев В. А.</i> Коррекция деформаций лица в исходе лечения младенческих гемангиом	63
<i>Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Турлибекова С. С., Сапаров А. И., Аникин В. В., Мустафинова Г. Т., Манайбекова Ж. А.</i> Трансплантация печени у детей	64
<i>Дженалаев Д. Б., Билэл Р. Э., Рустемов Д. З., Утебалиев Р. С.</i> Эндовидеохирургия в коррекции врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных	65

<i>Дженалаев Д. Б., Оспанов М. М., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Ольховик Ю. М., Биалал Р. А., Нартбаев Е. К., Рустемов Д. З., Утебалиев Р. С.</i> Торакоскопическая лобэктомия у детей	65
<i>Дженалаев Д. Б., Оспанов М. М., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Нартбаев Е. К., Биалал Р. А., Рустемов Д. З., Утебалиев Р. С.</i> Лапароскопия в лечении болезни Гиршпрунга у детей	66
<i>Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Залихин Д. В., Холостова В. В., Халафов Р. В.</i> Видеоассистированные операции при осложненных формах кишечной инвагинации	67
<i>Дьяконова Е. Ю., Поддубный И. В., Прудникова Т. А., Окулов Е. А., Гусев А. А., Сьтыков В. В., Бекин А. С., Романова Е. А., Хроленко П. В.</i> Преимущество лапароскопии у детей с заболеванием толстой кишки	67
<i>В. Н. Евдокимов, М. А. Аксельров, В. В. Связян, В. Ф. Ханова.</i> Паранеопластический опосклонус – миоклонус синдром на фоне нейробластомы у ребенка у 2 лет	68
<i>Егоров В. И., Тюкин В. Ю., Кочнева А. О.</i> Новый метод лечения двусторонней атрезии Хоан у новорожденных	68
<i>Жидовинов А. А., Холамханов К. Х.</i> Развитие феномена бактериальной транслокации у тяжелообожженных детей	69
<i>Жила Н. Г., Комаров П. Б., Комаров К. М.</i> Новый способ фиксации отломков при переломах ключицы у детей	69
<i>Журило И. П., Медведев А. И., Круглый В. И., Турпакова Г. Н., Козьмин М. А.</i> Изолированная интрагепатальная транспозиция добавочных долей печени у детей	70
<i>Журило И. П., Медведев А. И., Черногоров О. Л., Козьмин М. А., Данилова М. С.</i> Лечебная тактика при дивертикуле Меккеля у детей	70
<i>Журило И. П., Толкач А. К.</i> Полипы пищевода в детском возрасте	71
<i>Журило И. П., Черногоров О. Л., Бодрова Т. Н., Козьмин М. А., Жиронкина В. К.</i> Консервативная тактика при травме селезенки у детей	71
<i>Завьялкин В. А., Барская М. А., Варламов А. В., Моринец П. В., Быков Д. В., Кузьмин А. И., Баринов В. Н., Шишкова Е. С.</i> Опыт применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с распространенным гнойным перитонитом	72
<i>Заполянский А. В., Махлин А. М., Коростелев О. Ю., Новицкая С. К.</i> «Formefruste» тип кист Холедоха у детей	73
<i>Заугарова К. М., Киреева Н. Б., Заугаров М. Ю., Хафизова Л. А.</i> Хирургическое лечение скрытого полового члена	73
<i>Захаров А. И., Меновщикова Л. Б., Калинин Н. Ю., Ерохина Н. О., Севергина Э. С., Петрухина Ю. В.</i> Гормональная терапия и гонады неполовозрелой крысы	74
<i>Зелброва Т. А., Барская М. А., Терехина М. И., Кузьмин А. И., Завьялкин В. А., Хасянзянов А. К., Осипов Н. Л., Муниев А. Г.</i> Оценка результатов лечения пациентов с синдромом короткой кишки	74
<i>Зоркин С. Н., Губарев В. И., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Маликов Ш. Г., Пономарчук И. Н.</i> Интраоперационный прогноз эффективности баллонной дилатации высокого давления лоханочно-мочеточникового сегмента у детей	75
<i>Зоркин С. Н., Губарев В. И., Сальников В. Ю., Филинов И. В., Петров Е. И., Маликов Ш. Г., Пономарчук И. Н.</i> Эффективность использования различных проводников при проведении баллонной дилатации стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента у детей	75
<i>Зыкин А. П., Соколов Ю. Ю., Леонидов А. Л., Антонов А. В., Уткина Т. В., Хабалов В. К.</i> Эндовидеохирургические вмешательства у детей с кистозными удвоениями пищевода	76
<i>Ибодов Х. И., Давлатов С. Б., Рофиев Р., Мирзоев Д. С.</i> Врожденные кисты легких у детей	76
<i>Ибодов Х., Убайдуллоев В. Р., Джонгирхонов Л. М., Икромов Т. Ш.</i> Нарушение системы гемостаза при анальной недостаточности у детей	77
<i>Ибодов Х., Убайдуллоев В. Р., Рофиев Р., Джонгирхонов Л. М.</i> Сфинктеропластика при анальной недостаточности у детей	77
<i>Ибрагимов Ж. Х., Тошбоев Ш. О., Шююнусов Ш. Ш.</i> Дифференцированный подход в выборе тактики ведения детей со спаечной кишечной непроходимостью	78
<i>Ибрагимов Ж. Х., Тошбоев Ш. О.</i> Значение интравезикальной монотрии в диагностике абдоминального компартмент-синдрома при острой спаечной кишечной непроходимости у детей	79
<i>Игнатъев Е. М., Тома Д. А., Ефременков А. М., Петрикова Н. И.</i> Изолированные травматические повреждения тощей кишки	79
<i>Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Тома А. Н., Берёзка В. Н.</i> Лапароскопия в лечении кистозных образований селезенки у детей	80
<i>Игнатъев Е. М., Ефременков А. М., Трунова Р. Б., Шведова О. В., Бессонова Е. В.</i> Случай множественных острых перфораций тонкой кишки у ребенка девяти месяцев	80
<i>Индракова С. Б., Смирнов В. А., Смирнова А. Р.</i> Редкие формы инвагинации кишечника у детей	81
<i>Индракова С. Б., Смирнов В. А., Смирнова А. Р.</i> Химические ожоги пищевода у детей	82
<i>Ионов А. Л., Сулавко Я. П., Пичугина М. В., Лука В. А., Мызин А. В.</i> Полипы толстой кишки у детей	82
<i>Каган А. В., Караваева С. А., Котин А. Н., Борисова И. И.</i> Клинический случай диагностики и лечения редкого варианта билиарной атрезии	83
<i>Кайгородова И. Н., Стальмахович В. Н., Умнова С. Ю., Ованесян С. В., Арановская С. Ю.</i> Опухоли почек у детей	83
<i>Каменских М. С.</i> Роль эндоскопии в диагностике редких нозологических форм патологий коленного сустава в травматологии и ортопедии детского возраста	84

<i>Караваева С.А., Патрикеева Т.В., Михайлов А.В., Ильина Н.А., Старевская С.В.</i> Опыт ведения детей с тяжелыми формами кистозной аденоматоидной мальформации легких	85
<i>Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Кузнецов В.Н.</i> Состояние гонад и предстательной железы у пациентов с абдоминальной и двухсторонней формами крипторхизма в раннем послеоперационном периоде	85
<i>Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Боголюбов С.В., Кузнецов В.Н.</i> Нарушение репродуктивного здоровья у мужчин после низведения яичка в детском возрасте	86
<i>Касимов К.Л., Туйчиев Г.У., Халилов Ш.К., Кодиров К.З., Мамажонов У.Ш., Юлдашев М.А.</i> Диагностические ошибки на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей	86
<i>Касимов К.Л., Гафуров А.А., Акбаров Н.А., Аллаева М.Я., Мамажанов У.Ш., Абдувалиева Ч.М.</i> Выбор оперативного доступа при врожденной диафрагмальной грыжи у детей	87
<i>Киреев С.С., Кульчицкий О.А.</i> Послеоперационная анальгезия у детей	87
<i>Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Галибин И.Е., Смолянкин А.А., Подвойская И.В., Захаров А.И.</i> Эндоваскулярное лечение ребенка четырех лет с приапизмом после травмы промежности	88
<i>Комарова С.Ю., Цап Н.А., Основин Л.Г., Сысоев С.Г., Рябенко Е.В.</i> Изучение отдаленных результатов оперативного лечения варикоцеле	88
<i>Комарова С.Ю., Цап Н.А., Горбунова А.С., Основин Л.Г., Сысоев С.Г., Мельникова С.А.</i> Анализ результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей на современном этапе	89
<i>Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г.</i> Кишечные стомы, которые привели к трудностям при низведении кишки у пациентов с болезнью гишпрунга и атрезией прямой кишки и ануса	90
<i>Комиссаров И.А., Филиппов Д.В.</i> Консервативное лечение травматических повреждений селезенки у детей – безопасная альтернатива спленэктомии	90
<i>Комиссаров И.А., Филиппов Д.В.</i> Хирургическое лечение непаразитарных нетравматических кист селезенки у детей	91
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопические вмешательства у детей с неразрезанной консервативными мероприятиями инвагинацией кишечника	91
<i>Королева Е.А., Яценко О.Ю., Карасева О.В., Рошаль Л.М.</i> Диагностика повреждения органа зрения при сочетанной травме у детей	92
<i>А.М. Котловский, С.В. Куликов, В.Г. Овчинников, Г.Г. Прокопьев, Д.В. Сидоров</i> Лапароскопическая хирургия амбулаторно	92
<i>Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Кузнецов А.С., Калинина Ю.А., Арестова С.В., Мельцин И.И.</i> Мочекаменная болезнь у детей оренбургской области	93
<i>Крылдакова Д.М.</i> Интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями при переломах костей предплечья со смещением у детей	93
<i>Кузусhev А.Ю., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Болотин М.В., Рогожин Д.В.</i> Фиброзная дисплазия челюстно-лицевой области: хирургические подходы и консервативное лечение	94
<i>Кузнецов А.С., Калинина Ю.А., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Мельцин И.И.</i> Случай тяжелого грибкового поражения почек у грудного ребенка	95
<i>Кузьмин А.И., Барская М.А., Мунин А.Г., Завьялкин В.А., Терехина М.И., Скрипичин Н.А., Росляков А.В.</i> Радикальное оперативное лечение острого гнойного парапроктита у детей	95
<i>Кураев Е.Г., Розин Б.Г., Лысенко А.П., Чепурной М.Г., Дмитриев С.Г., Маклецов Е.Г., Кисловская Е.Ю.</i> Мультидисциплинарный подход в детской комбустиологии	96
<i>В.А. Курило, М.М., Коробейников, А.В. Храмов, К.В. Пальянов, С.В. Сакара.</i> Хирургическое лечение плоско-вальгусной деформации стоп у детей	96
<i>Куркин А.М., Гончарова Л.А., Мамаев А.А., Жидовинов А.А., Байрамуков Д.Б.</i> Результаты оперативного лечения переломов костей у детей с использованием малоинвазивных технологий	97
<i>Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Степанов В.Н., Киселев И.Г.</i> Кисты и свищи шеи у детей	97
<i>Агутина А.А., Рыбченко В.В., Будкевич Л.И., Александров А.В., Старостин О.И., Трусов А.В.</i> Ригототомия и липофилинг в лечении послеожоговых деформаций у детей: собственный опыт	98
<i>Лейга А.В., Кивва А.Н., Дадаев А.Г., Кулаков А.А., Журавлева А.Ф.</i> Прикладное значение кровоснабжения пупочной области в хирургии новорожденных	99
<i>Ли И.Б., Степанова Н.М., Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Новожилов В.А., Перловская В.В., Петров Е.М.</i> Рациональный подход в лечении спонтанного пневмоторакса у детей	99
<i>Лившиц М.И., Лобанкин П.В., Петров М.А., Шляпкикова Н.С., Павлова Д.Д.</i> Хирургическое лечение опухолей позвоночника у детей	100
<i>Лившиц М.И., Лобанкин П.В., Петров М.А., Шляпкикова Н.С., Павлова Д.Д.</i> Хирургическое лечение нестабильных переломов грудного и поясничного отдела позвоночника у детей	100
<i>Лившиц М.И., Лобанкин П.В., Петров М.А., Шляпкикова Н.С., Павлова Д.Д.</i> Опыт хирургического лечения тяжелых травм шейного отдела позвоночника у детей	101
<i>Линник А.В., Сырыгина Л.В., Шутько О.Л.</i> Оптимизация помощи детям с урологической патологией в условиях поликлиники	101

<i>Литовка В. К., Щербинин А. В., Черкун А. В., Пошехонов А. С.</i> Опухоли почек у детей	102
<i>Лозовой В. М., Аипов Р. Р., Бураев Г. Б., Хамитов М. К., Мусиров Н. М.</i> Влияние энтероколита на частоту развития осложнений при хирургическом лечении болезни гиришпрунга у детей	102
<i>Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Кесаева М. М., Дзуцева М. Р.</i> Алгоритм диагностики врожденной патологии мочевой системы у детей раннего возраста	103
<i>Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М.</i> Пренатальная ультразвуковая диагностика нарушений уродинамики	103
<i>Лывина И. П., Сухов М. Н., Мустафа А. Х., Кобяцкий А. В., Нарбутов А. Г.</i> Венозная гипертензия малого таза у детей с внепеченочной портальной гипертензией. Диагностика и лечение	104
<i>Мавлянов Ф. Ш., Ахмедов Ю. М., Хайитов У. Х., Ахмедов И. Ю., Ганиев Ж. А.</i> Радиологические методы исследования при врожденном гидронефрозе у детей	105
<i>Магомедов А. Д., Ашурабеков В. Т., Махачев Б. М.</i> Артериовенозная мальформация верхних долей обоих легких у детей	105
<i>Мазынский Д. В., Заполянский А. В., Махлин А. М., Коростелев О. Ю.</i> Эндovasкулярная лазерная абляция при варикозной болезни у детей	106
<i>Маликов Ш. Г., Зоркин С. Н., Акоюн А. В., Шахновский Д. С., Губарев В. И.</i> Влияние дистанционной литотрипсии на структурно-функциональное состояние почек	106
<i>Мамошин А. В., Медведев А. И., Круглый В. И., Журило И. П.</i> Миниинвазивные перкутанные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии в практике детской хирургии	107
<i>Мараховский К. Ю., Заполянский А. В., Паталета О. А., Свицкий А. А., Махлин А. М.</i> Возможности эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода и субкардии у детей	107
<i>Махонин В. Б., Байрамулов В. Б., Корнеев Д. Ю., Шангареева Р. Х.</i> Синдром верхней полой вены при лимфомах у детей	108
<i>Машков А. Е., Сигачев А. В., Филлюшкин Ю. Н., Слесарев В. В., Кхир Б. М., Сташук Г. А.</i> Способ коррекции анальной инконтиненции у детей после операции по поводу атрезии ануса и прямой кишки	109
<i>Мащенко А. Н.</i> Оптимизация лапароскопического лечения эхинококковых кист печени у детей	109
<i>Мельцин И. И., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Арестова С. В., Каюмова А. А.</i> Современный комплексный анализ ошибок и осложнений при переломах и вывихах костей верхней конечности у детей	110
<i>Мельцин И. И., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Арестова С. В., Кутарева А. А., Каюмова А. А.</i> Актуальные проблемы диагностики и лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей	110
<i>Меновщикова Л. Б., Захаров А. И., Шумихин В. С., Ерохина Н. О., Склярова Т. А., Левитская М. В., Гурская А. С., Бетанов З. В.</i> Малоинвазивные оперативные вмешательства у новорожденных и детей младшего возраста при различных пороках развития мочевых путей	110
<i>Н. Н. Меркулов, Д. Ю. Качанов, А. М. Митрофанова, С. Р. Тальпов, Т. В. Шаманская, Н. Г. Ускова, Н. С. Грачев, С. Р. Варфоломеева.</i> Подходы к лечению и хирургические принципы при мезобластных нефромах у детей	111
<i>Меркулов О. А., Булетов Д. А., Горбунова Т. В., Шишков Р. В., Поляков В. Г.</i> Трансназальные эндоскопические операции, как этап лечения детей со злокачественными новообразованиями основания черепа	112
<i>Меркулов О. А., Булетов Д. А., Горбунова Т. В., Шишков Р. В., Поляков В. Г.</i> Современная трансназальная хирургия основания черепа и придаточных пазух у детей – расширенная press	112
<i>Мешков А. В., Гандуров С. Г., Сова В. В., Ананьев О. В.</i> Перкутанная эндоскопическая гастростомия – высокотехнологичное хирургическое вмешательство для обеспечения энтерального питания у детей	113
<i>Минаев С. В., Филиппьева Н. В., Лескин В. В., Исаева А. В., Шамадаев Э. З.</i> Лучевые методы исследования острого гематогенного остеомиелита у детей	114
<i>Минаев С. В., Шолом Р. В., Романеева Н. М., Быков Н. И., Анисимов И. Н., Доронин Ф. В., Гетман Н. В., Филиппьева Н. В.</i> Портальная гастропатия в детском возрасте	114
<i>Мирзакаримов Б. Х., Джумабаев Ж. У., Юлчиев К. С., Юлдашев М. А., Абдурахманов Ф. С.</i> Малоинвазивный метод торакопластики при воронкообразной деформации грудной клетки у детей	114
<i>Мирзакаримов Б. Х., Джумабаев Ж. У., Юлчиев К. С., Юлдашев М. А.</i> Результаты корригирующей торакопластики при килевидной деформации грудной клетки у детей	115
<i>Мирзоян Г. В., Будкевич Л. И., Астамирова Т. С.</i> Местное лечение ран у детей с последствиями менингококкцемии в условиях детского ожогового центра	115
<i>Морозова О. Л., Морозов Д. А., Лакомова Д. Ю., Захарова Н. Б.</i> Перспективные молекулярные маркеры рефлюксной нефропатии у детей	116
<i>Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В., Дегтярев П. Ю., Якунов А. Н., Крук Н. Н.</i> Анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей	117
<i>Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В., Дегтярев П. Ю., Якунов А. Н., Крук Н. Н.</i> Трихобезоар тощей кишки у подростка	117

<i>Мурга В.В., Рассказов Л.В., Крестьянин В.М., Румянцева Г.Н., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С., Калантаров Т.К.</i> Особенности морфо-функциональных очаговых диспластических изменений коленного сустава у подростков	118
<i>Мясников Д.А., Батанов Г.Б., Стриженок Д.С., Филькин А.А., Гребченко О.А.</i> Метод лечения паховых грыж у детей – лапароскопически ассистированная игниопунктурная герниорафия	118
<i>Назарова И.М., Галица В.В., Лёвочкин С.П.</i> Эндохирургическое лечение кист селезенки у детей	119
<i>Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Степанова Н.М., Умань Н.В., Милюкова Л.П., Петров Е.М., Распутин А.А.</i> Необычные формы иностранных малформаций у детей	119
<i>Огнёв С.И., Цап Н.А., Винокурова Н.В.</i> Выбор метода лечения кистозных образований селезенки у детей	120
<i>Ольхова Е.Б., Аллахвердиев И.С.</i> Ультразвуковая диагностика различных вариантов кишечной инвагинации у детей	121
<i>Ормантаев А.К., Турускин В.Г., Момынкулов А.О., Джанзаков Б., Исаков В.Ю.</i> Эндовидеохирургия в лечении кист селезенки	121
<i>Оситов И.Б., Соснин Е.В., Лебедев Д.А., Сарычев С.А., Алексеева Л.А., Комиссаров М.И., Нестерова Н.В.</i> Баллонная дилатация стриктуры мочеоточника в лечении детей с обструктивным мегауретером	122
<i>Отamuraдов Ф.А.</i> Сочетанные пороки развития мочеполовой системы при аноректальных мальформациях у девочек	122
<i>Отamuraдов Ф.А.</i> Хирургическое лечение персистирующей клоаки у детей	123
<i>Пак О.И., Антоненко Ф.Ф., Бурма В.Н., Чеберяк Н.В., Зиченко К.В., Марухно Н.И., Сидоров Г.А., Пархоменко Р.А., Слобина Е.Л., Смольников В.А.</i> 15-летний опыт аутокраниопластики ребрами дефектов черепа у детей	123
<i>Пальянов К.В., Коробейников М.М., Шевчук В.И., Храмов А.В., Курило В.А., Сакара С.В.</i> Комплексное лечение контрактур коленных суставов у детей с артрогрипозом	124
<i>Паришиков В.В., Карпова И.Ю., Плохарский Н.А., Тумакова Н.Б., Пивиков В.Е., Молчанова Д.В.</i> Статистика врожденных пороков развития в общей структуре заболеваний новорожденных	124
<i>Перловская В.В., Стальмахович В.Н., Ангархаева Л.В., Ли И.Б., Кайгородова И.Н., Дюков А.А.</i> Опыт лечения детей с рубцовыми поражениями кожи	125
<i>Перловская В.В., Ли И.Б., Сапухин Э.В.</i> Преимущества эндоскопической имплантации эндоэкспандеров при лечении детей с обширными дефектами кожи методом экспандерной дермотензии	125
<i>Петлах В.И., Будкевич Л.И., Васильев В.П.</i> Лечение детей с термической травмой в полевом педиатрическом госпитале	126
<i>Петров Е.М., Новожилов В.А., Степанова Н.М., Шаранов И.С., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Милюкова Л.П.</i> Результаты лечения инвагинации кишечника у детей	126
<i>Петров Е.М., Латыпов В.Х., Новожилов В.А., Степанова Н.М., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Михайлов Н.И., Милюкова Л.П., Звонков Д.А., Янкилевич С.А.</i> Сравнение результатов хирургического лечения гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни у детей	127
<i>Петров М.А., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д., Панкратов И.В.</i> Хирургическое лечение переломов шейки бедренной кости у детей	127
<i>Петров М.А., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д., Панкратов И.В.</i> Пластика передней крестообразной связки у детей по методике all inside	128
<i>Пинигин А.Г., Кузьмичев П.П.</i> Малоинвазивное хирургическое лечение фекальной инконтиненции у детей	128
<i>Пинигин А.Г., Кузьмичев П.П., Марочко Н.В., Ермолаева В.А.</i> Изменения показателей аноректальной зоны при функциональном энкопрезе у детей по данным скт кишечника	129
<i>Писклаков А.В., Павленко Н.И.</i> Новый подход в лечении пациенток с пороками развития органов репродуктивной системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови	130
<i>Писклаков А.В., Плаксина В.С., Павленко Н.И., Шевляков А.С., Баринов С.В.</i> Дисфункция нижних мочевых путей у девочек-подростков с хроническим тазовым болевом синдромом	130
<i>Писклаков А.В., Федоров Д.А., Высоцкий В.В.</i> Опыт лечения новорожденных с некротизирующим энтероколитом с учетом показателей внутрибрюшного давления	131
<i>Плигина Е.Г., Ковалюнас И.С.</i> Результаты хирургического лечения детей с повреждением передней крестообразной связки	131
<i>Плигина Е.Г., Ковалюнас И.С.</i> Результаты лечения детей с повреждением передней крестообразной связки	132
<i>Поддубный И.В., Файзулин А.К., Федорова Е.В., Толстов К.Н., Ярустовский П.М., Герасимов А.А., Петрова М.Г., Пилюгина М.А., Колосова П.А.</i> Рецидивы крипторхизма у детей. Хирургические аспекты	133
<i>Поздеев В.В., Шкляев П.О., Кунгурова И.В., Ожгихина А.Ю.</i> Пренатальный консилиум в диагностике пороков развития новорожденных	133
<i>Поздеев В.В., Шкляев П.О., Кунгурова И.В., Ожгихина А.Ю.</i> Пренатальный консилиум в диагностике пороков развития	134
<i>Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В.</i> Батарейки – опасные инородные тела пищеварительного канала у детей	134
<i>Пошехонов А.С., Легур А.В., Щербинин А.А.</i> Полипы толстого кишечника у детей	135
<i>Пошехонов А.С., Легур А.В.</i> Диагностика, лечение и комплексная профилактика осложнений инородных тел дыхательных путей у детей	136

<i>Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Олейник А. В.</i> Факторы риска остеопороза у детей с переломами костей	136
<i>Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Луговской Д. В.</i> Результаты хирургического лечения детей с дистальной гипоспадией методиками Duplay И Snodgrass	137
<i>Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Обидный А. А.</i> Хирургическое лечение гидронефроза у детей ...	137
<i>Проничев М. А., Бирюков Ю. П., Паршиков В. В., Киреева Н. Б.</i> Опыт хирургического лечения эпителиального копчикового хода у детей	138
<i>Пяттоев Ю. Г.</i> Послеоперационная кишечная инвагинация у детей	138
<i>А. Ю. Разумовский, З. Б. Митупов, А. Б. Алхасов, Н. С. Степаненко, Д. М. Чубко, А. В. Петров.</i> Лапароскопическая кардиомиотомия у детей с ахалазией пищевода	139
<i>А. Ю. Разумовский, А. Б. Алхасов, З. Б. Митупов, Д. Н. Далакян, М. С. Савельева.</i> Отдаленные результаты коррекции воронкообразной деформации грудной клетки по модифицированной методике Насса	139
<i>Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Феоктис-това Е. В., Нагорная Ю. В.</i> Минимально инвазивное клипирование открытого артериального протока у детей	140
<i>Разумовский А. Ю., Мокрушина О. Г., Куликов Н. В., Гебекова С. А.</i> Сравнительный анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики	140
<i>Разумовский А. Ю., Смирнов А. Н., Чирков И. С., Голованев М. А.</i> Большие и гигантские вентральные грыжи у детей, тактика хирургической коррекции	141
<i>Раковский С. М., Погорелов Д. Н., Бурсаев А. Г.</i> Внедрение высокотехнологичных устройств для обеспечения постоянного венозного доступа у детей, больных злокачественными новообразованиями	142
<i>Ростовцев Н. М., Поляков В. Г., Котляров А. Н., Ядыкин М. Е., Мустакимов Б. Х.</i> Фотодинамическая терапия (ФДТ) при нейробластоме у детей	142
<i>Ю. Э. Рудин, Д. В. Марухненко, Г. В. Лагутин, Д. К. Алиев, А. Б. Вардак.</i> Выбор метода коррекции гипоспадии у детей. Вариант унифицирования методик	143
<i>Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Алиев Д. К.</i> Методика дизэмблинга (разборки) полового члена как часть комплексного лечения пациентов с эписпадией и экстрофией мочевого пузыря	143
<i>Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Карцева Е. В., Медведева Н. В., Рудин А. Ю.</i> Объем операции при первичном закрытии мочевого пузыря у новорожденных детей с экстрофией	144
<i>Рудин Ю. Э., Марухненко Д. В., Лагутин Г. В.</i> Пневмозикоскопический доступ при реимплантации мочеточника у детей с заболеваниями пузырярно-мочеточникового соустья	144
Использование статической нефросцинтиграфии в оценке результатов оперативного лечения врожденного гидронефроза	145
<i>Румянцева Г. Н., Карташев В. Н., Аврасин А. Л., Медведев А. А.</i> Современные методы лечения мегауретера у детей	145
<i>Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Казаков А. Н., Бревдо Ю. Ф.</i> Инвагинация кишечника у новорожденного на фоне некротического энтероколита	146
<i>Румянцева Г. Н., Смирнова Е. И., Бревдо Ю. Ф., Минько Т. Н., Трухачев С. В., Светлов В. В., Буровникова А. А.</i> Тактика ведения детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)	147
<i>Румянцева Г. Н., Смирнова Е. И., Бревдо Ю. Ф., Трухачев С. В., Светлов В. В., Буровникова А. А.</i> Анализ лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей	147
<i>Русак П. С., Русак Н. П.</i> Некротический энтероколит у новорожденных детей: факторы риска, тактика выбора способа лечения	148
<i>Рыскулбеков М. Р., Омурбеков Т. О., Айбашов К. А.</i> Роль ультразвукового метода исследования в диагностике эхинококкоза лёгких у детей	148
<i>Савлаев К. Ф., Шавырин И. А., Петриченко А. В., Иванова Н. М., Шароев Т. А.</i> Органосохраняющее лечение при опухолях костей у детей в многопрофильном центре	149
<i>Савчук М. О.</i> Современный подход к лечению гемангиом у детей	150
<i>Салистый П. В., Сайдгалин Г. З., Бикташев В. С.</i> Активное хирургическое ведение больного с распространенным ожогом пламенем	150
<i>Самурганов Н. О., Филитьева Н. В.</i> Эндоскопическое лечение детей с химическими ожогами пищевода	151
<i>Саруханян О. О., Григорьева М. В., Хорчинова Э. Э.</i> Современный взгляд на травмы и острые заболевания яичка у детей	151
<i>Сварич В. Г., Ислентьев Р. Н., Лисицын Д. А., Перевозчиков Е. Г.</i> Грыжесечение при пупочной грыже у детей	152
<i>Свирский А. А., Махлин А. М., Севковский И. А., Жук Е. Н.</i> Наш опыт применения ксеноперкарда «Биокард» у детей с врожденной диафрагмальной грыжей	152
<i>Семенюта А. А., Новожилов В. А., Козлов Ю. А., Степанова Н. М., Милюкова Л. П.</i> Использование кишечных стом у новорожденных и детей грудного возраста	153
<i>Слизовский Г. В., Козырев А. А., Федоров М. А., Кузеливский И. И.</i> Коррекция воронкообразной деформации грудной клетки с использованием пластин из никелида титана	153

<i>Смирнов А.К., Завьялов А.Е., Каширин С.Д., Насирова В.А.</i> Применение стентинга в лечении постожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей	154
<i>Смирнов А.Н., Чундокова М.А., Черкесова Е.М.</i> Острые боли в животе у девочек	154
<i>Смирнова Н.Е., Белоус Р.А., Степаненко Е.А., Недид С.Н., Щур А.Ю., Цыганчук Е.В.</i> Анализ результатов хирургического лечения фиброаденомы молочной железы	155
<i>Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Аллахвердиев И.С.</i> Лапароскопия в диагностике и лечения рецидивирующей инвагинации кишечника у детей	155
<i>Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Топилин О.Г., Карцева Е.В., Кузнецова Е.В., Курсанов А.С., Дземешко Е.В.</i> Опыт торакоскопии у детей с грыжами диафрагмы	156
<i>Соловьев А.Е.</i> Новое оперативное вмешательство при гидронефрозах подковообразной почки	156
<i>Соловьев А.Е.</i> Внутрипузырная эктопия удвоенного мочеточника и пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей	157
<i>Соловьев А.Е.</i> Нейробластомы у детей	157
<i>Стальмахович В.Н., Дуденков В.В., Дюков А.А., Дмитриенко А.П.</i> Деформация опорных ребер после торакопластики воронкообразной грудной клетки по D. Nuss	157
<i>Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Ли И.Б., Ангархаева Л.В.</i> Роль внутривидовой эндоскопии в выборе метода лечения солидных опухолей у детей	158
<i>Староверов О.В.</i> Изменение подхода к лечению больных с гипоспадией на основании анализа послеоперационных осложнений (40-летний опыт лечения)	158
<i>Стемплевский О.П., Булыгина Е.А., Тимонин П.А., Отрошок Е.В.</i> Эффективность хирургического лечения детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса	159
<i>Степаненко Е.А., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Щур А.Ю., Недид С.Н., Кряжевских О.В., Яцишин Д.А., Гремблат А.Б., Поляшов А.С.</i> Врожденная диафрагмальная грыжа в Амурской области	159
<i>М.Н. Сухов., И.П. Лывина, А.Г. Нарбутов, Т.Н. Комарова, М.В. Исаева.</i> Хирургическое лечение пациентов с вазоренальной гипертензией	160
<i>Тальтов С.Р., Андреев Е.С., Иванова Н.Н., Казанцева Е.В., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г.</i> Хирургическое лечение детей с гематологическими заболеваниями	160
<i>Тальтов С.Р., Варфоломеева С.Р., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В., Андреев Е.С., Иванова Н.Н., Казанцева Е.В., Меркулов Н.Н., Оганесян Р.С., Ускова Н.Г.</i> Видеоэндоскопические операции в детской торако-абдоминальной солидной онкологии	161
<i>Тараканов В.А., Терещенко О.А., Клименко А.Н., Полеев А.В.</i> Дети с эпопадной агрессией	162
<i>Тараканов В.А., Пелипенко Н.В., Стрюковский А.Е., Колесников Е.Г., Вайдосанидзе Ш.В.</i> Опыт применения препарата метипред в лечении химических ожогов пищевода у детей	162
<i>Тарасов А.А., Зузова А.П., Степанов В.Н.</i> Тактика ведения детей с синдромом «острой мошонки»	163
<i>Тарасова Д.С., Морозов Д.А., Лакомова Д.Ю., Морозова О.Л.</i> Пиелонефрит у пациентов с аноректальными мальформациями и сочетанным пороками мочевыделительной системы	163
<i>Тен К.Ю., Красильников А.А., Тен Ю.В., Полянская М.О., Гамзалиева З.</i> Методики оперативного лечения мегалоуретера у детей	163
<i>Тен Ю.В., Бойко А.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А.</i> Конгруэнтная модификация пиелоретеральной пластики при врожденных гидронефротических трансформациях у детей	164
<i>Тен Ю.В., Клейменов Е.В., Каширин С.Д., Юров А.П., Елькова Д.А.</i> Консервативное лечение тяжелой травмы почки у ребенка: клиническое наблюдение	164
<i>Тимофеева А.В., Мельников А.В., Горелик А.Л., Карасева О.В., Рошаль Л.М.</i> Ранние реконструктивные операции при травме лицевого скелета у детей	165
<i>Титов Д.В., Феофилов И.В., Файко Е.Ю., Грамзин А.В., Кожевников П.А.</i> Современные технологии в лечении уролитиаза у детей	166
<i>Титов Д.В., Файко Е.Ю., Грамзин А.В., Феофилов И.В., Кожевников П.А.</i> Реконструктивные операции на мочеиспускательном канале у детей	166
<i>Трусов А.В., Щербак М.А., Рыбченко В.В., Фомина М.Г.</i> Современный подход к применению эндоэкспандеров при лечении детей с дефектами кожных покровов	166
<i>Турабов И.А., Яницкая М.Ю.</i> Инвагинация кишечника на фоне опухоли: особенности клинического течения и диагностики	167
<i>Ускова Н.Г., Тальтов С.Р., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Оганесян Р.С., Иванова Н.Н., Циленко К.С., Сухов М.Н., Грачев Н.С.</i> Неотложная хирургия груди и живота в практике детского онкогематологического стационара	168
<i>Файзулин А.К., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Стрелкина Л.А., Колосова П.А., Шарков С.М.</i> Варианты хирургического лечения детей с осложненными формами гипоспадии	168
<i>Файзулин А.К., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Стрелкина Л.А., Колосова П.А., Шарков С.М.</i> Хордома полового члена у детей	169

<i>Файзулов Д. А., Набиев З. Н., Гуломов Ф. М.</i> Нарушения гемоциркуляторной системы у новорожденных с язвенно-некротическим энтероколитом	169
<i>Федоров К. К., Беляев М. К.</i> Лапаростомия у новорожденных с перфоративным перитонитом	170
<i>Фоменко О. Ю., Шельгин Ю. А., Титов А. Ю., Белоусова С. В.</i> Метод комплексной сфинктерометрии в диагностике анальной инконтиненции	170
<i>Хазуров Р. А., Чубарова А. И., Разумовский А. Ю., Александров А. В., Зимин С. Б.</i> Эффективность применения сиролимуса в лечении детей с сосудистыми мальформациями и опухолями	171
<i>Халафов Р. В.</i> Лапароскопическое лечение ущемленной мезоколикопаристальной грыжи	171
<i>Хамраев А. Ж., Набижонов А. З.</i> Хирургическая коррекция эктопии ануса у девочек до 3-х лет	172
<i>Харамов И. К., Ормантаев А. К., Хван Ю. М., Маметжанов Б. Т., Исаев Н. Н.</i> Методика лечения постожоговых рубцовых сгибательно-разгибательных контрактур пальцев кисти	172
<i>Харамов И. К., Ормантаев А. К., Хван Ю. М., Маметжанов Б. Т., Исаев Н. Н.</i> Методика лечения постожоговых рубцовых сгибательно-разгибательных контрактур пальцев кисти	173
<i>Цап Н. А., Винокурова Н. В., Гайдышева Е. В., Тимошинов М. Ю.</i> Опыт лечения детей с вентральными грыжами	173
<i>Цап Н. А., Чукреев В. И., Огарков И. П., Макаров П. А., Чукреев А. В., Великанов А. В.</i> Органосохранная тактика при повреждениях селезенки	174
<i>Цап Н. А., Чукреев В. И., Чудаков В. Б., Макаров П. А., Наумова О. А.</i> Восстановление непрерывности кишечника при энтеро- и колостомах у детей.	175
<i>Цыпलाков А. А., Морозова О. Л., Морозов Д. А.</i> Интраабдоминальная гипертензия у детей хирургического профиля	175
<i>Чванова А. В., Тупоногов С. Н., Фечина Л. Г.</i> Опыт хирургического лечения нейробластом за 23 года	176
<i>Чепурной М. Г., Азатян А. А., Варичева Н. В., Винников В. В., Астахов Р. Е.</i> Торакоабдоминальный доступ в хирургическом лечении врожденных левосторонних диафрагмальных грыж	177
<i>Шамсиев А. М., Зайниев С. С.</i> Повторные операции при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите	177
<i>Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургутов М. Д., Махмудов З. М.</i> Осложнения удвоений кишечника у детей	178
<i>Шамсиев Ж. А., Махмудов З. М., Тогаев И. У.</i> Хирургическое лечение синдактилии конечностей у детей	178
<i>Шангареева Р. Х., Сырлыбаева Р. Р., Алибаев А. К., Чендулаева И. Г., Нигаметьянов Р. А., Лутфуллин Н. Х.</i> Инвагинация кишечника у детей, редкие формы	178
<i>Шангареева Р. Х., Еникеев М. Р., Неудачин А. Е., Зайнуллин Р. Р., Бацаев С. М., Солдатов П. Ю.</i> Тактика лечения острых парапроктитов у детей	179
<i>Шведовченко И. В., Кольцов А. А., Шайдаев Э. З., Юрченко А. Ю., Яковлева В. А.</i> Реконструктивная микрохирургия опорно-двигательного аппарата у детей – основные проблемы и перспективы развития	180
<i>Шурова Л. В., Будкевич Л. И., Корсунский А. А., Старостин О. И.</i> Принципы лечения больных с врожденным буллезным эпидермолизом	180
<i>Щебеньков М. В.</i> Эндовидеохирургическое лечение детей с редкими видами грыж передней брюшной стенки	180
<i>Щебеньков М. В., Ясючяна В. В.</i> Этапное лапароскопическое лечение 12-ти летнего мальчика с двусторонним брюшным крипторхизмом	181
<i>Щедров Д. Н.</i> Эстетические аспекты протезирования яичка	181
<i>Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Фоменко С. А.</i> Наш опыт лечения детей с аномалиями количества почек	182
<i>Щербинин А. В., Фоменко С. А., Некрасов А. Д., Бессонова А. Д., Щербинин А. А.</i> Наш опыт лечения детей с высокой врожденной кишечной непроходимостью	183
<i>Щербинин А. В., Москаленко А. С., Фоменко С. А., Москаленко С. В.</i> Кровообращение в паренхиме яичек у детей с патологией влагалищного отростка брюшины	183
<i>Щербинин А. В., Пошихонов А. С., Легур А. В., Черкун А. В.</i> Полипы пищевода и желудка у детей	184
<i>Эргашев Н. Ш., Отамурадов Ф. А.</i> Ассоциированные аномалии при аноректалых мальформациях у девочек	184
<i>Эргашев Б. Б., Хамроев У. А.</i> Отдаленные результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей до трех лет по методу Делаторре–Мандрагона	185
<i>Юданов А. В., Феофилов И. В., Быков А. Ю., Файко Е. Ю., Грамзин А. В., Титов Д. В.</i> Случай родственной трансплантации почки в сочетании с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря у подростка	185
<i>Юлдашев Р. З., Алиев М. М., Дехконбоев А. А., Кабулов Н. Ш., Юлдош Ф. Ю.</i> Новое в визуализации внутривенечной портальной архитектоники и оценка портальной перфузии у детей с внепеченочной портальной гипертензией	186

ДОПОЛНЕНИЯ К СБОРНИКУ

МАТЕРИАЛОВ III КОНГРЕССА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

ОГЛАВЛЕНИЕ	стр
<i>Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Хайитов У.Х., Тувалов К.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Консервативная терапии при кровотечении у детей с язвенной болезнью желудка	198-199
<i>Айкин В.С., Лёвочкин С.П., Назарова И.М.</i> Результаты хирургического лечения вросшего ногтя у детей	199
<i>Алибеков М.А., Кулиев Ч.В., Полухов Р.Ш., Магамедов В.А.</i> Результаты трансскротальной орхиорекции у детей	200
<i>Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П.</i> Случай лечения ребенка после субтотальной резекции тонкой кишки.	200-201
<i>Арабская Е.А., Чевжик В.П.</i> Случай успешного лечения сквозного ранения брюшной полости.	201-202
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Лазивили М.Н., Врублевская Е.Н., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Врублевский А.С., Кулаев А.В.</i> Малоинвазивный метод лечения мегауретера у детей.	202
<i>Карасева О. В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Сологуб Э.А., Хорчинова Э.Э., Рошаль Л.М.</i> Рецидивирующие инвагинации кишок у детей	202-203
<i>Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Харитонов А.Ю., Голиков Д.Е., Капустин В.А., Понина И.В., Рошаль Л.М.</i> Гастростомия в лечении детей в состоянии сниженного сознания	203-204
<i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Иванова Т.Ф.</i> Вакуум-терапия брюшной полости в неотложной хирургии у детей	204
<i>Кобяцкий А.В., Лывина И.П., Мустафа А.Х., Нарбутов А.Г. Исаева М.В., Дроздов А.В.</i> Синдром Клиппель-Треноне. Диагностика и тактика лечения у детей	205
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю., Аллахвердиев И.С.</i> Лапароскопические вмешательства у детей с кишечной инвагинацией	206
<i>Кузьмичев В.А., Пыхтеев Д.А., Гацуцын В.В., Наливкин А.Е., Машков А.Е.</i> Принципы дифференцированного подхода в диагностике и хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей	206-207
<i>Меновицкова Л.Б., Захаров А.И., Шумихин В.С. Ерохина Н.О., Склярова Т.А., Левитская М.В., Гурская А.С., Бетанов З.В.</i> Малоинвазивные оперативные вмешательства у новорожденных и детей младшего возраста при различных пороках развития мочевых путей	207-208
<i>Назарова И.М., Денисова О.Ю., Кожемякин О.С.</i> Опыт использования пропранолола в лечении инфантильных гемангиом у детей первого года жизни в Хмао-Югре.	208-209
<i>Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Мордвин П. А., Мурчина А. Н., Малашенко А. С., Копылов И. В., Куренков И. В., Манукян С. Р., Гурзо Ю. Д., Черкашин А. А.</i> Редкие причины инвагинации у детей	209
<i>Полухов Р.Ш.</i> Эффективность оротата магния при консервативном лечении болезни Пайра у детей	209-210
<i>Полухов Р.Ш.</i> Принципы аноректальных нарушений после хирургического лечения болезни Гиршпрунга и их коррекция	210-211
<i>Рябов А. Б., Поддубный И. В., Трунов В. О., Врублевский С. Г., Козлов М. Ю., Кубиров М.</i>	211-

<i>С., Глазунов А. А., Мордвин П. А., Мурчина А. Н., Манукян С. Р., Гурзо Ю. Д.</i> Нейробластома сложной анатомической локализации у детей	212
<i>Сварич В.Г.</i> Электрические батарейки как инородные тела пищевода у детей	212
<i>Харамов И.К., Ормантаев А.К., Хван Ю.М., Маметжанов Б.Т., Исаев Н.Н., Исаков В.Ю.</i> Методика лечения постожоговых рубцовых сгибательно –разгибательных контрактур пальцев кисти.	212- 213
<i>Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Эшкабилов Т.Ж., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.</i> Результаты гистоморфологической картины обструкции пиелоуретерального сегмента	213- 214
<i>Хворостов И.Н., Синицин А.Г., Копань Г.А.</i> Результаты хирургического лечения хронического рецидивирующего абдоминального синдрома у детей с локализацией в правой подвздошной области	214- 215
<i>Хворостов И.Н., Шрамко В.Н.</i> Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения болезни гиришпрунга у детей методом Соаве –Ленюшкина	215

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Азизов М.К., Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Хайитов У.Х., Тувалов К.Х., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.

Самаркандский медицинский институт. г. Самарканд

На кафедре детской хирургии №1 СамМИ база многопрофильная областная детская клиническая больница за период с 1995 по 2003 годы на стационарном лечении находилось 75 детей с язвенной болезнью желудка осложненный кровотечением от 1года до 15 лет. Все дети при поступлении в клинику были комплексно обследованы с включением ЭФГДС.

Дети были разделены на две группы. При этом в первой группе 18 детей от 1 го года до 5 лет язвы в основном носили стрессовый характер или формировались после приема сульфаниламидных препаратов с целью снижения температуры тела, длительность приема препаратов составила от 1 до 3 дней. Детям, поступившим в стационар с меленой, проводилась интенсивная терапия, в том числе гемостатическая.

Во второй группе у детей от 6 до 12 лет из анамнеза язва была диагностирована в других лечебных учреждениях. У 40% детей язва носила немой характер и впервые была установлена после кровотечения в условиях клиники при комплексном обследовании. У этих детей отмечалось головокружение, слабость, мелена, падение гемоглобина.

Накопленный опыт лечения детей с язвенной болезнью желудка осложненный кровотечением позволил нам разделить на три этапа лечения данного контингента больных:

1 этап лечения – после установки диагноза путем клинических и эндоскопических методов исследования проводилась гемостатическая терапия, по показаниям переливание свежи цитратной крови и белковых препаратов.

2 этап лечения – по стабилизации состояния больного назначалась диета, квамател, трихопол, амоксиклав по схеме. Повторный курс назначался через три месяца.

3 этап лечения – проводился анализ результатов лечения путем эндоскопического и клинического контроля через 3-6-12-24 месяца.

Анализ полученных результатов показал, что у детей младшего возраста после отмены сульфаниламидных препаратов и консервативной терапии признаков дефектов слизистой при динамической ЭФГДС не выявлено.

У детей старшего возраста, после остановки кровотечения и проведения курса комплексной консервативной терапии повторные курсы противоязвенной терапии дают положительные результаты. У двух больных отмечались повторные кровотечения после проведенной интенсивной терапии у 1 больного кровотечение было остановлено у другого больного был ушит кровоточащий сосуд путем гастротомии. Стеноз привратника образовался у 1 больного через три года, так как он выпал из поля зрения, ему был наложен задний гастроэнтероанастомоз. При контрольном осмотре состояние больного удовлетворительное, отмечается прибавка в весе.

Таким образом, язвенная болезнь желудка в детском возрасте при своевременном и правильном ведении больных с данной патологией и рациональном подборе препаратов может быть полностью излечена консервативным путем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

Айкин В.С., Лёвочкин С.П., Назарова И.М.

БУ ХМАО-Югры «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»
г. Нижневартовск

Цель: Неудовлетворенность от результатов оперативного лечения вросшего ногтя подталкивает врача на усовершенствование, модифицирование ранее предложенных методик лечения и разработке новых эффективных способов хирургического лечения вросшего ногтя, позволяющих улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

В нашей клинике выполняется оперативное лечение вросшего ногтя 3 способами:

операция Шмидена с ушиванием раны вворачивающими швами; операция Бартлетта; операция Шмидена с сопоставлением краев раны лейкопластырными стяжками.

Материалы и методы: За 10 лет нами прооперированно 770 человек, основную часть (96,1% - 740) пациентов составили дети подросткового возраста, 7 человек (0,9%) дети до 5 летнего возраста, остальные дети раннего школьного возраста. С 2004 года врачами выполнялась операция Шмидена с ушиванием краев раны вворачивающими швами (80,5% - 620). В связи с большим количеством рецидивов и неудовлетворенностью пациентов отдаленными результатами были опробованы другие методы оперативной коррекции вросшего ногтя: операция Бартлетта (3,9% - 30) и операция Шмидена с сопоставлением краев раны лейкопластырными стяжками (120 – 15,6%). При выполнении операции Шмидена с ушиванием краев раны вворачивающими швами у 71 ребенка (11,4%) отмечался рецидив заболевания; у 74-х детей (12%) в раннем послеоперационном периоде выявилось нагноение послеоперационной раны. При выполнении операции Бартлетта рецидив заболевания отмечался у 9 детей (30%). При выполнении операции Шмидена с сопоставлением краев раны лейкопластырными стяжками рецидивов и нагноения послеоперационных ран не отмечалось.

Результаты и обсуждения: Метод операции Шмидена с сопоставлением краев раны лейкопластырными стяжками заключается в отказе от наложения швов на края раны, сведение краев раны осуществляется циркулярной лейкопластырной повязкой. Последняя обеспечивает адекватное сведение краев послеоперационной раны, дренирование раны при наличии серозного отделяемого – все это способствует первичному заживлению операционной раны.

Выводы: Проведенный анализ методов лечения вросшего ногтя в нашей клинике показывает, что при выполнении оперативного лечения с использованием лейкопластырных стяжек принципиальным является то, что не используется шовный материал, который может обладать фитильными свойствами и, проходя через условно инфицированную рану, на фоне хронического воспаления, может способствовать поддержанию или даже усугублению течения воспалительного процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНССКРОТАЛЬНОЙ ОРХИОРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Алибеков М.А., Кулиев Ч.В., Полухов Р.Ш., Магамедов В.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку.

Актуальность: В методах хирургического вмешательства, которые применяются в лечении крипторхизма у детей, в основном пользуются двумя разрезами - паховым и скротальным разрезами. Это в большинстве случаев приводит к образованию грубого рубца в области паха. В 1989-м году Bianchi и Squire предложили выполнить операцию из одного разреза - из высокого трансскротального разреза при паховых ретенциях и эктопии яичка. Несмотря на опубликование в зарубежной литературе нескольких статей о результатах этого метода, в руководстве по детской хирургии представлено очень мало информации об этом методе. В этом отношении оценка результатов трансскротальной орхиопекции вызвала у нас особый интерес.

Цель: Изучение и оценка результатов метода трансскротальной орхиопекции при лечении крипторхизма у детей.

Материал и методы: На кафедре Детской Хирургии АМУ у 42 пациентов была проведена операция трансскротальной орхиопекции. Пациенты были в возрасте от 1-6 лет. Из них 15 больным выполнили двустороннюю, 18 больным - правостороннюю, 9 больным - левостороннюю операцию. У всех больных яичко было пальпировано в области паха. При УЗИ (ультрасонографии) у 12 больных яичко было определено в средней 1/3 пахового канала, у 18 больных - в нижней 1/3 пахового канала, а у 12 больных - вне пахового канала. Операция была выполнена поперечным разрезом в верхней 1/3 мошонки. После разреза кожи в дистальной части была создана субдартосная полость. После мобилизации яичка отделяли вагинальный отросток перитона и завязали лигатурой с проксимальной и дистальной частью. После низведения яичка в субдартосную полость, дистальная часть вагинального отростка перитона была зафиксирована к мясистой оболочке. Монофиламентными рассасывающимися нитками налаживают внутрикожный шов.

Обсуждение: во время операции при мобилизации семенного канатика с трудностями не сталкивались. Продолжительность операции односторонней орхиопекции составляла 20±6 мин. Сроки пребывания пациентов в стационаре колебались от шести часов до 1 суток. Больным разрешают ходить через 6-12 часов.

В послеоперационном периоде не были отмечены инфицирование раны и гематома в яичке, заживление раны было первичными. Через 1, 3, 6 месяцев и 1 год пациенты прошли клиническое и УЗИ обследования. Случаев ретракции яичка не было отмечено. Развитие яичек было удовлетворительным.

Выводы: длительность операции при трансскротальной орхиопекции короткая. В послеоперационном периоде не возникает необходимости в обезболивании. Операция трансскротальной орхиопекции может быть применена в качестве выборочной операции при ретенции и эктопии паха.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ.

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

ГБУЗ ТО «ОКБ№2», г.Тюмень

Пациент Ч, 10 лет, госпитализирован с диагнозом: спаечная кишечная непроходимость 28.11.15 через 10 часов от начала заболевания. Из анамнеза: в периоде новорожденности в оперирован по поводу атрезии подвздошной кишки. В октябре 2015 года оперирован по поводу гангренозного аппендицита, периаппендикулярного абсцесса, спаек брюшной полости.

Поведена консервативная терапия в течение 12 часов. В связи с неэффективностью 29.11.15 выполнена срединная лапаротомия. Петли тонкой кишки в области

рубца и правой подвздошной области в виде конгломерата. После разделения спаек на расстоянии 1,5 м от связки Трейтца обнаружено повреждение брыжейки тонкой кишки на расстоянии 30 см. Выполнена резекция этого участка, выведение терминальной энтеростомы. В приводящем сегменте выявлено два десерозированных участка стенки кишки. В связи с этим операция закончена лапаростомой. 30.11.15 программированная санация – в брюшной полости большое количество калового содержимого (бак. посев – E.coli, E.faecalis). На расстоянии 50 см от связки Трейтца до энтеростомы стенка кишки серого цвета, с множественными перфорациями. Резецировано 110 см тонкой кишки. Операция закончена еюностомой, лапаростомой. После данного вмешательства пациент передан на курацию в отделение гнойной хирургии. 02.12.15 ревизия брюшной полости – мутный выпот (бак. посев – E.coli, E.faecium). На петлях кишечника фибрин. Длина тонкой кишки составляет 40 см. Учитывая наличие высокого кишечного свища снята энтеростома, сформирован еюно-асцендоанастомоз «конец-в-бок», операция вновь закончена лапаростомой. 05.12.15

программированная санация – кишечник в виде инфильтрата (бак. посев – скудный рост S.saprothiticus). При ревизии обнаружена перфорация поперечноободочной кишки 3 мм – ушита двухрядным швом. Анастомоз состоятелен, ушивание брюшной полости. Реанимационный койко-день составил 16. Койко-день составил 30. Масса тела при поступлении 32 кг. Масса тела при выписке 26 кг. Переведен в педиатрическое отделение ОБ №23 для дальнейшего лечения с диагнозом: спаечная кишечная непроходимость. Каловый перитонит. Абдоминальный сепсис. Состояние после субтотальной резекции тонкой кишки. Синдром мальабсорбции. Токсический гепатит минимальной активности. Вторичный иммунодефицит. Симптоматическая кардиопатия. Угрожаем по развитию анемии, желче- и мочекаменной болезни, витаминно-белково-энергетической недостаточности. Реципиент препаратов крови. Катамнез через год: Масса тела 22,5 кг. Стул 6-10 раз в день. Социально адаптирован – учится в школе. Постоянно наблюдается у гастроэнтеролога.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКВОЗНОГО РАНЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Арабская Е.А., Чевжик В.П.

ГБУЗ ТО «ОКБ№2», г. Тюмень

Пациент Б, 13 лет, поступил 16.16.16 через 40 минут после получения травмы. Со слов, катаясь на лыжероллерах, упал на металлический штырь. Точно обстоятельства травмы остались неизвестны. При осмотре: живот не вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные (обезболен промедолом бригадой скорой помощи). В 9 межреберье слева по средне-подмышечной линии продольная рана 18 мм длиной с неровными краями, с кровоподтеками на коже. Справа по передне-подмышечной линии в 10 межреберье рана 15 мм длиной. После рентгенографии органов грудной клетки выполнена диагностическая лапароскопия - во всех отделах брюшной полости кровь. Срединная лапаротомия - определяется сквозное ранение V сегмента печени - ушито П-образными швами. Сквозное ранение желчного пузыря – холецистэктомия. В забрюшинном пространстве обнаружен газ, желчь. Раневой канал проходит через тело поджелудочной железы по касательной. В нижне-горизонтальной ветви ДПК дефект задней стенки до 1 см с разможненными краями, через 2 см от него выходное отверстие 1 см. Раны ушиты двухрядными швами с фиксацией сальника, что повлекло стеноз ДПК. С целью ее дренирования сформирован дуодено-энтероанастомоз по Roux с верхне-горизонтальной частью ДПК. Других повреждения в брюшной полости не выявлено. Дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: сквозное ранение брюшной полости. Ранение печени, желчного пузыря, нижне-горизонтальной ветви ДПК, поджелудочной железы. Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи удалены на 10 сутки (в первые сутки после операции до 200 мл серозного отделяемого из брюшной полости). На 12 сутки выполнена рентген-скопия желудка и ДПК – желудок обычной формы и величины, эвакуация в нисходящий отдел ДПК, затем через анастомоз в тощую кишку. Часть контраста поступила в ДПК ниже анастомоза, но в горизонтальную часть не прошла. Выписан в удовлетворительном состоянии. Койко-день составил 18, реанимационный койко-день 7. Через 2 месяца после лечения поступал с болевым абдоминальным синдромом, выполнена рентгеноскопия желудка и ДПК - эвакуация из ДПК происходит полностью через дуодено-

энтероанастомоз. По нашему мнению, данный случай представляет интерес с точки зрения лечения травмы органов брюшной полости.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ.

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Врублевская Е.Н., Галкина Я.А., Вавилова Е.А., Врублевский А.С., Кулаев А.В.

Морозовская детская городская клиническая больница ДЗ г. Москва.

Актуальность: выбор стратегии при ведении детей с обструктивными формами мегауретера обусловлен значительной инвазивностью оперативных вмешательств, длительностью восстановительного периода.

Цель: повышение эффективности лечения детей с обструктивными формами мегауретера с применением малоинвазивных технологий.

Материалы и методы: за период с 2013 по 2016 гг. на лечении в отделении плановой хирургии и урологии-андрологии находилось 108 детей с обструктивным мегауретером в возрасте от 1 мес. до 14 лет. У 18 детей применен метод бужирования и стентирования уретерovesикального соустья, в 2 случаях с двух сторон. У одного ребенка с гнойным пиелонефритом на фоне обструктивного мегауретера данным методом был выбран как первый этап лечения с целью санации и дренирования верхних мочевых путей. Пациентам устанавливали низкий мочеточниковый стент диаметром 5 Ш с наружной фиксирующей нитью на срок 8 недель. В послеоперационном периоде дети получали антибактериальную и симптоматическую терапию.

Результаты: положительный результат в виде сокращения размеров собирательной системы почек и мочеточника достигнут у 38% пациентов. 5 пациентов (27%) оперированы после удаления стентов в период от 6 мес. до 1 года в связи с сохранением расширения верхних мочевых путей по стандартной методике (уретероцистонеоимплантация по Коэну). В настоящее время 35 % пациентов являются носителями уретеральных стентов.

Выводы: Несмотря на небольшой опыт стентирования детей с обструктивными формами мегауретера, мы считаем его методом выбора при лечении детей раннего возраста вследствие своей малоинвазивности и безопасности.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК У ДЕТЕЙ.

Карасева О. В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Сологуб Э.А., Хорчинова Э.Э., Рошаль Л.М.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва

Актуальность: До сих пор не существует единой точки зрения на ведение детей с рецидивирующей инвагинацией кишок (ИК).

Цель: Оптимизировать локальный протокол диагностики и лечения для улучшения результатов лечения рецидивирующей ИК у детей.

Пациенты: В период 2007-2016гг. в НИИ НДХиТ пролечены 13 детей (мальчики - 61,5%, девочки - 38,5 %) с рецидивирующей илеоцекальной ИК. Все дети были старше 1 года, средний возраст детей составил $2,9 \pm 2,02$ лет. Рецидивы заболевания были диагностированы в 11,4 % от общего числа наблюдений. В качестве метода консервативного лечения использовали гидростатическую дезинвагинацию под УЗ-контролем - гидроэзоколоноскопию (ГЭК).

Результаты: В 92,3% наблюдений рецидив произошел в раннем периоде (до 72 ч.) после ГЭК и только у 1 (7,7%) ребенка - через 1 месяц после пневмоирригоскопии в другом ЛПУ. 76,9% детей были доставлены в стационар по СМП, 23,1% - обратились самотеком. Длительность заболевания в 76,9% случаев составила менее 24 часов, в 23,1% - более суток, средняя длительность - $19,9 \pm 15,2$. Всем детям диагноз был установлен при поступлении на основании клинико-эзографической картины. При УЗИ у всех детей был выявлен инвагинат (симптом

мишени - 92,3%, симптом слоеного пирога - 7,7%) с сохраненным кровотоком. Свободной жидкости, расширенных кишечных петель с признаками непроходимости, дополнительных патологических эхообразований (анатомических причин) визуализировано не было. У большинства детей (84,6%) уже при первичном УЗИ был диагностирован мезентериальный лимфаденит с локализацией "пакета" лимфатических узлов в корне брыжейки и илеоцекальном углу.

При первичном поступлении в нашу клинику 11 детям была выполнена ГЭК и только 1 ребенку, поступившему в клинику до изменения локального протокола - лапароскопия. При диагностике рецидива выполняли лапароскопию, за исключением 2 детей, которым повторно была выполнена ГЭК. У 3-х детей произошел второй рецидив, причем у 2-х из них - после лапароскопической дезинвагинации, у 1 - после ГЭК. Конверсия при лапароскопии потребовалась в 3-х наблюдениях для выполнения резекции илеоцекального угла с наложением тонкотолстокишечного анастомоза инвагината. Анатомическая причина была установлена в 4 наблюдениях: при лапароскопии - в 3 (дивертикул Меккеля - 1, лимфома Беркитта -1, ювенильный полип слепой кишки -1), при колоноскопии - в 1(лимфома Беркитта) при рецидиве после лапароскопической дезинвагинации. В остальных наблюдениях была выявлена и подтверждена в биопсийном материале (брыжеечные л/у, лестничная биопсия при колоноскопии) лимфоаденопатия илеоцекального угла.

Заключение: При рецидиве инвагинации кишок консервативное лечение противопоказано. Пошаговое использование лапароскопии и колоноскопии позволяет своевременно диагностировать причину заболевания и определить хирургическую и лечебную тактику

ГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ В СОСТОЯНИИ СНИЖЕННОГО СОЗНАНИЯ

Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Харитонов А.Ю., Голиков Д.Е., Капустин В.А., Понина И.В., Рошаль Л.М.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия, Москва

Актуальность: Полноценное энтеральное питание позволяет достичь

оптимальных условий для восстановления утраченных или нарушенных функций у детей с неврологическим дефицитом. Способ безопасного кормления остается актуальным вопросом лечения, реабилитации и социализации детей в состоянии сниженного сознания.

Цель: Оценить безопасность чрезкожной пункционной гастростомии у детей.

Пациенты: В исследование вошли 37 детей (мальчики - 70,5%, девочки - 29,5%) с патологией ЦНС, получавших лечение в НИИ НДХиТ в 2016г. Всем пациентам (22-органическое повреждение ЦНС; 12 - травматическая болезнь головного мозга; 6 – ТЧМТ; 2 - ОНМК; 2 – нейроонкология) была выполнена операция – пункционная гастростомия под эндоскопическим контролем. Гастростомию выполняли с использованием готовых наборов: по методике PEG - 33, установка баллонной гастростомы накожного уровня - 4.

Результаты: В остром периоде (ТЧМТ, ОНМК) решение об установке гастростомы принимали в течение первых двух недель после выхода ребенка из комы при прогнозе длительного бессознательного состояния, сопровождающегося дисфагией. Гастростомия была выполнена 22,6% пациентов от всех детей с ТЧМТ. Гастростома позволяла безопасно, удобно и адекватно кормить ребенка, что обеспечивало эффективную реабилитацию, включая логопедическую. Положительная неврологическая динамика с восстановлением глотания у большинства детей этой группы позволила удалить гастростому в течение первых 3-х месяцев после установки. Учитывая временный характер гастростомии и стоимость наборов, считаем целесообразным использование методики PEG в этой группе. При тяжелой степени дисфагии у пациентов паллиативного профиля с патологией ЦНС первичная установка баллонной гастростомы накожного уровня обеспечивает комфорт в уходе за ребенком и возможность ее замены в домашних условиях. Преимущество PEG в этой группе следует отдавать при наличии у ребенка деформаций скелета, что затрудняет создание «площадки» для пункции желудка, а также в рамках ценовой политики. Средняя длительность операции при использовании PEG составила $4,2 \pm 2,0$ против $10,5 \pm 5,2$ мин. Интраоперационных, как и послеоперационных осложнений за представленный год не было. С

осторожностью нужно относиться к решению вопроса о гастростомии у детей с выраженной спастикой и судорогами. Недостаточная фармакокоррекция этих состояний может привести к нарушению формированию стомы с длительным течением стомита и «подтеканием» стомы. Сроки смены гастростомической трубки зависят от рекомендаций производителя. Решение об установке, также как об удалении гастростомы, принимает консилиум в составе невролога-реабилитолога, отоневролога, логопеда, педиатра, хирурга.

Заключение. Пункционная гастростомия является важным и безопасным компонентом хирургической реабилитации больных в состоянии сниженного сознания. Своевременная установка гастростомы позволяет обеспечить возможную реабилитацию больного и адаптацию в социуме.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Карасева О.В., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Иванова Т.Ф.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы.

Актуальность. Тяжелые травматические повреждения брюшной полости и осложненное течение ряда хирургических заболеваний нередко требует от хирурга открытого (лапаростомического) ведения брюшной полости с выполнением отсроченных программируемых ревизий, особенно в тех случаях, где имеют место контузионные повреждения с отсроченными некрозами. В таких случаях актуальным вопросом остается выбор наиболее адекватного варианта временного закрытия и полноценного дренирования брюшной полости. Одной из наиболее современных методик является вакуум-терапия брюшной полости, которая относительно широко используется во взрослой хирургии и достаточно редко применяется у детей.

Целью нашего исследования является оценка показаний и преимуществ данного способа в детской неотложной хирургии.

Материалы. В НИИ НДХиТ за период с 2013 по 2017 год было пролечено 8 пациентов, у которых применялась вакуум-терапия брюшной полости; из них у 4 пациентов имели место травматические повреждения органов брюшной полости (в т.ч. огнестрельное ранение и травма ремнем безопасности), у 4 пациентов – осложненное течение хирургических заболеваний (аппендикулярный перитонит, некроз кишки в результате мезоколикперитонеальной грыжи, язвенное поражение двенадцатиперстной кишки при опухоли ствола мозга, ущемленная паховая грыжа). Из них 62,5% составили мальчики, 37,5% – девочки. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 17 лет.

Результаты. Для наложения вакуум-системы во всех случаях мы использовали специальные наборы VivanoMed Abdominal Kit. На органы брюшной полости по окончании ревизии укладывалось специальное покрытие, препятствующее адгезии, сверху на лапаротомную рану накладывалась адаптированная по размеру губка со специальной перфорированной силиконовой трубкой, после чего система герметизировалась пленкой и подключалась к активной вакуумной аспирации. Число ревизий брюшной полости и, соответственно, смен вакуум-системы варьировало от 1 до 7 раз за период лечения.

Летальные исходы мы наблюдали в 3 случаях: 2 пациентов погибли из-за тяжести первичных повреждений органов брюшной полости, 1 пациент - в результате течения тяжелого сепсиса, не связанного с абдоминальными причинами; у 5 пациентов итогом лечения стала успешная санация брюшной полости с выздоровлением.

Заключение: При открытом ведении брюшной полости использование вакуум-системы является предпочтительной методикой, позволяющей сохранить герметичность брюшной полости, обеспечить адекватный отток отделяемого и создать условия для ее санации, своевременного контроля и хирургической коррекции отсроченных повреждений.

СИНДРОМ КЛИППЕЛЬ-ТРЕНОНЕ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Кобяцкий А.В., Лывина И.П., Мустафа А.Х., Нарбутов А.Г. Исаева М.В.,

Дроздов А.В.

ФГБУ РДКБ 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 эндоваскулярными воспалительными явлениями и как следствие, к ухудшению трофики тканей с образованием трофических язв и интоксикации организма. Наличие дермальных повреждений (васкулярные папилломатозные разрастания, капиллярная мальформация кожи) и кровоточивость из них, способствуют развитию хронической анемизации и как следствие гипоксия тканей.

Попытки хирургической коррекции данного порока (раннее удаление эмбриональной вены, рассечение эмбриональных спаек) не приносят желаемого эффекта, а в ряде случаев усугубляют патологию.

Методы: в отделении проходили этапное лечение 76 пациентов с синдромом Клиппель-Треноне. Для верификации диагноза использовались: ультразвуковое ангиосканирование, КТ-ангиография, флебография. С целью улучшения лимфо-венозного дренажа и улучшения кровотока по глубоким венам конечности использован метод консервативного лечения, включающий: магнитотерапию, лазеротерапию, гидротерапию, ЛФК. Всем детям стационарно и в домашнем режиме назначались курсы венотоников и дезагрегантов и постоянное ношение компрессионного трикотажа. Что в дальнейшем позволило провести хирургическую коррекцию. Оперировано 65 детей, из них: удаление эмбриональной вены – 16 пациентов, удаление перфорантных вен системы эмбриональной вены – 7 пациентов. 22-детям с дермальными папилломатозными разрастаниями проводилась радиоволновая деструкция последних, а в настоящее время 20 пациентам выполнена плазмавапоризация как папиллом, так и капиллярной мальформация кожных покровов (аппарат Plasma jet)

Результаты: При обследовании: у всех пациентов отмечены явления лимфо-венозной недостаточности. У 10 пациентов определена тотальная гипоплазия глубоких вен конечности, у 23 пациентов - гипоплазия глубоких вен голени и подколенной вены, у 24 пациентов - локальная гипоплазия подколенной вены, у 11 пациентов - гипоплазия поверхностной бедренной и подколенной вен, у 7 пациентов - сегментарная гипоплазия поверхностной бедренной вены, в двух случаях выявлена гипоплазия подвздошно-бедренного сегмента. 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. После проведения курсов комбинированного: консервативного и хирургического корригирующего лечения – значительное улучшение кровотока по глубокой венозной системе и купирование явлений лимфопенозной недостаточности (по данным клинического осмотра, данным УЗ-ангиосканирования и КТ-ангиографии) у 25 пациентов, улучшение качества жизни у 40 пациентов. У 9-х детей купирован болевой синдром, у двоих пациентов из данной группы существенной положительной динамики не достигнуто.

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 реконструктивных операций на венозном русле должен рассматриваться только после получения стойкого положительного эффекта от проводимого консервативного лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Коровин С.А., Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю., Аллахвердиев И.С.

РМАНПО МЗ РФ;

Детская городская клиническая больница им. З.А.Башляевой ДЗМ;

Детская городская клиническая больница св. Владимира ДЗМ.

Цель работы: определить информационную значимость клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики для прогноза эффективности лапароскопической дезинвагинации, уточнить возможности последней при оперативном лечении детей с кишечной инвагинацией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 92 больных в возрасте от 1 месяца до 9 лет с кишечной инвагинацией с применением лапароскопических технологий в период с 2006 по 2017 годы. В соответствии с клиническими проявлениями и сроком заболевания выделяли 3 стадии кишечной инвагинации. Всем больным при поступлении были выполнены ультразвуковое исследование брюшной полости и обзорная рентгенография брюшной полости. Консервативные мероприятия предполагали проведение пневмоирригоскопии с воздухом при тонко-толстокишечной инвагинации. Для прогноза эффективности лапароскопической дезинвагинации были определены коэффициенты информативности основных показателей клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики, а также лапароскопии.

Результаты: С учетом определенной информативности показателей инструментальных методов предоперационной диагностики вероятность успешной лапароскопической дезинвагинации может составлять 77,3%, клинических данных-80%, лапароскопических данных - 81,8% соответственно. В исследуемой группе больных лапароскопическая дезинвагинация была успешной в 67(73%) наблюдениях, при этом была дополнена рассечением сращений илеоцекального угла (30), резекцией дивертикула Меккеля (10) и удвоения подвздошной кишки (2), биопсией лимфоузлов (3). Конверсии в 25(27%) случаях были обусловлены невыполнимой лапароскопической дезинвагинацией при некрозе кишки (16), осложненных (5) и многоцилиндровых (2) инвагинациях, а также осложнениями при пневмоирригоскопии (2). В послеоперационном периоде было отмечено 1(1%) осложнение в виде ограниченного перитонита из-за перфорации купола слепой кишки в ходе лапароскопической биопсии лимфоузла.

Выводы: Лапароскопическая дезинвагинация может быть успешной в 73% наблюдений. Ограничения методики в 27% наблюдений обусловлены осложненным течением кишечной инвагинации. Вероятность успешной лапароскопической дезинвагинации с учетом информативной значимости клинических и инструментальных методов предоперационной диагностики, а также лапароскопии может достигать 82%.

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Кузьмичев В.А., Пыхтеев Д.А., Гауцын В.В., Наливкин А.Е., Машков А.Е.

Курс детской хирургии при кафедре хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, г.Москва.

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей (ВДГК).

Материалы и методы: Проанализирован результат лечения 107детей в возрасте от 4 до 17лет, оперированных с 2006 по 2017г. по поводу ВДГК на базе ДХО ГБУЗ МО МОНИКИ и ГБУЗ МО МОДКТОБ (18девочек и 89мальчиков). Средний возраст составлял 12лет. Из них 15детей были оперированы открытым способом, по Саламаа–Палтия-9, по Равичу-6. Грубые рестриктивные деформации грудной клетки(ГК) в позднем послеоперационном периоде, в ряде случаев

невозможность последующей коррекции, травматичность, формирование послеоперационных рубцов, наличие интра- и послеоперационных осложнений, длительность госпитализации, привело к отказу от открытых методов хирургического лечения ВДГК. С 2009г. всем детям, оперированным по поводу ВДГК, была выполнена малоинвазивная торакопластика по Нассу. В предоперационном периоде 82 пациентам проведена мультиспиральная компьютерная томография с 3D реконструкцией, что позволило избежать возможные интраоперационные осложнения, и определить тактику оперативного вмешательства с расчетом количества корригирующих пластин(КП). Нестандартная установка и установка двух КП позволяет добиться более физиологичной и косметичной формы ГК. У всех пациентов использовалась сочетанная эпидуральная и комбинированная общая анестезия в условиях искусственной вентиляции легких через эндотрахеальную трубку. Торакопластика с использованием видеоторакоскопии исключает возможные осложнения, способствует выявлению анатомо-физиологических особенностей, стабильной и надежной фиксации КП. Применение грудинного элеватора у 76 пациентов доказало безопасность проведения КП через переднее средостение. Эпидуральная анестезия в сочетании с НПВС и анальгетиками внутримышечно обеспечила оптимальное обезболивание послеоперационного периода, без применения наркотических препаратов. Ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде привела к снижению общего койко-дня в 2 раза и составила ≈ 7 суток.

Результаты: При катамнестическом наблюдении пациентов от 2 месяцев до 3 лет, у 86% из 107 оперированных получен хороший косметический результат. Общее количество ранних осложнений уменьшилось до 5, что составляет 4,7% (гидроторакса-2, пневмоторакса-3). У 3 пациентов в позднем периоде после операции отмечены пролежни в области краев КП, что потребовало ее удаления у 1 ребенка.

Выводы: Использование малоинвазивной торакопластики, применение дополнительных методов предоперационного обследования и комплекса интраоперационных мероприятий позволило уменьшить количество возможных интра- и послеоперационных осложнений, добиться наилучшего косметического результата и сократить сроки госпитализации в 2 раза.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Шумихин В.С. Ерохина Н.О., Складорова Т.А., Левитская М.В.,
Гурская А.С., Бетанов З.В.,

РНИМУ им.Н.И.Пирогова, ДКГБ № 13 им Н.Ф.Филатова (Москва),

Цель. Проанализировать результаты применения малоинвазивных методик в лечении детей с различными формами обструктивных уропатий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1057 детей (0 – 5 лет), проходивших лечение на базе ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова в 2007 – 2016 гг. В зависимости от порока развития мы выделили 4 группы пациентов: I – 69 мальчиков с клапаном задней уретры в сочетании с другими нарушениями уродинамики, II – 67 детей с удвоением почки и наличием уретероцеле, III – 170 пациентов с простым врожденным нерефлюксирующим мегауретером и IV – 757 детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. При всех видах патологии на первичном этапе предпочтение отдавалось проведению малоинвазивных оперативных вмешательств, с последующей оценкой результатов при проведении комплексного урологического обследования. При сохранении нарушений уродинамики верхних мочевых путей проводились повторные мини-инвазивные или открытые оперативные вмешательства.

Результаты. Первично в I группе пациентов в 100% случаев выполнена трансуретральная резекция клапана задней уретры: 56 (81,2%) одноэтапно и 13 (18,8%) двухэтапная. Детям II группы трансуретральная резекция уретероцеле выполнена в 79,1% случаев (53 пациента). В III группе 132 детям выполнена установка низкого мочеточникового стента, а 38 (22%) пролечены консервативно. В IV группе выполнена эндоскопическая подслизистая имплантация объемообразующих веществ (ЭПИОВ): «Коллаген» 454 ребенка (605 мочеточников), «Уродекс» 122 (189), «Вантрис» 76 (121). Оценка уродинамики проводилась через 4 – 8 недель.

При сохранении нарушений уродинамики проводились вторичные оперативные вмешательства. Выполнено: ЭПИОВ 4 детям I группы (5,8%), 7 (13,2%) – второй и 103 (13,6%) – четвертой (повторно); стентирование J-стентом 8 из I и 1 из II. Реконструктивные вмешательства на мочевом пузыре (уретероцистонеоимплантация, с резекцией уретероцеле во II группе) проведена 9 (13%), 15 (28,3%), 5 (3,8%), 47 (6,2%) детям в I, II, III, IV группах соответственно. 7 детям (10,1%) из I, 9 (17%) – из II, 18 (2,3%) – из IV выполнены оргауноносящие операции в связи с отсутствием функции почки (или ее сегмента во II группе) по данным нефросцинтиграфии. В остальных случаях вторичные оперативные вмешательства не потребовались. Все дети получили курс реабилитационного лечения (фармакотерапия, физиолечение).

Выводы. Проведение малоинвазивных оперативных вмешательств возможно у детей, включая новорожденных и грудной возраст и позволяет восстановить уродинамику, избежать или отсрочить проведение сложных реконструктивных или оргауноносящих операций.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ХМАО-ЮГРЕ.

Назарова И.М., Денисова О.Ю., Кожемякин О.С.

БУ ХМАО – Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»
г.Нижневартовск

Цель: оценка эффективности использования неселективного бета-блокатора в лечении детей с инфантильными гемангиомами.

Методы: критериями подбора детей с инфантильными гемангиомами являлись наличие гемангиом сложной анатомической локализации (лицо, половые органы), обширность поражения, вес ребенка более 2500 г, возраст от 1 до 6 месяцев, отсутствие патологии сердечно-сосудистой системы, наличие информированного согласия родителей на лечение пропранололом, разрешение этического комитета НОКДБ. За период 2012 – 2015 г.г. было пролечено 92 ребенка. До начала исследования всем детям проводились как клиническое исследование анализов крови и мочи, так и исследование сердечно-сосудистой системы: ЭКГ, ЭХО КГ, ЭКГ-мониторирование по Холтеру, контроль АД и ЧСС с последующей консультацией кардиолога. Начальная доза препарата составляла 1 мг/кг/сутки с последующим увеличением до 2-2,5 мг, разделенных на 3 приема. Повышение дозы препарата проводилось в условиях стационара с контролем ЧСС и АД каждые 3 часа. При отсутствии побочных эффектов дальнейшее лечение осуществлялось в домашних условиях. Контроль за состоянием детей осуществлялся ежемесячно, включал в себя проведение ЭКГ, контроль ЧСС и АД, консультацию кардиолога, фотоконтроль; еженедельно определялся уровень сахара крови. Детям, с отдаленных территорий ХМАО-Югры, проводились заочные консультации. В коррекции дозы пропранолола при положительном эффекте (остановке роста опухоли, наличия регресса опухоли) необходимости не было. При отсутствии эффекта в течение 2 месяцев с начала лечения, проводилась коррекция дозы препарата в соответствии с прибавкой массы тела ребенка. Препарат назначался на срок от 6 до 12 месяцев.

Результаты: полный курс лечения прошли 78 пациентов. У 4 детей лечение прекращено, в связи с выявленными при плановом обследовании нарушениями проводимости сердца, – АВ-блокады 2 степени. У 3 детей, с обширной площадью поражения, более 20% поверхности тела (стопа, голень, бедро, ягодичная область) отмечен полный регресс опухоли. У 2 детей, с гемангиомами внутреннего угла глаза, имело место отсутствие значимого косметического эффекта, но по данным КТ отмечалось отсутствие роста опухоли в ретробульбарное пространство. Этим детям проводилась коррекция терапии- повышение дозы пропранолола, в зависимости от увеличения массы тела.

У 54 детей с первых дней приема пропранолола получен хороший терапевтический эффект-отмечалось прекращение роста гемангиомы и отмечался ее быстрый регресс.

Выводы: таким образом, полученные результаты лечения инфантильных гемангиом у детей первого года жизни неселективным бета-блокатором –пропранололом, свидетельствуют о его высокой эффективности и безопасности. Данный метод лечения может иметь приоритетное

значение в терапии этой группы пациентов, по сравнению с другими, при условии четкого соблюдения протокола лечения, обязательного динамического наблюдения на протяжении всего периода лечения.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Мордвин П. А., Мурчина А. Н., Малашенко А. С., Копылов И. В., Куренков И. В., Манукян С. Р., Гурзо Ю. Д., Черкашин А. А.

Морозовская ДГКБ, г. Москва

Кишечная инвагинация у детей старше 1 года относительно редкая патология, чаще всего имеющая органический субстрат. Наличие дивертикула Меккеля, полипов тонкой кишки, новообразований подвздошной кишки являются патологией, предрасполагающей к развитию патологического процесса.

В Морозовской больнице за период с 2011 по 2016 года находилось на лечении 37 детей в возрасте от 15 месяцев до 12 лет, госпитализированных с клинической картиной кишечной инвагинации. По данным УЗИ во всех случаях был выявлен симптом «мишени». В 21 случае отмечалась рвота, задержка стула и газов, рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Проводился комплекс консервативных мероприятий направленных на разрешение процесса. В случае подозрений на наличие новообразования подвздошной кишки, проводилось КТ с контрастированием. Оперативное вмешательство во всех случаях начинали с диагностической лапароскопии, по данным которой в 19 случаях был выявлен измененный дивертикул Меккеля, входящий в состав инвагината; у 11 детей причиной инвагинации было объемное интрамуральное образование подвздошной кишки; в 3 случаях- выявлено образование в просвете подвздошной кишки; в 4 случаях в состав инвагината были вовлечены увеличенные мезентериальные лимфатические узлы. В 27 случаях (73%) удалось выполнить лапароскопическое расправление инвагината, а также из малоинвазивного доступа удалить дивертикул Меккеля (17 детей), в 3 случаях была выполнена видеоассистированная резекция сегмента подвздошной кишки, в 3- видеоассистированная резекция илеоцекального угла; в 4 случаях- удаление мезентериального лимфоузла с баугинопластикой. В 10 случаях (27%) в связи с техническими трудностями проведена конверсия на лапаротомный доступ. У 8 детей выполнена резекция илеоцекального угла, с формированием кишечного анастомоза, 2 случаях - адгезиолизис, дивертикулэктомия. По данным гистологического исследования у детей с объемными образованиями подвздошной кишки выявлены: в 9 случаях - лимфома, в 2- аденоматозный полип, в 1- ювенильный полип, в 1 – муцинозная аденокарцинома, в 1- псевдомиксома. Сроки госпитализации составили от 10 до 14 суток. Дети с подтвержденным злокачественным новообразованием были переведены на 10 сутки после операции в профильное отделение для проведения ПХТ.

Таким образом, выполнение малоинвазивных вмешательств оправдано у детей с инвагинацией, причиной которой являются относительно редкие заболевания. Высокий процент конверсий на открытые операции связан с объективными

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРОТАТА МАГНИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш.

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку.

Цель исследования: определить эффективность оротата магния при комплексном консервативном лечении БП.

Материал и методы. Из 798 детей, обратившихся в клинику с хроническим запором, у 26 больных на основе клинических рентгенологических исследований подтвердился БП. Всем больным было проведено комплексное консервативное лечение, включающее в себя диету, коррекцию дисбиотических нарушений, ферментотерапию, витаминотерапию, препараты лактулозы, гепатопротекторы, физиотерапию. Параллельно был назначен магнерот (в состав которого входит оротат магния). Препарат назначался в суточной дозе 10 мг/кг в течение 3 месяцев, а затем после 3 месяцев перерыва повторно применяли в суточной дозе 8 мг/кг в течение 3 месяцев. В последующие 3 года параллельно с комплексным лечением два раза в год было назначено курсовое лечение оротатом магния. Эффективность консервативного лечения определялась по клиническим признакам и после проведения ирригографии.

Результаты. На фоне консервативного лечения из 26 больных у 17 (65,4 %) через 1 год на основе клинических данных и ирригографии наблюдалась положительная динамика. У детей не было болей в животе и полностью отсутствовали признаки запора, наблюдаемые при первичном осмотре. При ирригоскопии отмечали затруднение прохождения контрастного вещества в селезеночном изгибе, а также стаз в слепой и поперечно-ободочной кишке после опорожнения контрастного вещества не обнаруживался. Однако у 9 (34,6 %) больных, несмотря на клиническое улучшение, периодически наблюдались боли в животе и запоры после прекращения консервативного лечения.

Для БП характерны следующие анатомические изменения: печеночный изгиб более мобилен, чем селезеночный, высокое расположение селезеночного изгиба, образование «двустволки» в селезеночном изгибе. Эти вариации можно принять как норму, так они могут наблюдаться и у здоровых детей.

Устойчивый спазм сфинктера Пайра – Штрауса при БП может привести к задержке каловых масс в селезеночном изгибе и опущению поперечно-ободочной кишки. Одной из причин спазма сфинктера Пайра – Штрауса является снижение эластичности на фоне дисплазии соединительной ткани. С другой стороны, уменьшение кровообращения в зоне сфинктера Пайра – Штрауса может усилить спазм. Так, среди 9 оперированных пациентов с БП у 4 больных в точке Гриффитса не встречали анастомоза между *a. colicamedia* и *a. colicasinistra*.

Терапевтический эффект оротата магния при БП обусловлен увеличением синтеза коллагена ионами Mg^{2+} . Синтез коллагена повышает эластичность соединительной ткани, улучшает перистальтику кишечника [4]. Это, в свою очередь, устраняет спазм сфинктера Пайра – Штрауса.

Выводы. Таким образом, применение оротата магния при комплексном лечении БП увеличило эффективность консервативного лечения на 65,4 %. Следовательно, магния оротат можно включать в комплексное консервативное лечение БП у детей. Вместе с тем для определения механизма эффективности применения данного препарата при лечении БП необходимо проведение новых исследований

ПРИНЦИПЫ АНОРЕКТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Полухов Р.Ш.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

Цель – Проведения адекватной коррекции, путем определения причин вторичных аноректальных нарушений, возникающих после хирургического лечения болезни Гиршпрунга.

Материал и методы. В исследование были включены 12 детей с аноректальной патологией, проявляющейся с хроническим запором и другими признаками оперированных по поводу болезни Гиршпрунга в разных клиниках. Из них 3 были девочками, а 9 – мальчиками. Из них, 8-и больным была произведена операция Дюамель-Баирова, 2-м больным – операция Соаве-Ленюшкина и 2-м больным – операция Соаве-Болей. В послеоперационном периоде у 2-х больных наблюдался хронический запор, у 6-и больных хронический запор и каломазания, у 4-х больных – хронический запор и ночной энкопрез. Всем больным наряду с клиническими обследованиями, были проведены

дополнительно колоноскопия, иригография, функциональное обследование аноректальной области, ректальное обследование и осмотр прямой кишки.

Результаты и обсуждение. Основной причиной появления хронического запора после операции Дюамеля является сохранение колоректальной перегородки. В зависимости от уровня колоректальной перегородки, у больных наряду с хроническим запором может появляться каломазания или ночной энкопрез. После устранения хронического запора, также исчезла каломазания. И это указывает на наличие корреляции между хроническим запором и каломазанием у данных больных. После операции Дюамеля образование каломазания на фоне хронического запора было связано с неполным закрытием анального сфинктера из-за заполнения ампулы окаменевшей каловой массой. У больных с хроническим запором и ночным энкопрезом, несмотря на устранение хронического запора, энкопрез все еще продолжался. У этих больных, наоборот, снижение запора сопровождалось увеличением энкопреза. Причиной этого явилось то, что из-за слишком близкого расположения анастомоза к анальному отверстию жидкая каловая масса в ночное время раздражала сфинктер. А колоректальная перегородка предотвращал в свою очередь заполнение каловой массой ампулы прямой кишки. А это еще более усугублял ночной энкопрез.

Единственным радикальным лечением этого осложнения является трансанальное удаление колоректальной перегородки. Причиной сужения зоны анастомоза после операции Соаве-Болей является не осуществление миотомии во время операции и отсутствие бужирования после операции. Основной жалобой этих больных является постепенное ухудшение хронического запора после операции. Устранение хронического запора у этих больных возможно проведением продолжительного бужирования наряду с комплексным консервативным лечением. Основной причиной образования хронического запора и ночного энкопреза после операции Соаве-Ленюшкина является сохранение лишней ткани при резекции культи толстой кишки после формирования безшовного анастомоза и в результате этого, образование суженного кольца в виде свисающей складки. Между механизмами образования ночного энкопреза у больных, перенесших операцию Соаве-Ленюшкина и операцию Дюамеля, существует определенное соответствие. У этих больных из-за увеличения перистальтики в ночное время за счет перехода жидкой части каловой массы из опущенного в виде складки кольца непосредственно в анальный канал и, тем самым, раздражая сфинктер образуется энкопрез.

Полное выздоровление этих больных достигается лишь после удаления трансанальным способом стенозированного кольца вместе с комплексным лечением.

НЕЙРОБЛАСТОМА СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Рябов А. Б., Поддубный И. В., Трунов В. О., Врублевский С. Г., Козлов М. Ю., Кубиров М. С., Глазунов А. А., Мордвин П. А., Мурчина А. Н., Манукян С. Р., Гурзо Ю. Д.

Морозовская ДГКБ, г. Москва, МНИОИ им. П.А. Герцена

Нейробластома является одной из наиболее распространенных солидных злокачественных опухолей у детей, примерно 40% случаев заболевания встречается на первом году жизни, при этом 90% больных младше 6 лет. Сложная анатомическая локализация опухоли, а также вовлечение в ряде случаев в неопластический процесс магистральных сосудов и нервов, требуют тщательного выбора хирургического доступа и выполнения реконструктивных операций. В Морозовской больнице за период с 2012 по 2016 года находилось на лечении 112 детей с нейробластомой в возрасте от 1 месяца до 12 лет. Все дети были обследованы и получали лечение согласно международному протоколу NB-2004. После проведения неоадьювантной ПХТ решался вопрос о возможности выполнения радикального хирургического вмешательства. У 21 ребенка, в возрасте от 7 месяцев до 11 лет выявлена нейробластома сложной анатомической локализации (18,75% от общего числа детей). В 14 случаях опухоль располагалась в брюшной полости, а в 7- в грудной клетке. По данным КТ с контрастным усилением в опухолевый процесс были вовлечены аорта, нижняя полая вена, чревный ствол, общая печеночная артерия, верхняя полая вена и подключичные сосуды в различных сочетаниях. Все оперативные вмешательства были выполнены в условиях комбинированной анестезии, интраоперационно была использована система для возврата аутологичной крови Cell Saver. Были использованы различные доступы к верхней апертуре средостения L-образный доступ, торако-стернотомия по типу «hemi clamshell».

Использован классический срединный лапаротомный доступ к органам брюшной полости. Интраоперационно потребовалось выполнение ангиопластики в 11 случаях, резекции нижней полой вены- 3 детей. Во всех случаях операция была выполнена радикально, объем удаленной опухоли составил более 95%. Интраоперационная кровопотеря составила от 300 до 800 мл, и потребовала трансфузии компонентов крови в 17 случаях, у остальных детей возврат аутологичной крови компенсировал кровопотерю. Сроки госпитализации детей составили от 14 до 21 дня. В послеоперационном периоде у 5 пациентов (23%) отмечалось развитие следующих осложнений: хилоперитонеум-2, спаечная кишечная непроходимость-2, кровотечение на фоне ДВС-синдрома. Явления хилоперитонеума и кровотечение были купированы консервативными мероприятиями. У детей с кишечной непроходимостью был выполнен лапароскопический адгезиолизис. Послеоперационной летальности в данной группе пациентов не было. Таким образом, лечение нейробластом сложной анатомической локализации является актуальной задачей детской онкологии и возможно лишь при наличии хирургии экспертного уровня.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ БАТАРЕЙКИ КАК ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Сварич В.Г.

Республиканская детская клиническая больница, г. Сыктывкар

Цель: Улучшение результатов лечения детей с инородными телами пищевода.

Введение: Инородные тела пищевода у детей встречаются достаточно часто. При этом имеется риск возникновения пролежня и перфорации пищевода. Это особенно актуально в отношении электрических литиевых батареек типа CR2016, имеющих диаметр 2 сантиметра.

Материалы и методы: За последние 10 лет под нашим наблюдением находилось 116 детей с инородными телами пищевода. Из них у 23 (27,6%) таковыми являлись электрические батарейки типа CR2016. У всех пациентов последняя была вклинена в средней трети пищевода. В первой группе у 18 пациентов батарейки были удалены при фиброгастроскопии в сроки от 2 до 6 часов после их проглатывания. Во второй группе, в силу позднего обращения за медицинской помощью, у 5 детей батарейки были удалены в срок от 24 до 36 часов.

Результаты: После удаления внешне неповрежденных батареек, в первой группе изменения пищевода отсутствовали и дети были выписаны домой на следующий день. Во второй группе после удаления батарейки на ее месте имелась круговая изъязвленная поверхность с плотным струпом желто-коричневого цвета, как результат воздействия электрического тока в 2-10 мА, что потребовало консервативного лечения при длительной госпитализации.

Выводы: Считаем, что с целью профилактики тяжелой электротравмы органа, при нахождении в пищеводе электрической батарейки типа CR2016, фиброгастроскопия с удалением последней должна проводиться по экстренным показаниям.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СГИБАТЕЛЬНО – РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.

Харамов И.К., Ормантаев А.К., Хван Ю.М., Маметжанов Б.Т., Исаев Н.Н., Исаков В.Ю.

Университетская клиника «Аксай» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

Республика Казахстан, г. Алматы.

Актуальность: Среди всех повреждений конечностей, ожоги составляют до 30% от всех видов травм, что является весьма актуальной проблемой детской хирургии. Дети, страдающие подобными контрактурами, значительно отстают от своих сверстников, как в физическом, так и в психологическом развитии. Немаловажную роль в развитии контрактур являются ошибки и осложнения, допущенные в ходе лечения свежих ожогов, приводящие к грубым деформациям пальцев кисти.

Не вызывает сомнений общепринятое требование длительного консервативного лечения после заживления ожоговых ран, а также перед любой реконструктивной операцией и после нее. Однако не всегда метод консервативного лечения приводит к желаемым результатам.

Хирургическая коррекция контрактур пальцев кисти во многом зависит от степени повреждения, наличия келоидных рубцов и сохранения функций.

Сроки оперативного вмешательства при наличии рубцовых деформаций определяются состоянием рубцов, тяжестью деформации и общим состоянием больного, перенесшего глубокий ожог. Хирургическое вмешательство не показано в период активной фазы рубцевания, когда рубцовая ткань избыточно снабжена сосудами. В этот период операционная травма связана со значительной кровопотерей и может стать толчком для дополнительного бурного развития незрелой соединительной ткани. До момента появления признаков обратного развития рубцовой ткани (снижение рубца по высоте, уменьшение интенсивной окраски, улучшения эластических качеств, отсутствие зуда) желательно применение дополняющей и закрепляющей успех хирургического лечения комплексной консервативной рассасывающей терапии.

Имеется множество причин их появления, среди основных можно назвать: сложные травмы больших участков кожи; ожоги третьей-четвертой степени; длительное заживление раны, осложненное нагноением; расположение в зонах с повышенной двигательной активностью (кожа в области суставов, шеи); некачественная медицинская помощь при травмах; наследственная предрасположенность.

На базе университетской клиники за период с 2009 год по настоящее время произведено оперативное лечение 112 детям в возрасте с 2 до 15 лет с постожоговыми рубцово-келлоидными контрактурами пальцев кисти. Девочек было 63, мальчиков 49. В 42 случаях были проведены повторные операции, в связи с поражением нескольких пальцев.

В нашей клинике хирургическое лечение данной патологии производится следующим образом – это иссечение рубцовой ткани коррекцией функциональных нарушений (устранении контрактур близлежащих суставов, сращений пальцев и т.д.), производится пластика остаточного дефекта кожей взятой в области крыла подвздошной кости. Необходимо уточнить, что забор донорского участка кожи берется только с левой стороны, во избежание формирования рубца в правой подвздошной области. Приживление донорского участка кожи происходит в сроки 12-15 дней. После снятия кожных швов, накладывается гипсовая повязка для коррекции функциональных нарушений в сроки до 2-3 месяцев. В последующем проводится реабилитационная терапия, направленная на восстановление функции кисти.

Таким образом, хирургическая коррекция постожоговых рубцово-келлоидных контрактур кисти, используемая в нашей клинике, позволяет восстановить функцию пораженной верхней конечности и реабилитировать данный контингент пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Эшкабилов Т.Ж., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт. г. Самарканд.

Морфологически было исследовано 38 резецированных лоханочно-мочеточниковых сегментов (ЛМС) у детей с ВГ II и III степени. Микроскопические исследования ЛМС позволили определить выраженные в различной степени структурные изменения, как в поперечном, так и в продольном срезам сегмента. Патогистологические изменения обнаружены во всех слоях стенки мочеточника. Они носили атрофическо-склеротический, воспалительный и диспластический характер.

У детей от 1 до 3 лет на фоне гипопластических и диспластических изменений мышечного слоя четко определялась неравномерно выраженная клеточная инфильтрация подслизистого слоя и интерстиции мышечного слоя. При окраске срезов по Ван-Гизону у детей в возрасте от 1 до 7 лет, четко прослеживались стадийные изменения ЛМС, которые можно назвать как предсклеротические, склеротические и выраженные атрофические процессы. Особенно такая четкая морфологическая картина выделялась у детей возрастной группы старше 8 лет. У этих же

больных определялась отчетливо выраженная клиническая симптомология гидронефроза и проявления атонии мочеточника.

Эластические волокна визуализировались при окраске срезов резорцин фуксином по методу Вейгерта. В группе детей 4-7 лет выявлялись фуксинофильные поля, которые соответствовали склеротическим изменениям и определялись во всех слоях стенки ЛМС. При одновременной окраске пикрофуксином по Вангизону у этих больных наблюдалось развитие коллагеновых волокон, как в подслизистом слое, так и в мышечном интерстиции. У детей старших групп, обнаружили атрофические изменения и истончение стенки ЛМС с признаками резкой уретероэктазии и атрофии слизистой оболочки. Нужно отметить, что обнаруженные структурные изменения в ЛМС на прямую зависят от возраста больных. У детей до 3-х лет в ЛМС преобладали изменения гипопластического и диспластического характера, прежде всего в мышечном слое мочеточника, квалифицируемые как врожденные аномалии данного сегмента. Склероз и атрофия выявлены не были.

В последующих возрастных группах четко прослеживаются морфологические изменения стадийного характера, то есть, пресклеротические, склеротические и декомпенсаторно-атрофические процессы. По мере роста ребенка и прогрессирования ВГ на фоне гипопластических и диспластических изменений в стенке ЛМС выявляются склероз и атрофия мышечных волокон.

Таким образом, морфологические исследования резецированных ЛМС, мочеточника и лоханки, позволяют глубже проникнуть в пато- и морфогенез ВГ и в клинической практике наметить пути более успешного и эффективного лечения. Для предупреждения необратимой резкой атрофии почки при ВГ, устранение патологии врожденного характера целесообразно производить до того, как наслаиваются вторичные воспалительно-склеротические изменения в ЛМС, требуются по возможности ранние оперативные вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ

Хворостов И.Н., Синицин А.Г., Копань Г.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: установить особенности клинической картины и характер морфологических изменений в червеобразных отростках у детей с хроническим рецидивирующим болевым синдромом (ХРБС) с локализацией в правой подвздошной области для обоснования хирургического лечения.

Проведено обследование и оперативное лечение 110 детей с ХРБС с локализацией в правой подвздошной области в возрасте от 8 -14 лет (1 группа). Лапароскопическая аппендэктомия проводилась в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения, сохранения болей в правой подвздошной области без признаков раздражения брюшины при рецидивирующем течении заболевания более 6 месяцев, выявление рентгенологических признаков колоаппендикулярного рефлюкса, визуализация каловых конкрементов в аппендиксе. В группу сравнения (2 группа) включены 50 больных с острым аппендицитом, оперированных по срочным показаниям. Иммуногистохимические исследования проводили в соответствии с протоколами фирм производителей антител с использованием систем детекции «UltraVision» (LabVision, UK) и хромогеном, демаскировки антигенов в миниавтоклаве Pascal (DakoCytomation, Дания) при помощи стандартных наборов поликлональных антител к VEGF, MMP-9, CD106 (LabVision, UK), VIP, Collagen-III-alpha-1 (GeneTex, USA).

Средние значения шкалы Альваро для ХРБС составили 3,5 балла (95% ДИ 3,1 – 4,0; df-16), а величина Педиатрической шкалы аппендицита - 3,8 баллов (95% ДИ 3,3 – 4,4; df-16), при средних значениях для острого аппендицита от 8 – 10 баллов. Дискриминантный анализ с построением ROC-кривой показал низкую прогностическую значимость шкалы Альваро (AUC-0,09; 95% ДИ 0,01 – 1,0; $p < 0,0001$) для определения чувствительности и специфичности прогнозирования показаний к оперативному лечению ХРБС. При иммуногистохимическом исследовании червеобразных отростков больных ХРБС выявлена выраженная экспрессия протеинов VEGF, MMP-9 и CD106 в подслизистом слое и мышечной оболочке. Экспрессия белка Collagen-III-alpha-1 носила умеренно выраженный характер, а протеина VIP – слабый, как в слизистой оболочке, так и в подслизистом слое. При иммуногистохимическом исследовании аппендиксов больных 2

группы обнаружено уменьшение экспрессии всех исследуемых белков. Экспрессия VEGF - слабая, незначительная для VIP, преимущественно в кровеносных сосудах мышечного слоя, для Collagen-III-alpha-1, MMP-9 и VIP – сомнительная, преимущественно в клетках мышечного и серозного слоев. Эффективность хирургического лечения больных I группы составила 86%, послеоперационных осложнений, требующих повторных операций, не было.

Проведенные исследования указывают на аутоиммунные и сосудистые патогенетические механизмы развития хронического аппендицита, что позволяет рассматривать ХРБС как самостоятельную нозологическую единицу.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ СОАВЕ –ЛЕНЮШКИНА.

Хворостов И.Н., Шрамко В.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения детей с болезнью Гиршпрунга.

За 35 лет методом Соаве – Ленюшкина оперировано 180 детей. Заболевание проявлялось хроническим запором (66,9%), кишечной непроходимостью (14%), парадоксальным поносом, как проявлением Гиршпруг-ассоциированного энтероколита у 4,6% больных. У 8 детей основной жалобой было каломазание. Моносимптомный аганглиоз выявлен у 70% детей. В абсолютном большинстве случаев аганглионарная зона локализовалась в ректосигмоидном отделе, поражение левой половины встретилось в 8%, ректальная форма в 3,8%, супраампулярная у 1,8%, тотальное поражение толстой кишки в 2 случаях. Сопутствующая патология в виде с-ма Дауна диагностирована у 14% детей, синдромальные формы заболевания (синдрома Ваардербурга-Шаха) у 4 больных, сопутствующие пороки ЖКТ у 20 детей. В качестве первого этапа операции у 20 детей выполнялась колостомия. Показаниями для колостомии были: кишечная непроходимость у 7 детей и неэффективность консервативной предоперационной подготовки в 13 случаях. Осложнения в виде ретракции кишки и межфутлярного абсцесса встретились в 5% и 2,7% случаях соответственно, стеноз колоанального анастомоза в 17%, спаечная непроходимость у 5% больных. Послеоперационный энтероколит развился у 14,4% детей. Эпизоды энтероколита в течение первого года после операции частотой до 2 раз наблюдались у 6,3% больных, более 2 раз у 7,6%, что потребовало обследования, после которого обнаружена остаточная аганглионарная и транзиторная зоны, и повторного оперативного лечения у 7 больных. Показаниями к повторным операциям были: стеноз анастомоза, не поддающийся бужированию у 3 больных, стеноз мышечного футляра в 2 случаях и перекрут низведенной кишки у 1 больного. Отдаленные результаты оценены с помощью шкалы оценки функции аноректальной зоны по A.Holschneider. Исследование проводилось методом анкетирования. Отличный результат послеоперационного лечения зафиксирован у 12,9%, хороший в 62,9%, удовлетворительный у 24,1% опрошенных респондентов. Для первых 5 лет после операции основной жалобой были запоры и недержание кала. При опросе респондентов через 10 лет после операции обнаружена тенденция к снижению количества больных с жалобами на недержание и запор, и увеличение в 2 раза числе респондентов не испытывающих проблем с дефекацией. Между тем количество жалоб на каломазание практически не изменялось. Статистика жалоб больных через 10 и более лет после операции была сходной. Таким образом, в большинстве случаев после оперативного лечения болезни Гиршпрунга полного восстановления функции аноректальной зоны не наблюдается. Вероятно, можно предположить, что улучшение происходит с возрастом у части пациентов или больные «приспосабливаются» к жизни в новых условиях функционирования неоректум.