

ISSN: 2587-6554 (online)

ISSN: 2219-4061 (print)



# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ



**RUSSIAN JOURNAL** of Pediatric Surgery,  
Anesthesia and Intensive Care

**2018; 8 (Приложение)**

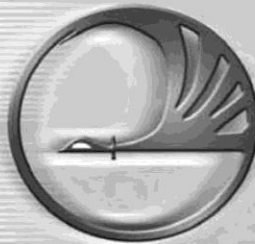
<http://www.rps-journal.ru>

ISSN 2219-4061 (print)  
ISSN 2587-6554 (on-line)

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



Официальное издание

РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

**2018; 8 (Приложение)**

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

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ



Научно-практический журнал Российской ассоциации детских хирургов  
и Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов  
Издается с 2010 г.  
Выходит 4 раза в год

Том 8, №2, 2018

## Главный редактор

Розинов В.М., д.м.н., проф.

## Заместители главного редактора

Лекманов Ф.У., д.м.н., проф.

Николаев С.Н., д.м.н., проф.

Разумовский А.Ю., член-корр. РАН

## Научный редактор

Петлах В.И., д.м.н.

## Ответственный секретарь

Кузовлева Г.И., к.м.н.

## Заведующая редакцией

Сырова М.В.

## Адрес редакции

123001, Москва, Садовая-Кудринская, 15, к. 3

Тел.: +7(925)518-43-18

Факс.: +7(499)256-83-56

## Подача рукописей через сайт:

<http://www.rps-journal.ru>

## Переписка с авторами:

[redaksiya@childsurgeon.ru](mailto:redaksiya@childsurgeon.ru)

## Размещение рекламы:

[syrova@childsurgeon.ru](mailto:syrova@childsurgeon.ru)

## Редакционная коллегия

Александрович Ю.С., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)

Батаев С-Х.М., д.м.н. (Москва)

Будкевич Л.И., д.м.н., проф. (Москва)

Вессель Л.М., проф. (Германия)

Гельдт В.Г., д.м.н., проф. (Москва)

Горбачев О.С., к.м.н., доцент (Москва)

Дронов А.Ф., д.м.н., проф. (Москва)

Ерпулѳа Ю.В., д.м.н. (Москва)

Зиненко Д.Ю., д.м.н. (Москва)

Козлов Ю.А., д.м.н., проф. (Иркутск)

Корсунский А.А., д.м.н., проф. (Москва)

Лазарев В.В., д.м.н., проф. (Москва)

Меркулов В.Н., д.м.н., проф. (Москва)

Морозов Д.А., д.м.н., проф. (Москва)

Поляков В.Г., академик РАН (Москва)

Савин И.А., д.м.н., проф. (Москва)

Соколов Ю.Ю., д.м.н., проф. (Москва)

Степаненко С.М., д.м.н., проф. (Москва)

Шароев Т.А., д.м.н., проф. (Москва)

## Редакционный совет

Аверин В.И., д.м.н., проф. (Минск)

Алекси-Месхишвили В., проф. (Германия)

Баиндурашвили А.Г., академик РАН

(Санкт-Петербург)

Барская М.А., д.м.н., проф. (Самара)

Бландинский В.Ф., д.м.н., проф. (Ярославль)

Гисак С.Н., д.м.н., проф. (Воронеж)

Гончаров С.Ф., академик РАН (Москва)

Григович И.Н., д.м.н., проф. (Петрозаводск)

Губин А.В., д.м.н., проф. (Курган)

Гумеров А.А., д.м.н., проф. (Уфа)

Джелиев И.Ш., д.м.н., доцент (Владикавказ)

Джержесон К., проф. (США)

Комиссаров И.А., д.м.н., проф.

(Санкт-Петербург)

Миролюбов Л.М., д.м.н., проф. (Казань)

Мионов П.И., д.м.н., проф. (Уфа)

Немилова Т.К., д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)

Новожилов В.А., д.м.н., проф. (Иркутск)

Паршиков В.В., д.м.н., проф. (Н-Новгород)

Писклаков А.В., д.м.н., проф. (Омск)

Снисарь В.И., д.м.н., проф. (Днепропетровск)

Султонов Ш.С., д.м.н., проф. (Душанбе)

Цап Н.А., д.м.н., (Екатеринбург)

Челурной Г.И., д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону)

Ярустовский М.Б., член-корр. РАН (Москва)

**Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.**

Все права защищены.

Перепечатка материалов разрешена только при условии ссылки на оригинал.

Рекламодатели предупреждаются о недопустимости искажения (преувеличения) реальных характеристик рекламируемых продуктов или услуг.

## Учредители

ООО «Российская ассоциация детских хирургов»; 123001, Москва, Садовая-Кудринская, 15, к. 3

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

117997, Москва, ул. Островитянова, д.1

## Архив номеров:

<http://www.rps-journal.ru>

[https://elibrary.ru/title\\_about.asp?id=32007](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=32007)

<https://cyberleninka.ru/>



Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер: ПИ №ФС 77-39022 от 09 марта 2010.

Подписной индекс 13173 в Объединенном каталоге «Пресса России».

в Интернете <http://www.akc.ru/>



# RUSSIAN JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY, ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

**Rossijskiy Vestnik Detskoi Khirurgii, Anesteziologii i Reanimatologii**

Volume VIII,  
No.2, 2018

The scientific and practical journal of Russian Association of Pediatric Surgeons  
and Russian Pediatric Anesthesiologists and Reanimatologists Association  
Published since 2010. Publication frequency: 4 issues per year

## Editorial Board

Aleksandrovich Yu. S., Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(St. Petersburg)  
Bataev S-H.M., Dr. Sci. (Med.) (Moscow)  
Budkevich L.I., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Dronov A.F., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Erpuleva Yu. V., Dr. Sci. (Med.) (Moscow)  
Geldt V.G., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Gorbachev O.S., Cand. Sci. (Med.), Assoc.  
Prof. (Moscow)  
Kozlov Yu. A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Irkutsk)  
Korsunsky A.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)

Lazarev V.V., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Merkulov V.N., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Morozov D.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Polyakov V.G., Dr. Sci. (Med.), Prof. Member,  
Russian Academy of Sciences (Moscow)  
Savin I.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Sokolov Yu. Yu., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Stepanenko S.M., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Sharoev T.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Moscow)  
Vessel L.M., MD, Prof. (Mannheim, Germany)  
Zinenko D. Yu., Dr. Sci. (Med.), (Moscow)

## Review Board

Alexi-Meskishvili V., MD, Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(Berlin, Germany)  
Averin V.I., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Minsk, Belarus)  
Baindurashvili A.G., Dr. Sci. (Med.), Prof., Member,  
Russian Academy of Sciences (St. Petersburg)  
Barskaya M.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Samara)  
Blandinsky V.F., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Yaroslavl)  
Chepumoy G.I. Dr. Sci. (Med.), Prof. (Rostov-  
on-Don)  
Dzheliev I. Sh. Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof.  
(Vladikavkaz)  
Georgeson K., MD, Prof. (Birmingham, USA)  
Gisak S.N., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Voronezh)  
Goncharov S.F., Dr. Sci. (Med.), Prof., Member,  
Russian Academy of Sciences (Moscow)  
Grigovich I.N., Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(Petrozavodsk)  
Gubin A. V., Dr. Dr. Sci. (Med.), Prof. (Kurgan)

Gumerov A.A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Ufa)  
Komissarov I.A., Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(St. Petersburg)  
Mirolyubov L.M., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Kazan)  
Mironov P. I. Dr. Sci. (Med.), prof. (Ufa)  
Nemilova T.K., Dr. Sci. (Med.), Prof. (St. Petersburg)  
Novozhilov V. A., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Irkutsk)  
Parshikov V.V., Dr. Sci. (Med.), Prof. (Nizhny  
Novgorod)  
Pisllakov A.V. Dr. Sci. (Med.), Prof. (Omsk)  
Snisar V.I., Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(Dnepropetrovsk, Ukraine )  
Sultonov Sh. S., Dr. Sci. (Med.), Prof.  
(Dushanbe, Tajikistan )  
Tsup N. A., Dr. Sci. (Med.), (Yekaterinburg)  
Yarustovsky M.B., Dr. Sci. (Med.), Prof.,  
Corresponding Member, Russian Academy  
of Sciences (Moscow)

**The Journal is admitted to the Index of leading peer-reviewed scientific Journals intended for publication of key research results of MD Theses, as recommended by the Higher Attestation Commission of the Russian Ministry of Education and Science.**

All rights reserved. Copying of materials is authorized only upon reference to the original. The reprint of materials is possible at obligatory accommodation of the link to a resource.

Advertisers are warned about inadmissibility of distortion (exaggeration) of real characteristics of advertised products or services.

## Founders

Russian Association of Pediatric Surgeons; Address: ul. Sadovaya-Kudrinskaya 15-3, Moscow, 123001  
Pirogov Russian National Research Medical University ul. Ostrovityanov 1, Moscow, 117997

## The archives:

<http://www.rps-journal.ru>  
[https://elibrary.ru/title\\_about.asp?id=32007](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=32007)  
<https://cyberleninka.ru/>

Registered by the Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications,  
Information Technology and Mass Communications (Roskomnadzor).  
Registration number: III №ФЦ 77-39022 dated March 09, 2010.  
Subscription Index 13173 in the «Pressa Rossii» catalogue  
Web: <http://www.akc.ru/>

## Editor-in-Chief

Vladimir M. Rosinov, Dr. Sci. (Med.), Prof.

## Deputy Editors-in-Chief

Andrey U. Lekmanov, Dr. Sci. (Med.), Prof.  
Sergey N. Nikolaev, Dr. Sci. (Med.), Prof.  
Aleksandr Yu. Razumovsky, Dr. Sci. (Med.),  
Prof., Corresponding Member,  
Russian Academy of Sciences

## Science Editor

Vladimir I. Petlakh, Dr. Sci. (Med.)

## Executive Secretary

Galina I. Kuzovleva, Cand. Sci. (Med.)

## Managing Editor

Marina V. Syrova

## Editorial postal address:

ul. Sadovaya-Kudrinskaya, 15-3, Moscow,  
123001  
Tel. +7(925)518-43-18  
Fax. +7(499) 256-83-56

## Submission of manuscripts through the website:

<http://www.rps-journal.ru>

## Communication with authors:

[redakciya@childsurgeon.ru](mailto:redakciya@childsurgeon.ru)

## For advertisement

[syrova@childsurgeon.ru](mailto:syrova@childsurgeon.ru)

**МАТЕРИАЛЫ**  
**IV Форума детских хирургов**  
**России**

1 – 3 ноября 2018 года, Москва



<http://www.rps-journal.ru>

*Материалы опубликованы в алфавитном порядке  
по фамилии первого автора в оригинальном виде*

## **ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Аболина Т. Б., Цап Н. А., Чудаков В. Б. (Екатеринбург)

**Актуальность:** Развитие неонатальных технологий реанимационной и интенсивной помощи недоношенным детям, создание сети перинатальных центров в России способствовало увеличению числа выживших новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Но летальность от некротизирующего энтероколита (НЭК) у этого контингента детей росла. «НЭК – наиболее распространенная причина смерти этих детей в возрасте от 15 до 60 постнатальных дней».

**Цель исследования :** Оценить результаты хирургического лечения НЭК у недоношенных с ЭНМТ.

**Дизайн:** Критерии включения: Недоношенные с массой тела менее 1000 г. Гестационный возраст менее 28 нед. Клинически и морфологически верифицирован диагноз некротизирующего энтероколита, установлена III В стадия по классификации Kleigman@Walsh. Критерий выживаемости не имел определенного срока и учитывался по факту выписки из стационара.

**Критерии исключения:** Масса тела более 1000 г. Гестационный возраст старше 28 нед. I или II стадия течения НЭК. Новорожденные, у которых развился послеоперационный перитонит.

**Материалы и методы.** В исследование включено 16 новорожденных, гестационный возраст которых колебался от 22 до 28 недель., масса тела от 470 до 997 г. Все дети родились в перинатальных центрах, расположенных в г. Екатеринбурге. Всем детям установлен диагноз III В стадия НЭК по классификации Kleigman@Walsh. Всем детям проведено этапное оперативное лечение, включающее лапароцентез, дренирование брюшной полости, лапаротомию, резекцию участка кишки с формированием двойной энтеростомы, формирование магнитного межкишечного анастомоза, закрытие стомы. Результаты оценивались по факту смерти или выписки из стационара.

**Результаты:** 4 детей имели массу тела менее 500 грамм и 12 детей - от 501 г до 997 г.

Перфорации локализовались в тощей и подвздошной кишке, множественные перфорации отмечались у 3 детей. Полный объем оперативного лечения с завершением всех этапов проведен 9 детям. Лапароцентез и дренирование – 16 новорожденным, лапаротомия и резекция кишки – 15, формирование магнитного анастомоза – 7, 2 детям проводилось отсроченное формирование анастомоза. Закрытие стом – 9 детям. Летальность 43,5 %.

**Выводы:** 1. Лечение НЭК у недоношенных с ЭНМТ должно проводиться с обязательным этапом проведения лапароцентеза.

2. Восстановление пассажа кишечного содержимого должно осуществляться в наиболее ранние сроки, что способствует выживанию детей.

## **МЛАДЕНЧЕСКИЕ ГЕАНГИОМЫ - НУЖНО ЛИ ЛЕЧИТЬ, ЕСЛИ ЛЕЧИТЬ, ТО КОГДА И КАК?**

Абушкин И.А., Денис А.Г., Васильев И.С., Гаврилова О.А., Романова О.А. (Челябинск)

**Актуальность.** Младенческие гемангиомы (МГ) наблюдаются у 5-10% детей первого года жизни и характеризуются быстрым ростом в первые месяцы жизни и спонтанной инволюцией в последующие годы (Munden A. et al., 2014). МГ может исчезнуть бесследно, но не так редко оставляет после себя атрофию или избыток кожи, изменения пигментации и рубцы. В процессе роста, при соответствующей локализации, МГ может угрожать зрению, вызывать обструкцию дыхательных путей (Jockin Y.M., Friedlander S.F., 2010). Изъязвление МГ, которое обычно наблюдается при ее локализации на губах, ушных

раковинах, аногенитальной области, в итоге приводит к грубым рубцовым деформациям, уродству (Hermans D.J. et al., 2009). Выбор варианта лечения МГ труден даже для опытных врачей (Hoeger P.H. et al., 2015).

Цель. Разработка алгоритма диагностики и лечения МГ.

Материалы и методы. С 2011 года лечили более 8000 детей с МГ. Преобладали девочки (68,7%). Преимущественной локализацией МГ была голова и шея 50,2%, в том числе 30,7% - лицо. В диагностике, определении метода лечения и его контроле применяли электронную фотографию с ее анализом при увеличении, методы изучения локальной гемодинамики – ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием, тепловидение, спектрофотометрию, чрескожное измерение напряжения кислорода. Также учитывали риск развития осложнений МГ. Методами лечения были наблюдение, терапия пропранололом внутрь (Анаприлин в таблетках по 10 мг) и местно в виде оригинальной мази, бесконтактная и внутритканевая термотерапия лазерным излучением с длиной волны 0,97 и 1,56 мкм.

Результаты и обсуждение. Установлено три типа локальной гемодинамики – нормальная, умеренно повышенная и интенсивная (диаметр сосудов более 1 мм, повышение температуры более 1 градуса по Цельсию, повышение кровенаполнения более чем на 50%) . При нормальной локальной гемодинамике и отсутствии риска развития осложнений МГ не лечили (23,5 % детей). При интенсивной локальной гемодинамике и не достаточной эффективности пропранолола (11,7% пациентов), в том числе при наличии язвы, к лечению была добавлена лазерная термотерапия. Остальные 64,8% детей лечились пропранололом, из них 80% в виде мази. Длительность местного и системного лечения пропранололом существенно не отличалась -  $9,0 \pm 2,4$  и  $8,8 \pm 2,6$  месяца, соответственно, однако изменений на ЭКГ при применении мази не наблюдалось.

Удовлетворительные результаты лечения, когда это был косметический дефект, который требовал пластической и эстетической хирургии, наблюдали у 2,5% детей, у которых МГ была осложнена изъязвлением. Остальные 97,5% результатов лечения детей были отличными или хорошими.

Заключение: Подход к лечению МГ должен быть индивидуальным. Существенную помощь в выборе лечения оказывает анализ локальной гемодинамики МГ.

## **РЕДКИЕ ФОРМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

Аверьянова Ю.В., Макаров С.П., Кушнир Б.Л., Степанов А.Э., Петров Д.А., Брюсов Г.П., Кочкин В.С., Бурмистров И.Ю., Ермолаева А.А. (Москва)

Цель: представить современные методы диагностики и лечения детей с гастроинтестинальными нейромышечными заболеваниями и некоторыми другими редкими болезнями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), протекающими с явлениями кишечной непроходимости.

Материалы и методы: за последние 15 лет нами было пролечено 40 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет с редкими заболеваниями ЖКТ, протекающими с явлениями кишечной непроходимости. В зависимости от этиологии заболевания пациенты были распределены по следующим группам: гастроинтестинальные нейромышечные заболевания (38); склерозирующий инкапсулирующий перитонит (1); эктопия и гиперплазия бруннеровских желез с развитием эрозивно-язвенного еюнита и частичной кишечной непроходимостью (1). Среди пациентов с гастроинтестинальными нейромышечными заболеваниями были представлены следующие нозологии: болезни миграции нейронов (30); хронический интестинальный псевдообструктивный синдром (7); изолированное поражение мышечного слоя желудка и/или кишечника (1). В течение последних 10 лет были пересмотрены диагностические критерии, разработана новая клиничко-морфологическая классификация, внедрены протоколы лечения в зависимости от вариантов гастроинтестинальных нейромышечных заболеваний. Впервые создана и

описана возможная тактика лечения недиализного пациента со склерозирующим инкапсулирующим перитонитом и IPЕХ-синдром.

Результаты: в группе болезней миграции нейронов самые тяжелые пациенты относились к двум подгруппам: дети с тотальным аганглиозом толстой кишки в сочетании с гипоганглиозом желудка и/или тонкой кишки (10) и пациенты с тотальным гипоганглиозом ЖКТ (2). Так же, как и пациенты с хроническим интестинальным псевдообструктивным синдромом (7), эти больные требовали не только проведения этапной хирургической коррекции, но и длительного лечения в системе домашнего парентерального питания (ПП). Большое значение уделялось прогнозированию и превентивной терапии осложнений, обусловленных кишечной недостаточностью. Своевременное выявление гистологических признаков склерозирующего инкапсулирующего перитонита позволило избежать многократных и неэффективных релапаротомий, вести пациента в системе домашнего ПП и на таргетной терапии с достижением хорошего клинического результата.

Выводы: пациенты со сложными вариантами гастроинтестинальных нейромышечных заболеваний и в настоящее время являются уязвимой группой больных с большим процентом неправильно установленных диагнозов и сохраняющейся высокой летальностью. Создание новой клинико-морфологической классификации и внедрение протоколов лечения в зависимости от вида поражения ЖКТ привело как к улучшению результатов лечения, так и к повышению качества жизни этой редкой группы пациентов.

## **ПОВТОРНЫЕ БИЛИАРНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П., Петров Д.А., Ермолаева А.А. (Москва)

Цель: демонстрация и анализ результатов лечения пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей, нуждающихся в повторных билиарных реконструкциях.

Материалы и методы: в период с 2001 по 2017 г, повторные билиарные реконструкции были выполнены 53-м детям в возрасте от 1 месяца до 17 лет. В зависимости от характера билиарных осложнений, возникших после ранее проведенных операций, все пациенты были разделены на следующие группы: пациенты после операции Касаи с дилатацией внутрипеченочных желчных протоков или формированием изолированных желчных кист (14); больные со стенозами ранее созданных гепатикоюноанастомозов (12); группа пациентов с последствиями постоперационных и посттравматических перфораций наружных желчных протоков (5); дети с билиарными осложнениями после гемигепатэктомий, выполненных по поводу опухолей печени (3), хирургического лечения гигантских эхинококковых кист печени (3) и альвеококкоза печени (4); группа больных с «порочными» холецистодуодено- и холецистоеюноанастомозами, цистоеюно- и цистодуоденоанастомозами (10) и другими ошибками формирования билиодигестивных анастомозов: гепатикоюностомия с приводящим концом тощей кишки (1), использование ультракороткой петли по Ру без антирефлюксной защиты (1), что клинически проявлялось рецидивирующими холангитами. За последние 10 лет, в качестве «золотого стандарта» визуализации билиарного тракта широко использовали КТ печени с двойным контрастированием и МРТ-холангиографию.

Результаты: всем пациентам были выполнены повторные билиарные реконструкции, в 36 % случаев дополненные различными видами дренирования реконструируемого билиодигестивного анастомоза: «потерянными дренажами», чрезкожно-чрезпеченочным дренированием, дренирование зоны анастомоза через изолированную петлю по Ру. Летальные исходы, обусловленные рецидивом холангиогенного сепсиса и/или острой декомпенсацией хронического заболевания печени (ACLF), были отмечены только в группе детей с билиарной атрезией (БА) (3 больных, 5,7 %). Одному пациенту с БА после двух бриджевых операций - билиарной реконструкции и сплено-рентального



шунтирования, потребовалась трансплантация печени. У 8 детей, перенесших операцию Касаи и повторные билиарные реконструкции, отмечена 5-летняя выживаемость с нативной печенью, у 2-х больных – 10-летняя выживаемость. Пациенты с альвеококкозом печени требовали дальнейшего наблюдения трансплантологов и нуждались либо в повторных полисегментарных резекциях с протезированием магистральных сосудов и билиарной реконструкцией, либо в проведении трансплантации печени при тотальном билобарном поражении. У пациентов остальных групп, при длительном наблюдении, в подавляющем большинстве случаев отмечено выздоровление.

Заключение: повторные билиарные реконструкции относятся к хирургическим опциям, требующим определенных навыков и познаний гепатобилиарной хирургии. Между тем, своевременные реконструктивные операции на желчных протоках способствуют восстановлению адекватного пассажа желчи, купированию хронического холангита и продлению жизни с нативной печенью. Пациенты со сложно локализованными опухолями и альвеококкозом печени нуждаются в лечении в трансплантологических центрах, имеющих большой опыт проведения сложных комбинированных резекций и возможность выполнения трансплантации печени.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В. Медведев А.А., Долинина М.В. (Тверь)

Целью настоящей работы является анализ эффективности лечения ряда урологических заболеваний у детей путем применения эндоурологических технологий.

В детской урологической клинике ТГМА за период с 2007 по 2018г. эндоскопические вмешательства выполнены 360 детям в возрасте от 1 мес. до 18 лет. Эндоскопическая коррекция ПМР II– IV ст. проведена 234 пациентам путем имплантации в область устья мочеточника объём образующего препарата, по показаниям имплантации повторялись до 3 раз, всего выполнено 463 имплантации. Эффективность метода составила 78%. Эндоскопическое рассечение уретероцеле выполнено 20 детям из них в 11 случаях уретероцеле сочеталось с удвоением верхних мочевых путей, у 9 пациентов соответствовало солитарной почке, причем в 2 случаях было двухсторонним. Положительная динамика в виде восстановления проходимости верхних мочевых путей (исчезновение дилатации или уменьшение степени расширения мочеточника и ЧЛС) наблюдалась в 17 случаях в сроки от 1 до 3-х месяцев. В 3 случаях вмешательство носило паллиативный характер, улучшение пассажа мочи нижнего сегмента почки, при потере функции верхнего сегмента (2 наблюдения) и устранения инфравезикальной обструкции при эктопическом уретероцеле нефункционирующей почки (1 случай), в последующем выполнены геминефрэктомия (2) и нефрэктомия (1). Бужирование и стентирование прилоханочного сегмента осуществлено 17 пациентам, как основной метод лечения гидронефроза (из них в возрасте до 1 года 7), 27 детям для предоперационной подготовки при тяжёлой степени гидронефроза с нарушением функции почки и 24 больным в послеоперационном периоде после уретеропиелопластики. Используемая методика позволила ликвидировать обструкцию прилоханочного сегмента, отказаться от оперативного вмешательства в 17 случаях, купировать обострение пиелонефрита, улучшить функцию оперированного органа в период предоперационной подготовки и во время послеоперационного лечения. Бужирование и стентирование юкставезикального отдела мочеточника выполнено 29 больным с обструктивным уретерогидронефрозом, что включало бужирование и стентирование устья мочеточника, баллонную дилатацию (применяется в клинике с 2004 года) по показаниям эндоскопическое вмешательство проводилась до 2-3 раз с перерывами в несколько месяцев. У 25 пациентов эндоскопические вмешательства были эффективными, 4 пациентам выполнена

уретероцистонеостомия. Трансуретральное вмешательство осуществлено 9 мальчикам: с полипами (3), стриктурой уретры (2), клапанами уретры (4).

Таким образом, анализ собственных клинических наблюдений позволяет считать эндоскопические методы лечения урологических заболеваний перспективным и экономически выгодным направлением в детской урологии.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ШВА АНАСТОМОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Айрапетян М. И., Морозов Д. А., Малащенко А. В. (Москва)

*Цель исследования:* Установить оптимальный вариант межкишечного соустья при реконструктивных операциях на толстой кишке, используя шовный материал с антибактериальным покрытием, в эксперименте.

*Материалы и методы:* Исследование проводилось на 48 кроликах-самцах породы "Шиншилла" в возрасте 5-6 месяцев весом 3-3,5 кг. Все животные были разделены на 2 равные группы: основную (I) и контрольную (II), в которых толстокишечные анастомозы формировали однорядным непрерывным обвивным серозно-мышечно-подслизистым швом и с захватом всех слоев кишечной стенки в шов, соответственно. Каждая группа была поделена на две подгруппы в зависимости от шовного материала с антибактериальным покрытием и без него. Проводилась микроскопическая и морфологическая оценка зон анастомоза на 3, 7, 14, 21 послеоперационные сутки.

*Результаты:* Время, затраченное непосредственно на формирование анастомозов составило  $11,2 \pm 0,4$  мин и  $9,2 \pm 0,2$  мин в I и II группах соответственно. Летальных исходов и осложнений со стороны анастомозов не наблюдалось ни в одной группе животных. Наиболее выраженный инфильтративно-спаечный процесс в зоне анастомоза наблюдался в подгруппе, в которой межкишечное соустье было сформировано однорядным непрерывным обвивным швом с захватом всех слоев кишечной стенки с использованием нити без антибактериального покрытия, представленный, в основном, плоскостными спайками. Показатели индекса стенозирования в подгруппах I группы, однорядного непрерывного обвивного безслизистого шва, составили  $9,8 \pm 1,6$  и  $15,4 \pm 1,9$ , что в 2-4 раза меньше ( $p < 0,05$ ), чем в подгруппах контрольной,  $21,1 \pm 2,9$  и  $36,2 \pm 3,5$ . По данным гистологического исследования, при выполнении однорядного непрерывного обвивного серозно-мышечно-подслизистого шва отмечается полное восстановление структуры стенки толстой кишки. Применение нити с антибактериальным покрытием минимизировало признаки воспаления и тканевой реакции на инородное тело. Наиболее достоверным аргументом в пользу использования прецизионного безслизистого шва и нити с антибактериальным покрытием является отсутствие значимых очагов гнойного воспаления и некроза, что было рассчитано по модифицированной шкале Верховстеда, путем непараметрического однофакторного дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса с post-hoc тестом Данна.

*Заключение:* Формирование толстокишечных анастомозов однорядным непрерывным обвивным серозно-мышечно-подслизистым швом с использованием монофиламентной нити с антибактериальным покрытием продемонстрировало наименьшую воспалительную реакцию в зоне сформированного мешкишечного соустья и обеспечило минимизацию числа послеоперационных осложнений.

## **ФЕМИНИЗИРУЮЩАЯ ГЕНИТОПЛАСТИКА У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Акрамов Н. Р., Закиров А. К. (Казань)

Актуальность: Нарушение формирования пола 46 XX (НФП) проявляется нежелательной вирилизацией женского организма. Наиболее частой причиной

заболевания является врожденная дисфункция коры надпочечников - дефект фермента в стероидном пути приводит к чрезмерному пренатальному воздействию андрогенов. Хирургическое лечение направлено на коррекцию половой системы в соответствии с женской анатомией. За последние два десятилетия в плане оперативной тактики были достигнуты колоссальные успехи. Известны несколько методик позволяющие добиться высоких результатов в лечении.

Цель: Анализ результатов одноэтапной феминизирующей генитопластики пациентов с НФП.

Материалы и методы: Был проведен анализ случаев хирургического лечения детей с НФП в Детской республиканской клинической больнице МЗ Республики Татарстана за период 10 лет. Для анализа были отобраны истории болезней 40 пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников (46 ХХ), с низким урогенитальным синусом оперированные одним специалистом, в одном хирургическом центре. Хирургическая коррекция пола была проведена в один этап по предложенной нами технике: при формировании преддверия влагалища в техническом плане мы придерживались основных правил: использование слизистых тканей и частичной мобилизации урогенитального синуса; принимая во внимание множество вариантов физиологического строения женских гениталий в каждом случае данные техники использовались в разных соотношениях.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде одноэтапной коррекции в 37 случаях были положительные результаты. Осложнения были выявлены у 2 девочек: в обоих случаях было выявлено расхождение шва малой половой губы, которое потребовало хирургической коррекции через 1 и 1,5 года после первичной генитопластики с положительным результатом в обоих случаях. Отдаленные результаты коррекции гениталий оценивались через 1-10 лет. Нарушения мочеиспускания и патологии других систем не отмечалось. При опросе родителей пациенток и пациенток старшей возрастной группы, все были удовлетворены внешним видом сформированных половых органов.

Выводы: Разработанная методика феминизирующей генитопластики позволяет в ранние сроки провести коррекцию патологии пола при низком урогенитальном синусе с наименьшим количеством осложнений и лучшим косметическим результатом. Применение современных лапароскопических технологий в лечении этой группы пациентов улучшит имеющиеся результаты.

## **ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛИ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА**

Акрамов Н. Р., Закиров А. К. (Казань)

Актуальность: Нейробластома – злокачественное мезенхимальная опухоль почки. На сегодняшний день для ведения пациентов данной группы используются несколько протоколов. В большинстве случаев после химиотерапии проводится нефрэктомия, и пациент остается с одной почкой. Однако существуют случаи двухстороннего поражения. Стандартная тактика в этих случаях без пересадки почки невозможна. При возможности проводится органосохраняющее лечение – резекция почки с новообразованием.

Цель: изучить возможность использования органосохраняющего лечения детей, больных нефробластомой с использованием единого лапароскопического доступа.

Материалы и методы/пациенты: В Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ с 2015-2017 годы было пролечено два ребенка (3 и 4 лет), больных нефробластомой с применением органосохраняющего лечения. Пре- и послеоперационная терапия проводилась по протоколу SIOP 2001/GPON. Решение об органосохраняющем лечении было принято в первом случае при билатеральном процессе и во втором случае при объеме опухолевого поражения менее 30% объема почки. В обоих случаях в качестве хирургического пособия выполнялась энуклеорезекция опухоли с ее удалением по методике единого лапароскопического доступа. В обоих случаях опухоль располагалась

на левой почке. Доступ в брюшную полость осуществлялся по левой полуокружности пупка длиной 2,5 см с установкой SILS-port (Covidien, USA). После проведения ревизии брюшной полости осуществлялся доступ к почке с использованием диссектора-ротикулятора, клинча-ротикулятора и ультразвуковых ножниц Harmonic (Johnson&Johnson, USA). На сосудистую ножку почки накладывался резиновый жгут с экспозицией не более 40 минут. Проводилось выделение, клипирование артерий и вен опухоли, отходящих от сосудистой ножки почки и их пересечение. Опухоль выделялась полностью, путем резекции последней от почки на уровне здоровой паренхимы почки (отступя 5 мм от опухоли). С использованием эвакуационного лапароскопического мешка, опухоль удалялась (в одном случае при извлечении опухоли кожный разрез был увеличен до 4 см). На рану почки накладывалась гемостатическая сетка и присыпался гемостатический порошок. Сверху рана почки апплицировалась жировой клетчаткой. После чего резиновый жгут на сосудистой ножке почки удалялся. Интраоперационная кровопотеря в обоих случаях составила около 25 мл.

Результаты: Удаленный сегмент почки с опухолью в первом случае был размерами около 45×30 мм (масса 50 грамм), во втором случае, удаленный сегмент почки был размерами около 95×80 мм (масса 220 грамм). Через 6 месяцев после операции у обоих детей проведена контрольная РКТ, на которых признаков метастазирования или рецидива опухоли не выявлено. Родители пациентов косметическим результатом хирургического лечения остались удовлетворены.

Выводы: Таким образом, метод энуклеорезекции опухоли при нефробластоме у детей с использованием единого лапароскопического доступа может являться операцией выбора с хорошим функциональным и косметическим результатом.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕМЕЩАЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ**

Акрамов Н. Р., Хаертдинов Э. И. (Казань)

**ВВЕДЕНИЕ.** Гипоспадия наиболее частая патология полового члена у детей. Встречаемость гипоспадии ежегодно увеличивается, и по данным американского Центра контроля за болезнями количество детей с данной патологией за последние 30 лет возросло в 2 раза. Среди гипоспадий преобладают дистальные: головчатые, венечные и дистально-стволовые, что в совокупности составляет 65-70% всех форм по классификации Varcat. На сегодняшний день известны более 300 методик коррекций. Однако осложнения в виде свищей уретры, расхождения шва уретры, меатального стеноза и др. встречаются часто. Известные методики перемещающих уретропластик по Вески Кoffируют малое количество свищей уретры и ретракции меатуса, но отмечается большое количество меатостенозов. По данным различных авторов меатостенозы после подобных коррекций встречаются до 19,2%, в связи с чем данные хирургические вмешательства не нашли широкого распространения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить опыт применения методик хирургической коррекции дистальных форм гипоспадий.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В условиях Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ за период с 2015 по 2017 год по методике перемещающей уретропластики в модификации Koffпрооперировано 40 мальчиков. Среди них головчатых форм 5, венечных 19, дистально стволовых 16. В шести случаях в послеоперационном периоде развился меатостеноз (15%) и один случай свища уретры (2,5%). Других осложнений не было. Затем перемещающая уретропластика в модификации Koff была модифицирована в перемещающую уретропластику с нерасчленяющей спонгиопластикой. По данной методике было прооперировано 33 мальчика. Среди них головчатых форм 5, венечных 20, дистально стволовых 8. Среди

осложнений потребовавших хирургического лечения отмечались два случая меатального стеноза (6,0%) и один случай свища уретры (3,0%). Других осложнений не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, способ перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой позволяет сформировать меатус в физиологическом положении без уретрального шва, с максимальным сохранением питающих ножек спонгиозного тела что позволяет снизить количество послеоперационных осложнений в виде меатального стеноза до 6%.

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ**

Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Свазян В. В., Столяр А. В., Горохов П. А., Мальчевский В. А. (Тюмень)

Гангрена Фурнье (ГФ) - острый инфекционный некротизирующий фасциит с преимущественным поражением наружных половых органов и промежности относится к редким, недостаточно изученным и малознакомым широкому кругу врачей заболеваниям. У детей случаи гангрены Фурнье встречаются крайне редко и в литературе описаны единичные случаи.

**Цель.** Описать клинический случай наблюдения и лечения ребенка с гангреной Фурнье мошонки.

**Материалы.** Данные результатов лечения ребенка с гангреной Фурнье.

**Результаты.** Подросток, 15 лет, поступил с жалобами на повышение температуры, боли в правой половине мошонки, наличие открытых ран на коже мошонки, покрытых струпами. Срок заболевания на момент поступления 6 сут. Заболевание началось с болей в правой паховой области и правой половине мошонки, повышения температуры, рвоты, с последующим формированием кровотокающих раневых поверхностей на коже мошонки в динамике покрывшихся геморрагическими струпами. Лечился амбулаторно мазевыми повязками, без эффекта. При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести. Локально: обе половины мошонки отечны, кожа гиперемирована, выраженная инфильтрация тканей, на правой половине участок некроза неправильной формы 4 x 4 см., слева два участка до 1,5 см и 0,5 см в диаметре, покрытые некротическими тканями. Имеется незначительное серозное отделяемое. Оба яичка в полости мошонки, безболезненные. На основании данных анамнеза и клинической картины выставлен диагноз: Гангрена Фурнье мошонки. По срочным показаниям выполнено оперативное лечение – удаление некротизированных участков кожи в пределах здоровых тканей, мясистая оболочка мошонки без некротических изменений. Раны не ушиты. Гистологическое заключение: картина гангрены мошонки. При бактериологическом исследовании имеет место рост *proteus mirabilis*. На 3-е сутки после первичного оперативного вмешательства, после очищения ран с формированием грануляционной ткани, выполнено повторное оперативное вмешательство – пластика кожи мошонки. Раны зажили вторичным натяжением. Ребенок выписан с выздоровлением на 9-е сутки с момента поступления.

**Заключение.** Данное клиническое наблюдение приведено с целью заострения внимания детских хирургов, детских урологов на крайне редко встречающуюся патологию в детском возрасте.

## **ДИНАМИКА ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ КИШЕЧНОГО СВИЩА**

Аксельров М. А., Евдокимов В. И., Связян В. В., Сахаров С. П., Аксельров А. М., Мальчевский В. А., Вешкурцева И.М. (Тюмень)

Различные варианты стомирующих операций применяются у детей уже более 60 лет, но до настоящего времени остается неоднозначным отношение к искусственным свищам (кишечным стомам) у детей.

**Цель.** Изучить изменения морфологического состава крови и уровня эндогенной интоксикации у детей с врожденной кишечной непроходимостью после выведения временного искусственного кишечного свища.

**Материалы и методы.** Проанализированы изменения морфологического состава крови у 74 новорожденных, оперированных с низкой врожденной кишечной непроходимостью (мальчиков - 43, девочек - 31). Средняя масса тела составила  $3013 \pm 683$  ( $2625; 3085; 3460$ ) грамм, 28 (37,8%) детей были недоношенные. У 28 (37,8%) детей на момент операции тяжесть состояния усугублялась некрозом, перфорацией кишки, перитонитом. У всех пациентов одним из этапов оперативной коррекции порока было выведение искусственного кишечного свища.

**Результаты.** У 22 детей выполнено выведение концевой к ишечной стомы. Уже через сутки в отмечено снижение лейкоцитов до  $13 \times 10^9/\text{л}$ , а нейтрофильный сдвиг уменьшился в 1,5 раза, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) более чем в два раза (с  $5,7 \pm 2,6$  до  $2,5 \pm 1,4$ ). К 7 дню после операции ЛИИ снизился более чем в три раза от исходного уровня ( $1,5 \pm 1$ ). У 26 новорожденных кишечный свищ сочетали с формированием анастомоза. Через сутки после операции ЛИИ снизился в 1,6 раз – с  $1,9 \pm 1,2$  до  $1,2 \pm 0,7$ . К 7 суткам послеоперационного периода ЛИИ снизился до  $0,5 \pm 0,2$ .

**Заключение.** Выведение временного кишечного свища уже через сутки ведет к снижению лейкоцитов крови и уменьшению нейтрофильного сдвига и ЛИИ. К седьмым послеоперационным суткам, при отсутствии осложнений заболевания, ЛИИ снижается практически до нормальных показателей.

## **ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА**

Аксельров М. А., Супрунец С. Н., Емельянова В. А., Анохина И. Г., Киселева Н. В., Егорова Е.С., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Сахаров С.П., Аксельров А.М., Мальчевский В.А. (Тюмень)

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – полиэтиологический синдром, обуславливающий высокую летальность. Встречается в основном у новорожденных с низкой массой тела, подвергающихся воздействию стресса. Проявляется некрозом стенки кишки, ее перфорацией, перитонитом.

**Цель.** Изучить анализ отдалённых результатов лечения детей, оперированных с осложненной формой некротизирующего энтероколита.

**Материалы и методы.** За 2013-2017г из ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени выписаны или переведены в другое лечебное учреждение 46 детей, оперированных с НЭК перенесших оперативное лечение. 22 ребенка проживают в городах, 19 в сельской местности. От 5 детей родители отказались, но 3 из них отданы под опеку в семьи. Социальные службы контролируют из условия жизни и развитие. 7 детей, по данным поликлинической службы, проживают в «неблагополучных» семьях.

**Результаты.** Умерло 8 детей. В возрасте до 6 месяцев погибло 5 детей. 4 ребенка умерло в отделении детской реанимации, в стационаре по месту жительства, и 1 ребенок на

участке. В возрасте от 6 месяцев до 1 года умер 1 ребенок. Он проживал в асоциальной семье и погиб от тяжелой кахексии. 2 ребенка умерло в возрасте старше года. Оба проживали в доме ребенка. Причиной смерти обозначена острая окклюзия ВПШ и кахексия тяжелой степени. У остальных, выживших детей выявлены: ДЦП у 24%, эпилепсия у 3%, СЗПР у 11%, БЛД у 13%, ретинопатия у 11%, косоглазие у 8%, астигматизм у 3%, синдром мальабсорбции у 8% детей. Лишь у 19% оперированных с НЭК в отдаленном периоде патологии не выявлено.

Заключение. Несмотря на повышение выживаемости пациентов, оперированных в периоде новорожденности с НЭК, изучение отдаленного катамнеза показал, что лишь 19% детей в дальнейшем не имеют сопутствующей патологии, а их родители оценивают качество жизни детей хорошее.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

Аксельров М. А., Храмова Е. Б., Евдокимов В. Н., Шайтарова А. В., Столяр А. В. Мальчевский В.А. (Тюмень)

Наиболее частой хирургической патологией детского возраста, с которой приходится сталкиваться врачам всех специальностей, являются паховые грыжи. Крайне редко встречается сочетание ущемленной паховой грыжи с нарушением формирования пола. Оценка локального статуса пациента с нарушением формирования пола при возникновении хирургической патологии – непростая задача, поскольку внешний вид наружных гениталий у ХХ и ХУ-субъектов одинаков.

Цель. Представить данные диагностики и лечения детей с ущемленной паховой грыжей на фоне нарушения формирования пола.

Материалы. В 2015 г. в отделении детской хирургии №1 ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени получали лечение двое детей с ущемленной паховой грыжей на фоне нарушения формирования пола.

Результаты. Два ребенка доставлены в стационар с жалобами родителей на беспокойство. При поступлении в стационар у первого ребенка отмечается отсутствие мошонки, гипертрофия клитора 3 ст. и наличие наружного отверстия уретры у основания клитора. Справа (область большой половой губы) в паховой области определяется болезненное образование «тестоватой» консистенции. С диагнозом ущемленная паховая грыжа ребенок оперирован в экстренном порядке. При ревизии пахового канала обнаружено, что содержимым грыжевого мешка является петля тонкой кишки, левая маточная труба и яичник. После грыжесечения выполнена диагностическая лапароскопия. При этом обнаружена левая маточная труба с придатком, матка четко не определяется. Под мочевым пузырем слева направо проходит семявыносящий проток, уходящий в правый паховый канал. Туда же уходят правые яичниковые вены. У второго ребенка при поступлении в стационар правое яичко определяется в мошонке, в левой половине мошонки пальпируется «тестовидной» консистенции образование, в левой паховой области плотно-эластичное болезненное образование. При ревизии левой паховой области в грыжевом мешке обнаружена маточная труба с придатком. После вправления органов в брюшную полость выполнена диагностическая лапароскопия. Обнаружено, что у ребенка слева имеется сформированная маточная труба с придатком, самой матки нет. Справа выявлен семявыносящий проток, уходящий в паховый канал. Внутреннее паховое кольцо справа закрыто.

Заключение. У пациентов с ущемленной паховой грыжей в сочетании с нарушением половой дифференцировки предпочтительнее лапароскопический метод оперативного лечения. Если же грыжесечение выполнено открытым способом, необходимо решать вопрос о проведении диагностической лапароскопии при окончании хирургического вмешательства или, если по каким-либо причинам это невозможно, в плановом порядке.

## **ОСЛОЖНЕНИЕ ПЛАСТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА - ХИЛОТОРАКС. КАКАЯ ПРИЧИНА? МОЖНО ЛИ ПРЕДОТВРАТИТЬ?**

Аксельров М. А., Емельянова В. А., Евдокимов В. Н., Аксельров А. М., Супрунец С. Н. Мальчевский В.А. (Тюмень)

Хилоторакс – патологическое состояние, связанное с накоплением лимфатической жидкости в плевральной полости, обусловленное пороками развития лимфатических протоков или травмой, в том числе при хирургическом вмешательстве.

Цель. Проанализировать развитие хилоторакса у детей, прооперированных по поводу атрезии пищевода в клинике детской хирургии ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 80 детей с диагнозом атрезия пищевода за период с 2008 по 2017 год. В послеоперационном периоде зарегистрировано 4 случая развития хилоторакса. Двум из этих детей выполнялась торакотомия (2 % от всех торакотомий). Двум торакоскопия (10% от всех торакоскопий). Двум пациентам анастомоз сформирован при значительном натяжении после максимальной мобилизации сегментов. У двух детей анастомоз сформирован после элонгации, проведенной по методике Фокера, в одном наблюдении торакотомным, в одном торакоскопическим доступом. пациентам анастомоз сформирован при значительном натяжении после максимальной мобилизации сегментов. У одного из детей хилоторакс сочетался с хилоперитонеумом.

Результаты и обсуждение. Продолжительность операций у детей с развившемся хилотораксом не отличалась от продолжительности у детей без осложнения. Продолжительность торакотомии в среднем составила 88 мин (50-180 мин). У ребенка с развившимся хилотораксом первый этап был 120 мин., второй этап 70 мин. Продолжительность торакоскопии 128 мин (85-174 мин). У детей, с хилотораксом она составила 123 мин (120-140 мин). У двух детей осложнение развилось после повторной операции. В одном случае реторакотомии, во втором реторакоскопии. Диагноз нами был установлен на 6-15 после оперативного вмешательства на основании клинической картины и анализа полученной при торакоцентезе жидкости. Клиника развивалась после начала энтерального питания.

Выводы. Длительность операции на возникновение хилоторакса не влияет. Чаще хилоторакс возникает после торакоскопической операции, возможно это связано с травмой лимфатических протоков не только при выделении, но и давлением в плевральной полости.

## **АНАЛИЗ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА**

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

Атрезия пищевода – порок развития, при котором пищевод прерывается на определенном уровне и не соединяется с желудком. Цель. Привести анализ течения беременности у матерей родивших детей с атрезией пищевода. Материал и методы. За период с 2008 г. по 2017 г. по поводу атрезии пищевода поступило 80 новорожденных детей (50 мальчиков, 30 девочек). 72 ребенка (90%) имели нижний трахеопищеводный свищ, 6 (7,5%), без свищевую атрезию, 2 (2,5%) – верхний и нижний трахеопищеводные свищи. 29 (36%) детей родились недоношенными. Результаты. Возраст матерей, родившие детей с атрезией пищевода, варьировал от 16 до 47 лет. Наиболее часто у беременных встречалась маточно-плацентарная недостаточность и угроза прерывания данной беременности –



66,6%. У 2/3 женщин во время ультразвукового исследования было выявлено многоводие. Часто встречались инфекционные заболевания как специфического (ЦМВИ, ВПГИ, хламидиоз, уреаплазмоз, токсоплазмоз) – 18,2-31,2%, так и не специфического характера (инфекции ВДМ, МВП, половой сферы) от 14 до 24,7%. Семь детей родилось от многоплодной беременности, один из них из тройни, шесть из двойни. У одной женщины с многоплодной беременностью был регресс второго плода в сроке 7 недель. У одной женщины от первой беременности родился ребенок с атрезией пищевода, от второй многоплодной беременности (двойня) второй ребенок родился с атрезией пищевода. У пяти женщин зачатие произошло при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. Никотиновая зависимость отмечена у четырех женщин. От первой беременности родилось 28 детей (35%), от первых родов 40 (50%) детей. У 33 (41%) женщин в анамнезе были выкидыши и/или аборт. Внутривутробно на ультразвуковом скрининге у пяти детей (6,25%) был выставлен диагноз атрезия пищевода, у 12 выявлена единственная артерия пуповины, что составляет 15,6% из числа наблюдавшихся. На тяжесть состояния ребенка могут оказывать влияние сопутствующие пороки развития и хромосомные аномалии. Наиболее часто встречались пороки развития сердца. Из хромосомных аномалий встречались синдром Дауна у двух, синдром Эдвардса у трех детей. Так же был диагностирован синдром Валькирии и синдром Гольденхара. Пять детей из семи с хромосомными синдромами умерли, двум из них по тяжести состояния выполнялись лишь паллиативные вмешательства (перевязка свища и/или выведение гастростомы для кормления).

#### **КАК ИЗМЕНИЛИ ХИРУРГИЮ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ, МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И НАВИГАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (50 ЛЕТНИЙ ОПЫТ)**

Антоненко Ф. Ф., Иванова С. В., Марухно Н. И., Гуляева Т. И., Порицкий Е. А. (Владивосток)

Цель: провести сравнительный анализ возможностей в хирургии печени и желчевыводящих путей (ПЖВП) у детей за последние 50 лет в связи с внедрением современных технологий - лапароскопической хирургии (ЛХ), чрезкожного транспеченочного желчеотведения (ЧТЖ) под контролем УЗИ, ретроградной холангиохолецистографии (РХХГ), селективной ангиографии (СА), интраоперационного УЗИ желчевыводящих путей и холангиографии.

Материал и метод: с 1965 по 2015 гг. мы провели более 500 операций при заболеваниях печени и желчевыводящих путей у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет в клиниках детской хирургии Владивостокского (ныне Тихоокеанского) медицинского университета. Возможности хирургических вмешательств на ЖВП принципиально изменялись с внедрением новых малоинвазивных и мини-травматических технологий. Так с 1985 г. мы начали диагностические лапароскопии при травмах печени (64 больных), опухолях печени (22 больных), кистах ЖВП (29 больных), атрезиях желчных ходов у новорожденных (6 пациентов). В 1999 г. открыли одно из первых в России отделение эндохирургии на 10 коек и внедрили лапароскопические холецистэктомии (126 больных), с 2000 г. РХПГ (11 детей), интраоперационные УЗИ (45 больных) и холангиографии (9 больных), навигационные чрезкожные транспеченочные пункции (НЧТП) под контролем УЗИ для диагностики и желчеотведения при механической желтухе (5 больных). С 1983 г. на ангиохирургической установке фирмы Хитачи (Япония) освоили внутриартериальные ангиографии при травмах, опухолях и циррозах печени (106 пациентов) с селективными эмболизациями сосудов печени (48 больных).

Результаты: Летальность при хирургии желчевыводящих путей у детей достигала 5-10 %, а осложнения до 30% до освоения эндохирургических и лучевых методов диагностики и лечения заболеваний и пороков развития. Как правило, выполнялись открытые операции

по жизненным показаниям при травматические повреждения- 78 больных, холецистэктомии при острых калькулезных холециститах -9 больных, реконструктивные операции при атрезии желчных ходов- 6 больных, портокавальные анастомозы при циррозах печени с кровотечение - 5 детей, осложненные кисты холедоха – 7 больных. В современных условиях, с освоением с 90 годов 20 века не инвазивных методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) и малоинвазивных хирургических технологий (ЛХ, РХХГ, интраоперационных УЗИ и холанграфии, навигационной ЧТП для отведения желчи, селективной ангиография сосудов печени) летальности при калькулезном холецистите, кистах ЖВП, циррозах печени нет на протяжении 35 лет.

Общий вывод: за последние 30 лет эндохирургические и лучевые методы диагностики и лечения позволиликратно увеличить хирургическую активность (прооперировано более 75% больных со средним койко-днем 4,5) при заболеваниях печени и ЖВП у детей, за счет ранней лучевой диагностики этой патологии при болях в животе и на проф.-осмотрах. При этом практически единичны осложнения и нет летальности. Такие положительные изменения соответствуют современным показателям ведущих Российских и Европейским клиник детской хирургии и являются результатом созданной в г. Владивостоке школы нашего учителя - профессора А.П. Шапкиной – известного в России детского хирурга- гепатолога, которая отмечает в этом году 90 летний юбилей.

### **МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА - 15 ЛЕТНИЙ ОПЫТ В РОССИИ**

(Национальная медицинская премия «ПРИЗВАНИЕ-2018» за создание нового направления в медицине)

Антоненко Ф.Ф., Пак О.И., Бурма В.Н., Чеберяк Н.В., Елицкий А.С. (Владивосток)

Цель: обратить внимание детских врачей всех специальностей, и организаторов здравоохранения России на успешный опыт микрохирургической пластики спинномозговых грыж у новорожденных в первые 24 часа после рождения, как пример 15-летнего мультидисциплинарного проекта.

Материал и метод: с 2003 по 2018 гг. мы впервые в России внедрили новую хирургическую тактику у детей родившихся в Приморском крае с пороком развития-спинномозговой грыжей. Отказались от общепринятых отсроченных операций в первые 6 месяцев и стали их выполнять в первые сутки после рождения ребенка. Для этого мультидисциплинарного проекта была скоординирована работа роддомов, Сан-Авиации, медико-генетической консультации, создано отделение детской нейрохирургии в Приморском Краевом клиническом центре охраны материнства и детства г. Владивостока, где так же были специально оснащены палаты в реанимационном и детском хирургическом отделениях. Идею предложил Главный детский нейрохирург края, к.м.н. Пак О.И., который накануне прошел специализацию в Вашингтонском Университете у нейрохирурга –профессора Ричардса Элленбогена. За 15 лет были прооперированы и отслежены отдаленные результаты у 168 детей из которых 57 были с Spinabifidaoculta, девочек- 35 (61%), мальчиков- 22 (39%), фискированный спинной мозг- 30 (53%), липомиелошизис 19 (33%), диастематомиелия 3 (5%), дермальный синус 3 (5%), сирингомиелия терминальной нити- 2 (4%). Со Spinabifidacystica/apert было 111 больных, девочек - 73 (66%), мальчиков - 38 (34%), менингоцеле - 14 (13%), миеломенгоцеле /миелоцеле 97 (87%), сочетающаяся с гидроцефалией- 67 (60%), Киари -2 было 18 пациентов (16%).ВПШ выполнялось одновременно или позже (зависит от тяжести водянки).

Результаты: послеоперационной летальности не было. В отдаленном периоде умерло 4 пациента (3,6%) - (Киари 2- 1 пациент и 3 случая дисфункции шунта). Осложнения отмечены у 22 детей (20%): ликворрея- 14, частичный некроз кожного лоскута- 7, инфекция раны-1. Повторная фиксация спинного мозга проведена у 9

больных. Декомпрессия задней черепной ямки выполнялась через 3-6 месяцев после рождения. Пациенты выписывались в удовлетворительном состоянии на 16 суток после операции. При осмотре пациентки через 6 месяцев, 2 года и 10 лет – хирургических осложнений не отмечено. Комплексную реабилитацию все пациенты проходят в специализированных медицинских учреждениях неврологического профиля.

Общий вывод: наш 15-летний опыт хирургического лечения и катамнеза у 168 больных с миеломенингоцеле позволяет сделать вывод о том, что спинномозговые грыжи целесообразно оперировать в течении первых 24 часов после рождения. В современных условиях эту междисциплинарную технологию следует повсеместно внедрять в регионах России, включая дородовую внутриутробную диагностику порока, доставку таких роженец санитарной авиацией и МЧС в федеральные центры родовспоможения и выполнение операций в первые сутки группой специально подготовленных детских врачей.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И., Соловьева Е.В. (Оренбург)

Цель исследования: оптимизация оказания хирургической помощи новорожденным недоношенным детям с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), имеющим хирургическую патологию органов брюшной полости.

Материалы и методы. За 5 лет (2013 – 2017гг) в ЦДХ г. Оренбурга пролечено 336 новорожденных с хирургической патологией, из них недоношенных – 161 ребенок (47,9%). На ранних сроках гестации (22 – 29 нед) родилось 20 детей (12,4% от числа недоношенных), имели экстремально низкую массу тела при рождении – 495 – 990 гр. Отмечена высокая летальность в данной группе пациентов – до 60 – 70%, причем 5 пациентов умерли до проведения оперативного вмешательства, а у 80% умерших прооперированных детей непосредственной причиной смерти явилось поражение органов и систем вне зоны оперативного вмешательства.

При анализе причин ухудшения состояния и летальных исходов выявлено: невыполнение декомпрессии брюшной полости при перфорации полого органа желудочно-кишечного тракта (лапароцентеза) перед переводом ребенка в хирургический стационар, несоблюдение температурного режима при выхаживании и транспортировке, недостаточный мониторинг системного артериального давления, уровня глюкозы крови, нарушение техники проведения инвазивных манипуляций, обширные ревизии органов брюшной полости, выполнение травматичных хирургических манипуляций (разделение спаек, манипуляции с брыжейкой).

С целью улучшения результатов лечения детей с ЭНМТ, имевших хирургическую патологию органов брюшной полости предпринято следующее: обязательное проведение лапароцентеза при перфорации полых органов желудочно-кишечного тракта в короткое время после постановки диагноза; минимально допустимая ревизия брюшной полости, щадящее оперативное пособие, сокращение продолжительности оперативного вмешательства; тщательное соблюдение температурного режима на всех этапах лечения; ограничение перемещений ребенка, операции в открытых реанимационных системах в условиях реанимационного отделения; тщательный мониторинг витальных функций как в пред- и послеоперационном периоде, так и во время оперативного вмешательства.

Изменение тактики позволило в 2017 г снизить летальность при хирургической патологии у новорожденных с ЭНМТ до 27%.

## **ГИДРОБАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Адылова Г.С., Каримов Б.А.  
(Ташкент, Узбекистан)

Стенозирующие доброкачественные заболевания пищевода у детей остаются актуальной проблемой.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения стенозов пищевода у детей раннего возраста.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 25 ребенка раннего возраста со стенозами пищевода. В зависимости от этиологического фактора больные были разделены на 2 клинические группы: 1) послеожоговые стенозы пищевода – 8 (32%); 2) послеоперационные стенозы анастомозов – 17 (68%). С лечебной целью 6 детям проводилось этапное бужирования «за нить», 19 пациентам выполняли гидробаллонную дилатацию пищевода (БДП).

Результаты. Было выполнено 57 процедур бужирования, 43 лечебные процедуры БДП и проведено 24 повторных курса. В 1 группе на одного больного в среднем приходилось 48 процедур бужирования и 12 сеанса дилатаций и потребовалось 4,5 поддерживающих курса. Во 2 группе среднее количество процедур: бужирование-9, 18-БДП и потребовалось в среднем 2,7 курса поддерживающего лечения. Длительность лечения при бужировании составило 9 месяцев, при БДП 6 месяца у пациентов 1 группы и 3 месяцев у детей 2 группы.

Заключение: БДП является эффективным методом лечения стенозов пищевода различной этиологии. БДП наиболее эффективна у детей с послеоперационными стенозами пищеводных анастомозов. Более длительные периоды лечения требуется больным с послеожоговыми стенозами пищевода.

## **НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ЛОБЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ**

Арифджанов Н.С., Адылова Г.С., Каримов Б.А. (Ташкент, Узбекистан)

Основным радикальным методом лечения детей с хирургическими заболеваниями легких является хирургическое вмешательство. С развитием торакоскопии стало возможным выполнять хирургические операции на легких, избегая торакотомного доступа.

В отделение хирургии с 2018 года находилось на лечении 7 детей, которым было выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст детей от 4 до 16 лет. У 6 детей мешотчатый бронхоэктазы и у 1 пациента кистаденоматоз легких.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В 4 случаях проводилась однологочная вентиляция и 3 случаях использовали стандартную ИВЛ.

При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии – отдельно обрабатывали элементы корня легкого. Паренхиму легкого рассекали по междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и/или сосуды пересекали сшивающе-режущим аппаратом Echelon, после предварительной обработки. Затем выделяли легочную вену, которую пересекали сшивающе-режущим аппаратом. Бронх тоже обрабатывали отдельно и пересекали сшивающе-режущим аппаратом. После увеличивали объем дыхания и раздували оставшихся сегменты легкого с целью оценки их вентиляции, а также для контроля герметичности. Резецированную долю удаляли через отверстие нижнего троакара. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали донажную трубку.

Таким образом, использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства и торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Афуков И.В., Мельцин И.И., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Москалева А.В., Назарова В.В., Горбанева К.Е. (Оренбург)

**Цель исследования.** Детский травматизм – проблема всего общества. Анализ современной структуры скелетной травмы в детском возрасте позволяет разработать своевременные и комплексные меры профилактики.

**Результаты.** Для адекватной оценки выбранной темы исследования был проведен анализ отчетных форм «сведения о деятельности стационара (форма № 14)». С 2001 по 2017 гг. изучались отчеты травматологического отделения центра детской хирургии г. Оренбурга. Из общего количества были исключены травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства. За период наблюдения выявлен рост общего травматизма среди детского населения в Оренбургской области, особенно это отмечается с 2005 года. Рост детского травматизма связан с несколькими причинами. Одной из них является увеличение количества ДТП. Ребенок - участник каждого десятого ДТП в России. Автомобильные травмы являются одной из самых частых причин детского травматизма. Если взять данные с 2014 по 2017 гг., то можно проследить, что в каждой тысяче дорожно-транспортных происшествий получали травмы около 1100 детей. Это обусловлено, прежде всего, увеличением дорожно-транспортных средств на дорогах, несоблюдением водителями правил дорожного движения и неправильным поведением детей на проезжей части. Другая причина детского травматизма – падение с высоты. По данным Всероссийского центра медицины катастроф ежегодно более 5000 человек выпадают из окон, две трети из которых - дети. В период с 2005 по 2017 гг. в больницы с травмами различной степени тяжести после падения из окон обратилось 98 415 детей, большая часть из них – дети младшего возраста. В соответствии со статьей 61 семейного кодекса родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, в том числе и физическом. Ведь основная причина данного вида травмы – это недостаток ухода за детьми раннего возраста.

Увеличение своевременного выявления повреждений и улучшение качества диагностики благодаря созданию межрайонных травматологических центров, оснащенных современной аппаратурой, также способствовали статистическому росту детского травматизма.

## **РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ**

Ашурбеков В.Т., Хедра С., Селми М., Моржен А.  
(Махачкала - Кейруан, Тунисская республика)

**Актуальность:** Повреждения крупных сосудов, особенно полых вен, относятся к серьезным и опасным повреждениям у детей. При этом прогноз зависит от многих причин. По литературным данным, выявленные повреждения нижней полой вены (НПВ) составляют 0,7-0,8% среди всех травм брюшной полости.

Целью нашего исследования явились анализ повреждений, и выработка правильной тактики, диагностики и лечения.

**Материалы и методика:** В хирургической клинике Кейруанского госпиталя находилось на лечении трое подростков с повреждением НПВ с органами брюшной полости. Причиной повреждений были проникающие колото-резаные раны брюшной полости. Возраст больных 14-17 лет, мужского пола. Сроки поступления в стационар от 40 минут до одного

часа. Все больные поступили в тяжелом состоянии. Двоих госпитализировали в отделение реанимации, после УЗИ обследования переведены в операционный блок. Один больной сразу доставлен в операционную.

**Результаты:** все больные оперированы. В брюшной полости обнаружено от 400мл до 1,2 литра крови с распространенной экспансивной гематомой забрюшинного пространства. Раны НПВ от 0,5 до 1,3 см. У одного больного точечная рана на задней поверхности. Сочетание повреждения НПВ у одного больного с раной печени, желчного пузыря, 12-перстной кишки, у второго – с брыжейкой тонкой кишки. Изолированное ранение -1. Проводили временную тампонаду пальцем и накладывали непрерывный шов атравматической иглой и проленом №6. У одного больного удаляли тромб. Вторым этапом проводилось адекватное восстановление сочетанных повреждений, опорожнением гематомы и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде получали лечение антикоагулянтами. У одного больного послеоперационный период был достаточно тяжелым и длительным из-за сочетанных повреждений. Среди осложнений – у одного больного выявлено сужение НПВ в области швов.

**Выводы:** При ранениях НПВ прогноз зависит от сроков поступления больных в стационар, степени повреждения, сочетанных повреждений, проведения своевременного квалифицированного оперативного вмешательства и адекватного лечения в послеоперационном периоде.

## **ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО- ПЛЕВРАЛЬНЫХ ФОРМ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

Бабич И. И. Новошинов Г. В., Мельников Ю. Н. (Ростов)

**Актуальность:** Острая гнойная деструктивная пневмония – тяжелая гнойно-септическая патология, имеющая полиэтиологическую природу. Не смотря на то, что в последнее время частота встречаемости деструктивных пневмоний снизилась, вопрос о тактике лечения данного заболевания является весьма актуальным.

**Цель:** улучшить результаты лечения пациентов с легочно- плевральной формой острой гнойной деструктивной пневмонии, осложнённой образованием бронхоплеврального свища.

**Материалы и методы:** с 2010 по 2017 г.г в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» на лечение по поводу острой гнойной деструктивной пневмонии находилось 63 пациента в возрасте от 1 мес до 17 лет. Среди 63 пациентов страдающих деструктивными пневмониями у 36.5 % (23 пациента) отмечалась легочная форма, (внутрилегочной абсцесс- 18 пациентов, буллезная форма- 5 пациентов), легочно-плевральная форма- 63.5 % (40 пациентов), при этом, пиоторакс отмечался у 15 пациентов, пиопневмоторакс- 13 пациентов, экссудативный плеврит- 12 пациентов, образование бронхоплевральных свищей было выявлено у 22, 5 % (9 пациентов).

**Результаты и обсуждение:** Лечение пациентов с лёгочно –плевральной формой деструктивной пневмонии, начиналось с пункции плевральной полости. В зависимости от характера полученного выпота определялась дальнейшая тактика лечения. При гнойном отделяемом плевральная полость дренировалась. У 22,5 % (9 пациентов) на 7 стуки после дренирования отделяемого из плевральной полости не было, однако, отмечался сброс воздуха по дренажу, что свидетельствовало о наличие бронхоплевральной фистулы, в связи с чем, была проведена диагностическая торакоскопия, плевральная полость санировалась растворами антисептиков, осуществлялось разделение фибриновых спаек. Визуализировалась точная локализации наружного отверстия бронхоплеврального свища, после чего в плевральную полость устанавливался дополнительный троакар для выполнения манипуляции. Через установленный троакар под контролем видеотелескопа, в легочную ткань, окружающую свищевой ход, с помощью эндоскопической гибкой иглы субплеврально вводят гель «UroDEX», объемом достаточным для полного смыкания

свищевого отверстия. Дополнительную герметизацию данной области достигают обработкой поверхности инфильтрированной ткани легкого фибриновым клеем «Evisel» с помощью жесткой насадки и аппликатора. Заявка на изобретение РФ № 2018119248. В плевральной полости оставлялся дренаж. На 9-10 сутки, в связи с отсутствием отделяемого и сброса воздуха, дренаж был удален. Рецидивов не было.

Выводы: разработанный нами способ позволил улучшить результаты лечения пациентов с лёгочно– плевральной формой острой деструктивной пневмонии, осложненной развитием бронхоплевральных свищей и добиться радикальной окклюзии свищевого хода.

### **НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА С ИНВАЗИЕЙ БЫЧЬЕГО ЦЕПНЯ (TAENIARHYNCHUS SAGINATUS)**

Баранов Д. А., Складорова Е. А., Коряшкин П. В., Гаврилова М. В., Колтакова М. П. (Воронеж)

Больная Атаева Хейрия Ойдиновна, 26.11.99 г.р., находилась на обследовании и лечении в БУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронежа с 06.06.17 г. по 10.07.17 с диагнозом: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Диффузный гнойный перитонит. Ранняя послеоперационная спаечная непроходимость кишечника. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 0-1. Гидроторакс. Гельминтоз. Ребенок поступил в экстренном порядке на 3 сутки после операции, выполненной в ЦРБ г. Лиски, с картиной непроходимости. Из анамнеза выяснено, что девочка жаловалась на боли в нижних отделах брюшной полости с 24.05.17, получала лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. 03.06.17 выполнена операция – аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. В связи с осложнениями в послеоперационном периоде переведена в ОРИТ ДХО 06.06.17. В результате проведенного интенсивного лечения непроходимость удалось разрешить консервативно. 09.06.17 выполнена вторичная отсроченная пластика раны под м/а. Для дальнейшего лечения переведена в профильное отделение (09.06.17). Во время вечернего обхода дежурным врачом в каловых массах обнаружен гельминт, длиной 3,5 м (идентифицирован врачом лаборантом бычий цепень). 13.06.17 появилось ухудшение состояния ребенка: подъем Т тела до 38С, боли в левой половине грудной клетки, затруднение вдоха. На выполненных рентгенограммах – картина левосторонней нижнедолевой пневмонии. 20.06.17 выполнена ЭХО КГ: сердце смещено вправо, по левому контуру определяется полость, размерами 6,0x7,0 см с движущимися частицами (инвазия паразита?). На РКТ органов грудной клетки один из паразитов находится в просвете левого нижнедолевого бронха. 21.06.17 выполнена трахеобронхоскопия. В просвете бронхов гельминт не найден. 23.06.17, 27.06.17 и 30.06.17 под м/а выполнялись пункции плевральной плевральной полости, во всех случаях - пунктат прозрачный, роста микроорганизмов нет. После стабилизации состояния и снятия швов переведена в инфекционное отделение. Консультирована паразитологом Военно-Медицинской академии г. Санкт-Петербурга, назначен курс дегельминтизации паразиквантелом. После проведения курса выписана домой с полным выздоровлением.

Клинический случай представляет интерес для детских хирургов, педиатров и инфекционистов.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Панкратов И.Д., Старченко В.М., Надгериев В.М., Стрюковский А.Е. (Краснодар)

Цель. Оптимизация лечения детей с острой деструктивной пневмоний.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 358 детей с различными формами деструктивной пневмонии в острой фазе воспаления в возрасте от 0 до 17 лет. Период

исследования – 2004-2016гг. Основные применяемые методы диагностики: анамнез, клиника, лабораторно-инструментальные (Rg-графия и МСКТ грудной клетки, УЗИ плевральной полости и легких), Легочные формы зарегистрированы у 73(20,4%). Дети с мелкоочаговой и буллезной формой деструкции 42(57,53%) – пролечены консервативно. Дренирующийся через бронх абсцесс 18 (24,65%) – лечение консервативное с этапными ФБС. Периферический абсцесс легкого 13(17,8%) – выполнены пункция, дренирование под УЗИ (ВТС с ультразвуковой кавитацией при d абсцесса > 7см. – 6 случаев). Легочно-плевральные формы диагностированы у 285 (79,6%). Пневмоторакс – 28 (10,07%), пиоторакс - 83 (29,85%) и пиопневмоторакс – 167 (60,07%) случаев. Лечение у всех оперативное. Трансторакальное дренирование использовалось у 99 детей. В 7 случаях в виду общей тяжести состояния (или двусторонний процесс) операцией выбора явилась торакотомия. Методом видеоторакоскопии пролечено 179 детей, из них в 132 случаях видеоторакоскопия применялась в комплексе с ультразвуковой кавитацией плевральной полости и легких. В данной группе пациентов в комплексе предоперационной подготовки к радикальной операции с целью устранения внутригрудного напряжения проводилось дренирование плевральной полости (n=71).

Результаты. Максимальная эффективность результатов лечения по наиболее демонстративным клиническим критериям имела место у пациентов, получивших лечение методом видеоторакоскопии с ультразвуковой кавитацией плевральной полости и легких. Применение ультразвуковой кавитации позволило ещё интраоперационно добиться малотравматичного, интенсивного отторжения некротических тканей и наложений фибрина с формированием оптимальных условий для расправления легкого. Клинически это выражалось в более быстром купировании интоксикационного синдрома ( $p<0,001$ ), болевого синдрома ( $p<0,0001$ ), регрессе дыхательных расстройств ( $p<0,001$ ), купировании плеврального выпота ( $p<0,001$ ), реэспансии легкого в послеоперационном ( $p<0,001$ ) и сокращении сроков госпитализации (Me 29 и 21 дней).

Выводы. Выбор тактики ведения детей с острой деструктивной пневмонией определяется установленной формой поражения. Преимущественное большинство легочных форм не требует хирургического лечения. Видеоторакоскопическая санация в сочетании с ультразвуковой обработкой плевральной полости и легких является по нашим данным наиболее эффективным методом лечения легочно-плевральных форм.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Надгериев В.М., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Колесников Е.Г. (Краснодар)

Цель. Изучение эпидемиологии и этиологических факторов острой деструктивной пневмонии на территории Краснодарского края.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 358 историй болезней детей с деструктивной пневмонией, получивших лечение в Краевом центре детской хирургии. Период исследования – 2004-2016гг. Изучены статические показатели численности детского населения и показатели заболеваемости острой пневмонией у детей в Краснодарском крае за исследуемый промежуток времени (МИАЦ, МЗ КК). Анализированы 198 положительных результатов бактериологических посевов (содержимое плевральной полости, аспират из ТБД) с целью изучения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам. Выделение культуры проводили стандартными методами, а определение чувствительности к антибиотикам диско-диффузионным методом.

Результаты. Заболеваемость деструктивными формами пневмоний на территории Краснодарского края составила 0,02-0,03 на 1000 детского населения. Соотношение легочных и легочно-плевральных форм 1:4. Удельный вес острых деструктивных



пневмоний от общего количества заболевших острой пневмонией составил 0,27-0,67%, а легочно-плевральных форм – 0,2-0,54%. Первично поражение установлено у 339 (94,7%), вторичное у 19 (5,3%). В бактериологическом пейзаже выделенных культур установлено преобладание *Staphylococcus aureus* – 141 (71,21%). Также были выделены культуры *Pseudomonas aeruginosa* – 23 (11,61%), *Klebsiella pneumoniae* и *E. coli* – 15 (7,57%), *Enterobacter faecalis* – 13 (6,56%). *Haemophilus Influenzae* выявлен в 6 (3,03%) случаях. Как правило, в 1/3 случаев в мокроте обнаруживали одновременно 2–3 и более видов микроорганизмов. Наиболее тяжелое течение гнойно-воспалительного процесса легких и плевры отмечалось у больных, контаминированных ассоциациями микрофлоры *Haemophilus Influenzae* + *E. coli* + *Staphylococcus aureus* и *E. Coli* + *Klebsiella pneumoniae*.

Выводы. Заболеваемость деструктивными пневмониями в Краснодарском крае имеет тенденцию к росту с преобладанием в её структуре легочно-плевральных форм. Преимущественный путь поражения – первичный. Ведущим этиологическим фактором заболевания остается золотистый стафилококк.

### **ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВЫЗВАННАЯ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Родионов В.Г., Терехина М.И. (Самара)

Инородные тела желудочно-кишечного тракта достаточно часто встречаются у детей дошкольного возраста. В абсолютном большинстве наблюдений дети проглатывают предметы, которые относятся к инертным инородным телам (монеты, шарики, мелкие детали игрушек и т.п.). Реже в желудочно-кишечном тракте у детей оказываются химически активные (батарейки), физически активные (магниты), механически активные (иглы, булавки, осколки стекла) инородные тела, которые приводят к различной острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с острой хирургической патологией, вызванной физически активными инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2011 по 2017 год находилось 543 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, у 23 (4%) из них были обнаружены физически активные инородные тела – магнитные шарики. 20 пациентов поступили в детское хирургическое отделение с диагнозом «перитонит», 3 – с диагнозом «кишечная непроходимость». В 15 наблюдениях при сборе анамнеза установлен факт проглатывания магнитных шариков. Наличие инородных тел подтверждено при рентгенологическом исследовании. У 8 детей инородные тела выявлены во время оперативного вмешательства. Из 23 пациентов в 5 наблюдениях выполнена лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, удаление инородных тел (магнитов), вызвавших перфорацию различных отделов тонкой кишки, ушивание дефектов стенки кишки, дренирование брюшной полости. 18 больным проводилась средне-срединная лапаротомия, ревизия, удаление магнитных шариков, ушивание перфораций после иссечения нежизнеспособных участков стенки тонкой кишки, дренирование брюшной полости. У одного пациента произведена резекция большого сальника, припаянного к месту перфорации и вызывающего кишечную непроходимость. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, физически активные инородные тела встречаются лишь в 4% от общего количества инородных тел желудочно-кишечного тракта, но при этом представляют особую опасность, приводя к острой хирургической патологии органов брюшной полости, требующей экстренного оперативного лечения.

## **ХИРУРГИЯ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

Батрутдинов Р.Т., Баиров В.Г., Никитина И.Л., Александров С.В., Жарова Н.В., Поляков П.Н. Морозова С.В.(Санкт-Петербург)

В настоящее время хирургическая коррекция патологий развития гениталий у детей с нарушением формирования пола является актуальной проблемой. Одним из частых симптомов является гипоспадия. Целью данного исследования является определение оптимального срока проведения корригирующей операции и её этапность, а также выбор тактики формирования неоуретры с использованием местных тканей.

## **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЕНКИ**

Беляева О.А., Беляева А.В., Батаев С-Х.М., Игнатъев Р.О., Мусаев Г.Х., Поляев Ю.А., Розинов В.М. (Москва)

Дети с непаразитарными кистами селезенки (НКС) характеризуются объективной сложностью обоснования лечебной тактики.

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

Материалы и методы. Представлены результаты различных видов органосохраняющего лечения ( 57 вмешательств) у 52 детей в возрасте от 2 до 17 лет. По локализации НКС были распределены на сегменты, согласно сегментарному строению органа. Объем патологических образований варьировал от 3 до 1000мл, средний объем кисты составил 130мл. С целью диагностики, оптимизации оперативного доступа, вида и объема оперативного вмешательства детям были проведены КТ, МСКТ исследования, проводилась 3D реконструкция изображения. У половины пациентов (50%) пациентам было выполнено одномоментное чрескожное пункционное дренирование патологического образования с последующей дезэпителизацией 95° этиловым спиртом. Комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства - чрескожное пункционное дренирование с суперселективной артериальной эмболизацией сосудов, питающих стенку НКС, были проведены в 15 (28.8%) наблюдениях. Комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства выполнялись последовательно в процессе одного анестезиологического пособия, длительность которого не превышала 45-60 мин. В 2 (3.8%) случаях в связи с техническими сложностями мы ограничились пункцией и дезэпителизацией полости кисты без оставления дренирующего комплекса. Эндохирургические вмешательства, проведенные 9 (17.2%) детям, включали лапароскопическую деруфизацию кисты селезенки с дезэпителизацией ее внутренней выстилки воздействием высокотемпературной плазмы в атмосфере инертного газа - аргон (Ar) хирургической системой «PlasmaJet», либо электрокоагуляцией. В одном из наших наблюдений, в связи с расположением кисты в труднодоступном для лапароскопических манипуляций сегменте в течение одного анестезиологического пособия была так же выполнена пункция кисты под УЗ-навигацией.

Результаты. При проведении комбинированного лечения в 2 наблюдениях было отмечено нагноение остаточной полости кисты, что повлекло за собой повторные хирургические вмешательства. Рецидивов после проведения комбинированных миниинвазивных оперативных вмешательств в сроки от 1 мес. до 9 лет не выявлено. В двух случаях нами было зафиксировано наличие резидуальных полостей при катamnестическом наблюдении в группе детей, которым проводилась пункция, дренирование, химическая

деэпителизация внутренней выстилки кисты. Ограниченность катамнестического наблюдения в группе детей, пролеченных с использованием аргоноплазменной коагуляции, не позволяет корректно оценить риски послеоперационных осложнений, однако в 2 случаях мы столкнулись с наличием резидуальной полости кисты и у одного ребенка отмечался рецидив заболевания.

Выводы. При выборе тактики оперативного вмешательства следует основываться на результатах многофакторного анализа, включая размер, локализацию, интенсивность роста кисты, наличия осложнений, а также возраст пациента.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ЛИМФАНГИОМАМИ**

Бибикова Е. Е., Соколов Ю. Ю., Донской Д. В., Дзядчик А. В., Уткина Т. В. (Москва)

Диагностика и лечение объемных образований у детей остается актуальной проблемой хирургии детского возраста.

Лимфангиомы — доброкачественные новообразования, относящиеся к группе дизэмбриоплазий; их частота составляет от 5 до 9 % среди всех доброкачественных новообразований у детей. Интраабдоминальные лимфангиомы встречаются в 4% случаев. Несмотря на доброкачественный характер, эти новообразования обладают инфильтративным ростом, склонны к рецидивированию, а также развитию осложнений, таких, как воспаление, нагноение, перфорация, сдавление опухолью соседних органов и тканей. Как правило, лимфангиомы выявляют в периоде новорожденности или в первый год жизни ребёнка, а также интранатально. Большинство кистозных образований имеют сложную анатомическую локализацию. Выбор оптимальной тактики лечения определяется локализацией, органной принадлежностью и размером лимфангиомы, степенью вовлечения в процесс других анатомических структур, например, взаимоотношением лимфангиомы с кишечной трубкой и брыжеечными сосудами. Поэтому важной задачей при лечении детей с данной патологией является определение оптимального объема хирургических вмешательств у детей с внутрибрюшными лимфангиомами, а также оценка эффективности эндовидеохирургических операций. Для лечения лимфангиом применяются лапароскопическое или лапаротомное иссечение ЛГ, а также комбинированное хирургическое и склерозирующее лечение. Возможность лапароскопического иссечения ЛГ и объём вмешательства определяется локализацией, органной принадлежностью, типом (кистозная, кавернозная) и размером ЛГ. При крупных кавернозных ЛГ и близком расположении магистральных сосудов, нервов и мочеточников (ЛГ забрюшинного пространства) может потребоваться видеоассистированное вмешательство или лапаротомия. Оптимальный объём операции при мезентериальных ЛГ включает иссечение стенок образования с сохранением мезентериальных сосудов и подлежащего сегмента кишки. При ЛА селезенки возможна широкая фенестрация кисты с радиочастотной абляцией остаточной полости или лапароскопическая резекция селезенки. Опорожнение кисты в начале операции позволяет создать необходимое рабочее пространство в брюшной полости и завершить операцию в лапароскопическом или видеоассистированном варианте, не прибегая к конверсии. У детей младшего возраста с малым внутрибрюшным пространством лапароскопическим доступом опорожняется кистозная полость; далее ЛГ иссекается открытым способом через минидоступ.

Заключение: Оптимальным объёмом операции при интраабдоминальных ЛГ можно считать лапароскопическое иссечение стенок кистозной полости. При этом можно применять как тотальные лапароскопические вмешательства, так и видеоассистированные операции у детей младшего возраста с малым объёмом брюшной полости. Внедрение лапароскопических и лапароскопически-ассистированных операций у детей с интраабдоминальными лимфангиомами позволяет уменьшить операционную травму,

ускорить восстановительный период, а также улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Бобоев З.А., Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Джаборов С.С.  
(Душанбе, Таджикистан)

Цель: улучшение результатов осложненного нефролитиаза у детей.

Материал и методы. В основу данной работы положен анализ наблюдений и хирургического лечения 121 больного с осложненным нефролитиазом в возрасте от 1 до 15 лет. Детей в возрасте от 1 до 5 лет было 50, от 6 до 10 - 46 и от 11 до 14 лет – 25. Большая частота внутрипочечного расположения лоханки (69,0%), а также большой процент коралловидных и коралловидных в сочетании с множественными камнями почек (77,6%) создают необходимость обеспечения хорошего доступа к почке для удаления камней. Такой доступ обеспечивает нефротомия. Нефролитотомия во всех случаях осуществляется щадящим методом. Наиболее часто нефролитотомия осуществлялась детям с коралловидными камнями в сочетании с множественными мелкими камнями. В возрасте до 7 лет нефролитотомия выполнялась детям с внутрипочечным и смешанным типом лоханки, при всех видах камней. У детей старше 7 лет наиболее часто нефролитотомия выполнялась при внутрипочечном типе лоханки, когда размеры интратенальной части камня колебались от 1,7 до 3,1 ( $2,3 \pm 0,01$ ) см, а размеры внепочечной части лоханки от 0,8 до 1,1 ( $0,9 \pm 0,02$ ) см. Пиелолитотомия произведена строго по показаниям 68 больным, с учетом вида конкрементов, его размеров, типа строения лоханки и возраста больных. Задняя пиелолитотомия применена у 52, а передняя у 16 больных.

Результаты. В хирургическом лечении нефролитиаза в 37% случаев удаление камня сочеталось с пластическими операциями, направленными на восстановление проходимости мочевых путей. Среди пластических операций, которые сочетались с операциями по удалению камней (пиелолитотомия, нефролитотомия, коликотомия), наиболее часто выполнялся уретеролиз (57 больных). После нефролиза, уретеролиза и удаления конкремента мочеточник интубируется тонкой полиэтиленовой трубкой диаметром до 4 мм. В последние годы широко стали использовать стенты. При рубцово-воспалительных процессах в области лоханочно-мочеточникового сегмента, обусловивших его сужение или функциональную недостаточность, 16 больным, наряду с удалением камней, произведен неопиелоуретероанастомоз по Андерсону-Хайнесу-Кучеру. При вторичных камнях, образовавшихся вследствие врожденных пороков развития почек, наряду с удалением конкрементов, в каждом конкретном случае, производилась коррекция этих пороков. Немаловажное значение для достижения хороших результатов хирургического лечения имеет правильное ведение послеоперационного периода. Улучшению течения послеоперационного периода способствует разработанная в клинике методика многосуточного капельного промывания ЧЛС теплым раствором антисептиков.

Выводы. Нефролитотомия у детей показана при коралловидных и множественных камнях, заполняющих чашечно-лоханочную систему почки. Пиелолитотомия показана при одиночных, коралловидных камнях, расположенных в лоханке смещенного или внепочечного типа. Контрольное обследование больных: первый год один раз в три месяца, далее один раз в полугодие.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЕЛОИДОВ АХИЛА У ДЕТЕЙ**

Боднарь Б. Н., Боднарь А. Б., Боднарь А. В. (Уфа)

Цель: разработать новый метод и оценить эффективность комплексного лечения келоидных образований у детей.

Метод основан на использовании лечения келоидов у детей путем модернизации аппарата "Сгу-Ас Tracker Brumill", USA с контролируемым температурным режимом  $-40^{\circ}\text{C}$ . У 10 детей в возрасте от 7 до 18 лет с келоидными рубцами площадью до  $10\text{ см}^2$  после двукратной обработки операционного поля раствором йода, операционное поле обкладывали стерильными салфетками, область келоида и окружающие ткани обезболивали Катеджелем, через 15-20 мин наступает полное обезболивание. Через всю длину келоида внутрикожно вводили стерильную иглу для катетеризации вен. На пластмассовую часть иглы наносили 2-3 перфоративных отверстия. Под входящую и выступающую части подкладывали стерильный поролон для профилактики «холодового ожога». Через специальный проходник с помощью разработанного нами штуцера подсоединялась силиконовая трубка к соплу аппарата "Сгу-Ас Tracker Brumill", USA. (Рац.предложение №48/25 от 14.05.2015, выдано Буковинским государственным медицинским университетом). Нажатием рукоятки подавали жидкий азот с температурой  $-40^{\circ}\text{C}$ . Проводили лечение келоидов площадью не более  $10\text{ см}^2$ . Через 30 сек наступало полное замораживания ткани келоидов в виде льда белого цвета с синюшным оттенком с заснеженной поверхностью. После размораживания через 2-3 сек, келоид розового цвета, набрякший, выступает за пределы окружающих тканей. Поверхность келоида обрабатывали 1% раствором йода. Лечение проводили 12-18 дней. На 3-4 сутки ожоговые пустулы дренировались самостоятельно. Рана заживала под струпом. На 14-16 сутки корка отпадала, наступала краевая эпителизация. Рана покрывалась нежным поверхностным эпителием.

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

## **ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХФАЗНОЙ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ**

Боднарь Б. Н. Боднарь А. Б., Боднарь А. В. (Уфа)

Гемангиома это условно доброкачественная опухоль, исходящая из кровеносных сосудов склонная к прогрессивному росту и не прогнозируемая своими осложнениями. Из существующих методов лечения нет универсального который был бы рекомендованный для лечения гемангиом. За 30 лет использования различных методов лечения хорошо себя зарекомендовал криохирургический метод с использованием жидкого азота. Цель исследования: разработать и экспериментально обосновать эффективность профилактического лечения гемангиом с использованием двухфазной термодеструкции. Материалы и методы исследования: из современных методов лечения наиболее удачным показанием позволяющим разрушающего действия на ткани опухоли есть использования аппарата "Иний" (Россия) и хлорагента азота, при котором при воздействия на область опухоли образуется ледяное поле через 2 секунды после криотерапии гемангиомы, она становится ярко-красной вокруг которой сохраняется отёк тканей в виде кольца, образуется воспалительный серозно-геморрагический волдырь наполненный серозной жидкостью. На 2-3 сутки формируется участок крионекроза который сохраняется 7 суток, на 8-9 сутки, после ежедневной обработки тканей раствором бриллиантового зеленого образуется корочка, которая отпадает на 12-13 сутки оставляя после себя нежный эпителий без образования рубцов и косметических

дефектов. Как свидетельствуют результаты проверенных нами электронно-микроскопического и гистоиммунологического методов полной гибели ткани не наступает и в результате появляются рецидивы. Чтобы обеспечить полную гибель опухоли клеток и прилегающих к ней сосудов необходимо провести не один моно цикл криотерапевтического воздействия, а 2 термоцикла – быстрого замораживания и быстрого обогрева тканей. Нами разработан и апробирован новый метод (патент UA 112 -152 U12/12 16) двухфазной термодеструкции. При криовоздействии наступает полная деструкция ткани за счет мгновенного разрушительного процесса в результате «температурного шока» при котором в клетках наблюдается кристаллообразование, приводящее к полному разрушению тканей и некрозу. После обработки операционного поля воспалительное асептическое участки обрабатывали раствором диоксида, подбирали насадки по размерам программированной опухоли от 2 до 5 см<sup>2</sup>. С помощью аппарата Иний действовали холодом на насадку -196°С продолжительностью 60 секунд. В результате замораживания образуется холодное сдавливание глубиной до 0,2 см<sup>2</sup>. В дальнейшем подбирали насадку соответственно вдавливанию, использовали термомодулятор с помощью которого подавали на насадку +45°С, и воздействовали 2-3 секунды, то есть проводили двухфазный непрерывный термоцикл сочетания низкой и высокой температур с визуальным контролем за ходом репаративного процесса. После получения положительных результатов экспериментальной части на моделированной патологии метод был использован в клинической практике. Так у пациентов группы сравнения (дети с варифецированным диагнозом кавернозная гемангиома), при использовании метода монофазной термодеструкции сроки лечения составляли 14 дней, в то время как в основной группе пациентов, при использовании двухфазной непрерывной термодеструкции сроки положительно результативного лечения составляли 12 дней. Выводы: разработанный нами метод двухфазной непрерывной термодеструкции прост, экономичен, доступен в использовании в амбулаторных условиях, безболезненный с эффективными репаративными последствиями без косметических дефектов и рубцов за счет полной гибели тканей с отсутствием ранних и отдаленных рецидивов.

### **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ**

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

Цель работы: представить редкий клинический случай дивертикула Меккеля, вызвавшего кишечную непроходимость.

Материалы и методы. В отделение экстренной хирургии ДГБ №1 г. Санкт-Петербурга поступил ребенок трех лет с жалобами на боли в животе, двукратную рвоту съеденной пищей. Температура тела не повышалась. Стул был за сутки до поступления без патологических примесей. При осмотре: правые отделы живота глубокой пальпации не доступны в связи с беспокойством ребенка. Перитонеальные симптомы не определяются. Ректально – без патологии. Выполнена очистительная клизма: получено небольшое количество оформленного стула без патологических примесей. В клиническом анализе крови: лейкоцитов  $11,0 \cdot 10^9$ /л. По УЗИ брюшной полости: признаки симптома «мишени». Ребенок был осмотрен под наркозом. При пальпации живота патологические образования не определяются. Выполнена пневмоирригография: газ равномерно заполняет петли тонкой и толстой кишки. Через 4 часа после манипуляции у ребенка появилась многократная рвота застойного характера, боли в животе. Стула не было. На обзорной рентгенограмме брюшной полости: резкое снижение пневматизации в правых отделах, уровни жидкости. С диагнозом кишечная непроходимость ребенок взят в операционную. Выполнена лапароскопия: илеоцекальный угол и червеобразный отросток визуально не изменены. В связи с раздутыми кишечными петлями дальнейшая ревизия тонкой кишки

невозможна. Конверсия. При ревизии брюшной полости обнаружено, что участок подвздошной кишки на расстоянии 10 см от илеоцекального угла в виде нескольких кишечных петель внедрен в два брыжеечных дефекта, которые фиксированы к дивертикулу Меккеля. Верхушка дивертикула рубцовым тяжем фиксирована к области пупка. Странгуляционный тяж рассечен. Кишечные петли извлечены из дефекта брыжейки. Кишка признана жизнеспособной. Выполнена клиновидная резекция дивертикула с ушиванием дефекта стенки кишки двухрядным швом. Дефекты брыжейки ушиты. По данным гистологического исследования: признаки дивертикулита.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок был выписан из стационара на 9 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Пороки облитерации желточного порока разнообразны по своему характеру и клиническим проявлениям. В данном случае дивертикул Меккеля явился редкой причиной кишечной непроходимости.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ

Ботабаева А.С., Тастанбекова Ж.У., Мендигалиева С.Н. (Астана, Казахстан)

Актуальность: Острый парапроктит у детей встречается в 1-3 % от общего числа пациентов детских хирургических заболеваний. В 60 % случаев острый парапроктит возникает у детей первого полугодия жизни. Хирургическое лечение данной патологии остается одной из сложных задач в детской хирургии (Chang H., 2010, Турсунов К., Куниязов Ж.К., 2016).

Цель исследования: анализ результатов лечения острого парапроктита у детей.

Материалы и методы исследования: За период с 2015 по 2017 год на базе отделения хирургии ГКП на ПХВ «Городской детской больницы № 2» г. Астаны находилось на лечении 402 ребенка с острым парапроктитом. Возраст пациентов от периода до 14 лет. Из них мальчиков 397 (98,7% случаев) и девочек 5 (1,3% случаев). Больные по возрасту распределялись: до 3 месяцев - 209 детей (52 %), от 3 - 6 месяцев - 70 детей (17,5 %), от 6 месяцев до 1 года - 93 детей (23,1 %), от 1 года до 3-х лет - 11 детей (2,7 %), от 3 лет до 14 лет - 19 детей (4,7 %). Воспалительный процесс располагался в перианальной области на 1-2 часах - 47 больных (11,7 % случаев), на 3 часах - у 120 (29,9 % наблюдений) детей, на 10-12 часах - 55 больных (13,5 % случаев), на 9 часах - у 180 детей (44,9 % наблюдений). Бактериологический посев из раны у 392 больных (97,5 % наблюдений), у 10 больных (2,5% наблюдений) - флора не выявлена. Бактериологический посев у 142 (36,2 % случаев) больных высеян *Enterobacter aerogenes* (10/8 КОЕ), у 137 больных (34,9 % наблюдений) - *Escherichia coli* (10/7 КОЕ), у 43 (10,9 % случаев) - *Citrobacter SPP* (10/7 КОЕ), у 16 (4 % наблюдений) - *Staphylococcus aureus* (10/6 КОЕ), у 15 (3,8 % случаев) - *Proteus mirabilis* (10/6 КОЕ), у 6 (1,5 %) - *Streptococcus SPP* (10/6 КОЕ), также у 33 больных высеяны *Staphylococcus SPP* (10/6 КОЕ), *Staphylococcus saprophyticus* (10/6 КОЕ), грибы *Candida* (10/5 КОЕ), *Enterobacter faecalis* (10/6 КОЕ) - 8,4% (по 2 % соответственно). Хирургическое лечение проводилось у 402 больных, которые были распределены на две группы: 1 группа - 157 больных (39,1% наблюдений) - вскрытие перианального абсцесса без иссечения параректального свища, у 245 больных (60,9% случаев) - с иссечением параректального свища. В послеоперационном периоде у 352 больных (87,6 % случаев) наблюдалось полное выздоровление. У 50 больных (12,4 % случаев) - рецидив данного заболевания с развитием параректального свища.

Результаты. Проблема лечения острого парапроктита у детей имеет медико-социальную значимость, требует постоянного индивидуального ухода за областью промежности. Оперативное лечение детей раннего возраста с острым парапроктитом устраняет сообщение между очагом воспаления и прямой кишки.

Выводы: Таким образом, раннее адекватное хирургическое лечение параректального свища у детей позволило снизить количество рецидивов до 12,4 % случаев.

## **ПРИМЕНЕНИЕ PDL ЛАЗЕРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ**

Брылеева А. А., Романов Д. В., Сафин Д. А. (Москва)

**Цель:** Обосновать эффективность и необходимость использования PDL лазеров (585-595 нм) в комплексном лечении младенческих гемангиом у детей.

**Методы:** Наиболее распространенными сосудистыми опухолями детского возраста являются младенческие гемангиомы, частота встречаемости которых составляет 4-10% среди всех новорожденных детей. Для лечения младенческих гемангиом в мировой практике, помимо системной медикаментозной терапии, используются селективные лазеры. После описания R. R. Anderson и J. P. Parrish теории селективного фототермолиза в 1983 году началось широкое внедрение лазерных технологий в практическую медицину. Данная теория основана на том факте, что световое излучение определенной длины волны поглощается определенным хромофором кожи. В качестве хромофора могут выступать гемоглобин (как в виде оксигемоглобина, так и метгемоглобина), вода или меланин. Благодаря такому селективному воздействию происходит деструкция хромофора без повреждения окружающих тканей. Использование импульсных лазеров на красителях (PulseDueLaser – PDL) с длиной волны 585-595 нм является «золотым» стандартом лечения младенческих гемангиом. Световое излучения с такой длиной волны лучше всего поглощается гемоглобином (в виде оксигемоглобина), что приводит к повреждению эндотелия и закрытию просвета сосуда. Следует отметить, что данная длина волны проникает вглубь кожи только на 2-3 мм, что не позволяет воздействовать на глубоко расположенные сосудистые образования, поэтому в подавляющем большинстве случаев PDL лазер используется в виде дополнения к проводимой системной медикаментозной или местной (топической) терапии.

**Результаты:** В Международном Центре Детской Сосудистой Патологии (Клиника Педиатрии и Детской Хирургии доктора Матара) проведено 4678 процедур лазерной коррекции 789 детям с различными типами младенческих гемангиом на аппарате VbeamCandelaPerfecta (Candela Corp., Wayland, MA). 631 (80%) ребенок получал системную медикаментозную терапию (Атенолол), остальным детям проводилось местное лечение (аппликации с препаратом тимолол 0,5%), также проводилась этапная лазерная коррекция младенческих гемангиом без медикаментозной терапии. Среднее количество процедур на одного ребенка составило 4 процедуры (от 2 до 7). Средний возраст на момент начала лазерной коррекции – 5,8 месяцев (от 2 мес. до 2,2 лет). Режим PDL лазера при лечении младенческих гемангиом: 6-8 мДж, длительность импульса 0,45-8,0 мс, пятно 7 и 10 мм. В результате применения PDL лазера в протоколе лечения младенческих гемангиом, отмечено ускорение инволюции сосудистой опухоли у всех пациентов. Положительные результаты лазерного лечения достигнуты в 98% случаев, осложнений в ходе этапного лазерного лечения не отмечено.

**Вывод:** Применение PDL Лазеров в комплексе с медикаментозной терапией лечения младенческих гемангиом (поверхностных, комбинированных и сегментарных гемангиом) даёт наилучший результат. Применение лазеров с длиной волны 585-595 нм позволяет значительно ускорить процесс инволюции младенческой гемангиомы.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО У ДЕТЕЙ**

Буровникова А. А., Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Бревдо Ю. Ф., Светлов В. В (Тверь)

**Актуальность:** В последние годы прослеживается тенденция к росту числа больных со спонтанным пневмотораксом среди детей. Несмотря на различные методы лечения частота рецидивирующего течения спонтанного пневмоторакса до настоящего времени остается достаточно высокой.



Цель: Проанализировать результаты лечения детей со спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы: В 1 хирургическом отделении ДОКБ г. Твери с 2000 по 2018 гг. со спонтанным пневмотораксом на лечении находились 31 пациент. Данная патология встречалась чаще среди лиц мужского пола: 27 мальчиков и 4 девочки. Возраст детей колебался от 11 до 17 лет. В анамнезе пневмоторакс с противоположной стороны отмечен у 2-х пациентов. Дети поступали в экстренном порядке в сроки от 1 до 10 суток от начала заболевания. Правосторонний пневмоторакс выявлен у 24 пациентов, левосторонний — у 7. Диагноз подтверждался по данным Rg-графии органов грудной клетки. При поступлении в 27 случаях выполнено дренирование плевральной полости по Бюлау, в 3-х случаях - плевральные пункции, 1 ребенок наблюдался (ввиду отказа пациентки от хирургических манипуляций, имелся ограниченный пневмоторакс). В дальнейшем 13 детям проведено КТ органов грудной клетки. В большинстве случаев КТ позволяло выявить причину спонтанного пневмоторакса – наличие субплевральных булл с локализацией на верхушке легкого. В 2-х случаях по КТ причина не обнаружена. В дальнейшем 23 детям выполнена видеоторакоскопия: у 4 пациентов - как диагностическая процедура, после обнаружения причин, вызвавших пневмоторакс, проведены миниторакотомия и атипичная резекция легкого. Остальным 19-ти резекция измененного участка легкого, либо аргоновая коагуляция булл осуществляли из торакоскопического доступа. У всех детей выполнялся плевродез различными способами. При гистологическом исследовании резецированных фрагментов легкого встречалась врожденная патология: локальная буллезная эмфизема, порок развития - легочная киста, очаговый пневмосклероз.

Результаты: Рецидив спонтанного пневмоторакса отмечен у 2 — х больных после лечения путем плевральной пункции, у 2-х после дренирования плевральной полости. В последующем пациенты оперированы торакоскопическим доступом. В 3 случаях отмечался рецидив после торакоскопического лечения, пациенты оперированы повторно торакоскопическим путем.

Выводы: КТ грудной клетки является информативным методом диагностики причин спонтанного пневмоторакса у детей. Видеоторакоскопия - высокоэффективный метод лечения спонтанного пневмоторакса. Для предотвращения рецидива заболевания обязательным условием служит выполнение плевродеза.

## **ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА АССОЦИИРОВАННОЕ С ПРОСТАТОПАТИЯМИ**

Володько Е. А., Окулов А. Б., Годлевский Д. Н., Буркин А. Г. (Москва)

Заболевания предстательной железы у детей не являются казуистикой. Своевременно не устраненные, они приводят к эректильной дисфункции и патоспермии, снижают демографические показатели. Изменения простаты – застойные, воспалительные, кисты, конкременты в детском возрасте зачастую являются предикторами нарушений репродуктивной функции у мужчин детородного возраста. В возникновении патологических проявлений в предстательной железе помимо инфекционного агента важную роль играют нарушения уродинамики в малом тазу и в венах семенного канатика. Среди пациентов 14 – 18 лет с заболеваниями предстательной железы наибольшую группу составили больные хроническим простатитом. Абактериальный простатит диагностирован у 30 пациентов, бактериальный - у 19. Причем 20 из них имели варикоцеле 2-3 степени. Уменьшение предстательной железы выявлено у 20% больных правосторонним крипторхизмом и левосторонним варикоцеле. Эхографически врожденные кисты простаты диагностированы у 14 пациентов в возрасте 14-15 лет с клиническими проявлениями варикоцеле 3 степени. Парауретральные кисты выявлены у восьми пациентов с левосторонним варикоцеле и бактериальным простатитом. Кисты простатической маточки диагностированы у девяти пациентов, а кисты

семявыбрасывающих протоков — у трех. У этих детей проведенная доплерография выявила субклиническое левостороннее варикоцеле. Микролиты простаты визуализированы у 18 пациентов с рецидивирующей хронической инфекцией мочевых путей и дисметаболической нефропатией. С целью выявления патологии предстательной железы проведены комплексные мероприятия: сбор анамнеза, физикальное обследование, включая ректальное, лабораторные исследования (локализационный тест, серодиагностика урогенитальных инфекций, микроскопия мазка из уретры и ПЦР-соскоб, определение концентрации половых гормонов и ингибина В в сыворотке крови, семиологический анализ). УЗИ с доплерографией органов малого таза с использованием надлобкового или промежностного доступа является обязательным методом диагностики независимо от возраста пациента, а ТРУЗИ простаты выполняют с 12 лет. Разработан способ лечения хронического простатита детям и лицам молодого возраста с варикоцеле. В условиях венной гипертензии и застойной гипоксии показано назначение препаратов, улучшающих одновременно тонус сосудов и трофику гонад и простаты. При сочетании простатита и варикоцеле предложенная комплексная терапия охватывает оба звена этиопатогенеза, приводящих к нарушению фертильности (секреторной и транспортной). Сочетанное применение венотоников, антиоксидантов и антигипоксантов с простатотропными средствами позволяет улучшить гемодинамику и трофику предстательной железы и гонад. Своевременное адекватное комплексное лечение пациентов с варикоцеле и простатопатиями позволяет значительно улучшить качество их дальнейшего репродуктивного здоровья, что определяет социальную значимость разработанных медицинских мероприятий.

## **МЕТОДЫ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ С ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

Володько Е. А., Окулов А. Б., Буркин А. Г., Голов И. Ю. (Москва)

Актуальность. Коррекция проксимальной гипоспадии у пациентов с нарушением формирования пола (НФП) является трудным разделом реконструктивно-пластической урологии. Неудовлетворительные (20-40%) результаты уретропластики зачастую проявляются 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, профилактики послеоперационных осложнений и современной мультидисциплинарной схемы медицинской реабилитации. Цель исследования. Улучшение результатов лечения проксимальной гипоспадии у пациентов с вариантами НФП посредством разработки эффективных и оригинальных способов уретропластики и современных схем медико-социальной реабилитации. Материалы и методы. Коррекция проксимальной гипоспадии за период с 1999 по 2007 год выполнена 704 пациентам в возрасте от 6 месяцев до 11 лет с вариантами НФП (46,ХУ 5-альфа-2-редуктазная недостаточность n — 423, 46,ХУ/45,Х смешанная дисгенезия яичек n — 183, 46,ХУ парциальная дисгенезия гонад n — 56, 46ХУ синдром парциальной нечувствительности к андрогенам n — 42). Результаты. Уретропластику выполняли после верификации варианта НФП. При выявлении дериватов мюллерова протока, стрека, первоначально проводили санационную лапароскопию. Разработанный оригинальный способ расправления кавернозных тел с использованием трапециевидных лоскутов кожи, обеспечивает широкий доступ к кавернозным телам. Это позволяет надежно 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 оригинальный способ создания неоуретры у пациентов с НФП и проксимальной гипоспадией посредством уретропластики из ранее заготовленной кожи крайней плоти. Разработан прецизионный шов неоуретры, позволяющий герметично адаптировать слои формируемой

артифициальной уретры, что уменьшает количество осложнений. Разработанные оперативно-технические приемы позволяют отказаться от традиционных везикальных методов отведения мочи и приблизить акт мочеиспускания к физиологическому, предупредить ишемию и инфицирование тканей, формирование свищей, стриктур и психосоматические расстройства.

Выводы. Оригинальные способы уретропластики позволяют снизить количество осложнений в четыре раза, улучшить уродинамику, косметические параметры, что способствует высокоэффективной психосексуальной и психосоциальной адаптации пациентов.

## **РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОПРАНОЛОЛОМ В ОДКБ№2 г. ВОРОНЕЖА**

Гаршина М. А., Минакова Т. П. (Воронеж)

Актуальность. Гемангиомы занимают лидирующее место по встречаемости среди доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей. В результате агрессивной фазы роста сосудистая мальформация приводит к косметическим уродствам и потере жизненно важных функций. Диагностика сосудистых новообразований не вызывает затруднения, а выбор метода лечения зависит от скорости роста, площади и локализации гемангиомы. Материалы и методы исследования. В течение 2014 – 2018 годов в отделении челюстно-лицевой хирургии БУЗ ВО ОДКБ№2 произведено обследование и медикаментозное лечение Пропранололом 18 пациентов с неоперабельными на момент обращения инфантильными гемангиомами челюстно-лицевой области. Полученные результаты и их обсуждение. У всех детей достигнуто улучшение локального статуса, причём кавернозная часть регрессировала лучше, чем капиллярная. Двое сняты с лечения, не закончив курс терапии. Шестнадцати детям лечение проведено полностью со стойкой ремиссией от полугода и более. Пятерым не потребовалось никакого дополнительного лечения, достигнуты хорошие косметические результаты. Трём после окончания курса, образование было удалено хирургически, которое удалить ранее было невозможно, по разным причинам. Восемьмерым детям был проведен фототермолиз оставшейся капиллярной сети с помощью аппарата «Яхрома-Мед». Число сеансов в зависимости от площади поражения составило от 2х до 4х с интервалом два месяца. Отмечена зависимость результатов лечения от производителя Пропранолола, возраста ребёнка при старте терапии. Из побочных эффектов у одного пациента наблюдалась индивидуальная непереносимость препарата в виде неукротимой диареи. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечено: проходящая брадикардия ( не более 10-15%), давление снижалось на 5-7 мм.рт.ст. в первую неделю приема, далее заметных отклонений на протяжении всего курса лечения не наблюдалось. Выводы. Консервативное лечение гемангиом Пропранололом показало себя как эффективный и безопасный метод, в случае невозможности применения других вариантов лечения. Стало первым этапом и вошло в состав комбинированного алгоритма.

## **ОПЕРАЦИЯ МАРМАРА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ**

Гасанова Э.Н., Саруханян. О.О., Григорьева М.В., Телешов Н.В., Батунина И.В. (Москва)

Актуальность: Методики хирургического лечения варикоцеле у детей и взрослых разнообразны, но не один из видов операций не гарантируют отсутствие рецидива или осложнений (гидроцеле, атрофия яичка). На данный момент микрохирургическая варикоцелэктомия подпаховым доступом является «золотым стандартом» для лечения варикоцеле у взрослых пациентов. У подростков микрохирургическая варикоцелэктомия подпаховым доступом была впервые применена Dr. Gary Lemack в 1998г.

Цель: Улучшения результатов лечения идиопатического левостороннего варикоцеле у детей.

Материалы и методы: В НИИ НДХиТ с 2014г. было выполнено 280 операций Мармара пациентам мужского пола 12-17 лет с диагнозом: идиопатическое левостороннее варикоцеле. К показаниям хирургического лечения варикоцеле относились: венозный рефлюкс при доплеровском исследовании, орхопатия, боль в мошонке. В нашем институте проведен катамнез пациентов после выполненной операции Мармара через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и максимально через 4 года. Пациентам проведен клинический осмотр – выявлен хороший косметический результат, варикоэнозрасширенные вены не пальпировались, проба Вальсальвы отрицательная. Всем детям было выполнено УЗИ мошонки с доплерографией, при котором было выявлено 3 случая (1%) рецидива варикоцеле. Послеоперационные осложнения развились у 10 (3,6%) пациентов на этапе внедрения методики – атрофии яичка в одном случае (0,35%), один случай гипотрофии яичка (0,35%), 8 гидроцеле (2,8%). Был проведен тщательный анализ причин осложнений и рецидивов. Пациентам с рецидивами проведена ангиография с эндоваскулярной окклюзией – выявлены венозные коллатерали, как причина рецидива. Атрофия и гипотрофия яичка, на наш взгляд, была вызвана перевязкой вен семявыносящего протока (как это предусмотрено методикой операции Мармара), что приводило к венозному блоку коллатералей в яичке, и как следствие застою и повреждению яичка. Послеоперационная водянка яичка развивалась в случаях невозможности перевязки вен семенного канатика по отдельности при их множественных переплетениях, не представлялось возможным сохранить лимфатические сосуды.

Заключение: Подведя предварительные итоги по результату внедрения операции Мармара у подростков при варикоцеле, мы признали ее методом выбора. К преимуществам операции Мармара, по сравнению с другими методиками хирургического лечения варикоцеле, относятся простота выполнения операции, возможность проведения операции под регионарной анестезией, малоинвазивность вмешательства. Наш опыт демонстрирует меньшую частоту осложнений и рецидивов по сравнению с другими операциями при варикоцеле.

### **МНОГОЦИЛИНДРОВАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КИШОК КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Карасева О.В (Москва)

Актуальность: Многоцилиндровая инвагинация кишок (ИК) относится к редким формам. с этих позиций каждое клиническое наблюдение уникально и ценно для клинической практики.

Цель: Представить лечебно-диагностическую тактику при атипичной клинической картине ИК у ребенка 4мес.

Пациенты. Девочка, 4 мес., психомоторное развитие по возрасту, наблюдалась у педиатра по поводу дисбактериоза, запоров и анемии легкой степени. 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 часов. В приемном отделении была осмотрена нейрохирургом - данных за ЧМТ не выявлено, но отмечены кровянистые выделения из ануса в виде сукровицы.

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 мезогастрия, что позволило заподозрить кишечную инвагинацию. По УЗИ при доплерографии 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 сшивающим аппаратом EndoGIA. Течение послеоперационного периода гладкое. Ребенок выписан из стационара на 10 сут. Катамнез в течение 2 лет.: жалоб нет, развивается по возрасту, получает общевозрастную диету.

Заключение: Наличие крови в стуле даже при отсутствии клинической картины требует исключения ИК, как причины КН у ребенка. Диагностический арсенал специализированного стационара при редких формах ИК позволяет поставить диагноз и выбрать рациональную лечебную тактику.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВИРСУНГОВА ПРОТОКА**

Горелик А. Л., Карасева О. В., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е. (Москва)

Актуальность. В структуре абдоминальной травмы повреждения поджелудочной железы являются достаточно редкими и составляют до 8% наблюдений. В свою очередь лишь 17% травм поджелудочной железы сопровождаются повреждением Вирсунгова протока. Учитывая небольшой опыт каждого конкретного медицинского учреждения в лечении травм поджелудочной железы, а также различающееся оснащение стационаров, в педиатрической практике отсутствует единый протокол лечения. Цель: оптимизировать протокол лечения травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока у детей.

Материалы и методы. В периоде с 2008 по 2018 гг. в нашем стационаре у 11 детей была выявлена травма поджелудочной железы, сопровождающейся травмой Вирсунгова протока. Средний возраст  $10,0 \pm 4,9$  лет. Мальчики составили 81,8% (9) детей, девочки – 18,22% (2) детей. Результаты. У 3 (27,2%) детей была диагностирована множественная травма живота. У 4 (36,4%) детей была выявлена изолированная травма поджелудочной железы, также у 4 (36,4%) - в структуре политравмы. Тяжесть травмы составила  $23,0 \pm 8,76$  (ISS). Тяжесть повреждения поджелудочной железы оценивали по классификации AATS: в 8-ми наблюдениях выявлена травма III степени (72,8%), в 3-х – IV степени (27,2%). Во всех наблюдениях пациенты получали комплексную интенсивную терапию: устанавливали назоинтестинальный зонд для кормления в кишку с прекращением кормления в желудок, назначали антисекреторную, антибактериальную, инфузионную терапию, эпидуральное обезболивание.

Возможны 2 варианта течения посттравматического периода, от которых и зависела хирургическая тактика. При развитии оментобурсита (скопление жидкости в сальниковой сумке) выполняли чрезкожную пункцию с ультразвуковой навигацией и дренирование сальниковой сумки. При развитии панкреатогенного перитонита со средним или большим гидрперитонеумом выполнял лапароскопию, дренирование брюшной полости (малого таза). При развитии и оментобурсита, и панкреатогенного перитонита указанные манипуляции сочетали. При следовании нашему протоколу в 27,3% (3) наблюдений

выздоровление произошло только лишь на фоне консервативной терапии, в 45,5% (5) наблюдений потребовалась чрезкожная пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ, а в 27,3% с (3) - сочетание дренирования сальниковой сумки и малого таза. Агрессивных методов хирургического лечения, таких как дистальная панкреатотомия, реконструктивные операции, панкреатодуоденэктомия не потребовалось

Заключение. Представленный протокол позволяет получить хорошие клинические результаты лечения травм поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока.

## **СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕССВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ НАЛОЖЕНИЯ ОТСРОЧЕННОГО ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА**

Горелова Е. М., Лысов А. Е., Черников А. Н., Сниткин Н. А., Мащенко С. Ю. (Белгород)

Атрезия пищевода (АП) обычно сочетается с трахеопищеводным свищом (ТПС). Эти дети оперируются в первые сутки жизни. Проводится перевязка ТПС с наложением анастомоза пищевода. Изолированная АП без ТПС встречается в 5 % случаев и обычно сопровождается большим диастазом между атрезированными сегментами пищевода, что не позволяет произвести радикальную операцию. Согласно алгоритму в этих случаях накладывается гастростома и шейная эзофагостома, а в возрасте 4-6 мес производится пластика пищевода. Нам удалось наложить отсроченный прямой анастомоз пищевода у ребенка с АП без ТПС.

Новорожденный поступил 06.10.13 в первые сутки с клиникой бессвищевой формы АП. Ребенок от 5 родов. Беременность протекала на фоне уреаплазмоза, хламидиоза, табакокурения. Роды на сроке 36 недель. Вес при рождении 2290. При поступлении состояние ребенка тяжелое за счет дыхательной недостаточности, обусловленной аспирационной пневмонией. По зонду из пищевода выделяется обильно пенящаяся жидкость. Живот запавший, мягкий, безболезненный. На рентгенограмме выявлен слепой верхний отрезок пищевода, заканчивающийся на уровне ThII. В легких - очаги инфильтрации. В желудке и кишечнике газ отсутствует. Установлен диагноз: Атрезия пищевода, бессвищевая форма. Аспирационная пневмония. На 2 сутки после рождения ребенку произведено наложение гастростомы. По стабилизации состояния пациент выписан домой, где производилась постоянная активная санация верхнего слепого отдела пищевода электроотсосом, кормление через гастростому. Ребенок амбулаторно наблюдался педиатром. Благодаря тщательному и адекватному уходу матери удалось избежать развития аспирационной пневмонии. В возрасте 5, 5 месяцев при рентгенологическом обследовании выявлен достаточный рост атрезированных участков пищевода. Произведена операция: правосторонняя внеплевральная торакотомия, наложение прямого анастомоза пищевода, дренирование заднего средостения. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 11 сутки проведена эзофагография, во время которой выявлено, что пищевод свободно проходим, имеется умеренно выраженное сужение пищевода в месте операции. Начато оральное кормление. Ребенок получал лечение по протоколу. Глотательный рефлекс восстановился, сосет активно. На 24 сутки после операции проведено контрольное бужирование пищевода возрастным бужом. В удовлетворительном состоянии ребенок выписан под наблюдение участкового педиатра. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался детским хирургом, проводилась контрольная ЭГДС, бужирование пищевода. Осмотрен в 4 года - состояние удовлетворительное. Жалоб нет. ФЭГС- пищевод свободно проходим. Признаков ГЭР нет.

Выводы. В случае благоприятного анатомического расположения (протяженный слепой оральный сегмент пищевода), возможности надлежащего длительного ухода за ребенком

в домашних условия) возможно наложение отсроченного прямого анастомоза при бессвищевой форме АП

## **СНИЖЕНИЕ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСТОПИРОВАННОЙ ФОРМОЙ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**

Горобцова А. В., Лозовой В. М., Лозовая Е. А. (Астана, Казахстан)

Актуальность: в настоящее время продолжается поиск оптимального способа операции при скрытом половом члене (СПЧ), так как все известные операции по выведению полового члена (ПЧ) сопряжены с возникновением послеоперационных осложнений - от 2 до 50% наблюдений по данным литературы.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения детей с дистопированной формой врожденного СПЧ.

Материалы и методы: на базе отделения урологии ГДБ №2 г. Астана проведено проспективное экспериментальное нерандомизированное контролируемое исследование. Основную группу клинического исследования составили 31 больной с дистопированной формой врожденного СПЧ. В основной группе был применен новый способ операции с использованием двух не сообщающихся разрезов при выполнении этапов выведения ПЧ - «Способ хирургического лечения дистопированной формы скрытого полового члена 1,2,3 степени тяжести у мальчиков» (патент №32222 НИИС РК от 16.06.2017). Контрольная группа исследования - архивные материалы 20 больных с дистопированной формой врожденного СПЧ. Способы операций, примененные в контрольной группе - с использованием разрезов, окаймляющих ствол ПЧ и «скальпирования» ствола ПЧ. Средний возраст участников основной группы -  $5,0 \pm 1,56$  лет, больных в контрольной группе -  $5,05 \pm 2,46$  лет. Длительность операции в основной группе составила  $55,29 \pm 16,58$  минут, в контрольной группе -  $60,15 \pm 22,06$  минут.

Результаты и обсуждение. Осложнений в основной группе в раннем послеоперационном периоде не отмечено у 28 больных (90,3%), у 3-их больных развилась лимфедема в проекции крайней плоти (9,7%). Лимфедема ПЧ разрешилась самостоятельно в течение  $10,0 \pm 3,51$  суток. В контрольной группе осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли в 55 % случаев (n=11). Лимфостаз в покровных тканях ПЧ развился у 40% больных (n=8), некроз лоскутов кожи - в 5 % наблюдениях (n=1), у 10 % больных развилась подкожная гематома (n=2). Статистически достоверно лимфедема покровных тканей ПЧ чаще развивалась после операций с использованием разрезов, окаймляющих ствол ПЧ и «скелетирования» ПЧ, чем после применения в практике нового способа операции ( $\chi^2 = 6,6076$ ;  $p=0,0102$ ). Пребывание в стационаре в основной группе -  $5,97 \pm 1,62$  койко-дней (95 % ДИ от 5,4 до 6,54 койко - дней), в контрольной -  $12,25 \pm 5,66$  койко - дней. Результаты лечения в основной группе прослежены в сроки от 2-ух до 12 месяцев. Результат лечения хороший. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы: применение в практике нового способа операции дает хороший косметический и функциональный эффект. Количество осложнений уменьшилось до 9,7 % наблюдений, что в 5,6 раз ниже, чем при использовании операций с разрезами, окаймляющими ствол полового члена и «скелетированием» ствола полового члена ( $\chi^2 = 11,2967$ ;  $p=0,0004$ ), в два раза сократилось количество койко - дней в стационаре ( $U = 32,50$ ;  $p < 0,0001$ ).

## **ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МЛАДЕНЧЕСКИМИ ГЕАНГИОМАМИ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

Городков С. Ю. (Саратов)

Актуальность: высокая распространенность, отсутствие консенсуса и разнообразие клинических вариантов младенческих гемангиом (МГ) делают проблему актуальной. Материалы и методы: Проведен анализ лечения 11.580 детей (за 25 лет) с младенческими

гемангиомами наружных локализаций (кожа и слизистые). Большинство – девочки. Большинство - доношенные. Клиническое обследование дополняли фотофиксацией, УЗИ опухоли с ЦДК. Учитывали наличие в анамнезе профилактических прививок, физиопроцедур, использование препаратов, улучшающих микроциркуляцию. В лечении использовали хирургическое иссечение опухоли, криотерапию снегом CO<sub>2</sub>, высоковольтную деструкцию аппаратом Surgitron, селективную лазерную коагуляцию (импульсный лазер 578 нм), аппликации тимолола, пропранолол.

Результаты: Разработана система оценки эстетического результата удаления МГ. С её помощью выявлено, что 98% площади тела человека эстетически значимы. Полагаем, что классические клинические классификации гемангиом - актуальны. Нет связи роста МГ с профилактическими прививками, физиопроцедурами и инсоляцией. Криотерапия, высоковольтная деструкция, хирургическое иссечение, лазерная коагуляция наиболее эффективны при отсутствии роста опухоли. Выжидательная тактика при МГ должна быть обоснована. Аппликации тимолола эффективны у 97% детей, наиболее эффективны при МГ поверхностных локализаций в стадии роста. Пропранолол показан детям с МГ при невозможности использовать иные методы лечения. Селективная лазерная коагуляция МГ импульсным лазером дает хорошие косметические результаты. Криотерапия – эффективный метод удаления МГ, дающий хорошие косметические результаты. Преимущество хирургического удаления МГ в малой частоте резидуального роста опухоли.

Выводы: в основе выбора тактики лечения детей с МГ наружных локализаций должен лежать прогноз эстетического результата.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОСТРУКТУРИРОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ В РЕГЕНЕРАТИВНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ**

Городков С. Ю., Павлов А. М., Коршунова Г. А. (Саратов)

Цель: создать имплантируемую систему для дистанционной электростимуляции нервных окончаний.

Материалы и методы: разрабатываемая имплантируемая система для дистанционной электронейростимуляции включает в себя миниатюрную антенну и преобразователь радиоволн, блок управления и передатчик. Для сопряжения нервного волокна с системой электростимуляции был создан биodeградирующий электрод из наноструктурированного материала. Эксперименты проводили на белых лабораторных крысах.

Были изучены: срок биodeградации электрода и его биосовместимость. Создана методика имплантации электрода в зону нейрорафии. Создан рабочий прототип имплантируемого электронейростимулятора. Эффективность системы электронейростимуляции оценивали путем электронейромиографии, морфологических изменений в зоне нейрорафии, уровня биохимических маркеров нейрodeгенерации в крови.

Выводы. Использование наноструктурированных материалов в качестве биodeградирующих электродов открывает широкие перспективы для создания систем электронейростимуляции периферических и центральных нервов.

## **РЕБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ДЕСТРУКЦИЮ ЛЕГКИХ**

Горшков А. Ю., Румянцева Г. Н. (Тверь)

Актуальность. Несмотря на совершенствование методов лечения пациентов с острой гнойной деструктивной пневмонией (ОГДП), процент хронизации данной патологии приближается к 25%.

Цель исследования. Выработка реабилитационных мер и оптимальной лечебно-диагностической тактики у детей, перенесших ОГДП.



Пациенты и методы. Настоящее исследование основано на анализе лечения 56 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, перенесших ОГДП и находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2012 по 2016 годы. Среди них мальчиков 25 (44,6%), девочек 31 (55,4%), с легочной формой ОГДП - 11 (19,6%); легочно-плевральной – 45 (80,4%).

Результаты исследования. Все пациенты, перенесшие ОГДП, обследованы через 1 год по алгоритму, включающему: обзорную рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, УЗИ плевральных полостей, КТ органов грудной клетки (7 пациентов), пульмоноскintiграфию (5 пациентов). Нами определены ультрасонографические признаки фибриноторака у 12 (21,4%) пациентов, у 2 (3,6%) – фиброторака, подтвержденного пульмоноскintiграфией. Т.о.каждый 4 больной был угрожаем по развитию пневмосклероза.

Заключение. Лица, перенёвшие ОГДП, особенно её затяжную форму, требовали диспансерного наблюдения. Оно должно включать повторные профилактические обследования и лечебные мероприятия в дневном стационаре. Первое контрольное обследование проводится через 1 месяц после окончания основного курса лечения, в последующим дети обследуются через 1, 6 месяцев и 1 год после перенесенного заболевания. Через 1 год, наряду с обязательным исследованием легких (УЗИ, рентгенография, клинический минимум), выполняем пульмоноскintiграфию. В зависимости от результатов проводим 2 курса лечения лонгидазой. В связи с выявленными нарушениями трофического статуса детям рекомендуем нутриенты (питательные смеси), ноотропы. Только через 3 года хорошие показатели рентгенограмм, данных УЗИ, пульмоноскintiграмм позволяют снять пациента с диспансерного учета. Заключение участкового педиатра о снятии с диспансерного учёта должно быть подтверждено консультацией специалиста - детского хирурга после тщательного клинико-рентгенологического обследования. В период диспансерного наблюдения лицам, перенёвшим ОГДП, следует проводить санацию очагов хронической инфекции, в первую очередь, со стороны носоглотки и ротовой полости, назначать рациональный комплекс лечебной физкультуры и физиотерапии, использовать климатическое санаторно-курортное лечение.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Яременко Е. Ю., Бабаскина Н. В. (Москва)

Введение. Представлены результаты исследования, проведенного с целью повышения эффективности хирургического лечения детей с новообразованиями щитовидной железы.

Материалы и методы. С января 2012г. по июнь 2018г. в отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева находились на обследовании и лечении 94 пациента с новообразованиями щитовидной железы. Гендерное соотношение Ж:М составило 3,9:1. Медиана возраста на момент операции составила 15 лет (размах 3 — 215мес). При этом только 10.6% (n=10) пациентов были в возрасте до 11 лет.

Предоперационная верификация морфологической природы новообразования заключалась в интерпретации УЗИ-исследования с помощью системы ACRTI-RADS, которая определяла группу пациентов, которым было рекомендовано проведение тонкоигольчатой аспирационной биопсии (ТАБ). На основе предоперационной оценки и данных интраоперационного срочного гистологического исследования новообразования определялся объем оперативного лечения.

В качестве методов интраоперационной безопасности с 2014г. применяется система нейрофизиологического мониторинга нерва NIM—Neuro 3.0 для пациентов из группы риска повреждения возвратный гортанный нерв (ВГН). Всем пациентам проводилась пред- и послеоперационная фиброларингоскопия для контроля состояния ВГН и исключения интраоперационного повреждения гортанных нервов.

С целью раннего выявления предикторов развития и профилактики послеоперационной гипокальциемии применялся протокол, принятый в клинике European Institute of Oncology.

Длительность катамнеза составила от 1 до 67 месяцев. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью анкетирования, в том числе с помощью русскоязычной версии опросника SF-36.

Результаты. Операция в объеме тиреоидэктомии была выполнена 62,8% (n=59) пациентам. Гемитиреоидэктомия совместно с истмусэктомией выполнялась в 37,2% (n=35) случаях. Так же в случаях ЗНО у 77,6% (n=45) пациентов проводилась центральная лимфодиссекция шеи. По показаниям проводилась боковая лимфодиссекция шеи с одной 20,7% (n=12) или с двух сторон 31% (n=18), а также лимфодиссекция верхнего переднего средостения в 29,3% (n=17) случаях.

По результатам планового гистологического исследования, во всех случаях был достигнут радикальный уровень резекции (R0). Из них 38,3% (n=36) пациента с ДНО и 61,7% (n=58) с ЗНО, из них у 3 (5,2%) пациентов образования были отнесены к группе «высокодифференцированная опухоль неопределенного злокачественного потенциала».

Нейрофизиологический мониторинг ВГН проводился у 64,4% (n=56) пациентов. Случаев развития стойких интра- и послеоперационных осложнений, а также продолженного роста образования 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

## **БЕЗОАРЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Григович И. Н., Савчук О. БСавчук М. О., Дербенев В. В. (Петрозаводск)

Данная патология относительно редко встречается в детском возрасте, и в связи с этим практические врачи-педиатры недостаточно знакомы с клиникой и диагностикой этого заболевания. За последние 18 лет мы наблюдали 6 детей с безоарами. Из них 5 детей с трихобезоарами желудка и кишечника и один ребенок с полибезоаром – тряпки, бинты. Девочек было- 4, мальчиком -2. Возраст колебался от 8 до 13 лет. Только одна девочка была в возрасте 3 лет. При тщательном сборе анамнеза было установлено, что у всех у них имелась вредная привычка жевать кончики волос. Только у одного ребенка страдавший тяжелым поражением ЦНС-идиотия был полибезоар. Определить точный срок существования трихобезоаров сложно. Клинически заболевание проявлялось тошнотой, периодически рвотой, чувством переполнения желудка, частичным нарушением проходимости верхних отделов ЖКТ, пальпируемая опухоль брюшной полости. Общее физическое развитие не страдало. Для диагностики трихобезоаров желудка у девочек были использованы рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС. У детей при гастротомии удалены трихобезоары желудка шириной от 6 до 8 см и длиной от 20 до 33 см. В одном случае имелся «хвост», спускавшийся в двенадцатиперстную кишку. В одном случае было два безоара: один в желудке и один в тонкой кишке. Все дети выздоровели. Для профилактики рекомендуем: - контроль за поведением детей (трихотилломания, попытки употребления смол, пластилина, жевательной резинки и т.п.); - разумное потребление безоарогенных продуктов (хурма, виноград с косточками и др.); - мы предлагаем в течение 3 - 4 месяцев после операций на органах пищеварения отказаться от употребления цельных фруктов, ограничиваясь использованием лишь фруктовых и овощных соков. Что касается хурмы, то мы советуем не употреблять ее в больших количествах, особенно натошак, когда весь вырабатываемый кислый желудочный сок способствует резкому нарастанию образования нерастворимых шибуолов (смолистых веществ). Последние рекомендации носят скорее умозрительный, чем доказательный характер.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Гуз В. И., Веровский В. А., Полюдов С. А., Трамова Ж. Д., Михопулос А. М., Чикина Л. В. (Москва)

Кистозно-аденоматозная мальформация легких это врожденный порок развития, который характеризуется образованием в легочной ткани кист различных размеров, выстланных респиаторным эпителием с пролиферацией терминальных бронхиальных структур. Различают 3 типа. Первый тип характеризуется наличием единичных или множественных кист диаметром более 2 см, выстланных мерцательным эпителием. Второй тип – кисты менее 1 см, между которыми находятся респиаторные бронхиолы и растянутые альвеолы. Третий тип обширное поражение некистозного характера, бронхиолоподобные образования разделены тканевыми структурами. Этот вариант с наихудшим прогнозом. Диагностика и лечение этого порока развития является актуальной в торакальной хирургии.

Цель исследования анализ клинико-диагностических данных и определение тактики лечения.

Материал и методы: В торакальном отделении РДКБ находилось 39 детей с данным пороком развития, 20 мальчиков и 19 девочек. В возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Заболевание у 22 детей сопровождалось жалобами на одышку, кашель. В анамнезе частые бронхиты, ОРВИ, пневмонии, лечение чаще проводилось амбулаторно и было мало эффективным, в остальных 17 случаях протекало бессимптомно. После проведения 22 больным рентгенологического и КТ исследования удалось верифицировать данное заболевание в сроки от 1,5 до 10 лет 14 пациентам, от 10 до 14 лет 8 детям. Из всей группы по данным флюорографии диагноз поставлен 7 больным, по антенатальной УЗИ диагностике 6 пациентам и в период новорожденности по данным КТ 4 детям. По локализации в правом легком порок диагностирован всего у 19 детей в верхней доле -4, средней -2, нижней -13. В левом легком 20 из них в верхней доле у 13 детей, в нижней доле в 7 случаях.

Результаты: В торакальном отделении РДКБ оперировано 39 детей, из них удаление верхней доли справа произведена 4 больным, средней доли 2. Нижняя доля правого легкого удалена 6 пациентам, атипичная резекция указанной доли выполнена 7. Слева удаление верхней доли произведено 9 детям, атипичная резекция 4, нижняя доля удалена у 4, атипичная резекция в 3 случаях. Во всех случаях биопсия подтвердила данный порок развития. Летальности нет.

Выводы: Основным методом антенатальной диагностики данного порока считаем стандартное проведение УЗИ при сроке беременности от 20 недель. В постнатальном периоде для диагностики необходимо проведение рентгенографии грудной клетки и мультиспиральной КТ. У всех представленных пациентом оперативное вмешательство было целесообразно оправданным способом лечения порока развития - кистозно-аденоматозной мальформации легких у детей.

## **НЕКРОЗ И ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Гумеров А.А., Баязитов Р.Р., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Новоженина Д.С. (Уфа)

Актуальность: Перфорация желудка у новорождённого является редким и жизнеугрожающим состоянием с высокой летальностью (по данным литературы составляет 40-70%)

Цель: Проанализировать результаты лечения пациентов с перфорацией желудка в неонатальном периоде. С 2011 по 2018 год в РДКБ г.Уфы лечились 50 пациентов с некрозом и перфорацией желудка. Средняя масса тела составила  $1787 \pm 38$  грамм. 40 детей

были недоношенными. Средний возраст манифестации заболевания 5 суток (от 1 до 13 суток). У большинства детей клиническая картина обусловлена выраженным вздутием живота, нарастанием дыхательной недостаточности, застойное или геморрагическое отделяемое по желудочному зонду. На рентгенограммах семиотика пневмоперитонеума. Все дети прооперированы. Большинство перфораций локализовались по большой кривизне и передней стенке желудка. Спонтанный разрыв желудка в виде точечной перфорации и без некроза стенки зарегистрирован у 8 пациентов (16%). Объем оперативного вмешательства зависел от размеров поражения. В большинстве случаев (n=31) выполнялась атипичная резекция, 9 случаях субтотальная резекция желудка, гастроэктомию у 2 пациентов. Из осложнений в послеоперационном периоде отмечались: несостоятельность швов (n=6), интраоперационное кровотечение (n=4), некроз и перфорация других отделов ЖКТ (n=2), эвентрация петель кишечника (n=2), поздняя спаечная кишечная непроходимость (n=1), вентральная грыжа (n=1). Выживаемость составила 60% с тенденцией к снижению за последние годы. Отдаленный результат изучен у 15 детей. Объем желудка восстановился к 1-2 летнему возрасту. У пациентов с тотальной гастроэктомией и субтотальной резекцией отмечается В12дефицитная анемия. Качество жизни детей не нарушено.

Вывод: Перфорация желудка у новорождённого остается редким заболеванием с высокой летальностью, более характерным для недоношенных детей, развивающимся преимущественно в первые сутки после рождения. При выживании имеется положительный катемнестический результат.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Баязитов Р.Р., Новоженина Д.С. (Уфа)

Цель: 1. Анализ и улучшение результатов лечения мембранозной непроходимости желудка и двенадцатиперстной кишки у новорожденных и детей раннего возраста.

Материалы и методы: с 2008 по 2017 год в отделении хирургии новорожденных и детей раннего возраста РДКБ г. Уфы пролечено 1228 детей с врожденными пороками развития. Из них 49 детей с мембранозной непроходимостью желудка и двенадцатиперстной кишки, что составляет 4 % от всех ВПР. 19 случаев - мембрана антрального отдела желудка, 30 случаев - мембрана двенадцатиперстной кишки. Распределение по полу: 54% мальчики, 46% девочки. 2 случая – летальность, в результате тяжелой сочетанной патологии.

Диагностика. Алгоритм диагностических мероприятий: анализ клинической картины - срыгивания, рвота сразу после рождения, недостаточная прибавка массы тела, отсутствие эффекта от консервативной терапии; ФЭГДС – основной метод диагностики, непроходимость эндоскопа в месте мембраны; рентгенконтрастное исследование – увеличение размеров желудка, задержка контраста в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Оперативное лечение: из 49 случаев, 31 (63%) ребенку проведена лапаротомия, продольная дуоденотомия, иссечение мембраны, наложение поперечных однорядных швов. 1 случай – лапаротомия, наложение дуодено-еюноанастомоза, за счет наличия аберантного сосуда в области нисходящей части двенадцатиперстной кишки, развитие осложнения в виде его непроходимости, с последующим наложением переднего гастро-энтероанастомоза. 18 (36%) детям восстановление проходимости произведено лапароскопическим доступом.

Выводы: 1. Мембранозная непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно сложная, с точки зрения диагностики, патология, что часто приводит к позднему поступлению ребенка в хирургический стационар.

2. Детям с синдромом срыгивания и рвоты, показано проведение ФЭГДС и рентгеноконтрастного исследования ЖКТ.
3. При установке диагноза - высокой частичной кишечной непроходимости, предпочтительна лапароскопическая коррекция порока, в связи с минимальной инвазивностью, сокращением послеоперационных койко-дней, хорошим косметическим результатом.
4. У врачей всех уровней, как соматического, так и хирургического профиля, должна быть информированность, относительно данной патологии, с целью своевременного выявления и коррекции порока.

### **ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАШАТЫРНЫМ СПИРТОМ**

Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Комиссаров И.А., Асфандияров Б.Ф., Гумеров Р.А., Филиппов Д.В., Денисов А.А., Федотова В.Н. (Уфа)

Химический ожог толстой кишки у детей встречается крайне редко и является следствием небрежности при выполнении клизмы. В прямую кишку случайно вводятся агрессивные растворы: перекись водорода, раствор перманганата калия, различные кислоты, нашатырный спирт и др. Целью нашего сообщения является описание химического ожога толстой кишки нашатырным спиртом. Мальчик Г., 3 лет, обратился в приемное отделение Центральной районной больницы 05.06.2017 г. с жалобами на запоры, боли в животе. Для разрешения копростазу мальчику назначена клизма раствором глицерина, но в прямую кишку ошибочно введен раствор нашатырного спирта. Проводилась экстренное неоднократное промывание прямой кишки теплой водой (по 300 мл) через зонд, затем выполнена масляная клизма. Проводилась комплексная терапия. Переведен в Республиканскую детскую клиническую больницу через 16 часов после травмы. При поступлении общее состояние тяжелое. Температура тела 38,6<sup>0</sup>. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, пульс 130 уд/ мин. АД – 110/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот вздут, болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Перистальтика кишечника не выслушивается. Мочеиспускание не нарушено. После предоперационной подготовки выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости геморрагический выпот. Обнаружен обширный некроз толстой кишки. Произведена резекция 2/3 нисходящей и поперечно – ободочной сигмовидной и часть прямой кишки и сформирована колостома. Культия прямой кишки длиной до 4 см ушита. Диагноз: химический ожог толстой кишки, перитонит. Сопутствующие заболевания: артрогрипоз (поражение нижних конечностей). После операции проводилась инфузионная, антибактериальная терапия и анальгезия. Послеоперационный период протекал гладко. На 14 сутки больной выписан домой при наличии колостомы. Через 3 месяца ребенок направлен в СПбГПМУ для оперативного лечения. После клинико-лабораторного исследования, ирригографии, пассажа контраста по желудочно-кишечному тракту 29.11.17 выполнена реконструктивно-восстановительная операция на толстой кишке. Закрытие колостомы. Низведение толстой кишки на промежность с формированием кишечного анастомоза по Дюамелю. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12-е сутки при осмотре колоректальный анастомоз свободно проходим. Явлений стеноза нет. На 13-й день больной выписан. Через 3 месяца при клиническом осмотре выявлен стеноз в зоне колоректального анастомоза. Проводилось бужирование прямой кишки по схеме с хорошим исходом. При очередном осмотре через 7 месяцев жалоб нет. Стул регулярный, самостоятельный. Таким образом, данное наблюдение представляет несомненный интерес для практических хирургов в плане редко встречающегося обширного некроза толстой кишки нашатырным спиртом. Причиной возникновения данного осложнения явились невнимательность, небрежность медицинского персонала.

## **ЭПИСПАДИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

Демидов А.А.; Староверов О.В.; Шуваев А.В.; Заботина Э.К. (Москва)

**Актуальность:** Проблема лечения недержания мочи при эписпадии — пороке развития нижних мочевых путей — является наиболее сложной и актуальной в связи с тяжестью врожденных анатомо-функциональных нарушений, отсутствием универсального метода лечения, позволяющего в полной мере достичь удержания мочи и управляемого акта мочеиспускания.

**Цель:** Представить результаты дифференцированного подхода к лечению недержания мочи при субтотальной эписпадии без реконструкции мочепузырных структур и имплантацией синтетических слингов.

**Материал и методы:** Под нашим наблюдением в течение 40 лет находилось 409 детей с эписпадией. С соотношением гендерной дифференцировки 2,4:1 (мальчиков 288, девочек - 121). На первоначальном этапе всем детям выполнялась пластика "шейки" мочевого пузыря по В.М. Державину. Эффективность лечения – составляла до 60%, причем у ряда больных сфинктеропластика проводилась повторно. В процессе изучения патфизиологии транспорта мочи по нижним мочевым путям установлены значения возраста, гемодинамики, иннервационных (соматических, вегетативных компонентов), анатомических нарушений в системе сфинктеры-мочевой пузырь для определения алгоритма и объема инвазивных вмешательств, при субтотальной эписпадии. С целью дифференциальной-диагностики и определения объема инвазивных вмешательств, перед операцией, выполнены общепринятые методы урологического обследования, уродинамические исследования с уретральной ортостатической профило-метрией напряжения в сопоставлении с электронейромиографией, реопельвиографией, лазерной доплеровской флоуметрией. На фоне постоянной консервативной терапии выполнены уретропластики как монометод или в сочетании с петлевыми операциями с использованием синтетических слингов (TVT; TVT-O; AdVance). С 2004 года оперировано 17 детей: в 11-и наблюдениях, 4 мальчика, 7 девочек, имплантировано 13 слингов, (у мальчиков однократно одномоментная, и в одном случае последовательная имплантация 2-х петель). И у 6-х, четыре девочки и два мальчика, эффект континенции достигнут после уретропластики.

**Результаты:** В отдаленные сроки у двоих пациентов после уретропластики сохранялись единичные эпизоды потерь мочи до 10-27мл суммарно, в сутки, при физических нагрузках на фоне наполненного мочевого пузыря. В остальных случаях достигнут эффект управляемого мочеиспускания, удержания мочи более 1,5 часов в любом положении тела, сроки наблюдения от 1 года до 5 лет.

**Выводы:** Выбор способа оперативного лечения и объем хирургической помощи у детей с субтотальной эписпадией уретропластика как монометод, или в сочетании с петлевой операцией, без манипуляций на мочевом пузыре должен определяться на основании данных обследования позволяющих верифицировать основные звенья в патогенезе дисфункции миогенных структур в системе детрузор - сфинктерные элементы- тазовое дно и емкостно-адаптационной способности детрузора.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Джумабаев Ж. У., Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А., Юлчиев К.С., Юнусов Ш.Ш. (Андижан, Узбекистан)

Среди детского населения достаточно часто могут встречаться различные виды врожденные деформации грудной клетки. По данным отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросом диагностики и лечения детей различных деформации

грудной клетки имеет большое количество наблюдений. Большинство авторов рассматривают ДГК как патологию вызывающее функциональные нарушения со стороны органов грудной клетки.

Цель: Изучить психическое состояние детей с деформацией грудной клетки.

Материалы и методы. В торакальном отделе многопрофильного детского медицинского центра нами было госпитализировано 100 детей на обследование и лечения с диагнозом деформация грудной клетки. В основном воронкообразная и килевидная деформация грудной клетки с различной степенью в возрасте от 2-х до 16 лет. Распределение детей по возрасту было следующей: 2-6 лет - 30 детей, 7-12 лет – 50 детей, 12-16 лет 20 детей. Мальчиков было 65, девочек 35. Из анамнеза установлено, что у всех, деформация замечено с рождения, 20% из них получали антирахитическое лечение. При сборе анамнестических данных мы особое внимание уделяли субъективным жалобам детей и их родителей. Отношение детей к патологии имеющее у них, общение и поведение дома и её пределами. Детям школьной возрастной группы кроме общеклинического обследования было проведено психологическое, которое проводилось по следующей схеме:

1. Контакт при осмотре: а) не вступает, б) вступает с трудом, легко вступает. 2. Поведение: а) возбудим, б) спокоен, в) адекватен, г) апатичен. 3. Эмоциональная сфера: а) истеричен, б) застенчив, в) заторможен, г) общителен; 4. Отношение к патологии: а) негативное, в) безразличие, г) не обращает внимания. При обследовании детей более старшего возраста дополнительно к пунктам 1-4; 1. Отношение к себе: а) уверен, б) не уверен, г) самоуверен. 2. Отношение к учёбе: а) учиться охотно, б) безразличие, г) негативное отношение. 3. Отношение со сверстниками противоположного пола: а) негативно, б) стеснительно, в) общительность.

При оценке данных психологического обследования выявлено дети младшей возрастной группы комплексу неполноценности не вызывает особых беспокойств. С возрастом нарастает влияние на развитие ребенка; развивается апатия, застенчивость. У 50% детей школьного возраста безразличие к учёбе и оценкам. Возникает трудности в общении со сверстниками, становится более эмоциональными. Наблюдается прямая зависимость психического состояния от возраста и степени выраженности деформации. Всем детям после предварительной подготовки была проведена корригирующая торакопластика. В отдаленные сроки после оперативного лечения детей большинство отклонений психики исчезли.

Таким образом, дети особенно старшей возрастной группы с деформацией грудной клетки осознает свой физический недостаток, стараются скрыть его, что может привести к вторичным психическим нарушениям. Необходимо уделять на это особое внимание, что имеет важное значение на результат лечения.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ**

Дорожкин А.А., Игнатьев Е.М., Петрикова Н.И. (Белгород)

Эффективность лазерных манипуляций диктует необходимость обобщения данных о преимуществах и особенностях их применения. Цель работы: оценить качество лечения пациентов с использованием фокусированного лазерного излучения.

Материалы и методы исследования. С 2015г. отделение амбулаторной хирургии ДОКБ г. Белгорода оснащено лазерным аппаратом «АЛЮД-01» Проведен когортный ретроспективный анализ опыта использования последнего в лечении детей с доброкачественными образованиями кожи. Выполнен анализ количественных и качественных атрибутивных признаков исследуемой группы.

Результаты и их обсуждение. За 2015-2016гг. нами было выполнено 125 манипуляций с использованием лазерного излучения. Данный метод - метод выбора в случаях поверхностно-располагающихся новообразований кожи - невусы, капиллярные

гемангиомы, ангиодисплазии. Пролечено 124 пациента. Проводимые манипуляции относились к I типу операции, в ходе которых проводят абляцию участка пораженной кожи, включая эпидермис. Анализу подверглись все 125 случаев. По половому критерию дети разделились на 2 группы: мальчики – 57 (45,9%), девочки 67 (54%). Средний возраст пациентов составил 8,8 лет. Среди мальчиков и девочек 7,6 лет и 9,4 лет соответственно. Из 124 - 59 детей (47,2%) были госпитализированы на дневной стационар, остальные лечились амбулаторно. Манипуляции в 52 случаях (41,6%) сопровождались местной анестезией. 73 операции (58,4%) выполнено под аппаратно масочным наркозом (средний возраст детей - 4,5 года). По локализации большая часть манипуляций пришлось на область лица (88 процедур – 70,4%). Минимальные размеры абляционного кратера являлись приоритетными. Косметический эффект и короткие сроки ухода за послеоперационной раной позволили оценить в 123 случаях результат лечения как положительный. Выполнено анонимное анкетирование (SF-36). Оценивались критерии физического и ролевого функционирования (PF, RP), общее здоровье (GH) и жизнеспособность (VT). Опрошено 100 пациентов. Все оценивают PF и RP – 30/30 и 8/8 соответственно. GH оценено в 99 случаях по шкале 25/25, и в одном случае на 24\25 - больные оценивают свое здоровье, как максимально допустимое, что вместе с оценкой VT (24\24) свидетельствует об ощущении себя в послеоперационном периоде полным сил. Выводы: 1. Использование лазерного излучения в амбулаторной практике детских хирургов является приоритетным с точки зрения максимально эстетичного эффекта при выздоровлении пациентов. 2. Отсутствие показаний к госпитализации в стационар определяет экономическую рентабельность использования данной методики в амбулаторной практике. 3. Оценка физического и ролевого функционирования, общего здоровья и жизнеспособности пациентов после операции доказывает приоритетность использования метода у детской группы населения.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ И ПОСТНАТАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Туманова У.Н., Немковский Г.Б., Козлова А.В. (Москва)

Одно из приоритетных направлений развития пренатальной диагностики – своевременная постановка диагноза врожденного порока развития для определения оптимальной стратегии наблюдения и родоразрешения женщины и оказания помощи новорожденному ребенку.

Цель работы. Проанализировать опыт наблюдения женщин с пренатально установленным диагнозом врожденных пороков легких у плода, особенностей течения беременности и родоразрешения с точки зрения эволюции порока, а также оказания помощи новорожденным на базе ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И.Кулакова». Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 189 историй наблюдения женщин, у которых признаки врожденного порока легкого у плода впервые обнаруживали в среднем на сроке 20-26 недель, и 163 истории болезни новорожденных, получавших лечение в отделении хирургии новорожденных, за период 2007-2018 годы.

Результаты. При первичной пренатальной диагностике врожденные пороки легкого были представлены односторонним поражением (100%): кистами различного диаметра неправильной формы с неровными контурами (168;89%) или гиперэхогенным участком ткани (21;11%). В ряде наблюдений отмечали синдром внутригрудного напряжения в виде смещения сердца в здоровую сторону за счет увеличения объема пораженного легкого (46;24,3%). Повторные УЗИ плода в сроке 33-35 недель выявили уменьшение количества и размера кистозных полостей (100;52,9%), отсутствие динамики (86;45,5%), отрицательная динамика (3; 1,6%). Большинству женщин при первичном выявлении



изменений в легких плода по месту жительства решением пренатальных консилиумов было рекомендовано прерывание беременности (162;86%). Все дети родились живыми, доношенными 155 (95%), недоношенными 8 (5%). Признаки асфиксии средней тяжести наблюдали у 30 (18,4%), тяжелой асфиксии - у 2 детей (1,2%), респираторная поддержка после рождения потребовалась 18 пациентам (11%). По данным обследования признаков легочной патологии не выявлено у 4 пациентов (2,4%), секвестрация легочной ткани - 69 (42,3%), кистозно-аденоматозная мальформация легочной ткани - 85 (52,2%), комбинация кистозно-аденоматозной мальформации и секвестра легкого - 5 (3,1%). Программная обработка 924 диагностических МСКТ изображений на основании математического анализа объема и структуры патологического очага, распространенности в органах и тканях, степени смещения средостения позволил определить показания к хирургическому вмешательству. Хирургическое лечение в возрасте от 2 недель до 3 месяцев выполнено в 142 случаях (87%), диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Объемное моделирование пораженных тканей и топическая диагностика сосудистого русла ускорила интраоперационный поиск соответствующих объектов и сократила длительность хирургического вмешательства. Течение послеоперационного периода гладкое, катамнестическое наблюдение не выявило отклонений от нормального роста и развития детей.

**Заключение.** Абсолютные показания к прерыванию беременности при выявлении признаков врожденного порока легкого у плода отсутствуют, необходимо наблюдение за течением беременности, родоразрешение женщины в акушерском стационаре III уровня с последующим обследованием и лечением новорожденного. Применение современного аппаратно-программного комплекса анализа диагностических изображений сокращает продолжительность операции и позволяет выполнять эффективные миниинвазивные вмешательства, в том числе у пациентов неонатального периода.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДИ ПО МЕТОДУ НАССА В ТЮМЕНИ**

Евдокимов В. Н., Аксельров М. А., Мальчевский В. А., Скрыбин Е. Г., Свазян В. В.  
( Тюмень )

**Актуальность.** Воронкообразная грудь представляет собой порок развития проявляющийся различным по глубине и форме западением грудины и передних отделов ребер. Является наиболее частым видом врожденной деформации грудной клетки. Деформации грудины и ребер могут вызывать у пациентов функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

**Цель.** Оценить результаты оперативного лечения детей с воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков по методу Насса.

**Материалы и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 126 детей, оперированных в клиниках Тюменского ГМУ методом Насса.

**Результаты.** В клиниках города Тюмени, по декабрь 2017г, по методу Насса оперировано 126 пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки. Показанием к операции служила 2 и 3 степень по индексу Gyzycka. Возраст пациентов варьировал от 4 до 18 лет. Время операции в среднем составила  $39 \pm 4,22$  минут. Кровопотери во время вмешательства не было (не более 10 мл). У 8 (6,34%) детей в послеоперационном периоде зафиксированы осложнения. Пневмоторакс зафиксирован у 6 (4,76%) пациентов, из них у 3 потребовалось дренирование плевральной полости. Гемоторакс и гемоплеврит видели у 2 (1,58%) больных. 1 из этих детей выполнялись пункции и дренирование плевральной полости, 1 проведена санационная торакоскопия. Средняя продолжительность госпитализации составила  $7 \pm 2,85$  суток. У 37 больных пластина демонтирована в период  $2 - 9 (4,83 \pm 2,48)$  лет с хорошим косметическим результатом.

Заключение. Торакопластика по Нассу позволяет добиться хороших клинических и косметических результатов при воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков.

## **К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

Елин Л. М., Машков А. Е., Слесарев В. В. (Москва)

Цель работы: определить роль суперинфекции в этиологии острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП) у детей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 240 больных с легочно-плевральной формой острой гнойной деструктивной пневмонией (ОГДП). Всем детям проводились общеклиническое обследование, анализ на фагоцитарную активность нейтрофилов (ФА) и фагоцитарный индекс (ФИ), посевы на микрофлору из зева, крови, раны, лучевые методы диагностики, некоторым детям выполнялась бронхоскопия;

Результаты: У всех детей с ОГДП в динамике был изучен характер микрофлоры отделяемого из плевральной полости. В ходе проведенного анализа полученных данных выявлено, что в начале заболевания ведущая роль в этиологии ОГДП принадлежит *Staphylococcus* преимущественно *Staphylococcus haemolyticus*. В течение отмечена тенденция к изменению лидирующей флоры, присоединению новых микроорганизмов или их ассоциаций. Смену лидирующей микрофлоры или присоединения нового микроорганизма на фоне не завершившегося инфекционного процесса мы расцениваем как суперинфекцию. Мы исследовали ряд факторов иммунитета и гемограммы в 2-х группах детей с осложненными формами ОГДП с различной динамикой микрофлоры в содержимом плевральной полости. В контрольную группу вошли 20 детей в динамике заболевания у которых состав микрофлоры не изменялся. Во 2 группу вошли 71 больной, у которых при поступлении в посеве из плевральной полости высевалась монокультура, в процессе заболевания отмечена смена лидирующей микрофлоры или присоединение к ней других микроорганизмов-суперинфекция. В исследованных сывороточных иммуноглобулинах у больных были отмечены выраженные реакции IgM в ответ на присоединение или смену микрофлоры. В группе детей с суперинфекцией отмечено значительное уменьшение ФА. Во 2-й группе больных выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение количества сегментоядерных нейтрофилов. У 48% детей наблюдалась выраженная температурная реакция, отрицательная аускультативная динамика. У 11% детей отмечалась отрицательная динамика рентгенологической картины, УЗИ и некоторое повышение токсикоза. Отрицательная динамика клинических показателей совпадала по времени с вышеуказанными изменениями в лабораторных параметрах.

Выводы: вероятная смена этиологического фактора при тяжелых формах ОГДП свидетельствует о целесообразности проведения микробиологического исследования не реже 1 раза в 5-7 дней до полного выздоровления. Повышение сывороточного IgM в динамике заболевания следует расценивать как достоверный критерий суперинфекции, что позволяет проводить своевременную коррекцию лечения до получения результатов микробиологического обследования с учетом того.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

Ереджибокова М.Ю., Шадрин Э.М., Барова Н.К., Васильева С.Р. (Краснодар)

Введение. Бактериально-деструктивная пневмония (БДП) является одной из наиболее тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний детского возраста, доля БДП составляет 10-

15% от общего числа пневмоний у детей, у более 50% больных отмечены осложненное течение заболевания и хронизация процесса.

Цель. Провести анализ комплекса реабилитации у детей с деструктивной пневмонией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 148 больных детей от года до 17 лет с БДП, находившихся на лечении в детской краевой клинической больнице г. Краснодара с 2010 по 2015 гг. Легочно-плевральная форма БДП диагностирована у 118 детей (79,73%), легочная форма у 30

(20,27%) больных. Комплекс лечения состоял из консервативных методов (селективная антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия; комплекс физиотерапевтического лечения; комплекс кинезотерапии) и по показаниям хирургического лечения – малоинвазивные технологии, направленные на санацию и ограничение патологического очага. Контроль осуществлялся на протяжении лечения методами рентгенографии, КТ органов грудной клетки, УЗИ плевральных синусов.

Результаты. Выявлена четкая сезонность заболеваемости БДП – осенне-зимний период года. Бактериальное исследование: микст-инфекция в различных комбинациях - в 35%, не отмечено роста патогенной флоры в 37%; в 72% случаев основным возбудителем БДП явился *Staphylococcus aureus*. Консервативными методами излечено 25 (17%) детей, из них 16 (64%) с мелкоочаговой и буллезной формами деструкции, 2 (8%) – в стадии преддеструкции, 7 (28%) – с дренирующимся через бронх абсцессом легкого. Сочетанием консервативных и хирургических методов пролечено 123 (83%) больных. Обсуждение. Комплекс физиотерапевтических методов лечения включал: э.п.УВЧ на очаг воспаления, далее – магнитное поле в сочетании с лазерной терапией. При наличии фибриноторака в комплекс физиотерапевтического лечения добавлялся электрофорез полиминеральных салфеток на основе природной йодобромной воды. Кинезотерапия назначалась вместе с физиотерапевтическим лечением при дренирующемся через бронх абсцессе легкого после курса э.п.УВЧ. Широко использовались методики кинезотерапия: постуральный дренаж, перкуссия и вибрация грудной клетки.

Выводы. У 80% детей раннее назначение предложенного комплекса реабилитации способствовало улучшению состояния на 3-4 сутки от начала заболевания. Проведенные 2 курса реабилитации у больных с фибринотораксом способствовали уменьшению толщины париетальной плевры, отсутствию фибринозных наложений в плевральном синусе. Таким образом, предложенная многокомпонентная программа реабилитации детей больных БДП позволяет значительно улучшить прогноз заболевания.

## **СИНДРОМ «ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА» - НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ**

Жайлганов А.А., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Шакеева А.Р.  
(Астана, Республика Казахстан)

Синдром фиксированного спинного мозга (tethered cord syndrome) – объединяет группу неоднородных по происхождению, но схожих по патогенезу заболеваний, для которых специфична совокупность выпадения функций каудальных отделов спинного мозга и его корешков [Ульрих Э.В. 2002].

Нами оперировано 28 больных с синдромом фиксированного спинного мозга (ФСМ). Причины заболевания были многофакторными и включали в себя утолщение и склерозирование терминальной нити у 7 (25 %) больных, интрадуральные образования, которые фиксируют каудальные отделы спинного мозга к мозговым оболочкам или окружающим тканям встречались у 21 пациента (75%). Прогрессирующее течение заболевания имело место у 18 (64,2 %) пациентов и характеризовалось длительным нарастанием неврологической симптоматики. В клинической картине определялись – синдром Минора в 24 (85, 7 %\_ случаях, нарушение функции тазовых органов по типу

недержания у 3 (10,7 %) и задержки у 20 (71,4 %) пациентов, костно-суставные деформации и мышечные атрофии нижних конечностей – в 17 (60,7%) случаях, нарушения походки и сколиоз – у 19 (67,8 %) и 12 (36,7 %) больных соответственно, косоплоскость у 8 (28,6 %) пациентов с ФСМ. Костные аномалии позвоночного столба, встречались у 60-65 % пациентов с синдромом ФСМ и включали различные варианты расщепленного позвонка, дефекты дуг и тел, сакральную агенезию, синдром каудальной регрессии. Дермальный синус диагностирован у 3 пациентов, а его воспаление в 2 случаях. Сочетание дермального синуса с итрадуральными эпидермоидами, дермоидными и тератоидными опухолями выявлено у 3 больных. Спинальные липомы и им подобные спинальные новообразования составили до 30 % всех люмбосакральных объемных образований. Хирургическое вмешательство при ФСМ выполнялось с идентификацией всех фиксирующих элементов под контролем интраоперационного нейромониторинга, менингомиелорадикулолиз с эксцизией конечной нити и реконструкцией нормальной спинальной анатомии. Оперативное лечение в разной степени обусловило динамику и регресс мышечной слабости, чувствительных нарушений, тазовых расстройств и болевых проявлений. При этом восстановление двигательных расстройств имело место в 15 (53,6 %) случаев, регресс нарушений чувствительности нарушений у 13 (46,4 %) пациентов, купирование боли и улучшение функции детрузора мочевого пузыря у 24 (85,7 %) и 18 (64,2 %) больных соответственно.

Таким образом, своевременные и адекватно выполненные реконструктивные операции, до развития грубой неврологической симптоматики, являются патогенетически обоснованным методом лечения остеохондральных аномалий спинного мозга и терминальной нити и позволяет улучшить качество жизни ребёнка в рамках имеющегося неврологического дефицита.

#### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК**

Журило И. П., Черногоров О. Л., Пыжова А. В., Сергиенко М. В., Козьмин М. А. (Орел)

В последние годы лапароскопические технологии широко используются при острых процессах органов малого таза у детей и подростков.

Целью нашей работы явилось обобщение собственного опыта диагностики и лечения перекрута придатков матки у девочек, а также определение рациональной лечебной тактики при данной патологии.

В отделении хирургии для детей БУЗ Орловской области «НКМЦ помощи матерям и детям им.З.И.Круглой» за период с 2006 по 2018 гг. находилось на лечении 29 больных в возрасте от 1 года до 18 лет с диагнозом перекрут придатков матки. Всем пациенткам оперативное лечение проводилось по экстренным показаниям. В 26 случаях выполнены лапароскопические вмешательства, однако в 4-х из них потребовалась конверсия. 3 пациенткам оперативное пособие осуществлено посредством лапаротомии. У 13 больных перекрут придатков матки возник на фоне кист и доброкачественных опухолей яичников (зрелые тератомы, киста яичника). Функциональные кисты яичника сопровождали перекрут придатков в 7 случаях, в 4 случаях были выявлены зрелые тератомы, киста яичника выявлена в 1 случае и в 1 случае – параовариальная киста. В 2-х случаях перекрут придатка сопровождался апоплексией яичника. У 3 пациенток помимо явлений перекрута придатка во время лапароскопии выявлены катаральные изменения в червеобразном отростке и выполнена аппендэктомия. Основным этапом оперативного вмешательства являлась деторсия придатка и ликвидация перекрута. За анализируемый период выполнено 31 оперативное вмешательство. Учитывая необратимые изменения в яичнике в 6 случаях произведена овариэктомия. У одной больной с некрозом маточной трубы выполнена тубэктомия. У остальных 22 пациенток при первичном вмешательстве основной объем операции составил деторсию придатков. Следует отметить, что в 2 случаях отмечался рецидив перекрута яичника (спустя 3 и 4 мес после первичного

вмешательства), что потребовало проведение релaparоскопии и фиксации придатков матки к брюшине. У всех больных послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдалось. Пациентки выписаны с выздоровлением. Среднее пребывание больных в стационаре составило 6,3 койко-дня. Во всех случаях в ближайшем послеоперационном периоде осуществляли сонографический контроль с доплерографией в динамике. Полученные результаты свидетельствуют о восстановлении кровообращения в придатках после оперативной деторсии. Контрольное УЗИ органов малого таза выполняли через 1 мес после вмешательства. Патологических изменений в эти сроки выявлено не было. Все пациентки передаются под наблюдение гинеколога по месту жительства.

Таким образом, при перекрутах придатков матки у детей и подростков предпочтительна органосохраняющая тактика независимо от давности заболевания и макроскопической картины после деторсии. Результаты контрольных УЗИ с доплерографией свидетельствуют о полном восстановлении кровоснабжения после ликвидации перекрута. Считаем нецелесообразным выполнение фиксации придатков матки при первичном оперативном вмешательстве. По нашему мнению ее необходимо осуществлять исключительно в случаях рецидивирующего характера заболевания.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Журило И. П., Черногоров О. Л., Мамошин А. В., Бодрова Т. Н., Леонова Е. И. (Орел)

Целью исследования явилось обобщение результатов консервативной тактики при травматических повреждениях селезенки (ТПС) у детей и определение критериев ультразвукового мониторинга (УЗМ) органов брюшной полости у пациентов с данной патологией.

За период с 2010 по май 2018 года в хирургическом отделении НКМЦ им.З.И.Круглой г.Орла находилось на лечении 30 детей с ТПС в возрасте от 2 до 17 лет (22 мальчика и 8 девочек).Изолированные повреждения селезенки имели место у 28 детей, сочетанная травма – у 2 пациентов. В анализируемый период активно применяли консервативный метод лечения при ТПС, что позволило избежать операции у 26 (86,6%) пациентов. Лишь в 2-х случаях (6,7%) выполнена спленэктомия (2010 г), еще у 2-х пациентов произведена диагностическая лапароскопия и санация брюшной полости. УЗМ был основным методом динамического контроля. При выполнении УЗИ оценивали целостность капсулы селезенки, состояние паренхимы, характер и локализацию повреждений, объем и качественные характеристики свободной жидкости в брюшной полости, а также их изменения в динамике. Нарушение целостности капсулы селезенки выявлено у 19 больных (63,3%), а подкапсульные и интрапаренхиматозные гематомы – у 11 пациентов (36,7%).При внутриорганных разрывах основное внимание уделяли оценке размеров гематомы и толщине паренхиматозного слоя над образованием. В плане возникновения осложнений (вторичный разрыв) опасны подкапсульные гематомы. При пенетрирующих повреждениях осуществляли 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 использовали методику расчета (И.П.Журило и соавт., 2011) индекса интенсивности кровотечения (ИИК). Последний представляет процентное отношение объема свободной крови к ОЦК на единицу времени (%ОЦК /час). Уровнем допустимой кровопотери считали показатель  $ИИК \leq 5\%$ . Среди наших пациентов у 15 больных с нарушением целостности капсулы селезенки и наличием гемоперитонеума ( $ИИК < 5\%$ ), а также у 11 с внутриорганными

повреждениями консервативная тактика была эффективной. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии, летальных исходов не было.

Таким образом, УЗМ у детей с ТПС является эффективным методом динамического контроля при консервативной тактике и определении показаний к оперативному вмешательству. Повторные УЗИ необходимо выполнять в экстренном порядке при нестабильности показателей гемодинамики. У пациентов с интраорганными повреждениями ультразвуковой контроль в течение 72 часов после травмы должен осуществляться с периодичностью 6 – 8 часов, для оценки состояния патологического очага в динамике. При наличии у больного гемоперитонеума, расчетный показатель ИИК более 5% свидетельствует о показаниях к операции.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТУМОРАДРЕАЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ**

Журило И. П., Аболмасов А. В., Черногоров О. Л., Медведев А. И., Файко И. В. (Орел)

Мы располагаем небольшим опытом лапароскопических операций при опухолях надпочечников у детей. Всего было оперировано 3 пациента. Возраст больных от 2,5 до 14 лет. Мальчиков было 2, девочек – 1. У всех пациентов опухоли надпочечников были выявлены при обследовании по поводу жалоб, не связанных с опухолевым процессом. Поводом для проведения УЗИ явились микрогематурия, дискинезия ЖВП, инфекция мочевыводящих путей. Окончательная визуализация и оценка распространенности опухолевого процесса во всех случаях осуществлялась с помощью СКТ. В двух случаях опухоли исходили из левого надпочечника, в одном - из правого. Опухоли овоидной формы. Максимальные размеры образования 64 x 42 x 61 мм, минимальные – 42 x 38 x 35 мм. В двух случаях, у больных 14-и и 6-и лет, опухоли имели мелкие гиперденсные включения (вероятнее всего, кальцинаты). У одного пациента (2,5 года) опухоль неравномерно накапливала контраст в венозной и отсроченной фазах, а также было выявлено увеличение уровня нейронспецифической энолазы (NSE) – 25,5 нг/мл (N < 13нг/мл). Отметим, что у двух старших пациентов уровень NSE не превышал нормативных значений. Техника лапароскопической туморадреналэктомии несколько отличается при правостороннем и левостороннем поражении, что обусловлено анатомическими особенностями кровоснабжения контрлатеральных надпочечников: правая надпочечниковая вена впадает непосредственно в нижнюю полую, а левая - в левую почечную вену. При достаточно больших размерах опухолей надпочечников справа к образованию интимно прилежит аорта, а слева - нижняя полая вена. Кроме того, открытый доступ очень травматичен, так как разрез должен быть достаточно протяженным. Четырехточечный доступ использовали в 2-х случаях, трехточечный – в одном. Центральный порт (10 мм) устанавливали в надпупочной области и два / три порта (5 мм) - в эпигастральной и левой параректальной области. После визуализации опухолевого узла над опухолью вскрывали париетальную брюшину. Продвигаясь в медиальном направлении мобилизовали и клипировали основной венозный ствол. Далее опухоль последовательно выделяли из окружающих тканей, используя ультразвуковую коагуляцию для обработки питающих артерий. Удаленные опухоли помещали в эндомешок. Проводили ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства на предмет метастатических очагов - патологически измененных лимфатических узлов ни в одном случае не выявлено. Для извлечения опухолевого узла в двух случаях, после удаления центрального 10 мм порта, был рассечен апоневроз белой линии живота. В одном - косой лапаротомный доступ длиной до 3 см был выполнен в параректальной области слева. Доступ растягивали ранорасширителями и эндомешок с опухолевым узлом извлекали из брюшной полости. Затем осуществляли ушивание точек доступа. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко. В двух случаях диагностированы ганглионевромы надпочечника (пациенты 14 и 6 лет), у одного больного

- низкодифференцированная нейробластома. Дополнительное обследование поражение костного мозга не выявило. Больной выписан из отделения и наблюдается. Таким образом, лапароскопическая туморадреналэктомия является малотравматичным и эффективным методом хирургического лечения, позволяющим соблюдать принцип абластики.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА**

Зеброва Т.А. Барская М.А. Хаслизянов А.К. Афанасьева А.Р. (Самара)

По данным авторов на сегодня заболеваемость некротизирующим энтероколитом составляет 2,4:1000 новорожденных, доля недоношенных детей составляет 76% в гестационном возрасте менее 36 недель и с массой тела менее 2000 г (81%). При улучшении акушерско-гинекологической службы, а также при оптимизации работы перинатальных консилиумов остается открытым вопрос, что же приводит к развитию этого серьезного заболевания, приводящего к смерти такого числа новорожденных, и как можно эти риски предотвратить или, по крайней мере, максимально их минимизировать?

**Цель исследования.**Целью исследования стала оценка факторов риска возникновения некротизирующего энтероколита у новорожденных и выявление наиболее часто встречающихся из них.

**Материалы и методы исследования.**Были проанализированы 14 случаев, наблюдавшихся в СГДКБ №1 им. Н.Н.Ивановой за 2016 год. Исследование производилось методами ретроспективного анализа и проспективного наблюдения – собеседования с матерью исследуемой группы новорожденных, перенесших НЭК.

**Результаты исследования и их обсуждение.**Известно, что существует сильная положительная связь между появлением НЭК и факторами риска, оказывающими свое воздействие в перинатальном периоде развития. Именно это и послужило стимулом для проявления нашего исследования. Мы постарались выявить и проанализировать факторы нарушения здоровья матерей, течения беременности, родов и послеродового периода, которые потенциально повлияли на развитие и течение НЭК у новорожденных. Мы установили, что возраст матерей у 7 из 14 новорожденных составил младше 20 или старше 30 лет. Отягощенное течение беременности отмечалось у 13 матерей (анемия, маловодие, ВУИ, ХФН). Преждевременные роды – у 13 матерей. Средний вес новорожденных составил 1912 г при максимальном значении 3960 г и минимальном – 765 г. Оперативным путем было родоразрешено 12 младенцев, 2 – самопроизвольные роды, 1 из них на дому а еще 1 – ягодичное предлежание, безводный период – 23 часа. Оценка новорожденных по шкале Апгар составила от 2 до 8 баллов (в среднем 5,5 б.). Все новорожденные с диагнозом НЭК находились на лечении в СГДКБ №1 им. Н.Н.Ивановой. Следует отметить, что в Самарской области хирургическая помощь новорожденным с врожденной и приобретенной патологией оказывается только в этом лечебно-профилактическом учреждении.

**Выводы.**На данный момент мы можем утверждать, что ни в одном случае заболевания НЭК нельзя отметить безупречное течение беременности, родов и послеродового периода. Таким образом, основываясь на проведенном анализе, можем подтвердить, что пролонгированное внутриутробное нарушение гемодинамики плода продолжается в постнатальной жизни и может быть причиной структурных и функциональных расстройств кишечника у новорожденных и выступать в качестве антенатального фактора риска в цепи патофизиологических событий, ведущих к НЭК.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

Зорин В.И., Наумов Д.Г., Мушкин А.Ю. (Санкт-Петербург)

*Актуальность:* Неонатальный сепсис является одной из актуальных проблем современной педиатрии вместе с тем вертебральные поражения в рамках данного состояния и их последствия недостаточно отражены в современной литературе.

*Цель:* Анализ группы пациентов, перенесших неонатальный сепсис с поражениями позвоночника.

*Материалы и методы:* Проведен анализ наблюдения и лечения клинической серии (монокентровая ретроспективная когорта), включавшей в себя 15 детей, перенесших сепсис новорожденных с поражением позвоночника и формированием ортопедических осложнений в виде грубого кифоза.

*Результаты:* Средний возраст детей на момент диагностики патологии позвоночника составил 2,5 месяца. В 7 из 15 наблюдений локальная кифотическая деформация выявлена в период купированного «острого» состояния. Наиболее часто, поразились грудные позвонки, преимущественно на уровне Th 7-8 – 73% случаев. Средняя величина кифоза 53°. Все дети оперированы в период с 2006 по 2017 гг. Показанием к операции являлась грубая, прогрессирующая деформация позвоночника на фоне постдеструктивного дефекта передней колонны. Объем операции включал реконструкцию с проведением переднего спондилодеза титановой блок-решеткой с аутокостью, либо только аутокостью. Вторым этапом проводилась задняя коррекция и фиксация позвоночника многоопорной ламинарной конструкцией. Средний возраст больных на момент операции составил 14 месяцев. Средняя величина коррекции кифоза 27°. Гистологическое и бактериологическое исследование операционного материала ни в одном случае не выявило признаков активности инфекционно-воспалительного процесса. Коррекция деформации и восстановление опорности передней колонны позвоночника достигнуты во всех случаях. Осложнения в раннем и позднем периоде наблюдения суммарно отмечены в 7 случаях. Повторные вмешательства потребовались у двоих больных: в одном случае в связи с нестабильностью ламинарной опоры, в другом на отдаленном этапе в связи с рецидивом деформации

*Выводы:* Одним из осложнений неонатального сепсиса является многоуровневый спондилит, исходом которого является формирование грубого кифоза на фоне субтотальной деструкции позвонков. Радикальная реконструкция позвоночника у детей раннего возраста позволяет достигнуть хорошего анатомо-функционального результата, при этом подобные операции относятся к высокому уровню риска и должны выполняться в специализированных клинических центрах.

## ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Зоркин С. Н. (Москва)

*Актуальность.* Актуальность проблемы варикоцеле лежит в тесной связи этого заболевания с мужским бесплодием. Существуют различные мнения по поводу показаний к оперативному вмешательству у детей и подростков. Так же многие авторы дискутируют на предмет техники оперативной коррекции заболевания. Пока ни одна из дискуссий не позволила нам получить ответы на поставленные вопросы. В связи с этим любые исследования в этой области должны продолжать выполняться, включая в первую очередь осмысление предлагаемых новых оперативных методик. **ЦЕЛЬ:** Цель работы: оценить эффективность операции Мармара у подростков с варикозным расширением вен гроздьевидного сплетения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Операция Мармара была выполнена 23 пациентам. Средний возраст составил от 11 до 17 лет. Диагноз заболевания выставлялся при проведении



плановых или диспансерных осмотров в школах и детских поликлиниках. В 3 случаях мальчики сами активно увидели проявления заболевания и проинформировали родителей. В 1 случае у подростка 17 лет отмечался болевой синдром. В последующем, после осмотра детским урологом, диагноз подтверждался по данным доплерографии сосудов семенного канатика, которая определяла увеличение диаметра вен, наличие венозного рефлюкса и констатировала положительную пробу Вальсальвы. Оперативное лечение проводилось под общим обезболиванием. Разрез кожи выполнялся несколько ниже наружного левого пахового кольца, отступая на 1 см от корня полового члена. Производилось выделение вен семенного канатика и их перевязка. Рана послойно ушивалась с использованием косметического шва. Длительность операции составила 30-40 минут. Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. Пациент выписывался из стационара на 2-е сутки. Контрольный осмотр и доплерография сосудов семенного канатика проводилась через 3 месяца после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Результаты контрольного обследования показали достаточно высокую эффективность операции Мармара с меньшим количеством рецидивов, что характерно для большинства, ранее используемых методик. Из 23 пациентов полное выздоровление было достигнуто у 20 пациента, что составило 86,9%. У 3 подростков отмечен рецидив заболевания (13,1%). В среднем рецидив оперативного лечения по литературным данным колеблется от 10 до 40%. У подростков эта цифра равна 20%. В раннем послеоперационном периоде отмечалась выраженная гематома в области мошонки и паховой области у 1 пациента. У другого пациента в течение 3-х месяцев сохранялся выраженный отек левой половины мошонки. Возможно, это будет случай развития водянки оболочек яичка, но говорить об этом, в связи с небольшим сроком наблюдения, еще рано.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Таким образом, можно говорить о том, что операция Мармара может рассматриваться как альтернативный вариант хирургического лечения варикоцеле, дающее меньшее число рецидивов и обладающая достаточно высокой эффективностью. Однако, необходимо помнить о более тщательном гемостазе при ее выполнении, так как это может привести к обширным гематомам.

## **СЛУЧАЙ АБСЦЕДИРОВАНИЯ КИСТЫ УРАХУСА С РАЗВИТИЕМ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА**

Зотин А.В., Ахмадуллина Л.Р., Матюшин В.С. (Ханты-Мансийск)

**Актуальность:** Киста урахуса обнаруживается в 1 случае на 40 000 новорожденных. В литературе имеются единичные случаи сообщений об абсцедировании кист урахуса, которое чаще бывает забрюшинным. Развитие перитонита при данной патологии является редким осложнением, опыт применения системы Vivano-Тес оказался успешным в лечение ребенка.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находился пациент Б., 3 лет, который был госпитализирован 25.11.2017г. в ОКБ г. Ханты-Мансийска. Жалобы при поступлении на задержку мочеиспускания. Был поставлен диагноз: Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря с острой задержкой мочи. С 26.11.17г. состояние пациента стало ухудшаться, за счет интоксикационного синдрома, лихорадки, появления перитонеальных симптомов. Вынесены показания для выполнения экстренной диагностической лапароскопии. По данным лапароскопии в брюшной полости выявлен разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Выполнена лапаротомия, в ходе которой был выявлен инфильтрат диаметром 7см, состоящий из большого сальника, стенки мочевого пузыря, петель тонкой кишки. Заподозрена абсцедирующая киста урахуса с прорывом в брюшную полость, с учетом распространенности перитонита, впервые в ОКБ у ребенка, сформирована лапаростома с аспирационной системой Vivano-Тес. Послеоперационное лечение ребенок получал в условиях реанимационного отделения. 28.11.17г. в плановом порядке выполнена

релапаротомия («secondlook»): проведена санация брюшной полости, выполнена резекция кисты урахуса с серозно-мышечной частью передней стенки мочевого пузыря. Продолжена вакуумная аспирация системой Vivano-Тес. Повторная ревизия и закрытие брюшной полости выполнено 01.12.17г. Получал антибактериальное лечение (цефпиразон/сульбактам), симптоматическую терапию. Выписан с выздоровлением на 16 сутки с диагнозом: Киста урахуса с абсцедированием и прорывом абсцесса в свободную брюшную полость. Осложнение: Разлитой фибринозно-гнойный перитонит, токсическая стадия. Абдоминальный сепсис.

Выводы: Редкий порок развития не позволил вовремя поставить диагноз, что привело к развитию тяжелого осложнения. Впервые применение в ОКБ г.Ханты-Мансийске вакуум-аспирационной системой Vivano-Тес у ребенка, помогло справиться с разлитым перитонитом. В литературе описаны единичные случаи применения такого способа лечения перитонита у детей. Считаем, что данный метод лечения увеличивает шансы на успех в лечении тотального гнойного поражении брюшной полости.

### **ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Зузова А.П., Тарасов А.А., Сергеева А.С. (Смоленск)

Цель: провести анализ своевременности диагностики, частоты выявления и вида микробиологической этиологии, адекватности хирургической тактики и эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) острых гнойно-деструктивных пневмоний (ОГДП) у детей в отделении детской хирургии в 2014-2017 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ лечения 33 пациентов. Выполнены микробиологические исследования (из содержимого плевральной полости) с идентификацией возбудителя и оценка адекватности АБТ согласно полученным результатам и рекомендациям.

Результаты: наблюдались 33 пациента в возрасте от 9 месяцев до 14 лет (до 1 года – 8, от 1 года до 4 лет -17, от 4 до 14 лет – 8); мальчики – 22(66,6%), девочки - 11(33,4%). В 2017 году группа детей в возрасте от 9 месяцев до 1 года была наибольшей и составила 8 пациентов. Преобладали дети с легочно-плевральной формой поражения - 29 (88%): пиоторакс – 8(28%), пиопневмоторакс - 21(72%). Двухсторонняя ОГДП наблюдалась у 20(68%) пациентов, левосторонняя – у 5(17%), правосторонняя – у 4(15%). Возбудители выделены в 7 (21,2%) случаях и были представлены: *S.pneumoniae* - 3 (30%), *S.aureus* - 4 (40%), *H.influenzae* - 1 (10%), *Acinetobacterspp.* – 1 (10%), *Candidatropicalis* – 1(10%). Плевральная пункция выполнялась от 1 до 3 раз 13 детям, торакоцентез с дренированием – 8, торакоскопия, декортикация легкого - 18. Эмпирическая АБТ состояла из монотерапии – у 18 (имипенем/циластатин (И/Ц) или меропенем - 4, цефотаксим и/или цефтриаксон (ЦСШ) – 8, цефоперазон/сульбактам (Ц/С) – 6); комбинированной – у 15 (ЦСШ + амикацин и/или метронидазол, И/Ц + метронидазол и/или амикацин). Проводились от 1 до 2 курсов со сменой или добавлением препаратов (макролиды, ЦСШ, линезолид, ванкомицин) продолжительностью каждого от 14 до 23. Койко/день в среднем составил -21,5 (от 9 до 48). Ступенчатая терапия была использована у 14 (42%) пациентов. Выводы: 1. В течение последних лет отмечено увеличение частоты встречаемости ОГДП у детей в возрасте до года. 2. Среди исследуемых пациентов преобладала легочно-плевральная форма поражения, что обусловлено поздней диагностикой. 4. Хирургическое лечение состояло из выполнения плевральных пункций, дренирования плевральной полости и торакоскопии с декортикацией легкого. 5. Выявлена низкая степень идентификации возбудителя, что обусловлено проводимой ранее АБТ, до получения материала. 6. Эмпирическая АБТ в целом соответствовала рекомендациям и результатам анализа по спектру. 7. При тяжелом течении заболевания проводилась деэскалационная АБТ включавшая карбапенемы, цефоперазон/сульбактам.

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Зыкин А. П., Шувалов М. Э., Дружинин В. Р., Соколов Ю. Ю. (Москва)

*Цель.* Определить возможности применения эндовидеохирургических вмешательств у детей с кистозными удвоениями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

*Материалы и методы.* Проведено ретроспективный мультицентровой анализ, который включал 16 клинических наблюдений за период с 2006 по 2018 годы. Возраст больных составил от 3 недель до 16 лет. Мальчиков было 10 (62,5%), девочек – 6 (37,5%). В группе удвоения желудка клинические симптомы (боль, пальпируемое объемное образование, рвота, высокая кишечная непроходимость, кровотечение) отмечены у 6 (54,5%) больных, бессимптомное течение имелось в 5 (45,5%) случаях. В группе удвоений ДПК — боль, рвота, желтуха, кровотечение, отмечены у 2 (40%), отсутствие симптомов — у 3 (60%). Программа обследования включала ультразвуковое исследование (100%), обзорную рентгенографию (70,0%), рентгеноконтрастное исследование (31,3%), фиброэзофагогастроскопию (68,7%), спиральную компьютерную томографию (56,3%), магнитно-резонансную томографию (25%). *Результаты и обсуждение.* В наблюдении удвоения желудка были у 11 детей. Интрамуральные удвоения обнаружены — у 8 (тело и дно желудка — у 3, пилородуоденального перехода — 5), изолированные (с забрюшинной локализацией) — 3. Удвоения ДПК выявлены у 5 пациентов, среди которых были пилородуоденальные — у 2, парафатеральные — у 2 (в том числе, дивертикулярное — 1), торакоабдоминальное — 1. Интрамуральные кистозные удвоения тела и дна желудка энуклеированы лапароскопически у всех (3) больных. Изолированные забрюшинные удвоения желудка выделены из окружающих тканей, так же в миниинвазивном варианте у 3 детей. Удвоения, переходящие с привратника на медиальную стенку ДПК, были фенестрированы с демукозацией внутренней оболочки у 4 детей, энуклеированы у 3. При парафатеральных удвоениях ДПК была выполнена трансдуоденальная фенестрация стенки кисты в одном случае и иссечение дивертикулярного удвоения — в 1 случае. В раннем послеоперационном периоде в 1 (6,25%) случае после иссечения гастродуоденального удвоения выполнена лапаротомия с ушиванием дефекта стенки ДПК. В остальных наблюдениях осложнений не отмечено. При удалении торакоабдоминального удвоения у 1 ребенка (6,25%) выполнена первичная оценка образования лапароскопически, далее применены традиционные торако- лапаротомные доступы. Таким образом, у детей возможна эндовидеохирургическая коррекция таких редких пороков развития, как пищевода, желудка и ДПК, тонкой и толстой кишки. Миниинвазивные вмешательства могут быть применены в разных возрастных группах больных при различных локализациях и анатомических вариантах пороков.

*Выводы.* Эндовидеохирургические вмешательства у детей с удвоениями желудка и ДПК являются малотравматичными, эффективными и могут быть применены в разных возрастных группах больных при различных локализациях порока.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Иванова Н. М., Петриченко А. В., Савлаев К. Ф., Шавырин И. А., Щупак М. Ю., Филижанко Т. В., Нишонов Д. К., Рохоев М. А. (Москва)

Актуальность: эндопротезирование при опухолях у детей улучшает качество жизни и социальную адаптацию маленьких пациентов, осложнения после эндопротезирования являются до конца не изученной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Цель: улучшение результатов лечения детей, больных злокачественными опухолями путем эндопротезирования, с целью сохранения конечности и улучшения качества жизни. Материалы и методы: с 2010 года в НИЦ имплантировано 24 эндопротеза 24 пациентам: 16 мальчикам и 8 девочкам в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст – 11 лет). Костные саркомы были у 22 пациентов: в 16 случаях была диагностирована остеосаркома, в 4 случае саркома Юинга, у 2 пациентов выявлена хондросаркома, 1 пациент страдал светлоклеточным раком почки с метастазом в проксимальный отдел левой плечевой кости, у 1 ребенка был метастаз ангиосаркомы печени в дистальный отдел бедренной кости. Поражение проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости было у 8 пациентов, у 2 детей отмечалось тотальное поражение большеберцовой кости, 4 детей с тотальным поражением бедренной кости, 4 больных были с поражением проксимального эпиметадиафиза плечевой кости, у 1 тотальное поражение плечевой кости, 2 пациента с поражением проксимального эпиметадиафиза бедренной кости, 3 детей с поражением дистального эпиметадиафиза бедренной кости. Удлиняющиеся эндопротезы имплантированы 15 пациентам от 4 до 15 лет, из них 9 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, 22 живы и находятся в ремиссии. У 4 детей с поражением проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости была нейропатия большеберцового нерва и контрактура суставов. У 1 ребенка с тотальным эндопротезированием бедренной кости было поверхностное инфицирование эндопротеза, купированное консервативно. У 1 больного после тотального эндопротезирования бедренной кости выявлен вывих головки эндопротеза, который потребовал дополнительного эндопротезирования вертлужным компонентом. У 2 детей имелся некроз кожных лоскутов послеоперационной раны, развилась перипротезная инфекция с образованием свищей, что потребовало удаления эндопротеза, установки временного спейсера, и в конечном итоге привело к ампутации бедра.

Выводы: органосохраняющее лечение путем эндопротезирования представляет собой приоритетное направление в педиатрической онкоортопедии, существенно повышая качество жизни пациентов, что имеет большое значение с деонтологических и социальных позиций, и должно проводиться в специализированных клиниках. Наиболее часто осложнения наблюдаются после эндопротезирования проксимального отдела голени, среди которых наиболее неблагоприятны инфекционные.

## **ОСТРЫЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ АКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Игнатъев Е.М., Тома Д.А., Тома А.Н., Сниткин Н.А., Свиридов А.А. (Белгород)

Убедительных систематизированных данных о соотношении частоты острого холецистита и различных заболеваний билиарного тракта в раннем детском возрасте нет. Заболевания желчного пузыря, относительно редки в детской практике, и на 1000 взрослых, приходится всего 1,5 педиатрических больных, с данной патологией. По данным разных авторов, в 90-95% случаев, острый холецистит является осложнением желчнокаменной болезни, и только в 5-10% данное заболевание развивается без конкрементов в желчном пузыре. Как в отечественной, так и иностранной литературы практически отсутствуют сообщения о деструктивных акалькулезных холециститах у детей раннего возраста.

Материалы. В педиатрическое отделение ДОКБ г. Белгорода поступила девочка 1,5 лет с жалобами матери на жидкий стул в течении 4 суток, повышение температуры тела до 38°C, однократную рвоту, вялость, слабость, вздутие живота, потерю в весе. В отделении проводилась инфузионная, антибактериальная терапия. На 3 сутки после госпитализации отмечается резкое ухудшения состояние ребенка, подъем температуры тела до 39°C,

вздутие живота, перитонеальные симптомы в области правого подреберья. По данным УЗИ имеется увеличение желчного пузыря (100мм x 45мм), стенка утолщена до 16 мм, в подпеченочном пространстве до 40-50мл жидкости. В экстренном порядке выполнена диагностическая лапароскопия- обнаружен резко увеличенный в размерах желчный пузырь (10,0x4,0см) грязно-зеленого цвета, напряжен, отечен. Выполнена холецистэктомия от шейки. Послеоперационный период протекал гладко на фоне антибактериальной, противогрибковой терапии. Ребенок выписан на 15 сутки. В бактериологическом анализе кала взятом при поступлении ребенка в стационар обнаружены *Kl. Pneumonia*, грибы рода *Candida*. Гистологическое заключение: стенка желчного пузыря на всем протяжении некротизирована, инфильтрирована кокковой микрофлорой, мицелием грибов. В последующем ребенок обследован в педиатрическом отделении, установлен диагноз целиакия.

Заключение. Таким образом, мы столкнулись с редкой хирургической патологией для ребенка раннего возраста – острым гангренозным холециститом. Данная патология возникла, вероятнее всего, как следствие тяжелого бактериально-грибкового энтероколита, возникшего на фоне целиакии.

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Казаков А. (Тверь)

Цель исследования: выбрать оптимальную лечебную тактику при инвагинации кишечника (ИК) у детей.

Материалы и методы: с 1996 по 2018 гг. в ГБУЗ ДОКБ г. Твери находились на лечении 214 детей с ИК. Возраст детей варьировал от 3 месяцев до 15 лет, из них мальчиков 123(57,5%), девочек 91(42,5%). Чаще встречалась в 95,7% случаев илеоцекальная инвагинация. Манифестация ИК включала следующие симптомы: приступообразная боль у 197(92,1%) детей, рвота у 145(67,7%), пальпируемое образование в животе у 94(43,9%), кровянистые выделения из прямой кишки у 81(37,8 %) пациента. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, эхографии и пневмоколоноскопии (ПКС), использовавшейся как диагностический и лечебный метод консервативной дезинвагинации. С 2014 г. ПКС была заменена на гидростатическую дезинвагинацию под контролем эхографии – гидроэхоколоноскопию (ГЭС), которая полностью исключает лучевую нагрузку на ребенка и персонал. Благодаря использованию эхографии в круглосуточном режиме с 2014 года диагноз ИК был подтвержден у всех пациентов в 100% случаях. Также оценивались размеры, локализация инвагината, с помощью доплерографии определялась степень нарушения кровотока в стенке и брыжейки ущемленной кишке и имелась возможность выявить органическую причину формирования кишечного внедрения.

Результаты: дезинвагинация методом ПКС, который использовался до 2014 г, выполнена у 90(60,8%) из 148 за этот период, эффективность дезинвагинации методом ГЭС выше – 55(83,3%) из 66 за период с 2014г. по настоящее время. Оперировано 69(32,2%) детей - из них у 13(6 %) выполнена лапароскопическая дезинвагинация, показания к которой выставлены сразу после выявления ИК, в 56(26,2%) случаях операция закончена лапаротомией и ликвидацией непроходимости. В этой группе оперированных детей, после неэффективной консервативной дезинвагинации, 13(6%) пациентам выполнена попытка лапароскопической дезинвагинации, которая во всех случаях не привела к успеху и потребовала конверсии, в 20(9,3%) случаях проведена лапаротомия и мануальная дезинвагинации методом «выдаивания», а у 23(10,7%) детей лапаротомия выполнена с резекций некротизированного участка кишки, среди которых в 9(4,2%) случаях был перитонит. Из 214 детей у 6(2,8%) произошел рецидив заболевания. У 2(0,9%) детей были осложнения в виде перфорации ободочной кишки после ПКС и лапароскопической дезинвагинации, которые завершились мануальной дезинвагинацией и

ушиванием поврежденных участков кишки. После ГЭС осложнений не было. Умерло после операций 2(0,9%) по причинам, не связанным с основным заболеванием.

Выводы: ГЭС является методом выбора лечения детей с ИК при своевременной установке диагноза. При неэффективности ГЭС и при перитоните показана лапаротомия и ликвидация непроходимости. Лапароскопия обоснована при неоднократных рецидивах ИК и в сомнительных случаях, требующих дополнительной визуализации и решения вопроса дальнейшей тактики лечения (тонкокишечная инвагинация, заворот кишечника, объемные образования).

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ**

Калинина Ю.А., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Кузнецов А.С. (Оренбург)

Гипоспадия – врожденный порок развития полового члена, при котором отсутствует задняя стенка уретры с соответствующей дистопией меатуса.

Цель. На основании результатов лечения детей с различными дистальными формами гипоспадии выработать тактику хирургического лечения данной категории больных.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2017 годы на базе отделения урологии – андрологии ГБУЗ «ГКБ №5» г.Оренбурга находились на лечении 412 пациентов с различными формами дистальной гипоспадии. Из них 260 пациентов с изолированной гипоспадией без искривления полового члена, 105 пациентов с вентральным и 47 пациентов с ротационным искривлением полового члена. Возраст детей составил от 1г 3 мес. до 3 лет, средний возраст пациентов - 1г 8 мес. Всем больным выполнялась первичная одномоментная коррекция порока развития. Для хирургической коррекции использовались две основные методики – операция Snodgrass и операция Mathiue в модификации Snodgrass (с продольным рассечением уретральной пластинки). Методом выбора деривации мочи в послеоперационном периоде был силиконовый катетер Фолея, удаляемый не ранее чем на 10-е сутки после операции. При оценке результатов операции в отдаленном послеоперационном периоде использовался визуальный осмотр полового члена и данные урофлуометрии. Результаты и обсуждения. Все пациенты в послеоперационном периоде в течение первых двух суток получали обезболивание наркотическими анальгетиками, антибактериальную терапию, перевязки с глицерином. В 78% случаев достигнут удовлетворительный результат оперативного лечения (нормальный тип кривой мочеиспускания по данным урофлуометрии, удовлетворительный косметический эффект, отсутствие осложнений в виде свищей и стриктуры). У 90 пациентов (22%) наблюдалось развитие осложнений в виде образования свищей (16%) и стриктуры неоуретры (6%), что потребовало повторной хирургической коррекции. Образование свищей отмечено в группе пациентов, у которых до операции диагностирована выраженная гипоплазия уретральной пластинки, и им была выполнена уретропластика по методике Mathiue в модификации Snodgrass. Стриктура уретры наблюдалась в группе пациентов, которым выполнена уретропластика по Snodgrass.

Выводы. Методом выбора в лечении гипоспадии у детей при нормально сформированной уретральной пластинке является операция Mathiue в модификации Snodgrass. При наличии гипоплазии уретральной пластинки – операция выбора – уретропластика Snodgrass.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Караваяева С.А., Котин А.Н., Немилова Т.К., Гопиенко М.А., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В., Леваднев Ю.В., Шишканова О.Ю.  
(Санкт-Петербург)

Цель: проанализировать особенности хирургической тактики при атрезии пищевода (АП) у новорождённых с низкой массой тела (< 2000 г) на основании опыта последних 5 лет.

С 2013 по 2017 гг. в ДГБ № 1 г.Санкт-Петербурга поступили 114 новорождённых с диагнозом АП. В выборку взяты 26 из них (23%) – с массой при рождении менее 2000 г (890 – 1960 г, срок гестации 26 – 37 недель). У 21 ребёнка имелся самый частый вариант порока – АП с нижним трахеопищеводным свищом (НТПС) (81%), в 3 случаях – изолированная форма (11 %), в 2 случаях – более редкие формы порока. У 12 детей выявлены множественные сочетанные пороки развития, у 3 из них – в структуре синдрома Эдвардса. Все дети оперированы в возрасте 1-3 суток жизни. При изолированной форме АП первый этап хирургического лечения предполагал гастростомию, что не отличалось от тактики у полновесных детей. При наличии НТПС большинству пациентов (71%) удалось наложить первичный анастомоз пищевода (из торакотомного доступа). У 6 детей (29%) это оказалось невозможным (из них только у 1 – по тяжести состояния ввиду недоношенности, тогда как у 5 – из-за непреодолимого диастаза между сегментами). Этим детям произведена ликвидация свища и гастростомия по Кадеру. В дальнейшем 1 ребёнку наложен отсроченный анастомоз торакоскопически (в 3 месяца), 1 выполнена заградничная пластика пищевода сегментом толстой кишки (в 10 месяцев), 4 погибли до этапа реконструктивной операции. У 5 пациентов отмечалась несостоятельность зоны анастомоза, всем произведена гастростомия, повторное вмешательство на пищеводе потребовалось только одному из них. У 4 пациентов исход благоприятный, 1 ребёнок погиб. Рецидив трахеопищеводного свища после анастомоза пищевода выявлен у 1 ребёнка (оперирован повторно с благоприятным исходом). Всего погибли 10 детей (летальность составила 38 %), у 8 из них смерть была обусловлена причинами, не связанными с АП или видом выполненной операции, а именно – сочетанными пороками развития, синдромом Эдвардса, внутрижелудочковым кровоизлиянием и т.п.

Таким образом, по нашим наблюдениям, большинству пациентов при АП с НТПС, несмотря на малый вес, удаётся наложить первичный анастомоз пищевода (традиционным доступом), с хорошими конечными результатами даже в случае возникновения осложнений. Следовательно, низкая масса тела не может являться единственным определяющим критерием при выборе хирургической тактики у новорождённых с АП.

## **ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.**

Карасева О.В. , А.В. Тимофеева, А.Л. Горелик, Д.Е.Голиков, К.Е.Уткина (Москва)

Актуальность: Атипичная клиническая картина, тяжелое течение и отсутствие настороженности определяют актуальность проблемы деструктивных пневмоний (ДП) в клинике неотложной детской хирургии

Цель: Проанализировать лечебно-диагностическую тактику при ДП в НИИ НДХиТ

Материалы и методы: За 6 лет на лечении находились 14 детей с ДП. Мальчики составили 78,6%(11), девочки – 21,4%(3). Средний возраст детей –8,4±6,1лет. Трое детей обратились самотеком, 11– переведены из других стационаров.

Результаты: Из трех детей, первично госпитализированных в НИИ НДХиТ, двое обратились с жалобами на боли в животе и были госпитализированы с подозрением на острый аппендицит, один ребенок - с абсцедирующим фурункулом скуловой области. Сроки от момента заболевания до обращения в стационар составили 3, 4 и 10 сут. У 2-х

детей были диагностированы абсцессы легких, которые были пунктированы и дренированы чрезкожно под УЗ-навигацией. У 11 детей, переведенных из других стационаров, наиболее часто (45,5%; 5) ДП являлась осложнением гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и костей: остеомиелит длинных трубчатых костей - 4, анаэробная флегмона верхней конечности -1. Средний срок заболевания до обращения в первичный стационар составил 6,5 сут. В 80% наблюдений консервативное лечение оказалось эффективным. В одном наблюдении проводили дренирование плевральной полости и торакоскопию. Второй по частоте (27,3%) причиной развития ДП в этой группе явилось осложненное течение пневмонии. Сроки догоспитального лечения составили 4, 9 и 14 суток. У одного ребенка был диагностирован абсцесс легких, который потребовал консервативного лечения. У одного ребенка в связи с развитием фиброторакса был выполнен торакоскопический адгезиолизис. В 18,2% наблюдений причиной развития ДП явилось осложненное течение ушиба легких тяжелой степени при политравме, либо вентилятор-ассоциированной пневмонии (9,1%). У одного ребенка был диагностирован абсцесс верхней доли, потребовавший дренирования; еще у одного – бронхопульмональный свищ, потребовавший активной хирургической тактики (бронхоскопия с окклюзией бронха, торакоскопия, дренирование плевральных полостей). 92,9%(13) детей потребовали лечения в условиях ОАР. У 8 детей (57,1%) был диагностирован сепсис и СПОН. Средний койко-день в стационаре составил 43±40сут. Погиб один (7%) ребенок с анаэробной флегмоной, осложнившейся развитием сепсиса и СПОН. Таким образом, ДП в клинике неотложной хирургии в большинстве наблюдений являлась осложнением гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и костей или травмы вследствие развития сепсиса и СПОН и имела агрессивное течение с формированием абсцессов легких (28,6%), фиброторакса (14,3%) и бронхопульмонального свища (7%). Пневмония, как основное заболевание, манифестировала клиникой острого живота.

Выводы: структура ДП в клинике неотложной детской хирургии полиэтиологична, что требует диагностической настороженности и своевременного принятия персонализированных хирургических решений.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ МЕГАДУОДЕНУМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Уткина К.Е., Ахадов Т.А., Хорчинова Э.Э. (Москва)

Актуальность. Мегадуоденум является редкой патологией у детей старше года. Часто заболевание имеет длительный субклинический период, а манифестирующие симптомы скрывают его под маской иных гастроэнтерологических заболеваний, что затрудняет и затягивает установку диагноза, а следовательно и лечение.

Цель: демонстрация лечебно-диагностической тактики при хроническом мегадуоденуме у детей. Материалы: 3 клинических наблюдения

Результаты: Все трое детей в периоде новорожденности были оперированы по поводу атрезии двенадцатиперстной кишки, после чего в течение длительного периода времени не имели жалоб. Манифестация клинических симптомов частичной высокой кишечной непроходимости пришлось на дошкольный и младший школьный возраст (5, 7, и 9 лет). Основными симптомами были плохая прибавка в весе и рвоты большим объемом. Диагноз устанавливали на основании комплексного обследования, обязательно включающего выполнение УЗИ брюшной полости, ЭГДС, рентгеноконтрастное исследование ЖКТ, МР-холангиопанкреатографию. Для уточнения состояния органов брюшной полости в одном случае выполняли диагностическую лапароскопию, совмещенную с гастродуоденоскопией, а также ангиографию сосудов брюшной полости. Особенностью наших наблюдений являлась уникальность каждого частного случая,



требующего индивидуального подхода к хирургическому лечению. Хирургическая тактика зависела от степени дилатации двенадцатиперстной кишки, расположения Фатерова сосочка от области анатомического препятствия. Таким образом, при схожести диагнозов детям выполнены различные оперативные вмешательства: субтатальная резекция двенадцатиперстной кишки, наложение дуоденоюноанастомоза лапаротомным доступом; лапароскопическое наложение дуоденоэнтеро - и энтероэнтероанастомозов; лапароскопическое наложение дуоденодуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде у всех детей отмечена положительная динамика в виде купирования рвот, сокращения размеров двенадцатиперстной кишки, восстановления пассажа по ЖКТ.

Заключение. Представленные наблюдения демонстрируют разнообразные варианты хронического мегадуоденума на фоне осложненного анамнеза, с длительным периодом бессимптомного течения. Полный комплекс диагностических возможностей позволяют максимально полно спланировать оперативное лечение и выбрать оптимальное для получения наилучших результатов лечения.

### **МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА**

Карасева О.В., Уткина К.Е., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Хорчинова Э.Э.(Москва)

Введение. Мальротация кишечника у детей, чаще всего, является патологией периода новорожденности и первого года жизни и манифестирует явлениями острой кишечной непроходимости. У детей старшего возраста структура причин острой кишечной непроходимости (ОКН) существенно отличается, в связи с чем мальротация редко является предметом диагностического поиска, что удлиняет сроки заболевания и приводит к диагностическим ошибкам.

Цель: Представить лечебно-диагностическую тактику при Синдроме Ледда у детей старше года на примере клинических наблюдений.

Материалы и методы. В НИИ НДХиТ за 2017г. было пролечено 3 детей в возрасте старше одного года с ОКН на фоне мальротации кишечника. У 2 детей имел место синдром Ледда, у 1 ребенка - сочетание синдрома Ледда с ущемленной мезоколикопарияетальной грыжей.

Результаты. Все дети поступили с острым абдоминальным болевым синдромом, проявляющимся резкими периодическими схваткообразными болями, сопровождающимися многократной рвотой, что требовало исключения ОКН, в том числе, инвагинации кишок. Один ребенок до поступления в хирургический стационар в течение суток находился на лечении в стационаре инфекционного профиля с диагнозом кишечной инфекции неясной этиологии. Всем детям выполняли УЗИ брюшной полости, на котором типичная картина ОКН с дилатацией петель тонкой кишки отсутствовала. У всех детей был выявлен "симптом водоворота" - закручивание верхней мезентериальной вены вокруг оси верхней брыжеечной артерии. Эхокартина кишечника носила разнообразный характер: повышенное газонаполнение в эпигастрии, фрагменты единичных дилатированных кишечных петель, причем у одного ребенка - не только 12 п.к. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляли уровень в 12 п.к. и сниженное газонаполнение в нижних отдела кишечника. При введении контраста перорально выявляли нарушение пассажа с 2 уровнями – в желудке и 12 п.к. Всем детям дополнительно выполняли КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, при котором также обнаруживали "симптом водоворота" и признаки частичной высокой кишечной непроходимости. После дообследования и короткой предоперационной подготовки все дети были оперированы. 2 детям с синдромом Ледда выполнена лапароскопическая операция Ледда, у пациента с сочетанием синдрома Ледда и ущемленной мезоколикопарияетальной грыжи потребовалась конверсия.

Послеоперационный период у всех детей протекал без явлений СКН и ССВР, пребывание в отделении реанимации не превысило 3 суток.

Выводы. Мальротация кишечника у детей старше года является редкой причиной кишечной непроходимости. Соблюдение алгоритма обследования при «остром животе» и направленный поиск при УЗИ «симптома водоворота» позволяет своевременно диагностировать данную патологию и выполнить адекватное хирургическое лечение с успешным исходом.

## **ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Каримов К.Р., Аслонов А.А., Восиев Ж.Ж., Каримов Р.К. (Бухара, Узбекистан)

Актуальность. Аномалии развития передней брюшной стенки встречается 1:5000 новорождённых и является актуальной проблемой хирургии новорожденных.

Цель. Анализ результатов лечения новорожденных с аномалией развития передней брюшной стенки.

Материалы и методы: в отделение неонатальной хирургии Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра с 2016 по 2017 гг. пролечено 7 новорождённых с аномалией передней брюшной стенки. 4 из них поступили с диагнозом «гастрошизис», остальные с «омфалоцеле». Все новорожденные с гастрошизисом родились недоношенными, весом от 1200 до 2000 г. В 3 случаях вне брюшной стенки оказались петли тонкой кишки и часть слепой кишки, в одном случае отмечалась тотальная форма болезни. С диагнозом омфалоцеле поступили 3 больных. У 2 новорожденных отмечалась средняя форма омфалоцеле и в одном случае гигантская форма этой аномалии. Все новорожденные переведены из роддома в первый день после рождения. Все больные прошли клинико-диагностическое обследование: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости и сердца. По показаниям новорожденные консультированы детским кардиологом, иммунологом и другими специалистами. В результате обследования у 4 больных обнаружены сочетанные аномалии: 2 врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки, Болезнь Дауна - 1 и во время операции у одной обнаружен синдром Ледда. В отделение неонатальной хирургии новорожденные помещены в кувез, проводилась предоперационная подготовка в течение 6 часов: катетеризация центральной вены, проведена инфузионная терапия из расчета 10-15 мл/кг/ч, декомпрессия желудка, исключена энтеральная нагрузка. Оперативное лечение проводилось под общим интубационным наркозом, бережно погружены петли кишечника и проводилась двухрядная пластика передней брюшной стенки. В двух случаях гигантской формы аномалии проводилось бимануальное растяжение стенки живота. В гигантской форме омфалоцеле содержимое оказался печень, последняя отделена и вправлена. Послеоперационном периоде в двух случаях отмечалось повышение внутрибрюшного давления и больные умерли на 4 и 7 день, в остальных случаях больные выписаны с выздоровлением.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Пятова Е.Д., Молчанова Д.В., ПИМУ, Бебенина А.А., (Н.Новгород)

Некротизирующий энтероколит (НЭК) - это тяжелое полиэтиологичное заболевание новорожденных. Недоношенные и маловесные дети наиболее предрасположены к данному патологическому процессу. Современная неонатальная реанимационная служба

активно внедряет новые технологии в диагностику и лечение пациентов с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

По данным клиники Приволжского исследовательского медицинского университета за 2015 – 2017гг. наблюдали 26 пациентов с НЭК, доношенных было 10, недоношенных 16, из них: с НМТ пролечено 4, с ОНМТ – 7 и детей с ЭНМТ - 5. Отмечено, что в последние годы количество новорожденных, вес которых не превышает 2000г, неуклонно растет. В структуре заболевания преобладали мальчики - 17 (65%), девочек было 9 (35%). Гестационный возраст варьировал от 25 до 36 недель беременности. При сборе анамнеза отмечали соматические болезни у матерей младенцев (бесплодие, гипертоническая болезнь, отечный синдром, анемия, сахарный диабет). С помощью репродуктивных технологий (ЭКО) рождены 7 (27%) новорожденных, из них многоплодных беременностей было 3 (2 двойни, 1 тройня). Кесарево сечение выполнили 6 роженицам. Состояние детей расценивали как тяжелое. В общем статусе наблюдали снижение или частичное отсутствие рефлексов новорожденных, признаки перинатального поражения ЦНС, гипотонию. Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечали: вздутый живот, в ряде случаев контурирование петель кишечника, отечность и выраженную венозную сеть на передней брюшной стенке, скудный стул с прожилками крови или его отсутствие. Всем детям назначали клинико-лабораторный контроль и консервативную терапию. При оценке микробного пейзажа отмечали, что на фоне внутриутробных инфекций, которые выявлены в 48% случаев высеивали грамположительные (*S.epidermidis*), грамотрицательные (*P.aeruginosa*) кокки, энтеробактерии (*E.coli*, *E.faecalis*) и грибы рода *Candida*. В разные сроки (от 7 до 21 дня) были диагностированы хирургические стадии НЭК. Лапароцентез с первичным перитонеальным дренированием выполнен 12 больным, последующие лапаротомии проведены в сроки от 12 до 24 часов. Интраоперационно выявлены перфорации в подвздошной и в толстой кишке на уровне восходящей ее части и в селезеночном углу. Кишечные стомы выведены 12 младенцам, на завершающем этапе операционного вмешательства методику лапаростомии применили 6 больным. Летальные исходы отмечены в группе с ОНМТ (3) и ЭНМТ (4). Язвенно-некротический процесс купирован у 9 (34%) детей.

Таким образом, на современном этапе новорожденные с очень низкой и ЭНМТ составляют самую сложную группу пациентов с НЭК, которые требуют разработки отдельных алгоритмов диагностики и лечения заболевания

### **ПРИМЕНЕНИЕ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ И ДВУХСТОРОННЕЙ ФОРМАМИ КРИПТОРХИЗМА**

Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Кузнецов В.Н. (Тверь.)

Дети с абдоминальной и билатеральной формами крипторхизма находятся в группе с высоким риском развития инфертильности.

Целью работы является оценка результатов применения ХГЧ в качестве предоперационной подготовки у детей с абдоминальной и двухсторонней паховой ретенцией гонад, для минимизации хирургической травмы.

Материалы и методы. В исследование включены 28 пациентов в возрасте от 7 месяцев до 14 лет с абдоминальной (11) и билатеральной паховой (17) формами крипторхизма. В предоперационном периоде в возрастной дозировке (путем внутримышечного или внутривагивного введения) получили 11 детей: с абдоминальной формой - 3; с билатеральной паховой – 9. Оперативное лечение выполнялось в сроки не ранее 3-х недель после введения гормона. Группу сравнения составили 17 больных (с абдоминальной формой - 8, билатеральной паховой - 9), которым хорионический гонадотропин не применяли. Результаты лечения изучены в сроки от 6 до 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов, получивших хорионический гонадотропин наблюдалось самостоятельное опущение яичка в мошонку у 4-х из 9 детей с двухсторонней паховой ретенцией, у одного ребенка абдоминальная форма крипторхизма перешла в паховую. Внутриорганный кровоток в яичке улучшился по сравнению с дооперационным периодом у 83% больных (среднее значение IR –  $0,60 \pm 0,05$ ). Увеличение размеров объема гонад установлено у 90 % пациентов данной группы.

В группе сравнения улучшение кровотока в паренхиме яичка низведенного в мошонку отмечено лишь в 52% наблюдений, снижение IR до  $0,55 \pm 0,05$  установлено у 48%. Рост объема гонад диагностирован у 75%.

Выводы. Полученные результаты применения хорионического гонадотропина человека предоперационном периоде у детей с абдоминальной и билатеральной паховой формами крипторхизма можно рассматривать только как предварительные, но они позволяют дальнейшее использование данной методики в клинической практике.

## **РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

Кацупец В.Б., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Лейга А.В., Чилибийский Я.И. (Ростов)

Цель: улучшить фун-кцию восстановленной duodenum после устранения врожденной дуоденальной непроходимости. Материал и методы. Подвергнуты сравнению 2 группы новорожденных с атрезией 12-перстной кишки и кольцевидной поджелудочной железой: 1-я гр., 30 детей, без восстановления конфигурации duodenum, и 2-я гр., 8 детей, с восстановлением подковообразной формы duodenum путем подшивания начальной петли тощей кишки к связке Трейтца. Использовали рентгенологический метод изучения прохождения бариевой взвеси через 12-перстную кишку у больных обеих групп перед выпиской из стационара.

Результаты. У больных 1-й группы время задержки контраста в duodenum составило  $1,34 \pm 0,22$  мин., у детей 2-й группы –  $2,83 \pm 0,24$  мин. Спустя 2 мес. после операции, стул у большинства пациентов 1-й группы был 3 раза в сут., у детей 2-й группы – 1-2 раза. Различий в массе тела не отмечено. Таким образом, восстановление подковообразной формы 12-перстной кишки после наложения дуоденодуоденоанастомоза в 2 раза увеличивает экспозицию дуоденального химуса с соком поджелудочной железы, желчью, кишечным соком, что приближается к нормальным физиологическим показателям. Способ защищен патентом на изобретение.

Заключение. Все операции, устраняющие врожденную дуоденальную непроходимость, целесообразно завершать восстановлением подковообразной конфигурации 12-перстной кишки путем подшивания начальной петли тощей кишки к связке Трейтца.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ**

Киргизов И.В., Минаев С., Шишкин И., Аксельров М. (Москва)

В настоящее время в детской хирургии общепринятого метода хирургического лечения хронических запоров с идиопатическим мегаректум не существует, а эффективность существующих методов доказана недостаточно. В литературе встречаются такие методы лечения как антеградная очистительная клизма, проктоколэктомия с резервуарным илеоанальным анастомозом, вертикальная редукционная ректопластика, продольная проктопластика, трансанальная резекция прямой кишки и тд. Большинство этих операций предусматривают резекцию того или иного участка кишки без объективного учета патологически измененной части органа являются и являются потенциально опасными для ребенка.

Целью исследования: анализ результатов лечения, разработка оптимального метода хирургического лечения идиопатических запоров.

Материалы и методы: В исследование включено 208 детей, которым проводилось оперативное лечение по методике. Дети оперированные по методу Соаве с 2006 по 2010 год объединены в группу 1 (n=32). С 2010 года мы применяем лапароскопически ассистированную переднюю низкую резекцию толстой кишки с аппаратным эндоректальным анастомозом, с лапароскопическим ультразвуковым контролем объема резекции толстой кишки, группа 2 (n=176). Средний возраст  $13,8 \pm 0,4$  года. Мальчики 25% мальчики, 75% девочки. Показанием к операции являлось стойкое отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течении 2 х лет, декомпенсацию запоров с явлениями каломазания, которое наблюдалось у всех больных поступивших на оперативное лечение, с характерной рентгенологической картиной. Всем детям проводилась ирриграфия профилометрия анального канала, колоноскопия с биопсией слизистой и полнслоенная биопсия стенки прямой кишки. Морфо-гистохимическое исследование болезнь Гиршпрунга исключало. Клинический эффект оценивался по положительной динамике предыдущей симптоматики.

Результаты: У детей 1 группы запоры отмечались у 5 из 32, у детей 2 группы у 12 из 176, статистических различий по уровню клинического результата не выявлено ( $p > 0,05$ ). Каломазание у детей 1 группы выявлено у 11 из 32, во второй группе у 6 х из 176. Точный двусторонний критерий Фишера ( $p < 0,001$ ). Осложнения, потребовавшие выведения колостомы в первой группе наблюдались у 7 детей из 32, во второй группе 5 из 176 ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Таким образом, при хронических запорах с идиопатическим мегаректум у детей операцией выбора является лапароскопически ассистированная низкая передняя резекция толстой кишки, с аппаратным эндоректальным анастомозом и лапароскопическим ультразвуковым контролем объема резекции толстой кишки в нашей модификации, чем различные модификации операции Соаве, как по основным функциональным результатам так и количеству осложнений.

## **ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ СТАЗОМ**

Киргизов И.В., Шишкин И.А., Апросимова С.И., Дьяконова Е.Ю. (Москва)

Целью данного исследования является поиск нового метода определения оптимального интраоперационного уровня резекции толстой кишки у детей с декомпенсированной формой хронического толстокишечного стаза.

В ходе ультразвуковое исследование толстой кишки (патент ru № 2204328 от 20.05.2003) определено, 5 слоев стенки кишки соответствующей ее морфологической структуре. У пациентов с ХТКС (n= 45) наибольшие изменения определяются в сигмовидной кишке, где ее толщина увеличена в 1,4 раза ( $5,3 \pm 0,3$  мм). При этом каждый из слоев утолщен следующим образом: толщина серозного слоя составила  $0,64 \pm 0,16$  мм, подслизистого  $2,52 \pm 0,2$  мм, при сравнении с нормой, увеличение составило более чем в 2,0 раза, при этом толщина мышечного слоя увеличена более чем в 2,1 раза и составляет  $0,91 \pm 0,3$  мм, и соответственно увеличение толщины слизистой оболочки до  $1,14 \pm 0,14$  мм. При качественном анализе слоев структуры сигмовидной кишки и нисходящей ободочной кишки, выявлены гиперэхогенные изменения в мышечном слое, которые уменьшаются (слои становятся более структурные) в проксимальном отделе, то есть они становятся гипозоногенная как и в исследуемой группе. Таким образом, изменения, выявленные УЗ методом, подтверждаются морфологическим исследованиями. Увеличение толщины серозного и подслизистого слоев коррелируют с уменьшением толщины стенки и мышечного слоя, т.е. формированием склероза в нем. Результатом является обоснованное и клинически достоверно нужное использование

интраоперационного ультразвукового контроля при резекции патологически измененной части толстой кишки (патент ru № 2228141 от 10.05.2004).

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ.**

Киргизов И.В. , Минаев С. , Шишкин И, Апросимова С. Дударев В., Киргизов Ф. (Москва)

На основании опыта оперативного лечения более 560 детей с аноректальными пороками, нами разработана и активно используется лечебно-диагностическая платформа биполярный электростимулятор доктора Киргизова (название на фото).

Цель исследования ; разработать лечебно-диагностическую платформу биполярный миостимулятор позволяющий проводить как оперативное лечение так и реабилитацию больных с аноректальными пороками развития

Число неудовлетворительных результатов хирургического лечения аноректальных пороков у детей составляет от 10 до 60%. В результате исследования разработана данная универсальная лечебно- диагностическая платформа электростимулятор доктора Киргизова который используется хирургом во время операции, так и врачами и родителями в течении длительного времени на этапе реабилитации пациента. Биполярный электростимулятор доктора Киргизова используется при операциях по поводу аноректальных пороков: в связи с тем, что у прибора удобная рабочая часть (пинцет), который легко подлещит стерилизации, как и обычный пинцет для электрокоагуляции. Прибор безопасен работает от аккумуляторов, что исключает возможность повреждения пациента электротоком. Небольшой размер и легкость управления определяют его мобильность при работе в различных операционных, возможность использования на выездных операциях вне нашей клиники. 1 На основании нашего опыта шкала прибора позволяет регулировать силу тока от 1-200мА и в отличие от других приборов имеет изменяемую частоту импульсов вот 1-50 Гц, что позволяет верифицировать даже очень маленькие и расщепленные мышечные волокна сфинктеров. Он абсолютно необходим при проведении промежностной проктопластики, переднесагитальной и заднесагитальной аноректопластики, брюшно-промежностной проктопластики, лапароскопически ассистированной аноректопластики, сфинктеролеваторопластики при недостаточности анального сфинктера и сфинтероглютео и сфинтерограциоолопластики у более старших пациентов. Данный прибор используется родителями и в домашних условиях и на этапе реабилитации в послеоперационном периоде в специальном режиме «реабилитация». Это обеспечивается безопасностью прибора, наличием ректального электрода, ценовой доступностью прибора. Изменяемой шкалой режима реабилитации с силой тока от 0,1-25мА; и режимом ритмической стимуляции с частотой от 1-30 Гц. Мы используем следующие схемы элеткротсимуляции. Начинаем через 3 месяца после операции по 10 сеансов, курсами каждые три месяца в течение первых трех лет. Сила тока подбирается индивидуально по появлению стойкого ощущения, но не болевого. Частота также меняется и подбирается индивидуально у каждого пациента родителями. Данное исследование проведено на 560 пациентах с аноректальными пороками развития и доказал свою высокую клинический эффект при проведении во время оперативного лечения и последующей реабилитации пациентов.

Таким образом разработанная лечебно-диагностическую платформу доказала свою эффективность и безопасность при проведении оперативного лечения и последующей реабилитации аноректальных пороков развития у детей биполярный миостимулятор ( позволяющий проводить как оперативное лечение так и реабилитацию больных с аноректальными пороками развития с высокой степенью эффективности как во время проведения так и во время реабилитации).

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО - МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю. (Нижний-Новгород)

В последние годы благодаря государственной программе по антенатальной и постнатальной ультразвуковой диагностике патологии мочевых путей, широкому информированию педиатров о необходимости проведения микционной цистографии после повторного эпизода мочевого инфекции обнаружение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) происходит в раннем возрасте. Соответственно меняется возраст начала лечения рефлюкса. В 2015-2017 гг. до 3-х лет было 94 пациента (35,6 %), до года – 45 детей (17 %). Урологическое обследование предпринято в связи с данными антенатального и постнатального ультразвукового скрининга в виде расширения коллекторной системы почки. В грудном возрасте (от 3-х мес. до года) преобладали мальчики – 28 (62,2 %). Чаще был 2-х-сторонний рефлюкс – 57,7 % случаев. У 38 детей обнаружен ПМР 3-4 степени. Клиника вторичного пиелонефрита имела место в 40 % случаев (18 пациентов). У детей в возрасте до 3-х лет соотношение мальчиков и девочек было одинаковым. В половине случаев рефлюкс был 2-х-сторонним. Основную группу составили пациенты с ПМР 2-3 степени. Всем больным были выполнены УЗИ почек и мочевого пузыря до и после лечения, цистография, уретроцистоскопия с использованием цистоскопов «Storz» с тубусом 8-9,5 Ch во время эндоскопического лечения. Эндопластику устья препаратом ДАМ+ с успехом применили 77 детям (82 %) от года до 3-х лет, а также 9 больным (20 %) грудного возраста. В отличие от детей других возрастных групп, объем вводимого импланта ограничивался визуальной оценкой эффективности (закрытие устья) во избежание развития обструктивного пиелонефрита. Обструкции устья не отмечено, осложнений не было. В остальных случаях использовали коллаген, уродекс.

Таким образом, широкое применение эндоскопических методик коррекции ПМР, использование с этой целью отечественного препарата ДАМ+, в том числе у детей раннего возраста, позволяет полностью устранить рефлюкс или стабилизировать уретеро-везикальное соустье, избежать обострений пиелонефрита в ближайшие сроки, обеспечив оптимальные условия для матурации уретеро-везикального сегмента.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Кистанова Е. Ф., Хасянзянов А. К., Новоженев Е. Н. (Самара)

Опухоль печени у детей – явление достаточно редкое. Гепатобластомы занимают лидирующую позицию среди первичных злокачественных новообразований печени (ЗНО) – 80%. Доброкачественные опухоли печени (ДНО) – 30%, такие как, гемангиомы, мезенхимальные гамартомы, фокальная узловая гиперплазия (ФГП) и др.

С 2007 г. по декабрь 2017 г. в отделении детской хирургии ГБУЗ СО ДГКБ № 1 им Н.Н. Ивановой г. Самара находились на обследовании и лечении 20 пациентов с новообразованиями печени. В эту группу вошли n=7 (35%) пациентов с ДНО и n=13 (65%) пациентов с ЗНО. Гендерное соотношение Ж:М составило 7:13. Медиана возраста на момент первичной операции составила 18 мес. (размах 1–27мес.). При этом, только n=4 (20%) наблюдений приходится на пациентов в возрасте до 1 года. 2 ребенка 14 лет с ФГП и 13 лет с Mts аденокарциномы толстой кишки в печень не включены в расчет медианы возраста. Предоперационная верификация морфологической природы новообразования заключалась в интерпретации УЗИ и контрастного КТ исследования, в том числе и с 3D-реконструкцией исследования. В ряде случаев детям с подозрением на гепатобластому проводилась пункционная биопсия печени с последующим проведением неoadьювантной ХТ. Объем резекции определялся с учетом нескольких факторов, таких как локализация опухоли и близость ее расположения по отношению к крупным сосудам

и протокам. Так, из 12 детей с гепатобластомой операция в объеме гемигепатэктомии была выполнена  $n=9$  (75%) пациентам. Гемигепатэктомия справа в  $n=7$  (77,7%) случаях. Гемигепатэктомия слева  $n = 2$  (22,2%). Атипичные сегментарные резекции печени выполнены в  $n = 3$  (25 %) случаев пациентов с гепатобластомой. Одному ребенку при выполнении гемигепатэктомии справа выполнена холецистэктомия. Всем детям выполнялась биопсия л/у ворот печени и/или парааортальных л/у. Детям с ФГП выполнена секторальная резекция правой доли печени  $n=2$  (1%). Детям с метастатическим поражением печени (с Mts аденокарциномы толстой кишки в печень и Mts нейробластомы надпочечника) выполнены секторальные резекции левой и правой долей соответственно  $n=2$  (1%). Лапароскопическое удаление кисты правой доли печени выполнено 1 ребенку. В остальных случаях выполнялась открытая биопсия печени.

По результатам планового гистологического исследования, предоперационная диагностика позволила выявить все случаи ЗНО, тем самым во всех случаях был достигнут радикальный уровень резекции (R0). Случаев развития стойкой интра- и послеоперационных осложнений выявлено не было. Летальность, связанная непосредственно с операцией, составила 0%.

Выводы. Адекватное хирургическое пособие, соблюдение принципов радикализма и периоперационный контроль состояния пациента позволили избежать развития осложнения и прогрессирования опухолевого процесса.

#### **СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ОТКРЫТОГО МЕТОДОВ ГАСТРОСТОМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

Гастростомия является распространенной хирургической процедурой в детской хирургии. Мы сообщаем данные сравнения двух методов установки гастростомических трубок с использованием лапароскопии (группа I) и открытой хирургии (группа II).

Материал и методы. В период между январем 2012 г и декабрем 2016 г было выполнено 90 операций установки гастростомической трубки с применением лапароскопии и 44 операции с использованием лапаротомии. Произведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров в двух группах больных.

Результаты. При сравнении демографических данных пациентов не было выявлено статистической разницы показателей ( $p>0,05$ ). Среднее время оперативного вмешательства в группе I составило 21,95 мин. В противоположность этому - время операции в группе II было 37,84 мин ( $p<0,05$ ). Время начала кормления и перехода на полное энтеральное питание было меньше у пациентов группы лапароскопии (8,39 часа против 19,64 часов; 18,81 часов против 34,27 часов,  $p<0,05$ ). Так же регистрировалось сокращенное время пребывания в госпитале у пациентов после использования лапароскопии (13,97 дня против 29 дней;  $p<0,05$ ). При статистическом анализе была выявлена достоверная разница показателей малых послеоперационных осложнений в сравниваемых группах (13,33 % против 68,81 %;  $p<0,05$ ).

Заключение. Лапароскопия является простым и эффективным методом гастростомии, который обеспечивает быстрое послеоперационное восстановление пациентов и позволяет сократить число послеоперационных осложнений.

#### **СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ**

Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)



Целью настоящего исследования является разработка комплексной оценки риска неблагоприятного исхода гастростомии у детей и создание на основе многофакторной модели калькулятора, позволяющего выделить группу больных с высоким риском неблагоприятного исхода лечения.

**Материал и методы.** В период между январем 2012 г и декабрем 2016 г было выполнено 90 операций установки гастростомической трубки с применением лапароскопии и 44 операции с использованием лапаротомии. Для поиска наиболее значимых факторов, влияющих на возникновение осложнений после гастростомии, применялся регрессионный анализ в виде бинарной логистической регрессии. В качестве факторов, предположительно влияющих на ГО, были отобраны: возраст, вес, диагноз, способ хирургического вмешательства (открытая операция или лапароскопия), наличие симультанных операций (антирефлюксная процедура Ниссена - АРП Ниссена, венстрикулоперитонеальное шунтирование - ВПШ, трахеостомия).

**Результаты.** Регрессионный анализ, использованный в исследовании, предпочел в качестве факторов, значимо влияющих на вероятность развития осложнений после гастростомии, возраст и вес пациента, его диагноз, способ операции и наличие симультанной операции Ниссена. Было установлено, что влияние всех отобранных факторов, кроме диагноза ( $p=0,467$ ) является значимым ( $p<0,05$ ). Созданный на основе многофакторной модели калькулятор позволил оценить вероятность осложнений после гастростомии.

**Заключение.** Таким образом, бинарная логистическая модель, использованная в исследовании, успешно решила задачу классификации пациентов, которым устанавливалась гастростомическая трубка, и помогла создать прогностическую шкалу, которая предоставляет возможность определять вероятность и риск возникновения осложнений после гастростомии, а так же прогноз исходов заболевания.

## **ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ – ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА НА ПРИМЕРЕ 298 ОПЕРАЦИЙ**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

В исследовании сообщается о 20-летнем опыте лечения врожденного пилоростеноза с использованием открытой хирургии и лапароскопии.

**Материал и методы.** В период с января 1997 г по декабрь 2016 г мы выполнили 298 операций пилоромиотомии с использованием лапаротомии (группа I – 141 пациент) и лапароскопии (группа II – 157 больных). Группы пациентов подверглись анализу демографических данных, интра- и послеоперационных показателей.

**Результаты.** Пациенты всех сравниваемых групп имели одинаковые демографические и другие преоперативные параметры. Были обнаружены значимые различия в длительности операции между открытыми и лапароскопическими процедурами (35,2 мин против 19,21 мин;  $p<0,05$ ). Пациенты начинали раньше питание после применения малоинвазивного способа лечения (18,87 часа против 10,61 часов;  $p<0,05$ ) и имели сокращенное время перехода на полное энтеральное питание (54,75 часа против 26,73 часов;  $p<0,05$ ). Все операции сопровождались низким уровнем ранних и поздних послеоперационных осложнений (перфорация слизистой желудка - 2,13% против 0%; рецидив - 0,7% против 0,63%;  $p>0,05$ ). Сравнение параметров пациентов внутри основных групп лечения не обнаружила статистических различий.

**Заключение.** Таким образом, в исследовании была подтверждена надежность базового элемента хирургического лечения врожденного сужения привратника – внеслизистой миотомии, который не имел связи с избранным хирургическим доступом или методом лечения. Кроме того, было установлено, что результаты лапароскопической коррекции

врожденного пилоростеноза могут очень хорошо конкурировать с итогами открытого лечения.

### **ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

В исследовании сообщается о собственном опыте лечения атрезии пищевода с использованием открытой хирургии и торакоскопии. Цель научной работы заключается в оценке эффективности применения минимально инвазивной хирургии для лечения этого врожденного заболевания.

**Материал и методы.** Мы сообщаем данные 114 новорожденных детей, которые были подвергнуты стандартной торакотомии (44 пациента – группа I) и видеоассистированной торакоскопической хирургии (70 пациентов – группа II) для выполнения эзофагеального анастомоза. Произведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров.

**Результаты.** Сравнимые группы имели одинаковые демографические и прочие преоперативные параметры. Были обнаружены значимые различия в длительности операции между открытыми и торакоскопическими процедурами (111,14 мин против 77,00 мин;  $p < 0,05$ ). Продолжительность пребывания в отделении неонатальной интенсивной терапии и срок нахождения в госпитале были статистически короче в группе II (12,39 против 8,13 дней; 31,80 против 22,81 дней;  $p < 0,05$ ). Ранние осложнения (несостоятельность анастомоза, стеноз пищевода, соустья, реканализация фистулы) были зарегистрированы у 16 детей (36,36%), подвергшихся торакотомии и у 8 пациентов (11,43%) группы торакоскопии ( $p < 0,05$ ). Утечка анастомоза в нашем исследовании обнаруживалась у 7 больных (15,91%) группы I и у 3 больных (4,29%) группы II. В группе торакотомии у 7 пациентов (15,91%) развился стеноз анастомоза, который в группе торакоскопии наблюдался у 3 младенцев (4,29%). Реканализация фистулы регистрировалась у двух пациентов (4,54%) группы открытого лечения и 2 больных (2,86%) группы видеоассистированного лечения. Фундопликация Ниссена была выполнена у 7 пациентов (15,9%) группы открытого лечения и 21 младенцев (30%) группы торакоскопии. Аортостернопексия произведена у 3 больных (6,82%) после торакотомии и 5 пациентов (7,14%) после видеоассистированного лечения. Число поздних осложнений доминировало в группе торакотомии (20,45% против 0%;  $p < 0,05$ ). Летальность в сравниваемых группах отличалась в сторону уменьшения у пациентов группы II (13,63% против 2,85%;  $p = 0,053$ ).

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

### **СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

Целью настоящего исследования является разработка комплексной оценки риска неблагоприятного исхода гастростомии у детей и создание на основе многофакторной модели калькулятора, позволяющего выделить группу больных с высоким риском неблагоприятного исхода лечения.

**Материал и методы.** В период между январем 2012 г и декабрем 2016 г было выполнено 90 операций установки гастростомической трубки с применением лапароскопии и 44 операции с использованием лапаротомии. Для поиска наиболее значимых факторов,

влияющих на возникновение осложнений после гастростомии, применялся регрессионный анализ в виде бинарной логистической регрессии. В качестве факторов, предположительно влияющих на ГО, были отобраны: возраст, вес, диагноз, способ хирургического вмешательства (открытая операция или лапароскопия), наличие симультанных операций (антирефлюксная процедура Ниссена - АРП Ниссена, вентрикулоперитонеальное шунтирование - ВПШ, трахеостомия).

Результаты. Регрессионный анализ, использованный в исследовании, предпочел в качестве факторов, значимо влияющих на вероятность развития осложнений после гастростомии, возраст и вес пациента, его диагноз, способ операции и наличие симультанной операции Ниссена. Было установлено, что влияние всех отобранных факторов, кроме диагноза ( $p=0,467$ ) является значимым ( $p<0,05$ ). Созданный на основе многофакторной модели калькулятор позволил оценить вероятность осложнений после гастростомии.

Заключение. Таким образом, бинарная логистическая модель, использованная в исследовании, успешно решила задачу классификации пациентов, которым устанавливалась гастростомическая трубка, и помогла создать прогностическую шкалу, которая предоставляет возможность определять вероятность и риск возникновения осложнений после гастростомии, а так же прогноз исходов заболевания.

## **ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ – РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Вебер И.Н., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Распутин А.А., Вебер И.Н., Барадиева П.Ж., Тимофеев А.Д., Звонков Д.А., Елисеев А.В., Полуконова Е.В., Шароглазов М. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

Цель научной работы заключается в оценке эффективности лечения врожденной диафрагмальной грыжи в условиях мультицентрового исследования.

Материал и методы. В научном исследовании изучены итоги хирургического лечения 197 больных с врожденной диафрагмальной грыжей, которые находились на момент операции в различных лечебных учреждениях Сибирского федерального округа (Ивано-Матренинская детская клиническая больница г. Иркутска (экспертный госпиталь - ЭГ) – 120 пациентов; областная детская клиническая больница г. Кемерово (обучающийся госпиталь №1 – ОГ1) – 38 пациентов, центр материнства и детства г. Красноярск (обучающийся госпиталь №2 – ОГ2) – 39 пациентов. Исследование охватывало промежуток времени на протяжении 15 лет, начиная с января 2002 г и заканчивая июнем 2017 г.

Больные были распределены в две группы: группа I – 90 больных, которым пластика купола диафрагмы выполнена с помощью торакоскопии; группа II – 107 пациентов, которым устранение диафрагмального дефекта произведено с использованием открытых методик — торакотомии либо лапаротомии. В отношении пациентов применены единые технологические приемы выполнения торакоскопической пластики купола диафрагмы и рекомендации послеоперационного ведения таких больных, исходящие и контролируемые наблюдателями из ЭГ.

Результаты. Сравнимые группы имели одинаковые демографические параметры. Были обнаружены значимые различия в длительности операции между торакоскопическими и открытыми процедурами (64,18 мин против 73,92 мин;  $p<0,05$ ). Продолжительность пребывания в отделении неонатальной интенсивной терапии и срок нахождения в госпитале были статистически короче в группе I (8,82 против 12,5 дней; 19,27 против 26,46 дней;  $p<0,05$ ). Синтетические материалы для реконструкции дефекта диафрагмы использованы у 21 (23,33%) пациентов группы I и у 14 младенцев (13,08%) группы II. Рецидив диафрагмальной грыжи в нашем исследовании обнаруживался у 10 больных (11,11%) группы I и у 20 больных (18,69%) группы II. Послеоперационный хилоторакс регистрировался у 23 больных (25,56%) группы видеoaссистированного лечения и 24

пациентов (22,42%) группы открытого лечения. Летальность в сравниваемых группах отличалась в сторону уменьшения у пациентов группы I (8,89% против 17,76%), Фундопликация Ниссена была выполнена у 14 младенцев (15,56%) группы торакоскопии и 10 пациентов (9,35%) группы открытого лечения.

Заключение. Торакоскопическая реконструкция врожденной диафрагмальной грыжи может быть безопасно выполнена опытными эндоскопическими хирургами из разных центров, объединенных одной идеологией выполнения эндохирургических операций.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ФОРМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ – ТЕХНИКА «CLIP AND DROP»**

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

Техника «clipanddrop» была предложена как эффективная стратегия для лечения тяжелых мультифокальных форм некротизирующего энтероколита. Настоящее исследование демонстрирует данные об исходах заболевания после применения этого вмешательства у 6 пациентов.

Материал и методы. В научной работе представлен ретроспективный обзор новорожденных, которым выполнена операция «clipanddrop» на протяжении 15 лет, начиная с 2002 года. Данные включали количество резекций кишечника, интервал между лапаротомиями, количество анастомозов, время перехода на полное энтеральное питание и исходы, включая смертность.

Результаты. В период исследования мы наблюдали 125 новорожденных, которые были прооперированы по поводу некротизирующего энтероколита в Центре хирургии новорожденных на протяжении последних 15 лет, начиная с 2002 года. Из них у 6 младенцев (4,8%) с мультифокальной формой НЭК использовалась процедура «clipanddrop». Во время первой лапаротомии была выполнена резекция от 2 до 6 сегментов кишечника, которые имели признаки необратимых гангренозных изменений. Все пациенты выжили к моменту второй лапаротомии. Повторная инспекция брюшной полости производилась с интервалом времени, который составлял в среднем 64 часа (диапазон: 48–72 часа). Все больные демонстрировали состоятельность культи каждого интестинального сегмента. Среднее количество жизнеспособных сегментов составило 3,5 (диапазон: 3-7). Непрерывность кишечника была восстановлена у всех пациентов во время второй лапаротомии. Среднее число анастомозов насчитывало 3,5 (диапазон: 2-5). Средняя длина оставшейся тонкой кишки после второй операции составляла 45,3 см (диапазон: 12-70 см). Восстановление транзитной функции ЖКТ произошло в среднем на 4 сутки после операции (диапазон: 2-6 дней). Летальный исход наступил у 2 пациентов с синдромом короткой кишки на 72 и 64 день после операции (остаток тонкой кишки – 12 и 25 см) на фоне мультивисцеральных расстройств. Выжившие пациенты переходили на полное энтеральное питание в среднем через 42,5 дня после второй операции (диапазон: 30-60 дней).

Заключение. Технология “clipanddrop” является эффективным методом лечения мультисегментарных форм НЭК.

## **СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСЩЕЛИНЫ ГРУДИНЫ**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н., Кононенко М.И. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

Расщелина грудины является редкой врожденной аномалией. Лечение подразумевает хирургическое закрытие дефекта в ранний период жизни ребенка. В настоящем

исследовании мы представляем случай успешного лечения 2-месячного младенца мужского пола с неполной верхней расщелиной грудины, у которого применена первичная реконструкция, выполненная путем пластики грудины и сшивания разобщенных сегментов.

**Материал и методы.** У новорожденного мальчика была обнаружена аномалия развития грудины. Клиническое обследование после рождения выявило неполную верхнюю форму заболевания. Было принято решение о проведении хирургической операции, которая заключалась в сшивании половинок расщепленной грудины после их тщательной мобилизации. Первоначально на всю длину дефекта был нанесен вертикальный линейный разрез и выполнено тщательное разделение кожи и переднего листка перикарда. Затем произведена мобилизация двух разобщенных половин грудины так, что ткань костная ткань, предназначенная к сшиванию между собой, была свободна от грудной фасции спереди и листков плевры и перикарда сзади. Диссекция тканей продолжалась вверху до уровня грудинно-ключичного сустава и сопровождалась удалением левой и правой долей тимуса с оставлением перешейка. Нижняя граница дефекта располагалась на уровне 3 межреберья. У основания расщелины была произведена поперечная остеотомия каждой половины грудины с целью отделить их от нижней части грудины. Появившаяся деформация нижней стеральной порции устранялась путем резекции остроугольных фрагментов таким образом, чтобы верхний край имел ровную горизонтальную поверхность. Закрытие дефекта грудины производилось в продольном направлении путем наложения одиночных швов PDS II 2/0. В заключении, верхняя и нижняя части грудины сшивались в поперечном направлении нитями, изготовленными из аналогичного материала.

**Результаты.** Экстубация трахеи и перевод ребенка на спонтанное дыхание были осуществлены через 4 часа после операции. Дренажная трубка была удалена на 2 сутки после того, как ультразвуковое исследование продемонстрировало отсутствие скоплений жидкости позади грудины и плевральных полостях. Послеоперационная антибиотикотерапия цефуроксимом продолжалась на протяжении 7 дней. На 10 сутки после операции ребенок был выписан на амбулаторное наблюдение. Контрольный осмотр пациента через 3 месяца показал хорошие косметические результаты и нормальные дыхательные движения грудной клетки. Рана грудины зажила полностью без видимой внешней деформации.

**Заключение.** Представляя этот случай, мы демонстрируем, что хирургическое закрытие дефекта грудины, выполненное в первые недели жизни, сопровождается отличными функциональными и косметическими результатами с низкими показателями послеоперационных осложнений.

## **ОДНОЭТАПНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н., Кононенко М.И. (Иркутск, Красноярск, Кемерово)

Сочетание атрезии пищевода и атрезии двенадцатиперстной кишки у новорожденных представляют сложную хирургическую проблему. Цель исследования заключается в демонстрации возможности эндохирургической коррекции таких больных в поиске оптимальной хирургической стратегии.

**Материал и методы.** В период времени между 2002 и 2017 годами мы наблюдали в общей сложности 126 пациентов с атрезией пищевода, у 9 из которых была обнаружена дуоденальная атрезия. Таким образом, сочетание с дуоденальной атрезией наблюдалась у 7.1 % пациентов с атрезией пищевода (9:126). Лечение пациентов с сочетанными атрезиями верхних отделов пищеварительного тракта выполнялось в основном с

использованием одноэтапной коррекции эзофагеальной и дуоденальной атрезии, заключающейся в конструкции двух анастомозов в ходе одной операции. Минимально инвазивный подход, состоящий в симультанной коррекции аномалий пищевода и двенадцатиперстной кишки, применен у 3 больных.

Результаты. Гендерный состав пациентов был представлен 2 мальчиками и 1 девочкой. Средний возраст больных на момент операции составил 1.33 дня (диапазон: 1-2 дня). Масса тела пациентов составляла в среднем 2110 грамм (диапазон: 1200-3250 грамм). Общее время исправления сочетанной атрезии верхних отделов пищеварительного тракта без учета смены положения тела пациентов составляло в среднем 129 минут (диапазон: 120-140 минут). Несостоятельность анастомоза регистрировалась у 1 больного. Стеноз анастомоза выявлен у 1 пациента. Выживаемость пациентов с атрезией пищевода составила 100 %. В позднем послеоперационном периоде наблюдений после коррекции атрезии пищевода у 2 пациентов (66.6 %) развился гастроэзофагеальный рефлюкс, который потребовал выполнения фундопликации Ниссена у 1 больного.

Заключение. Публикация серии эндохирургического лечения случаев сочетания атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки показала, что инновационные технологии лечения и выхаживания новорожденных позволяют производить одновременную коррекцию сочетанны

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ**

Койнов Ю.Ю. Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В. (Новосибирск)

Вопрос выбора метода оперативного лечения у детей с аноректальными мальформациями не потерял своей значимости. Встречаемость аноректальных пороков развития приблизительно 1:5000 новорожденных. Данные, приведенные в литературных источниках, свидетельствуют также о том, что неудовлетворительные результаты возникают вследствие неправильной диагностики, предоперационной подготовки и выборе объема хирургического вмешательства, что в результате приводит к диагностическим, тактическим и техническим ошибкам, и, как итог, влечет за собой необходимость проведения повторных операций.

В период с 2016 по 2018 гг. в детском хирургическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ пролечено 9 детей с различными формами аноректальных мальформаций, которые ранее уже были оперированы по различным методикам. Показания к повторной проктопластике устанавливались на основании следующих данных: клинический осмотр, идентификация наружного сфинктера с помощью миостимулятора, электромиография мышц тазового дна, ирригография. Полученные результаты мы оценили согласно шкале оценки отдалённых результатов лечения аноректальных мальформаций ( A.Holschneider). К неудовлетворительным результатам мы отнесли: отсутствие самостоятельного стула или частый жидкий стул; консистенция стула ( жидкий) ; недержание кала постоянное; отсутствие позыва на дефекацию; отсутствие способности удерживать; необходимость в постоянном приёме каких-либо препаратов. По гендерной принадлежности: 3 мальчика ( 2 ректопоромежностные фистулы, 1 ректоуретральная фистула), и 6 девочек ( ректовестибулярные фистулы). Возраст оперированных детей: от 4-8 лет-5 пациентов, 8-12 лет- 4 пациента. Оперативные вмешательства всем пациентам были выполнены в объёме аноректосфинктеропластики из переднего сагиттального доступа. Послеоперационные осложнения наблюдались у 2-х пациентов:1 случай – частичная несостоятельность швов промежности (выполнено наложение вторичных швов), 2-й случай - ретракция прямой кишки (наложение превентивной колостомы, повторная проктопластика). Послеоперационные результаты оценены по той же шкале. Минимальные сроки наблюдения 6 месяцев, максимальные – 2 года. У 6-и детей мы наблюдали хорошие результаты с хорошей социальной адаптацией (10-12 баллов), у 3-х

детей-удовлетворительные результаты с ограниченной социальной адаптацией( 8-9 баллов). Всем пациентам в настоящее время продолжается реабилитационная терапия. Таким образом, дети, ранее оперированные по поводу атрезии прямой кишки, но имеющие выраженные функциональные нарушения, относятся к сложной группе пациентов, и результат повторного оперативного вмешательства не всегда предсказуем. Тем не менее, передняя сагиттальная аноректосфинктеропластика является приемлемым методом оперативного лечения у таких пациентов с хорошими послеоперационными результатами.х атрезий кишечника и могут улучшить исходы лечения.

## **ДВУХЭТАПНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ**

Комарова С. Ю., Цап Н. А., Тимошинов М. Ю., Екимов М. Н. (Екатеренбург)

Оперативное лечение крипторхизма, тактика при тяжелых формах ретенции остается на сегодняшний день актуальной проблемой детской урологии-андрологии. Не вызывает сомнений необходимость проведения диагностической лапароскопии с последующим низведением с лапароскопической ассистенцией через искусственное окно на уровне поверхностного пахового кольца. Важным аспектом данной проблемы является значимость тяжести процесса. Чем выше в брюшной полости расположено яичко, тем большее расстояние тракции до мошонки, что неизбежно приведет к нарушению кровоснабжения яичка и далее к его атрофии.

Цель -улучшить результаты лечения абдоминальной формы крипторхизма у детей за счет комплексной диагностики и дифференцированного выбора хирургической тактики.

Материалы и методы. За период 2015-17 гг. в детском хирургическом отделении №2 ДГКБ №9 было проведено 539 операций по поводу различных форм крипторхизма у детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. С абдоминальной формой крипторхизма пролечено 52 (9,6%) мальчика. Большая часть детей (60,2%) оперированы первично в возрасте 0-3 года. В большинстве случаев у 39 (75%) детей выполнен 1 этап низведения яичка: 21 (53,8%) – «открытым» способом, 18 (46,2%) – диагностическая лапароскопия с последующим низведением. При выявлении лапароскопически абдоминально расположенного яичка выполняется мобилизация семенных сосудов и семявыносящего протока. Затем под контролем лапароскопа выполняется низведение яичка через искусственное окно на уровне поверхностного пахового кольца. Яичко фиксируется к апоневрозу. Ближайший послеоперационный период у всех детей протекал без осложнений.

Результаты и обсуждения. Результаты первого этапа низведения яичка оценивались через 1, 6, 12 месяцев после операции с проведением клиничко-сонографического мониторинга. При положительной динамике: увеличение объема яичка, хороших гемодинамических показателей, таких как диаметр артерии и вены, скорость кровотока в артерии и вене, нормальных значений индекса резистентности, ставили показания к проведению второго этапа низведения яичка. При отсутствии положительной динамики наблюдение продолжали. Второй этап за исследуемый период выполнен 29 детям: 13 (44,8%) мальчикам после лапароскопической мобилизации яичка и 16 (55,2%) детей после «открытой» мобилизации. Сроки наблюдения между первым и вторым этапом составили 1-3 года: 1 год – 19 (65,5%) пациентов, 2 года – 8 (27,6%) мальчиков и 3 года – 2 (6,9%) детей. При отрицательной динамике – атрофии яичка в возрасте 14 лет выполняется вторичная орхидэктомия с имплантацией протеза яичка.

Выводы. Таким образом, в результате дифференцированного выбора хирургической тактики с применением двухэтапного низведения яичка при абдоминальной форме крипторхизма у детей снижается риск ишемизации яичка интраоперационно и после его низведения, что благоприятно влияет на функциональный потенциал репродуктивной системы.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ НАБЛЮДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ**

Комарова С. Ю., Цап Н. А., Основин П. Л., Сысоев С. Г., Горбунова А. С., (Екатеренбург)

Основная задача оперативного лечения варикоцеле у мальчиков и подростков – сохранение репродуктивного здоровья будущего мужчины. Варикоцеле у детей ведет к нарушению нормального кровоснабжения яичка в виде обеднения артериального притока, тканевой ишемии, артериовенулярного шунтирования и имеет высокую степень риска развития нарушения сперматогенеза с последующим развитием инфертильности.

Целью исследования является изучение репродуктивного здоровья в отдаленные сроки после оперативного лечения варикоцеле у мальчиков и подростков.

Материалы и методы. Для изучения катамнеза было отправлено 375 анкет пациентам, которым выполнялась варикоцелэктомия по различным методикам в отделении урологии-андрологии ДГКБ №9. Из них откликнулись 70 (18,7%) подростков: 25 (35,7%) подростков опрошены по телефону, 45 (64,3%) мальчиков и подростков были осмотрены (ИМТ, оценка полового развития по Танеру, пальпация органов мошонки с определением объема яичка, проведение пробы Вальсальва) с проведением анкетирования и ультразвуковым доплерографическим исследованием органов мошонки и у 25 исследование спермограммы с ЭМИС. Возраст на момент операции: 14 лет – 17 (37,8%) мальчиков, 15 лет - 18 (40%) и 16 лет – 10 (22,2) подростка. На момент осмотра всем юношам было 17+ катамнез от 1 до 3 лет.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что средний вес подростков в исследуемой группе  $78 \pm 3$  кг, средний рост  $179 \pm 12$  см, ИМТ -  $M=24,4 \pm 1,5$ . Половое развитие по Танеру Ах -  $M= 4 \pm 1$ , Р -  $M= 4 \pm 1$ , А -  $M=3 \pm 1$ , F -  $M=2 \pm 1$ , L -  $M=1 \pm 1$ . Объем яичек: правое -  $M=15,8 \pm 1,6$  см, левое -  $M=14,9 \pm 1,3$  см. Клинико-сонографический динамический контроль левого яичка показал рост и развитие соответственно возрасту у 50%. Рецидив варикоцеле выявлен у 3 (6,6%) подростков, гидроцеле у 4 (8,9%) пациентов. При анкетировании выявлено, что 13 (28,9%) респондентов ответили положительно на вопрос: «Имеется ли у Вас половой партнер?». Средний возраст начала половой жизни  $16 \pm 0,6$  лет. У 3 (6,6%) опрошенных родились дети. При исследовании спермограммы с использованием световой микроскопии 25 подросткам 17+ изменений не выявлено у 16 (64%) юношей, и у 9 (36%) обнаружены: вязкопатия в сочетании с астенозооспермией - 1 (4%), астенозооспермия - 2 (8%), олигозооспермия - 4 (16%), дискинезия сперматозоидов - 2 (8%). Оценка данных выполнялась согласно рекомендациям ВОЗ 2010 года для мужчин старше 26 лет. При анализе данных ЭМИС нами были выявлены следующие средние показатели: типичная форма сперматозоидов – 50,3%, форма ядра аномальная - 37,8%, строение крист - деструкция 54%, эти данные принимались нами за норму, так как референтные значения для данной возрастной группы отсутствуют.

Выводы. Изучение отдаленных результаты лечения мальчиков и подростков, перенесших оперативное лечение варикоцеле, по разработанному в клинике алгоритму, который позволяет при комплексном подходе улучшить качество реабилитации.

## **РУБЦОВЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ У РЕБЕНКА 4-х ЛЕТ ( клиническое наблюдение)**

Коновалов А.К., Самароковская М.В., Петлах В.И., Константинова И.Н. (Москва)

Цель работы; показать возможность развития пилоростеноза язвенной этиологии у ребенка младшей возрастной группы.

Наблюдение. Пациент Д., 4 года поступил с жалобами на рвоту в течение 3-х недель, был жидкий стул в начале заболевания. За это время ребенок потерял в весе около 6-7 кг. Госпитализирован в инфекционное отделение ДГКБ №9, где наблюдался с диагнозом: острый инфекционный гастрит, токсикоз с эксикозом II степени. При ФЭГДС выявлен



эрозивно-геморрагический эзофагит, недостаточность кардии, пилорит, пилоростеноз? При рентгенологическом исследовании отмечено нарушение эвакуации контрастного вещества из желудка. При УЗИ органов брюшной полости: гиперплазия мезентериальных лимфатических узлов, реактивная панкреатопатия. В связи с отрицательной динамикой в состоянии больного, сохраняющейся многократной рвотой ребенок переведен в хирургическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, определяется пассивный мышечный дефанс, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул самостоятельный, жидкий. На УЗИ органов брюшной полости в динамике: в желудке (натощак) определяется жидкое содержимое, значительное количество вязкой слизи. Стенки желудка инфильтрированы, неравномерно утолщены от 8 до 11 мм. Пилорический отдел желудка длиной 31 мм, диаметром до 19,6 мм, m. Sphincter pylori отечна, утолщена до 6,7 мм. Проведено рентгенологическое исследование. Ирригография: после нагнетания контрастной бариевой взвеси отмечается постепенное выполнение дистальных отделов толстой кишки до средних отделов восходящей ободочной кишки; гастроскопия: при введении жидкого контрастного вещества через назогастральный зонд отмечается тугое выполнение желудка. При полипозиционном положении больного и после его вертикализации в течение 20 минут контрастное вещество из желудка в двенадцатиперстную кишку не поступает. На рентгенограмме живота в вертикальном положении больного с экспозицией в 30 минут после дачи контраста отмечается тугое выполнение контрастом желудка и пассаж его по петлям тонкой кишки. Консервативное лечение пилороспазма (атропин, хлорпирамин, тиамин) эффекта не имело. Учитывая дефицит массы тела (13 кг), неэффективность консервативной терапии, сохраняющуюся обильную рвоту (до 6 раз в сутки) были сформулированы показания для проведения оперативного вмешательства. При лапароскопии визуализировался перераздутый желудок, другой патологии в брюшной полости не определялось. Выполнена срединная лапаротомия, при ревизии выявлено рубцевание пилорического отдела желудка, стенозирующее его просвет и вызывающее непроходимость. Произведена продольная пилоротомия в бессосудистой зоне. Стенозирующий рубец длиной до 1 см оценен визуально и пальпаторно, иссечен со стороны слизистой с сохранением задней мышечной стенки. Проведен назо-гастральный зонд в тощую кишку. Целостность желудочно-кишечного тракта восстановлена 2-х рядным швом. Оставлен дренаж в малый таз. За время наблюдения в стационаре отмечалась положительная динамика: отсутствие рвоты, прибавка в весе (на момент выписки ребенок весил 14 кг). Результат гистологического заключения: язвенный дефект антрального отдела желудка с мелкоочаговым воспалением.

Заключение: у пациента пилоростеноз имеет приобретенный характер за счет рубцовых изменений, возникших в результате язвенной болезни с локализацией в области привратника. Представленное клиническое наблюдение обращает внимание педиатров на необходимость инструментального обследования детей любой возрастной группы с клиническими проявлениями рвоты и потери веса.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Коровин С. А., Донской Д. В., Ионов Д. В., Дзядчик А. В., Соколов Ю. Ю. (Москва)

Цель работы: уточнить структуру больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ИТ ЖКТ) на современном этапе, оценить информативность инструментальных методов предоперационной диагностики и эффективность лапароскопических технологий диагностики и лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 36 больных в возрасте от 1 года до 15 лет с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Все больные были структурированы на группы в соответствии с

ведущим клиническим синдромом и клиническими стадиями заболевания. На дооперационном этапе всем больным были выполнены ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ БП), обзорная (интраоперационная) рентгенография брюшной полости. Оперативное вмешательство предполагало выполнение лапароскопии, в ходе которой определялся объем оперативного вмешательства.

Результаты: ИТ ЖКТ различных характеристик явились причиной развития обтурационной кишечной непроходимости (3) и дооперационной механической кишечной непроходимости (33). Информативность инструментальных методов предоперационной диагностики и лапароскопии были связаны с характеристиками ИТ, уровнем «поражения» ЖКТ, видом внутрибрюшных осложнений. Эффективность миниинвазивных технологий оперативного лечения у детей находилась в статистически достоверной зависимости с клиническими стадиями заболевания и составила 100%, 41% и 23,5% соответственно. В послеоперационном периоде было отмечено 2(5,6%) осложнения в виде ранней спаечной кишечной непроходимости, разрешенной в ходе релапаротомии.

Выводы: Возрастание числа больных с ИТ ЖКТ в последние годы отмечено за счет физически активных ИТ–магнитных и гидрогелевых шариков. Клинические проявления заболевания и эффективность миниинвазивных оперативного лечения находятся в многофакторной зависимости от характеристик и численного состава ИТ, последовательности попадания последних в ЖКТ, уровня и сочетанности поражения кишечника. Должный объем оперативных вмешательств в группах больных с ИТ ЖКТ находится в статистически достоверной зависимости с клиническими стадиями заболевания. делить риски в формировании репродуктивного здоровья будущего мужчины.

## **БОЛЬШОЙ САЛЬНИК – САНИТАР БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

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

Цель работы. Показать необычные осложнения в брюшной полости при различных соматических заболеваниях.

В течение 2018 года в Оренбургском центре детской хирургии находились на лечении 2 ребенка с соматическими заболеваниями, у которых наступили хирургические осложнения в брюшной полости. Случай 1-й. Девочка 2-х лет в течении года находилась на лечении у невролога и нейрохирурга с явлениями окклюзионной гидроцефалии, компенсированной вентрикулоперитонеальным шунтированием. Поводом к госпитализации в хирургическое отделение явилось лихорадочное состояние, беспокойство ребенка и ухудшение общего состояния. При ультразвуковой визуализации положения правого шунта выявлен инфильтрат размером 3х3 см в области дистального конца данного катетера. Консервативное лечение инфильтрата было безуспешным, что потребовало оперативного вмешательства – лапаротомии. Обнаружено, что конец шунта был окутан абсцедированным участком большого сальника, часть которого и была резецирована. Шунт сохранен. Через 10 суток в правой половине живота вновь возник гнойный процесс, аналогичный первому - конец катетера вновь был окружен участком сальника с образованием абсцесса. Произведена резекция большого сальника, удаление абдоминального сегмента вентрикулоперитонеального шунта и дренирование брюшной полости. Данное вмешательство привело к купированию процесса в брюшной полости. В дальнейшем больная была переведена на паллиативное лечение.

Случай 2-ой. Мальчик 7 лет, доставленный в центр детской хирургии с подозрением на острый аппендицит, был прооперирован по экстренным показаниям. Червеобразный отросток макроскопически был не изменен, но обнаружен перекрут пряди большого сальника на 360° с его некрозом и фиксацией его к подвздошной кишке. При отделении сальника перфорации кишки не выявлено. В послеоперационном периоде появилась картина отграниченного перитонита, что потребовало релапаротомии. Выявлен

«ползущий» оментит, что заставило выполнить резекции большого сальника. В дальнейшем воспалительный процесс в брюшной полости ликвидирован. Проведенное комплексное обследование ребенка позволило поставить диагноз генерализованной формы иерсиниоза.

Поучительность приведенных наблюдений состоит в том, что отсутствие видимой первопричины воспалительных процессов в брюшной полости требует от врача принятия всех возможных мер для установления соматического диагноза.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

Кривошеев Н. В., Грамзин А. В., Чикинев Ю. В., Коробейников А. В., Титов Д. В.  
(Новосибирск)

Пороки развития органов грудной полости у детей, требующие оперативного лечения, являются актуальной проблемой детской хирургии.

Целью работы послужил анализ количества выявленных пороков со стороны органов грудной клетки и количество прооперированных детей на базе ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

В период с 2013 по 2017 гг. на базе детского хирургического отделения ГБУЗ НСО «ГНОКБ» прооперировано 143 ребенка с различными патологиями органов грудной клетки. Среди них диафрагмальная грыжа наблюдалась у 8 пациентов, 109 детей с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, 14 детей с атрезией пищевода, кистами средостения в 4-х случаях, лобарная эмфизема в 3-х случаях, кистозно-аденоматозная мальформация в 3-х случаях, тератома средостения и секвестрация легкого по 1 случаю. За последние 2 года в структуру оперативных вмешательств внедряются разнообразные минимально инвазивные методы в диагностике и лечении различных заболеваний органов грудной клетки. Основное место в этом принципиально новом подходе к общепринятым операциям в торакальной хирургии детского возраста принадлежит торакоскопической хирургии.

Положительного результата удалось добиться у 6 прооперированных детей торакоскопическим способом. При оценке результатов оперативного лечения эффективность торакоскопических операций сопоставима с торакотомией.

Таким образом внедрение торакоскопических операций в лечении патологии представляется весьма перспективной. Применение данных методик требует совершенствования и дальнейшего исследования

## **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ**

Кузьмин А.И., Мунин А.Г., Барская М.А., Терехина М.И., Скрипичин Н.А., Росляков А.В., Соколова А.А. (Самара)

Актуальность. До 1% от общего количества стационарных больных с гнойной хирургической инфекцией составляют дети с парапроктитами, особенно дети первого года жизни. При этом недостаточно освещены некоторые аспекты этиологии и патогенеза парапроктита у детей.

Цель работы – выявить значимые аспекты в развитии парапроктита у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ течения и лечения 101 ребенка с парапроктитами в возрасте до 6 месяцев, 53 детей от 6 месяцев до 1 года, 48 - от 1 года до 15 лет, находившимися на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Самарской областной клинической больницы за 2015-2017 годы. С острым парапроктитом в возрасте до 1 года было 139 пациентов, с хроническим – 15. В возрасте от 1 года до 15 лет с острым парапроктитом - 33 ребенка, с хроническим – 15. Проводилось изучение данных анамнеза, идентификации возбудителя из очага парапроктита, исследования кала на условно-патогенную флору (УПФ), исследования грудного молока на стерильность, УЗИ

перианальной области и промежности, гистологическое исследование операционного материала.

Результаты исследования. Отмечалось преобладание пациентов с подкожным и подкожно-подслизистым парапроктитами. У 14 больных течение процесса осложнилось флегмоной промежности. Из анамнеза получены следующие данные: нагрубание молочных желез выявлено у 61 матери, у 92 пациентов находящихся на искусственном вскармливании наблюдался неустойчивый стул и у 85 пациентов перианальный дерматит. При гистологических исследованиях выявлено, что воспалительный процесс начинался с анальной крипты с дальнейшим распространением по аномальным протокам анальных желез на клетчатку околопрямокишечной зоны с образованием абсцесса. Причиной хронизации парапроктита явилась реинфекция из внутреннего отверстия свища, открывающегося в заднепроходной крипте. При микробиологическом исследовании из очага у детей с острым парапроктитом преимущественно выделялась *E.coli* (48,7%) и *Klebsiella* (17,2%). При исследовании кала на УПФ - *E.coli haemolit.* в 27,8% наблюдений, *Klebsiella* - в 17,0%. Сочетание *E.coli haemolit.* и *Klebsiella* отмечено у 3 пациентов. Из грудного молока у 69 матерей при посеве на стерильность *Staph. aureus* выделен у 11,5%, *Staph. epidermidis* у 32,1%. У большинства пациентов с острым парапроктитом выполнялась операция Габриэля.

Выводы: Инфицированное грудное молоко, дисбиоз кишечника и перианальный дерматит - факторы, провоцирующие развитие парапроктита у детей. Развитие парапроктита у детей связано с причинной анальной криптой и аномальными протоками анальных желез. Учитывая совокупность процессов приводящих к парапроктиту, наиболее радикальным вмешательством считаем операцию Габриэля.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Кузьмин В. Д., Лозовой В. М., Жайлганов А. А., Горобцова А. В., Шакеева А. Р.  
(Астана, Казахстан)

Согласно мировым данным статистики по рождаемости, число недоношенных новорожденных растет, вместе с тем растут и такие патологические состояния, как внутрижелудочковые кровоизлияния, которые свойственны данной категории новорожденных. По данным литературы частота окклюзионной постгеморрагической гидроцефалии (ПГГ) составляет: от 1 до 10 случаев на 1000 новорожденных [Власюк В.В. 2013, Володина Н.Н. 2014].

Нами у больных данной категории применялись различные способы – до 2009 года традиционные (вентрикулярные пункции, наружное дренирование), с 2009 по 2016 г.г. – вентрикулосубгалеальное дренирование (ВСГД) по методу Иова А.С. (2004 г.) и с 2016 г. по настоящее время вентрикулосубгалеальное дренирование дополненное тромболитической терапией в сочетании с дозированным повышением внутричерепного давления. Для сравнительной характеристики результатов лечения нами были сформированы 3 группы пациентов в зависимости от способа лечения – первая и вторая контрольная (25 и 30 детей соответственно) и основная группа, составляющая 20 детей.

В первой контрольной группе хороший результат получен у 5 детей (20 %), у 7 детей (28 %) отмечены удовлетворительные результаты лечения, неудовлетворительный результат получен у 13 детей (52 %) – из них у 11 (44 %) детей зарегистрирован летальный исход, у 2 (8 %) детей гидроцефалия не только не разрешилась, но и продолжала медленно прогрессировать, что сказалось на дальнейшем развитии детей. Во второй контрольной группе у 7 (23,3 %) детей получен хороший результат, у 5 из них гидроцефалия купировалась на стадии ВСГД без последующей шунтирующей операции. Удовлетворительный результат был отмечен у 21 (70 %) детей, в 3 (10,0 %) случаях

получен неудовлетворительный результат. У 13 (43,3 %) детей регистрировались различные осложнения после вентрикулоперитонеального шунтирования (ВПШ), которые требовали ревизий шунтирующей системы, либо ее переустановки. В основной группе после проведения терапии разработанным способом лечения на этапе вентрикулосубгалеального дренирования у 17 (85 %) больных наблюдалась положительная динамика. У 7 детей (35 %) гидроцефалия разрешилась и не требовала дальнейшей постановки вентрикулоперитонеального шунта. Применение комбинированного способа лечения на этапе ВСГД позволяет при наиболее тяжелых формах внутрижелудочковых кровоизлияний значительно снизить летальность (с 59 % до 25 %), а так же уменьшить частоту имплантации ВПШ с 90 % до 65 %, и у 35 % детей добиться в раннем периоде «хороших» неврологических результатов, а так же избавиться от шунт-зависимости. Сравнительный анализ результатов лечения статистически достоверный ( $P \leq 0,05$ ). С учетом предложенного способа лечения разработан алгоритм тактики лечения детей с окклюзионной постгеморрагической гидроцефалией.

### **ПАТОЛОГИЯ ЯИЧКА И ПРИДАТКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ.**

Купатадзе Д. Д., Махин Ю. Ю. (Санкт-Петербург)

Основным патогенетическим фактором, приводящим к бесплодию при варикоцеле считают патологические изменения вен (эктазия, рефлюкс и застой). Вместе с тем, отмечена отчетливая связь бесплодия с пороками развития яичка и придатка. Как показали наши исследования, хирургическая анатомия вен у детей и подростков с варикоцеле представлена 4 вариантами: смешанная, тестикулярная, кремастерная и диспластическая. Варианты сосудов яичка и формы придатка также оказались подвержены выраженной индивидуальной изменчивости. Изучение и систематизация вариантов строения сосудов яичка и формы придатка у детей и подростков с варикоцеле выполнено у 457 больных, в возрасте от 6 до 17 лет, обследованных и оперированных с применением ангиомикрохирургических методов. Интраоперационная ревизия венозных коллекторов гонад проводилась малотравматичным паховым доступом с использованием микрохирургической техники. Выполнялся разрез кожи на 1 см выше и параллельно паховой связке, далее рассечение передней стенки пахового канала и мобилизация семенного канатика, оценивались тестикулярные вены. После выведения в рану яичка выполнялась ревизия и оценка параметров кремастерного венозного коллектора, вен семявыносящего протока и регистрация особенностей морфологии яичка и придатка. В зависимости от выявленных вариантов хирургической анатомии выполнялись различные виды микрохирургического шунтирования и резекции вен. Анализ наблюдений показал, что у детей и подростков с варикоцеле в 19,9% случаев отмечается патология яичка и придатка, характер и частота которой связаны с вариантом хирургической анатомии сосудов. Чем более выражены патологические изменения вен, тем чаще отмечается патология яичка и его придатка. При смешанной форме варикоцеле патологические изменения яичка и придатка наблюдаются наиболее часто. При изолированной тестикулярной или кремастерной форме заболевания выраженная патология яичка и придатка (сепарация придатка, тотальная гипоплазия придатка) встречается значительно реже (2,7% и 7,14% соответственно).

## **ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД) - КАК ПРИЧИНА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА (ГЭР) У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Ли И.Б., Степанова Н.М., Страшинский А.С., Кайгородова И.Н., Сапунин Э.В., Дмитриенко А.П., Перловская В.В., Стальмахович В.Н. (Иркутск)

Цель: анализ результатов и эффективности лечения ГЭР у детей с грубой неврологической патологией.

Материалы и методы. 23 случая оперированного ГЭР по материалам ИГОДКБ за 2015-2018 гг.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 15 (65 %), девочки - 8 (35 %). Возраст: 9 мес - 16 лет. Средний возраст - 8 лет. Патология ЦНС - 70% детей. В 48% случаев причиной ГЭР являлась ГПОД, у 8 (35%) пациентов с сопутствующей патологией ЦНС. В 23% случаев ГПОД установлена на догоспитальном этапе. Структура неврологической патологии: ДЦП – 75% (12); гипоксически-ишемическое/травматическое поражение ЦНС – 12,5% (2); мультикистозная лейкоэнцефаломалиция обеих гемисфер головного мозга – 6,25% (1); ВПР: гипоплазия мозолистого тела, гидромиелия - 6,25% (1). Всем детям до операции выполнено рентгенконтрастное исследование верхнего отдела пищеварительного тракта, эзофагогастродуоденоскопия. По данным эндоскопического обследования: эрозивно-язвенный эзофагит – 52,2% (12), рефлюкс-эзофагит I-II степени – 47,8% (11). По результатам предоперационного рентгенконтрастного обследования ГПОД установлена у 8 пациентов, в 3 случаях – интраоперационно. Всем детям выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство, заключающееся в мобилизации и низведении абдоминального отдела пищевода, ушивании ножек диафрагмы и формировании фундопликационной манжеты по Ниссену. Конверсии в 17,4% (4): ограниченная видимость вследствие грубых деформаций позвоночника, ожирение, спаечный процесс после ранее перенесенной операции. В 31,3% (5) лапароскопическая фундопликация по Ниссену дополнена лапароскопической гастротомией. В послеоперационном периоде в 4,3% (1) пневмоторакс, потребовавший дренирования плевральной полости; 8,6% (2) перфорация полого органа вследствие коагуляционного некроза и перфорации тонкой кишки в местах рассечения имеющих послеоперационных спаек у ранее оперированных детей. Средний срок госпитализации - 24 к/д. Рецидивов не отмечено.

Заключение: ГПОД у неврологических больных зачастую является причиной ГЭР. Соблюдение технологии лапароскопической противорецидивной операции (мобилизация абдоминального отдела пищевода, дна желудка, ножек диафрагмы, последующая крурорафия, фундопликация Ниссена) является принципиальным моментом у пациентов с тяжелой неврологической патологией. В ряде случаев вмешательство должно быть дополнено лапароскопической гастротомией. Хирургическое лечение данной категории пациентов улучшает соматическое состояние и заметно облегчает родителям уход.

## **МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕКТАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ**

Линник А.В., Сырыгина Л.В. (Пермь)

Цель исследования: разработать простой, доступный способ прогнозирования восстановления резервуарной функции толстой кишки у детей.

Материалы и методы исследования: для выполнения поставленной задачи нами были обследованы 28 детей в возрасте от 5 до 14 лет без нарушения деятельности дистального отдела толстой кишки и аноректальной области. На дошкольный (4-7 лет) и школьный (8-11 лет) периоды пришлось 75 % детей, на подростковый (12-14 лет) - 25 %.

Ректотометрия осуществлялась по разработанной нами методике (патент РФ № 123648). Определение ректальной чувствительности осуществлялось детям старше 5 лет, так как именно в этом возрасте они способны достоверно оценивать свои ощущения.

Исследование проводилось до появления императивного позыва на дефекацию. Устройство состояло из тонометра, резиновой трубки, системы подачи жидкости и ректального баллона. Техника проведения: ребёнок находился на левом боку с согнутыми в коленях ногами. В прямую кишку вставлялся латексный баллон на глубину до 5 см, подключённый к манометру аппарата и системе подачи жидкости. По мере накопления резервуара пациент искусственно проходил три первые стадии дефекации. Регистрации подлежало количество жидкости, при которой появляется непреодолимое ощущение позыва на опорожнение кишечника.

Результаты: императивный позыв появлялся у детей 5-11 лет при введении  $127,6 \pm 7,44$  мл жидкости, а у обследованных в возрасте 12-14 лет - при использовании  $138,4 \pm 10,56$  мл.

С помощью предложенного нами способа прогнозирования восстановления резервуарной функции толстой кишки было обследовано 52 детей через 1 год после хирургических операций по поводу ректальной и ректосигмоидной форм болезни Гиршпрунга (БГ). Благодаря ректонометрии удалось доказать, что использование малотравматичных методик благоприятно влияет на становление резервуарной функции низведённой толстой кишки.

Выводы: ректонометрия помогает объективизировать функциональные результаты после перенесённой радикальной операции по поводу БГ открытым и лапароскопическим способами и даёт представление о формирующейся резервуарной функции «неоректум». Данная методика зарекомендовала себя, как простой в проведении и доступный к использованию и не требующий специальной дорогостоящей аппаратуры метод.

## **ОСТРЫЙ ЦИСТИТ У ДЕТЕЙ**

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М. (Владикавказ)

Введение: Заболевание встречается чаще в возрасте 4-13 лет и чаще у девочек, что связано с анатомо-физиологическими особенностями их мочеполовой системы: близкому анатомическому расположению влагалища, ануса к наружному мочеиспускательному отверстию и короткой уретрой.

Цель исследования: Определение причин возникновения острого цистита у детей

Материалы и методы: Проведен анализ причин возникновения острого цистита у 38 детей от 4-х до 10 лет, находившихся в урологическом отделении РДКБ г. Владикавказ за 2012-2017 г. Большая часть детей (32-84,2 %) составили девочки, мальчики – 6 (15,8 %). Диагностика больных с инфекцией нижних мочевых путей основывалась на оценке жалоб и анализа болезни, данных клинико-лабораторных исследований, что включало: общий анализ крови, посев мочи, регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий, УЗИ почек и мочевого пузыря с доплерографией и определением объема остаточной мочи, взятие мазка из наружных половых путей, а у мальчиков еще и перенесенные баланопоститы в анамнезе, и оценка состояния наружных половых органов.

Результаты: У большинства больных (28 девочек-73,6%) причиной острого цистита явилась восходящая инфекция при выявленных воспалительных явлениях наружных половых путей, подтвержденных данными результатов анализ мазка. У 5 детей (13%) признаки острого цистита появились через 2-5 дней после перенесенного острого респираторного заболевания. У них отмечались колебания уровня пропердина и комплемента, признаки авитаминоза, что в совокупности способствовало развитию острого цистита. У 3-х мальчиков отмечались 1-2 кратно перенесенные гнойные баланопоститы за 5-10 дней до появления признаков острого цистита. У 2-х детей производилась микционная цистография с подозрением на дивертикул мочевого пузыря у одного и на ПРМ у другого, после чего появились признаки острого цистита.

При исследовании урокультуры в большинстве случаев (82%) выявлена кишечная палочка. В остальных 18% случаях выявлены *Klebsiella* и *Proteus*.

Выводы: 1) Наиболее часто причиной острого цистита является восходящий путь проникновения инфекции в мочевой пузырь у девочек.  
2) Наиболее часто высеивалась из мочи *Escherichiacoli*  
3) Для профилактики острого цистита у девочек необходима своевременная консультация детского гинеколога при явлениях вульвовагинита.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ**

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Царахов В. М., Дзугцева М. Р., Кесаева М. М. (Владикавказ)

Цель исследования: Анализ результатов эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей. Материалы и методы: Нами проведено обследование 42 пациентов, которым проведена эндоскопическая коррекция ПМР 2-4 ст. за 2008-2017 г. Возраст пациентов от 5 до 14 лет. Девочек-29 (69%), мальчиков-13 (31%). У 12 пациентов эндокоррекция выполнена с двух сторон. У 26 пациентов для эндокоррекции использовали коллаген-гель, у 10 пациентов- ДАМ+, у 6 – полимерный имплант вантрис. Результаты исследования: После проведения эндоскопической имплантации коллагена под устье мочеточника у 19 детей (45%) отмечено полное исчезновение рефлюкса. При использовании импланта ДАМ+ у 7, а при использовании вантрис у 4 детей также рефлюкс не определялся. У 4 пациентов отмечено снижение степени ПМР, а у 8 – отсутствие эффекта. Всем этим детям (12) проводилась повторная 2-х и 3-х кратная эндокоррекция, которые оказались неэффективными у 8 пациентов, у 2 из них с обеих сторон. Причиной неэффективности эндокоррекции с использованием коллагена у 4 пациентов обусловлена смещением введенного коллагенового вещества; им была выполнена повторная эндокоррекция, после чего ПМР больше не определялся. У 8 пациентов неэффективность эндокоррекции обусловлена пороками дистального сегмента и устья мочеточника; им была проведена неоимплантация мочеточника по Политано-Лидбеттеру (5 пациентов) и Коэну (3). У всех оперированных детей ПМР не определяется. Таким образом, правильно проведенная эндоскопическая коррекция, независимо от использованного материала в качестве импланта и при отсутствии пороков развития дистального сегмента и устья мочеточника, в частности эктопия устья мочеточника, является эффективным малоинвазивным методом лечения ПМР. Выводы: 1) Эндоскопическая коррекция является эффективным малоинвазивным методом лечения ПМР 2-4 ст. при отсутствии пороков развития дистального отдела и устья мочеточника. 2) При диагностировании пороков развития дистального сегмента и устья мочеточника показано выполнение оперативной коррекции ПМР.

## **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ.**

Лудикова М. Ю. (Москва)

Актуальность темы: Варикозное расширение вен семенного канатика сопровождается расстройствами кровообращения гонад, что приводит к причине факторов мужского бесплодия. Среди детей старшего возраста заболевание имеет особое значение с частотой от 10 до 24% . Сложность объективной диагностики варикоцеле у детей часто приводит к необоснованным оперативным вмешательствам.

Цель работы: Изучить ультразвуковые особенности варикоцеле у детей при венозной недостаточности и разработать классификационные критерии варикоцеле в корреляции с возрастом. Оценить показатели регионарного и органного кровотока гонад.

Задачи исследования: Изучить динамику морфофункционального состояния сосудов гроздьевидного сплетения и истратестикулярного кровообращения при варикоцеле.



Материалы и методы исследования: В работе исследовано 83 мальчиков и подростков. С помощью ультразвукового исследования оценивалась динамика изменений кровеносной системы регионарных и органных сосудов яичка, измеряли диаметр вен в покое и на фоне пробы Вальсальвы, в ортостазе и на высоте пробы Вальсальвы. Оценивались скоростные показатели и индексы резистентности, пульсационный индекс. Левую тестикулярную вену исследовали в ее проксимальном отделе, обращая внимания на ее топографию и на количество стволов. Оценивали направление кровотока, доплеровский спектр, скоростные показатели. Измеряли левую почечную вену ее диаметр в эпигастральной области и ее аортомезентериального сегмента. Определяли скорость кровотока как в ортостазе и клиностазе.

Выводы: Соблюдение правильного алгоритма ультразвукового исследования в диагностике варикоцеле у детей разных возрастных групп позволит определить адекватную лечебную тактику.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРЕКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Магомедмирзаев Д. Ш., Жидовинов А. А., Пермяков П. Е. (Астрахань)

*Цель работы:* Оптимизация ранней диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных с применением лабораторных и инструментальных методов диагностики.

*Материал и методы:* В исследуемую группу вошли 30 детей страдающих некротическим энтероколитом (острой и подострой формы). В группе было 18 мальчиков (60%) и 12 девочек (40%). Всем детям проводилась рентгенологическое исследование брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ОАК каждые 6 часов, ОАМ, коагулограмма (тромбиновое время, АЧТВ, фибриноген), биохимический анализ крови (СРБ, глюкоза, общий белок, альбумины, триглицериды, билирубин, креатинин, мочевины), определение прокальцитонина в сыворотке крови методом иммунохемилюминисценции, бактериологическое исследование крови на стерильность (выделение чистой культуры), Определение чувствительности к противомикробным препаратам выделенных культур, Определение скрытой крови в кале. Задачей выше перечисленных методов исследование являлась выявление диагностических критериев некротического энтероколита (НЭК). При НЭК практически не возможно предвидит переход из "терапевтической" стадии заболевания в "хирургическую", это является приоритетным направлением в оптимизации диагностики и лечения НЭК.

Для оценки тяжести состояния и стадии заболевания нами было использована классификация Белла. Во время первой стадии наблюдалась растяжение кишечных петель на обзорной рентгенограмме брюшной полости, ОАК: анемия, лейкоцитоз  $\pm 25.4 \times 10^9/\text{л}$ , лейкопения,  $\pm 4.5 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево ОАМ без изменений, биохимическое исследование крови в пределах нормальных показателей, анализ кала на скрытую кровь – положительный. УЗИ брюшной полости показала отсутствие инфильтратов и иных образований в брюшной полости, вялая перистальтика кишечника. Во время второй стадии на обзорной рентгенограмме брюшной полости дилатация петель кишечника, увеличение толщины кишечной стенки за счет отека и воспаления, в ОАК тромбоцитопения ниже  $\pm 150 \times 10^9/\text{л}$ , ОАМ без изменений, Биохимический анализ крови: гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, С-реактивный белок  $\pm 10\text{мг/л}$ , повышение мочевины. УЗИ органов брюшной полости: снижение перистальтики в пораженных сегментах, неравномерная, умеренная дилатация петель кишечника. Во время третьей стадии наблюдалась на рентгенограмме субсерозный пневматоз кишечной стенки с ее утолщением, фиксированные петли кишечника, газ в системе портальной вены, выраженный асцит. УЗИ органов брюшной

полости: выраженное локальное утолщение кишечной стенки, лоцируются инфильтраты, между петлями кишечника и в полости малого таза ОАК нейтропения  $\pm 1.5 \times 10^9/\text{л}$ . Электролиты сыворотки крови: гипонатриемия, гипокальциемия, гипокалиемия. Коагулограмма: увеличение АЧТВ, тромбинового времени. Биохимический анализ крови: гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, С-реактивный белок  $>10\text{мг/л}$ , повышение мочевины, остаточного азота, повышение прокальцитонина  $\pm 2$  нг/мл является маркером сепсиса; КОС крови рН  $\pm 7,2$ . О развитии некроза кишечника свидетельствует сохранение метаболического ацидоза более 4 часов на фоне интенсивной терапии У 21 (70%) ребенка бактериологическое исследование крови дал положительный результат. 11 (36,6%) детей были прооперированы.

**Выводы.** Таким образом нет единой системы диагностики НЭК, что осложняет раннюю диагностику НЭК. Также актуальным является вопрос поиска новых биохимических маркеров которые могут позволить выявить грань перехода заболевания с терапевтической стадии в хирургическую.

### **ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Магомедов А.Д. Патахов С.П., Махачев Б.М. Ашурбеков В.Т. Чоракаева Е.М., Абасов Ш.М. (Махачкала)

Актуальность обусловлена ростом частоты выявления кистаденоматозной трансформации, секвестрации легких у детей, общностью происхождения этих пороков и отсутствием единого подхода к лечению этого контингента больных.

**Цель:** Улучшить результаты лечения пациентов с пороками развития легких.

**Задачи:** Определить подход к диагностике патологии, сроки и объем хирургической операции, сопоставить данные клинико-рентгенологические картины и данные гистологического исследования.

**Материалы и методы:** За период 2009-2017 гг. в отделении плановой хирургии находились 53 детей с пороками развития, средний возраст которых составлял от 21 дня до 14 лет. С кистаденоматозной трансформаций – 41, с лобарной эмфиземой -11 и 1 пациент 14 лет с артериовенозной мальформацией верхних долей обоих легких. Антенатально диагноз выставлен у 18 пациентов. Оперированы 24 и объем операций у всех пациентов составил как минимум лобэктомиию. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у двух пациентов длительный пневмоторакс. Умерли 3 новорожденных, оперированные по поводу лобарной эмфиземы. Отдаленные результаты у остальных оперированных хорошие, рецидивов не было.

**Выводы:** В диагностике пороков развития легких следует использовать УЗИ во время беременности, после рождения – рентгенологические методы, включая КТ в ранние сроки. Оперативное лечение показано в первые 2-3 месяца жизни, что позволяет избежать осложненного течения пороков.

### **НЕЙРОГЕННЫЕ ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС**

Магсумов А. М., Морозов В. И., Яфясов Р.Я. (Казань)

**Цель:** Улучшить результаты диагностики и лечения функциональных заболеваний пищевода у детей.

**Материалы и методы:** Обследовано 15 детей в возрасте от 5 до 12 лет находившихся в хирургическом отделении ДРКБ МЗ РТ с подозрением на органическую (хирургическую) патологию пищевода. Ведущим клиническим симптомом у всех данных больных была дисфагия (нарушение акта глотания), у 39,0% больных периодически отмечалось поперхивание, периодическая рвота и икота. У 3 детей дисфагия имела парадоксальный характер: возникая при приёме жидкости, она отсутствовала при глотании плотной и

кашицеобразной пищи. При рентген-контрастном исследовании пищевода у этих детей обнаруживались разнообразные спастические деформации пищевода, напоминающие органическую патологию (дивертикул, стеноз пищевода с супрастенотическим расширением его стенок и т.д.). Проведение ФЭГДС у всех этих больных позволило исключить органическую патологию пищевода. Оценка перинатального анамнеза и результата неврологического обследования (спондилография, ЭМТ, РЭГ, ЭХО-ЭГ, КТ) позволили определить топику поражения ЦНС у этих больных на уровне шейных сегментов спинного мозга (С<sub>III</sub>-С<sub>IV</sub> сегменты) – последствия натальной родовой травмы. Все дети лечились консервативно (физиотерапия на очаг поражения ЦНС и фармакотерапия сосудистыми и ноотропными препаратами) с хорошими отдаленными функциональными результатами.

Результаты и обсуждение: Результаты проведенных исследований позволили предположить нейрогенный характер дискинезий пищевода у детей с отягощенным акушерским анамнезом и неврологической симптоматикой натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Выводы: У детей с симптомом дисфагии, после проведения традиционных методов обследования (рентгеноконтрастные и ФГДС) и исключения органической патологии пищевода необходимо провести дополнительные неврологические методы диагностики и провести патогенетическую терапию с учётом топики поражения ЦНС.

## **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Махачев Б.М., Магомедов А.Д., Патахов С.П. Тихмаев А.Н. Абасов М.Н., Гебекова С.А. Атабиев М.А. Магомедов М.М-т. Абасов Ш.М. (Махачкала)

С 1995 г по 2017г в ДРКБ им. Н.М. Кураева г. Махачкалы находились на лечении 83 новорожденных с диафрагмальными грыжами. Оперировано 72 ребенка. Умерло 52, из них после операции 45. Летальность составила 62,6%, послеоперационная летальность 86,5%. Клинические проявления при рождении: Цианоз и акроцианоз кожных покровов.

Одышка, тахи- бради-апноэ, участие вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Ассиметричная грудная клетка. Ладьевидный (втянутый) живот. Снижение или отсутствие дыхания на пораженной стороне. Смещение сердца в противоположную сторону. Низкая оценка по шкале Апгар. Основными методами диагностики являются УЗИ, информативность составляет 96%. Рентгенография органов грудной клетки (информативность 98,-100%), смещения органов средостения противоположную сторону, на стороне грыжи ячеистость кишечных петель, часто газовый пузырь желудка, дает возможность оценить состояние легких. Также проводится УЗИ сердца для исключения лёгочной гипертензии и сопутствующей патологии. При сложных случаях МСКТ. Предоперационная подготовка начинается с момента рождения еще в роддоме, и направлена на обеспечение адекватного газообмена и стабилизацию показателей гемодинамики. С октября 2017г. 8 новорожденным выполнено торакоскопическая пластика диафрагмы. 7 детей с ложной диафрагмальной грыжей слева, 1 ребенок с ложной диафрагмальной грыжей справа. У одного ребенка был рецидив, оперировали повторно: лапаротомия пластика диафрагмы. Один ребенок умер. Летальность 11,1%. Техника операции: Положение ребенка на боку, устанавливаем 3 троакара, 2 и 3-4 межреберье. Инсуффляция (закись азота) 4-6мм.рт. ст. При ревизии в плевральной полости петли тонкой и толстой кишки, селезенка, печень. Окончатым и мягким зажимом органы вправляют в брюшную полость. Дефект ушивают нерассасывающимся материалом. Узлы завязывают экстракорпорально. В послеоперационном периоде ребенок находится в реанимационном отделении, на ИВЛ с полной синхронизацией. На 2-3 сутки начинаем кормление, проводится коррекция лёгочной гипертензии. Перед выпиской контрольная рентгенография и УЗИ сердца. В катамнзе все дети в удовлетворительном состоянии.

Преимущество торакоскопии: Малая травматичность операционного доступа; Лучшая визуализация органов и тканей грудной клетки на всех этапах оперативного вмешательства; Минимальная потеря крови во время операции; Более гладкое течение раннего послеоперационного периода за счет уменьшения болевого синдрома и ранней активизации больных; Уменьшение количества послеоперационных осложнений; Сокращение сроков госпитализации больных; Уменьшение скелетно-мышечных нарушений в позднем послеоперационном периоде; Хороший косметический результат. По предварительным данным отмечается значительное снижение летальности (с 62,6 до 12,5 %).

## **ХОНДРОМЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ГАМАРТОМА РЕБЕР У НОВОРОЖДЕННОГО- СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.**

Махонин В. Б., Зайнуллин Р. Р. (Москва)

В доступной литературе описаны единичные случаи врожденных первично множественных опухолей ребер у младенцев. Сообщаем об успешном лечении гигантской опухоли ребер у 2-месячного ребенка, осложненной сепсисом, пневмонией и гемотораксом. Ребенок А., 1,5 мес, поступил в РДКБ 6.02.18г. При поступлении состояние очень тяжелое, отмечается беспокойство, одышка, бледность. В ОАК анемия- Hb60 г/л. Объективно: ослабление экскурсии грудной клетки справа, выбухание в области хрящевых отрезков 4-5 ребер размерами 3\*4 см, плотное неподвижное, дыхание справа не проводится. Рентгенологически-опухоль больших размеров, из 4 ребра справа, пролабирующая кнутри, выпот в плевральной полости. После биопсии был исключен злокачественный процесс. По КТ от 8.02.18г. -исходя из заднего отрезка 4 ребра(неравномерно истончено до 1,5 мм, прослеживается лишь кортикальная пластинка), определяется неправильной формы объемное образование размерами 28,7\*39\*42,5 мм, неоднородной плотности от +21 до +45 ед.Н., с неровными бугристыми контурами и обызвествленной до +90 ед.Н оболочкой. Правое легкое поджато, нижняя доля и задние отделы S1/S2 ателектазировано и гиповентилированы; в нижних отделах плевральной полости жидкостное содержимое до +47-54 ед.Н. (гемоторакс). На уровне переднего отрезка шейного ребра С7 позвонка справа, определяется аналогичное образование размерами 13\*13\*13,4 мм. Парастернально справа, на уровне хрящевых отрезков 4-5 ребер неправильной формы узловое образования, общими размерами 21,5\*29\*39 мм, с четкими неровными контурами, плотностью +52-75 ед.Н. Костные структуры грудной клетки на остальном протяжении исследования без остеодеструктивных изменений. Клинически-состояние тяжелое, нестабильное за счет осложнений (острое легочное сердце, острая сердечно-сосудистая недостаточность, НК2В, гемоторакс слева, анемия тяжелой степени, сепсис) По стабилизации, купирования осложнений, выполнена операция-резекция опухоли с хрящевыми отрезками 4-6 ребер, резекция опухоли 4-5 ребер в заднем отрезке с замещением дефекта пластиной Permacol™ и пластикой местными тканями. В послеоперационном периоде-без осложнений. Гистология (ПАО ФНКЦ)-хондромезенхимальная гамартома. Выписан на 10е сут в удовлетворительном состоянии. Через 3 мес после операции при контроле- развитие- по возрасту, грудная клетка симметричная, без деформаций, дыхательных нарушений нет. На контрольном КТ-легкое расправлено, остаточные явления перенесенной пневмонии, дефект грудной клетки замещен местными тканями. Очаг в 7м шейном ребра 1\*1,3см- не увеличивается. Выводы: После обширной резекции многоочаговой опухоли ребер с пластикой грудной стенки и установкой пластины Permacol™ достигнуто выздоровление с хорошим косметическим и функциональным результатом. Ребенок под наблюдением.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Машков А. Е., Пыхтеев Д. А., Сигачев А. В. (Москва)

Цель: Улучшить результаты лечения детей с деструктивным панкреатитом (ДП). Актуальность. Острый панкреатит (ОП) - актуальная проблема детской хирургии, 25-30% составляют деструктивные формы.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни детей с ОП, лечившихся в клинике детской хирургии МОНИКИ с 1992 по 2017 гг. Из 135 детей с ОП деструктивные формы у 56 (41,5%). Выделены 2 группы: I – с 1992 по 2000 гг. - 22 человека (мальчиков – 14). Средний возраст –  $7,8 \pm 2,5$  лет. II - с 2001 по 2017 гг. – 34 ребенка (мальчиков – 11). Средний возраст –  $11,6 \pm 3,8$  лет. Диагностический алгоритм включал: анамнез, клиническое состояние, общий и биохимический анализ крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям МСКТ и ФГДС. Результаты. В этиологии ОП в I и II группе преобладали тупая травма живота (26%) и заболевания желчевыводящих путей (33%). Идиопатический панкреатит у 50% пациентов I группы и у 30% II группы. По классификации Atlanta 2012 в I группе ОП средней тяжести у 10 (45,5%) детей, тяжелый у 12 (54,5%) детей. Во II – средней тяжести у 19 (55,9%), тяжелый у 15 (44,1%). Лечение включало физиологический покой ПЖ, подавление ее ферментативной активности, инфузионную терапию, иммунотерапию. Антибактериальную терапию начинали с 1 суток по деэскалационной схеме. Флора в 86% представлена *P. aeruginosa*, *E. coli*, *Klebsiella*, *E. faecalis*, коагулазонегативные стафилококки. Реже *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Clostridium* spp. Препаратами выбора были карбапенемы, цефалоспорины III–IV поколения, аминогликозиды. В терапию добавляли метронидазол в дозе 7,5-10 мг/кг трехкратно и противогрибковые препараты. Энтеральное питание вводили с 7-10 суток от начала лечения при улучшении состояния. Все дети первично оперированы в стационарах Московской области. Более чем в 60% случаев операции выполнялись по поводу другой патологии. В 90% производилась лапаротомия с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. У 3 (5,4%) выполнены лапароскопические санации. Нами повторно оперированы 30 (53,6%) детей. Традиционные операции выполнялись у 100% пациентов I группы. Лапароскопические вмешательства у 5 (14,7%) больных II группы с тяжелыми формами ОП с внутрибрюшными абсцессами. Псевдокисты ПЖ (ППЖ) и наружные панкреатические свищи (НПС) у 7 (31,8%) детей в I группе и у 12 (35,3%) детей во II группе; у 3 (5,4%) сочетание ППЖ с НПС. Больные с НПС излечены консервативно в сроки от 1 до 4 месяцев. 7 детей с ППЖ до 5 см в диаметре, не сообщающихся с магистральными протоками (МП), пролечены консервативно. Чрескожные пункции под УЗИ контролем ППЖ диаметром более 5 см, не сообщающихся с МП, были операцией выбора. Внутреннее дренирование у 2 детей I группы с ППЖ больших размеров, имевших сообщение с МП. В I группе умерло 2 ребенка (9%). Летальности во II группе не было. Заключение. Тщательный выбор вида операции и выверенный комплекс консервативных мероприятий способствует благоприятному исходу при лечении больных с ДП.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Мельникова С. А., Цап Н. А. (Екатеренбург)

Цель работы – оценить структуру способов оперативного лечения варикоцеле у мальчиков и подростков, отдаленные результаты варикоцелэктомии.

Материалы и методы исследования. За последние 5 лет в отделении урологии-андрологии ДГКБ №9 оперировано 1034 пациента с диагнозом варикоцеле (ВЦ). Основными причинами обращения в клинику было выявленное заболевание при профилактических

осмотрах и скрининг УЗДГ органов мошонки в школе или при проведении медицинской комиссии в военкомате. Реже, в основном у старших мальчиков, поводом обращения были жалобы на боли в мошонке (17%). Максимальное количество (56%) это подростки от 15 до 17 лет, 9% - мальчики от 8 до 12 лет. Диагноз устанавливали, на основании данных объективного обследования и УЗДГ органов мошонки: 859 (83%) мальчиков с ВЦ 3 ст., 115 (11,2%) детей имели ВЦ 2 ст., с двусторонним процессом было 20 (2%) подростков, рецидив ВЦ выявлен у 40 (3,8%) пациентов. Результаты и обсуждение. При осмотре у 10,9% больных выявлен высокий уровень внешних малых аномалий развития. Нарушение сердечного ритма и болезнь Жильбера, чаще регистрировались в старшей группе. У 18% мальчиков диагностирована пупочная грыжа, паховая грыжа и гидроцеле в 9% случаев. При проведении УЗИ и УЗДГ органов мошонки выявлены: 1. кисты придатка яичка до 10 мм – односторонний процесс в 43% случаев; 2. микролитиаз слева у 14% мальчиков, с 2-х сторон в 3% случаев; 3. гипоплазия яичка более 20% объема и снижение индекса резистентности ниже 0,54 у 17% подростков. В структуре оперативных вмешательств значимо превалирует малоинвазивные операции: лапароскопическая варикоцелэктомия (ЛВЦЭ) выполнена у 690 (66,7%) мальчиков и подростков, операция Паломо – 179 (17,3%) детей, операция Мармара – 165 (16%) детей, Лапароскопическое клипирование яичковых сосудов по поводу ВЦ проведено 607 (88 %) пациентам, лигирование 12% (83). При проведении ЛВЦЭ у 16 больных наблюдали сочетание варикоцеле и паховой грыжи. Этим детям операция дополнена лапароскопической герниорафией. Незаращенное пупочное кольцо ушивали после операции. Количество рецидивов снизилось при выполнении лапароскопического лечения до 8 (2,7%) за последний год. Все дети с ВЦ находятся на диспансерном наблюдении до перевода во взрослую сеть, с выздоровлением (80,3%) мальчиков, гидроцеле – 5,2% случаев, рецидив ВЦ – 8,7% детей. Последний чаще развивался у спортсменов в возрастной категории от 8-12 лет. У 643 пациентов в сроки от 6 месяцев до 2 лет после ликвидации ВЦ, проведено УС органов мошонки и доплерография интратестикулярной гемодинамики. В послеоперационном периоде, понижены показатели IR. Через год у 76% детей дефицита объема левого яичка не выявлено. Микролитиаз оставался на дооперационных показателях. Выводы. Показания к оперативному лечению варикоцеле базируются на клинико-инструментальных критериях изменений яичковых сосудов. Приоритет лапароскопической варикоцелэктомии возрастает как наименее инвазивного метода лечения с минимальным количеством осложнений.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ**

Мельцин И. И., Афуков И. В. Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Москалева А.В., Назарова В.В., Горбанева К.Е. (Оренбург)

Цель исследования: разработка регионального протокола лечения повреждений костей верхних конечностей у детей на основе комплексного анализа ближайших и отдаленных результатов лечения.

Результаты. Основу клинических наблюдений составили случаи повреждений длинных костей верхней конечности у детей. Среди них травма проксимального отдела плечевой кости была у 88 пациентов, диафизарной части - у 32, дистального сегмента плечевой кости у 382 детей. Частота переломов и вывихов костей предплечья была следующей: в области проксимального сегмента - 76 случаев, среднего сегмента предплечья - 476 переломов, в дистальном отделе предплечья переломы встретились в 200 случаях. На результаты лечения влияли сроки поступления в клинику, объем оказываемой помощи по месту получения травмы. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения были у пациентов, которые получали травму в пределах областного центра, где находится профильный стационар (центр детской хирургии), либо госпитализировались по

направлению районных больниц в первые 12-24 часа после травмы. Объем медицинской помощи, оказываемый в районе не превышал обезболивания после травмы, противошоковой терапии по показаниям и иммобилизации. В этих случаях хорошие и удовлетворительные результаты составили 70%. В 30 % повреждений костей верхней конечности требовались повторные репозиции костных отломков, пролонгировались сроки стационарного лечения, что, несомненно, ухудшало результаты лечения. Этим пациентам в районных больницах выполнялись хирургические вмешательства, в связи с чем затягивались сроки направления в профильный стационар.

Таким образом, оптимальной тактикой при повреждениях костей верхней конечности у детей считаем максимально раннее оказание помощи в специализированном профильном стационаре, что требует от районных больниц ограничиться в тех случаях, когда требуется хирургическое вмешательство, обезболиванием, иммобилизацией и маршрутизацией в областной центр.

### **АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ**

Мендигалиева С. Н., Лозовой В. М., Ботабаева А. С., (Астана, Казахстан)

**Актуальность:** Острые заболевания яичек (ОЗЯ) относятся к числу распространенных и встречаются у детей разных возрастных групп. Современная тактика лечения при острых заболеваниях яичка предусматривает расширение показаний к раннему оперативному лечению всех форм данной патологии.

**Цель исследования:** провести ретроспективный анализ лечения острого заболевания яичка у детей.

**Материалы и методы:** На базе ГКП на ПХВ «ГДБ № 2» г. Астана в период с 2015 – 2017 находилось на стационарном лечении по поводу ОЗЯ 448 ребенка. Возрастной аспект составил от 6 месяцев до 14 лет. Больные поступали в экстренном порядке с синдромом «красной» мошонки. Правосторонний процесс ОЗЯ отмечено у 212 (47 %), левосторонний – 236 (53%). Перекрут гидатиды Морганьи придатка яичка отмечен у 365 (82 %) пациентов, из них флегмонозная форма у 187 (51 %), гангренозная – 178 (49%). Острый орхоэпидидимит наблюдался у 51 (11%) ребенка, заворот яичка у 23 (5%), заворот яичка с некрозом - 3 (0,7 %), разрыв оболочек яичка – 4 (0,9%), остро возникшая напряженная водянка оболочек яичка – 2 (0,4%). Лабораторно-инструментальные данные: у 170 (38 %) пациентов отмечался незначительный лейкоцитоз ( $10-12 \cdot 10^9 /л$ ), ОАМ в пределах нормы. На УЗИ органов мошонки с доплером – признаки воспалительного процесса яичка и придатка, перекрут гидатиды Морганьи, заворота яичка с некрозом, напряженной водянки оболочек яичка. У 206 (46 %) детей имел факт травматизации. Все пациенты подлежали оперативному лечению в экстренном порядке. Оперативное лечение – ревизия органов мошонки, удаление измененной гидатиды Морганьи – 82 %, устранение заворота – 23 (5 %), устранение заворота с орхиэктомией у 3 (0,7 %), устранение водянки оболочек яичка – 2 (0,4 %, ушивание разрыва оболочек яичка – 4 (0,9%). В послеоперационном периоде консервативное лечение проводилось в виде антибактериальной терапии (цефалоспоринового ряда II – III поколения), противовоспалительной, обезболивающей, десенсибилизирующей, витаминотерапии, физиолечения (УВЧ, магнитотерапия). Послеоперационный период протекал без осложнений.

**Обсуждение.** ОЗЯ у детей продолжает оставаться актуальной проблемой в детской хирургии, в связи с частотой встречаемости данной патологии. Все пациенты с клиникой данного заболевания подлежат оперативному вмешательству, так как при несвоевременном устранении причины заболевания, грозит некроз яичка. **Заключение.** Своевременное оперативное лечение в экстренном порядке ОЗЯ снижает риск развития атрофии яичка.

## **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

Меркулов Н.Н., Ахаладзе Д.Г., Талыпов С.Р., Качанов Д.Ю., Грачев Н.С., Шаманская Т.В., Митрофанова А.М., Варфоломеева С.Р. (Москва)

Цель: Проанализировать опыт хирургического органосохраняющего лечения пациентов с опухолевидными образованиями в почках в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России.

Методы исследования: За период с мая 2012 по май 2018гг было выполнено 22 оперативных вмешательств по органосохраняющим операциям при опухолевом поражении почек. Среди них 5 мальчиков и 17 девочек. Медиана возраста на момент операции - 3,4 (0,8-17) лет. Оценка распространенности процесса и тактика лечения определялись в рамках рекомендаций SIOP. Основным методом лечения явилось хирургическое удаление опухоли.

Полученные результаты: У 7 (31,8%) детей был диагностирован диффузный нефробластоматоз, у 3 (13,6%) отмечалась кистозная нефрома, у 6 (27,3%) детей по результатам гистологического исследования диагностирована нефробластома, кроме того у 4 (18,2%) выявлены остатки нефрогенной стромы и у 2 (9%) пациентов выявлено достаточно редкое новообразование, поражающее почки – ангиомиолипома. Инициально оперированы 4 (18,2%) детей. Остальная когорта пациентов оперирована после перенесенной неoadъювантной терапии по протоколу SIOP 2001. У 21 (95,5%) в послеоперационном периоде не отмечено проблем со стороны зоны операции. Функция почек оценивалась по данным УЗИ исследования, а также биохимический анализ крови по определению обмена азотистых элементов (креатинин и мочевины). У 1 (4,5%) пациента в послеоперационном периоде, в связи с проведенной одномоментной операцией в объеме нефрэктомии с одной стороны и резекция почки с другой стороны, развилась клиника острой почечной недостаточности, что потребовало проведения почечно-заместительной терапии в течении 4-х дней. 18 (81,8%) пациентам в предоперационном периоде проведено стентирование мочеточника с целью исключения возможных осложнений в послеоперационном периоде (мочевой затек).

Заключение: Опухоли почек у детей достаточно часто встречающаяся патология среди других новообразований в детском возрасте. Однако, в исключительных случаях возможно проведение органосохраняющее хирургическое лечение. Во всех случаях данное вмешательство должно выполняться исключительно онкологических принципов, а также проводиться согласно рекомендациям протокола SIOP 2016 Umbrella. встречаются редко. Принципиальным в лечении детей с опухолевидными новообразованиями почек является радикальное удаление опухоли. Нарушение целостности капсулы опухоли ведёт к развитию рецидива или прогрессии заболевания, требующих интенсификации ПХТ и повторных хирургических вмешательств. Вышеуказанное свидетельствует о необходимости направления детей в специализированные стационары, имеющие опыт хирургического лечения детей с данной патологией.

## **ОШИБКИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ**

Мираков К. К., Е.А.Володько, Ю.Ю. Соколов (Москва)

Актуальность исследования обусловлена высокой частотой заболеваний пахово-мошоночной области, в том числе крипторхизма, которые нередко являются причиной инфертильности.

Опыт лечения 2000 больных крипторхизмом, а также анализ более чем 600 историй болезни и доступной литературы позволил сформулировать основные ошибки и особенности диагностики и лечения крипторхизма в практике детского хирурга: 1.



Недооценка симптомов системного заболевания у ребёнка с неопущенным яичком (взгляд на крипторхизм как на локальную проблему). Крипторхизм – системное заболевание, одним из симптомов которого является неопущение яичек. Признаки дисплазии соединительной ткани выявляют более чем у 74% больных. 2. Недооценка значения внутриутробного повреждения яичка и дефицита андрогенов в патогенезе развития крипторхизма и его осложнений. Яичко, находящееся вне мошонки, является повреждённым изначально, неправильное положение яичка есть следствие его внутриутробного повреждения. 3. Установление диагноза «крипторхизм» при гиперподвижном (флоттирующем) яичке, или так называемом ложном крипторхизме, что отмечают у 30-35% детей на амбулаторно-поликлинических приёмах. 4. Неверная оценка оперативных находок у детей с непальпируемым яичком: прекращение поиска яичка при ненахождении семявыносящего протока или производных мюллеровых протоков в брюшинной полости. 5. Необоснованная гонадэктомия при высоком уровне задержки опускания яичка по причине короткости тестикулярного сосудистого пучка. Доказано, что хирургическая методика использования анатомических резервов организма ребёнка позволяет низвести и фиксировать яичко на любом участке пути его миграции без натяжения тестикулярного сосудистого пучка. 6. Поздние сроки оперативного лечения при установленном диагнозе «крипторхизм». Менее 40% детей с крипторхизмом оперируют до двухлетнего возраста. Предлагаемые сроки хирургической коррекции – от шести месяцев до двух лет. 7. Недооценка значимости совместной работы смежных специалистов (детских урологов-андрологов, хирургов, эндокринологов, генетиков) на этапах диагностики, лечения и последующего диспансерного наблюдения. 8. Отсутствие чёткой мотивации врача и родителей пациента на длительное диспансерное наблюдение в послеоперационном периоде. 9. Игнорирование проведения необходимого предоперационного обследования (ультразвуковое исследование мошонки, малого таза, оценка показателей гормонального профиля, ингибина-В в декретированные сроки). Таким образом, профилактика infertility у пациентов с крипторхизмом включает рациональную своевременную диагностику формы заболевания, выбор адекватного способа лечения, а также оптимальных методов медицинской реабилитации под контролем врачей различных смежных специальностей на весь период становления репродуктивной функции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ**

Молотов Р.С., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Игнатьев Р.О., Афаунов М.В.

Актуальность. Одной из важных задач в лечении эмпиемы плевры у детей является эффективное удаление патологического содержимого из плевральной полости и реэкспансия пораженного легкого. Существующие традиционные и эндоскопические методы санации плевральной полости не всегда позволяют добиться выраженного положительного клинического эффекта. В связи с этим применение фракционного промывания плевральной полости физиологическим раствором в начале заболевания и применение гидрохирургического диссектора “Versajet” в поздних стадиях эмпиемы представляют особую актуальность.

Цель исследования. Оценить результаты лечения детей с эмпиемой плевры при применении различных оперативных вмешательств.

Материал и методы. В ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского в период с 2015 г. по 2018 г. находилось на лечении 423 ребенка с диагнозом внебольничная пневмония. Деструктивные формы пневмонии выявлены у 88 пациентов (20.8%). Из них в 60 случаях (68.18%) диагностирована эмпиема плевры. Пациенты были разделены на 2 группы, в каждой из которых было выделено 2 подгруппы: I А группа (основная n=15) – получившие лечение методом дренирования с промыванием плевральной полости физиологическим раствором; II В группа (контрольная n=15) – получившие лечение методом дренирования

плевральной полости без промывания плевральной полости физиологическим раствором. II А группа (основная n=15) дети оперированные по разработанной нами методике видеоторакоскопической санации плевральной полости с использованием гидрохирургических технологий; II В группа (контрольная n=15) – дети оперированы методом традиционной видеоторакоскопической санации плевральной полости. Было проведено проспективное рандомизированное одноцентровое исследование с целью оценки эффективности различных методов лечения детей с эмпиемой плевры.

Результаты. В IA и IIА группах болевой синдром купировался на 3-5 сутки после проведения операции – 13 (86,7%) случаев. Так как в IB и IIB группе на данный этап времени об отсутствии боли сообщало лишь 7 (46,7%) и 8 (53,3%) пациентов. Купирование ДН у больных с применением гидрохирургии наступал в основном в послеоперационном периоде до 5-ти дней: 12 (80%) в группе IA и 10 (66,67%) в группе IIА соответственно. В группе с применением традиционных методов лечения и ВТС купирование ДН в основном достигалось к 5-7 суткам – 7 (46,67%) и 9 (60%). Полное расправление легкого в первые 5 послеоперационных дней достигнуто у 8 пациентов (53,4%) в группе IA и 12 пациентов (80%) в группе IIА, тогда как аналогичные результаты в контрольных группах - IB получены у 5 пациентов (33,3%) и в группе IIB у 6 пациентов (40%). Средняя продолжительность койко-дня в группе IA была меньше по сравнению с группой I В (22,7 дней/24,8 дней), и в группе IIА (20,4 дней) в сравнении с группой I В (22,6 дней).

Выводы Гидрохирургические методы лечения позволяют провести эффективную санацию плевральной полости и способствуют быстрой реэкспансии пораженного легкого, что сокращает пребывание пациента в стационаре.

## **ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Мохаммад Башир, Цыбин А.А., Давлицаров М.А., Вайс А.В. Дегтярёв П.Ю. (Тула)

Актуальность. Дивертикул Меккеля относится к наиболее частым врожденным заболеваниям желудочно-кишечного тракта у детей, составляя 2,2% случаев хирургических заболеваний. Наиболее частым осложнением является кровотечение (40%). Цель. Описать случай дивертикула Меккеля.

Пациенты и методы. В ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина 19.02.2018 поступила девочка Г., 1 год 10 месяцев, в состоянии средней степени тяжести с жалобами на вялость, наличие крови в стуле. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Температура тела в норме. Дыхание не нарушено. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, не увеличен, безболезненный при пальпации во всех отделах, патологических образований не пальпируется. Физиологические оправления в норме. Из анамнеза: заболела 29.01.2018, отмечалась рвота, температура тела до 38<sup>0</sup>С. Амбулаторно получала кипферон, флемоклав соллютаб. Через неделю температура тела нормализовалась. На фоне данного лечения появилась кровь в стуле. 19.02.2018 госпитализирована в ДХО. Общий анализ крови – лейкоциты 10 x 10<sup>9</sup>/л, эритроциты 2,3 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 69 г/л, тромбоциты 115 x 10<sup>9</sup>/л, Э-1, П-1, С-46, Л-48, М-4, анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ 31 мм/час. Общий анализ мочи – белок 0,03 г/л, лейкоциты 16-18 в п/з, эпителий переходный 4-5 в п/з, слизь ++++. РКТ брюшной полости и почек от 20.02.2018 – достоверных данных за наличие объемных образований в брюшной полости не выявлено. УЗИ брюшной полости от 20.02.2018 – свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не найдено. Патологических образований не выявлено. УЗИ почек от 20.02.2018 – патологии не выявлено. ФЭГДС от 21.02.2018 – вариант нормы. Ректоскопия от 26.02.2018 – слизистая ровная, розовая на всем протяжении, полипов, воспалительных изменений слизистой не обнаружено. Операция от 28.02.2018 - диагностическая лапароскопия. Минилапаротомия. Резекция дивертикула Меккеля с наложением анастомоза «конец в конец». При осмотре брюшной полости видимой патологии не определяется. При ревизии кишечника от илиоцекального угла на расстоянии около 70-80 см определяется дивертикул Меккеля до 8 см в длину, до

2 см в диаметре, верхушка до 4 см в диаметре, красного цвета, в его просвете сгустки крови, выраженный отек кишечной стенки вокруг. Дивертикул фиксирован рыхлыми спайками к париетальной брюшине и окружающей его петле кишки. Дивертикул выделен от спаек. Гемостаз. Участок подвздошной кишки вместе с дивертикулом выведен через минилапаротомный разрез на переднюю брюшную стенку. Участок подвздошной кишки резецирован, наложен анастомоз «конец в конец» двухрядным швом. Гемостаз. Раны ушиты послойно, наглухо. Послеоперационный период – без осложнений.

Гистологическое исследование: Дивертикул Меккеля с участком тонкой кишки с хроническим воспалением.

Вывод. Представленный случай иллюстрирует необходимость детального обследования ребенка с кровотечением неясной этиологии с использованием современных точных методов диагностики.

## **СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА КИСТЫ БРЫЖЕЙКИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ОСТРОГО ЖИВОТА**

Мохаммад Башир, Цыбин А.А., Давлицаров М.А., Вайс А.В. Дегтярёв П.Ю. (Тула)

Актуальность. Непаразитарные кисты различной локализации занимают скромное место среди хирургической патологии органов брюшной полости у детей. Зачастую они протекают под маской острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Цель. Представить редкое наблюдение развития перекрута брыжейки толстого кишечника у ребенка.

Пациенты и методы. В ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина 16.02.2018 поступил ребенок Г., 15 лет, в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе. Дыхание не нарушено. Живот мягкий, не увеличен, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Дефанс активный. Симптомы раздражения брюшины сомнительный. Из анамнеза: ребенок болен в течение суток, когда впервые появились боли в животе, которые купировались приемом но-шпы. Ночь провела спокойно. 16.02.2018 утром боли возобновились с локализацией в правой подвздошной области. После обеда интенсивность болей усилилась. По экстренным показаниям девочка госпитализирована в ДХО. Общий анализ крови – лейкоциты  $11 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 10 мм/ч. Общий анализ мочи – без отклонений. УЗИ органов брюшной полости – признаки свободной жидкости в брюшной полости. Проведено оперативное лечение от 16.02.2018 – удаление перекрученной кисты брыжейки толстого кишечника, аппендэктомия. Косым разрезом по Волковичу-Дьяконову послойно вскрыта брюшная полость, удален обильный выпот в малом тазу и правом фланке. В операционную рану выведен купол слепой кишки с катарально-измененным червеобразным отростком. В области купола слепой кишки, дистальнее от основания отростка на 4-5 см, в толще брыжейки – овоидное образование размерами 2x1,5x1,5 см, черного цвета в собственной тонкостенной капсуле, плотное на ощупь. Образование выделено и удалено. Его кровоточащее ложе обработано коагулятором – кровотечения нет. Далее – аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный шов. Послеоперационный период – без осложнений. Гистологическое исследование кистозного образования: в препарате – фрагменты зрелой жировой ткани с геморрагическим пропитыванием, скоплениями пенистых макрофагов, пролиферацией фибробластов, на поверхности – фибрин.

Вывод. Данный случай подтверждает мысль о том, что образования брюшной полости, в том числе кисты брыжейки кишечника, у детей могут проявляться симптомами острого живота.

## **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ.**

Мурзахметов С. Г., Лозовой В. М., Ботабаева А. С., Ибраева А. М., Мурзахметов С. Г. (Астана, Республика Казахстан)

Актуальность: МКБ у детей занимает одно из актуальных заболеваний мочевыделительной системы. Распространенность МКБ в азиатских странах составляет от 1-5 %.

Цель исследования: ретроспективный анализ МКБ у детей.

Материалы и методы: На базе ГКП на ПХВ «ГДБ № 2» г. Астана за 2015- 2017 годы было пролечено 13 детей с мочекаменной болезнью. Возрастной аспект составил от 9 мес до 12 лет, из них 8 больных (61,5%) мальчики, 5 (38,5%) - девочки. Больные поступили в стационар в экстренном порядке с жалобами на боли в животе или в поясничной области, повышение температуры тела до фебрильных цифр, рвоту, слабость. Лабораторно-инструментальные данные: в ОАК - умеренный лейкоцитоз до  $11 \times 10^9/\text{л}$ , в 2 случаях при полном блоке мочевыведения отмечался значительный лейкоцитоз (до  $21,5 \times 10^9/\text{л}$ ), в биохимический анализ крови – в пределах нормы в ОАМ: протеинурия (до 0,66 г/л), лейкоцитурия (от 10-13 в п/зр до 15-18-20 в п/зр.), макро- и микрогематурия. На УЗИ МВС - наличие конкремента с признаками гидронефротической трансформации почки, с признаками неполного и полного блока. На обзорной урографии: рентген – позитивные конкременты отмечались в 50 % случаях в проекции ВМВП. На экскреторной урографии - гидронефротическая трансформация почки, с признаками хронического воспалительного процесса, наличие конкремента (почка, лоханка, мочеточник, полный блок и нефункционирующая почка. На КТ абдоминального сегмента – наличие конкремента, гидронефротическая трансформация почки, полный блок и нефункционирующая почка. По локализации конкременты в мочевыделительной системе: нижней трети мочеточника – 7 (53,8%), лоханки - 4 (30,8%), верхней трети мочеточника – 1 (7,7%); мочевого пузыря -1 (7,7%). У 2 детей (15,4%) при поступлении наблюдался полный блок мочевыведения в верхней трети мочеточника. У 6 детей (46,2%) отмечалась клиника обострения калькулезного пиелонефрита. Лечение проводилось: консервативное и оперативное. Консервативное лечение: антибактериальное (антибиотики цефалоспоринового ряда, аминогликозиды), гемостатическое, обезболивающее, дезинтоксикационное, литолитическое (цистон), витаминотерапия. Контактная лазерная литотрипсия проведена у 7 детей (53,8%). Пиелолитотомия – 3 (23,1%), уретеролитотомия – 2 (15,4%), цистотомия – 1 (7,7%). В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Выписаны с выздоровлением с рекомендациями.

Выводы: рациональный подход диагностики и лечения МКБ у детей позволило улучшить послеоперационные результаты.

## **ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ.**

Мясников Д.А., Батанов Г.Б., Стриженов Д.С., Сумин Д.А., Ага-Оглы Н.Н., Филькин А.А., Гребченко О.А., Слуцкий Д.С. (Нижний Новгород)

В нашей клинике с 2012 по 2018 года было выполнено 35 оперативных вмешательств у мальчиков в возрасте от 1 до 17 лет, средний возраст 7 лет. Использовались эндопротезы двух фирм: «Пластис-М» 24 ребенка и «Eurosilicone» 11 детей. Детям раннего возраста, как правило, ставили промежуточные эндопротезы фирмы «Пластис-М», детям старшего возраста – окончательные взрослые эндопротезы фирмы «Eurosilicone». Эндопротезирование яичек производилось 27 детям с аплазией яичка, 3 детям с атрофией яичка после перенесенной операции по поводу крипторхизма, 5 детям после орхидэктомии по поводу заворота с некрозом яичка. Операцию выполняли из пахового доступа (без вскрытия апоневроза наружной косой мышцы живота). Мануально формировали достаточное ложе в соответствующей половине мошонки с разрушением

tunicadartos. Помещали в мошонку эндопротез яичка, не фиксировали. Формировали третье паховое кольцо для предупреждения вывихивания эндопротеза в паховый канал. Осуществляли тщательный гемостаз для профилактики образования гематомы мошонки и отторжения эндопротеза. Кожную рану ушивали внутрикожным швом. Эндопротезирование яичка проводили в два этапа: первый этап через 1 год после перенесенной операции в раннем возрасте для того, чтобы мошонка развивалась, заключительный этап – в пубертатном периоде. Отмечалось одно осложнение: выпадение эндопротеза из мошонки, связанное с истончением кожи мошонки при формировании ложа, так как операция выполнялась одноэтапно в старшем возрасте и мошонка была недоразвита. Все остальные оперированные дети наблюдались в течение 1 года после операции, осложнений не отмечалось.

Таким образом, описанная нами техника операции гарантирует отличный косметический результат, позволяет выполнять эндопротезирование яичка в два этапа без осложнений.

### **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЕЗОАРОВ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ**

Мясоедов С. В., Вечеркин В. А., Птицын В. А., Гурвич Л. С., Колтакова М. П. (Воронеж)

Цель: Улучшить результаты лечения детей с безоарами желудка.

Задачи: Изучить контингент пациентов с безоарами желудка, клиническую картину, диагностику и возможные осложнения. Безоар - это инородное тело, образующееся в желудке вследствие длительного попадания в него неперевариваемых компонентов. Чаще других встречаются трихобезоары (образуются при трихофагии) и фитобезоары (образуются при употреблении большого количества плодов с неперевариваемыми волокнами).

С 2003 по 2017 год в нашей клинике находились на лечении 9 детей с безоарами желудка (1 мальчик, 8 девочек). Распределение детей по возрасту: 4-7 лет – 1 девочка, 8-10 лет – 4 девочки, 12-14 лет – 2 девочки, 1 мальчик – 14 лет. В клинической картине преобладали жалобы на неинтенсивные боли в эпигастрии, периодическую тошноту и рвоту, потерю аппетита. При объективном обследовании в 3-х случаях выявлялся симптом пальпируемой опухоли. Вследствие неспецифической клинической картины дети первично попадали на лечение к педиатрам, инфекционистам, эндокринологам, онкологам. Ведущим дополнительным исследованием являлась фиброгастроскопия. Безоары занимали от 30 до 100% объема желудка. В 3-х случаях выявлено эрозивно-язвенное поражение стенки желудка, в одном - его перфорация, которая не привела к перитониту только потому, что была плотно прикрыта телом безоара. Выявлено 8 трихобезоаров и 1 фитобезоар. Все дети были прооперированы (гастротомия с извлечением безоара, в 3-х случаях безоар продолжался в 12-перстную кишку) и выписаны с выздоровлением.

Выводы: 1. Безоары желудка чаще встречаются у девочек. 2. Среди безоаров преобладают трихобезоары. 3. Неспецифическая клиническая картина при безоарах желудка может привести к поздней диагностике и развитию опасных осложнений (эрозивно-язвенные процессы, вплоть до перфорации желудка, кровотечения, непроходимость пищеварительного тракта), в связи с чем возрастает роль тщательно собранного анамнеза и полного объективного клинического обследования. 4. Фиброгастроскопия является основным дополнительным методом исследования при диагностике безоаров. 5. Своевременное хирургическое лечение приводит к полному выздоровлению, но в дальнейшем данные дети нуждаются в наблюдении педиатра и психолога.

## **ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ ПСЕВДОКИСТЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.**

Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Портенко Ю.Г., Горнаева Л.С., Фомин А.М., Соболева А.А. (Тверь)

Осложнения ликворошунтирующих операций в виде перитонеальных псевдокист встречаются достаточно редко (с частотой около 1%), однако заслуживают к себе внимания не только со стороны нейрохирургов, но и абдоминальных хирургов. Наличие данного образования в брюшной полости постепенно приводит к дисфункции шунтирующей системы, что ухудшает самочувствие ребенка. Головные боли, вялость, рвота, не связанная с пищей, как правило, носят непостоянный характер. Надо заметить, что часто таких детей в первую очередь беспокоят боли в животе, тошнота, вздутие, лихорадка, что приводит их к абдоминальным хирургам. Известно, также что часть перитонеальных псевдокист могут оставаться бессимптомными.

Цель: проанализировать лечение детей с перитонеальными псевдокистами после перенесенной операции вентрикулоперитонеального шунтирования, как метода лечения гидроцефалии.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении Детской Областной Клинической Больницы г. Твери с 2013 по 2018 г.г. у 5 детей были выявлены в брюшной полости ликворные псевдокисты (3 мальчика и 2 девочки в возрасте от 6 месяцев до 7 лет). Ранее эти дети были прооперированы по поводу постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии (у троих детей в анамнезе - ревизия шунтирующей системы). Перитонеальные псевдокисты выявлены при проведении детям УЗИ, компьютерной томографии брюшной полости. У двух детей перитонеальные псевдокисты выявились во время планового обследования, как случайная находка. Дети с такими клинически незначимыми псевдокистами наблюдались нейрохирургом в амбулаторном порядке. Трех детям, у которых ликворные псевдокисты стали причиной дисфункции шунтирующей системы, абдоминального синдрома, выполнена лапароскопическая ревизия брюшной полости, вскрытие и аспирация содержимого перитонеальной псевдокисты, переустановка перитонеального катетера шунтирующей системы в подпеченочное пространство или в боковые фланки.

Выводы. «Шунтированным» детям необходимо регулярно выполнять УЗИ брюшной полости для выявления перитонеальных псевдокист (в том числе клинически незначимых). При появлении абдоминальных симптомов у «шунтированных» детей необходимо исключить наличие ликворной псевдокисты брюшной полости.

## **ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Недид С., Белоус Р.А., Степаненко Е.А., Вдовин О.Б. (Благовещенск)

Различные варианты нарушения облитерации желточного протока, по мнению разных авторов, встречаются в 0,2-4%. Соотношение мальчиков и девочек примерно 2:1, в случае осложнений даже 5:1. Клинические проявления и осложнения заболевания проявляются лишь в 25% случаев. Из них около 50% случаев – дети 2-10 лет, остальные манифестируют в возрасте до 30 лет. За период 2007-2017гг в хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы пролечено 19 детей с различными вариантами патологии желточного протока (4 девочки, 15 мальчиков) в возрасте от 3 дней до 16 лет. Из них персистирующий омфаломезентериальный проток (ОМП) зарегистрирован лишь в 4 случаях (21%) и диагностирован сразу после рождения; в остальных случаях – дивертикул Меккеля (79%). Дети с персистирующим ОМП оперированы в первые дни жизни. Одному ребенку успешно выполнена лапароскопическая резекция ОМП, остальным классические операции (минилапаротомия

резекции свища, клиновидная резекция кишки со свищем, либо резекции подвздошной кишки с формированием кишечного соустья). В 4 случаях (27%) дивертикул Меккеля явился операционной находкой во время других плановых и экстренных лапароскопических вмешательств. 11 пациентов (73%) оперированы по экстренным показаниям. Кишечное кровотечение явилось осложнением ДМ у 4 детей (27%). С клинической картиной «острого живота» оперированы 7 детей (46%). Причиной послужили: заворот, странгуляционная кишечная непроходимость у 3 детей (20%); дивертикулит - 3 случая (20%), подвздошно-ободочная инвагинация у 1 ребенка (6%).

В большинстве случаев (73%) при ДМ и его осложнениях успешно выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия. Возраст детей составил 3-16 лет. При завороте, осложненном некрозом кишки, перитонитом, гангренозном дивертикулите выполнялись открытые операции. Из них у 1 новорожденного ребенка с заворотом подвздошной кишки, осложненным ее некрозом, распространенным перитонитом выполнена резекция кишки с формированием энтеростом, что потребовало реконструктивной операции в последующем. Послеоперационных осложнений, потребовавших повторных операций не встречалось. Летальность во всей группе детей с патологией желточного протока в нашей клинике не регистрировалась.

Выводы: Лапароскопические операции при патологии желточного протока являются операциями выбора у детей любой возрастной группы, за исключением случаев, осложненных некрозом кишки и распространенным перитонитом, и применима у детей любой возрастной группы.

## **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ И САРКОМЫ ЮИНГА У ДЕТЕЙ**

Неизвестных Е. А., Царева В. В., Носков Н. В. (Челябинск)

Актуальность. Остеосаркома (ОС) и Саркомы Юинга (СЮ) это первичные злокачественные опухоли костей, характеризующиеся повышенной чувствительностью к лучевой и химиотерапии, быстрым ростом, метастазированием, что является причиной высокой летальности. Благоприятный исход возможен лишь при ранней диагностике и начале лечения.

Цель исследования. Оценить процент ранней диагностики ОС и СЮ при первичном обращении за медицинской помощью и проанализировать диагностические ошибки при первичном обращении за медицинской помощью у этой группы больных.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 15 пациентов с 2013 по 2017 г.г. со злокачественными новообразованиями костей (6 девочек, 9 мальчиков), находившихся на учете в ЧОДКБ с 2013 по 2017 гг. В анализ были включены результаты исследований гистологии и иммуногистохимии. Иммуногистохимическое исследование у больных с ОС не было проведено 6 пациентам с однозначной клинической и гистологической картиной. Все случаи СЮ были подтверждены иммуногистохимическим исследованием. Пациентов с СЮ в нашем исследовании было 6 (40%) человек, с ОС 9 (60%) человек. После верификации диагноза лечение проводилось согласно протоколам. Результаты. Диагноз злокачественного новообразования поставлен в период до 1 месяца только 3 (20%) пациентам, от 1 до 3 месяцев 6 (40%) пациентам, от 3 до 6 месяцев 3 (20%) пациентам, более 6 месяцев 3 (20%) пациентам. Средние сроки постановки диагноза составили 3.8 месяца. При первом обращении за медицинской помощью пациентам были выставлены следующие диагнозы: миозит - 4 пациентам, атипичный хронический остеомиелит - 1 пациенту, острый гнойный артрит - 1 пациенту, растяжение связочно-капсульного аппарата - 1 пациенту, перелом кости - 1 пациенту, костная киста - 1, пневмония - 1 пациенту. У 2 пациентов патологий обнаружено не было. И только у 3 пациентов было заподозрено злокачественное новообразование, и они были направлены к онкологу. За время наблюдения умерло 2 пациента с СЮ у которых диагноз

злокачественного новообразования выставлен через 2 и 3 мес. от начала клинических проявлений.

Выводы. Отсутствие онкологической настороженности и ошибочная интерпретация результатов дообследования пациентов приводит к поздней диагностике саркомы Юинга и остеогенной саркомы. Что приводит к необоснованному назначению лечебных мероприятий, а также к позднему началу специфической терапии.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ**

Некрасова Е. Г., Цап Н. А., Оленина Н. В., Александрова Н. С., Мликова Т. В. (Екатеринбург)

Актуальность. Пороки легких относятся к разделу редких врожденных аномалий, могут проявить клиническую манифестацию в период новорожденности, но наблюдаются и варианты более позднего развития симптоматики, в первую очередь дыхательной недостаточности.

Цель работы - представить опыт лечения детей с различными пороками легких, обосновать диагностический и лечебный алгоритм.

Материалы и методы. За 5-летний период (2013 – 2018) в отделении торакальной хирургии находились на обследовании 36 детей с пороками развития легких. Возрастные характеристики весьма широки – от 6 месяцев до 14 лет, что в ряде случаев не позволяет дать патогенетическую оценку длительному бессимптомному течению. Данная аномалия развития легочной ткани встречалась преимущественно у мальчиков – 56%. Всем детям проводилось комплексное бронхологическое обследование, включающее КТ органов грудной клетки, бронхоскопию, радиоизотопную пульмонсцинтиграфию, что позволяло принять решение о виде хирургической помощи ребенку.

Результаты и обсуждения. В группе обследования (N=36) были выявлены следующие аномалии: внутрилегочная секвестрация легкого (1), кистозно - аденоматозная мальформация (2), врожденная киста легкого (16), врожденная лобарная эмфизема (3), внелегочная секвестрация (1), гипоплазия легкого (9) чаще левого, агенезия доли легкого (4). За исследуемый период оперировано 25 (69,4%) детей, из них у 7 (28%) больных использован торакоскопический доступ при фенестрации кистозных образований нижней и верхней долей. Аналогичные операции у 8 детей выполнены путем торакотомии. Спектр радикальных оперативных вмешательств носит в подавляющем большинстве случаев органосохраняющий характер: нижняя лобэктомия (3) при внутрилегочной секвестрации и кистозно - аденоматозной мальформации; верхняя лобэктомия (3) при врожденной лобарной эмфиземе и гигантской кисте; билобэктомия справа (1) при лобарной эмфиземе; удаление внелегочного секвестра (1) при сохранении легочной ткани. Течение послеоперационного периода в 96% случаев благоприятное. У одного больного после торакоскопической фенестрации кисты нижней доли правого легкого отмечалось осложнение в виде длительно функционирующего бронхоплеврального свища, по поводу чего выполнена мини-торакотомия, герметизация свища пластиной Тахокомба с положительным результатом. Больные с гипоплазией и агенезией легкого в оперативном лечении не нуждались в связи с отсутствием осложнений. Все дети выписаны с выздоровлением, находятся на диспансерном наблюдении у торакального хирурга и пульмонолога.

Выводы. Дети с подозрением на порок развития легкого нуждаются в комплексной современной диагностике. Большинство аномалий легочной ткани требуют радикального оперативного вмешательства в связи с высоким риском осложнений.



## **СПИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ С ПОЗИЦИЙ НЕЙРОУРОЛОГА**

Николаев С. Н. (Москва)

Актуальность. Лечение детей с пороками спинного мозга и его проводникового аппарата, до настоящего времени представляет собой сложнейшую задачу. Полиморфизм и тяжесть клинических проявлений, резистентность к традиционным методам лечения, отсутствие альтернативных методов реабилитации определяют применение целого комплекса терапевтических и хирургических мероприятий в основе которого лежат спинальные микрохирургические восстановительные операции.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения детей со спинномозговыми грыжами в разных возрастных группах с учетом клинических проявлений.

Материалы и методы. За период с 1992 по 2018 гг. наблюдалось и оперировано на проводниковом аппарате спинного мозга более 1500 детей с синдромом спинального дизрафизма. Полноценный катамнез прослежен у 656 детей, которым был произведен микрохирургический радикулолиз. Обследование включало исследование уродинамики нижних мочевых путей, рентгенурологические, электромиографические и другие функциональные аспекты.

Результаты. Снижение внутрипузырной гипертензии, интенсификация позыва на мочеиспускание, улучшение показателей сократительной способности детрузора отмечено у 438 детей (66,7%), частичное восстановление эвакуаторной функции толстого кишечника, удержание кала у 370 (56,4%), стабилизация мочевого синдрома у 300 (50%).  
Заключение. На наш взгляд, следует отказаться от операций у детей со спинномозговой грыжей в период новорожденности при отсутствии прямых показаний, так как слишком велико количество осложнений (до 30% ятрогенных нарушений). Безусловно, что при осложненном течении (разрыв оболочек грыжевого мешка, ликворея) показано экстренное оперативное пособие. Оптимальным для оперативного вмешательства является возраст ребенка старше 6 мес. При первичной герниопластике операции должны быть направлены на профилактику первично-фиксированного спинного мозга. Повторные операции по поводу интрадуральных липом, сращений, фиксации конечной нити и т. д. должны быть строго аргументированы. Основой успешного лечения детей со спинномозговыми грыжами является применение микрохирургической техники, что позволяет добиться более адекватного восстановления гемо- и ликвородинамики, снятия очагов патологической ирритативной импульсации, приводящей к некоординированной работе детрузорно-сфинктерного аппарата в том числе и тазового дна.

## **РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ**

Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б., (Москва)

Проблема лечения детей с различными вариантами миелодисплазии является мультидисциплинарной, учитывая большую вариабельность клинических проявлений данного порока развития, однако урологическая составляющая является ведущей. К ней относятся инфекции мочевыводящих путей, различные варианты обструктивных уропатий и хроническая болезнь почек с исходом в хроническую почечную недостаточность. Учитывая, что рефлюкс-нефропатия у спинальных детей формируется в раннем возрасте и встречается, по данным различных авторов, в 35 до 55% случаев при лечении пациентов с данной патологией необходимо решать несколько задач одновременно: защита мочевых путей от уродинамических и инфекционных повреждений, интенсивная нефропротективная терапия, улучшение качества жизни за счет минимизации симптомов со стороны нижних мочевых путей, связанных, в первую очередь, с недержанием мочи.

Цель: оптимизировать тактику лечения детей с рефлюкс-нефропатией, развивающейся на фоне арефлекторного мочевого пузыря у детей с миелодисплазией.

За период с 2010 по 2018 гг. нами выполнено 334 эндоскопических трансуретральных коррекций ПМР 248 детям в возрасте от 2 месяцев до 4-х лет оперированных в периоде новорожденности по поводу спинномозговой грыжи. Проведен анализ историй болезни 159 детей с вторичным нефросклерозом, получавших нефропротективную терапию иАПФ энапом, наблюдавшихся в городском нефроурологическом центре ДКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова. Возраст детей был от 9 мес. до 15 лет. Причиной вторичного сморщивания почки у 145 детей явился пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) на фоне синдрома миелодисплазии, у 5 детей - гидронефроз, у 9 - мегауретер. Показанием к назначению и-АПФ (энап) явились изменения ультразвуковой картины почек – уменьшение размеров и толщины паренхимы, снижение или повышение индексов резистентности на сосудах различного калибра, стойкая протеинурия, азотемия и снижение СКФ, артериальная гипертензия. Препарат назначался в дозе 0,1-0,5 мг/кг/сут. Стойкий нефропротективный и антипротеинурический эффект и-АПФ наблюдался не менее 3-6 мес и находился в прямой зависимости от степени выраженности протеинурии и азотемии.

Таким образом, дети, оперированные по поводу спинномозговой грыжи и имеющие все признаки арефлекторного мочевого пузыря в сочетании с ПМР, нуждались в постоянном наблюдении уронефролога, раннем выявлении хронической болезни почек и соответствующей коррекции.

## **БОТУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С УГНЕТЕНИЕМ РЕЗЕРВУАРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б., Склярова Т. А., (Москва)

Разнообразные проявления спинального дизрафизма в сочетании с пороками развития мочевых путей составляют до 27% от всех пороков развития у детей, причем в последние годы отмечается увеличение их числа. Нарушения функции тазовых органов, являются одним из важных аспектов в диагностике и лечении больных с миелодисплазией, а расстройства мочеиспускания еще больше усугубляют тяжесть состояния пациента, нарушая качество его жизни.

Цель исследования - определить пути улучшения результатов лечения детей раннего возраста с синдромом спинального дизрафизма с использованием современных инновационных технологий.

Под нашим наблюдением в Центре детской урологии ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова находилось 164 ребенка с явлениями спинального дизрафизма в возрасте от 6 месяцев и до 12 лет. У всех детей наблюдались сочетанные расстройства функции мочевого пузыря, прямой кишки и диафрагмы таза, инфекционные осложнения со стороны мочевых путей и разнообразные варианты обструктивных уропатий. При поступлении в клинику всем больным, после анализа анамнестических данных, проводилось комплексное клинко-лабораторное и инструментальное обследование, которое включало рутинные методы исследования, а также комплексное уродинамическое, рентгенологическое и эндоскопическое обследование. Комплексное лечение для восстановления резервуарной и адаптационной функций детрузора включало фармакотерапию М-холинолитиками, физиолечение и перевод мочевого пузыря в режим «наполнение – опорожнение» при помощи периодической катетеризации. У 114 детей в связи с неэффективностью лечения использован метод длительной химической денервации детрузора с помощью внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (БТТА). Метод позволил добиться стойкого клинического эффекта по восстановлению резервуарной и адаптационной функций мочевого пузыря и улучшение уродинамики верхних мочевых путей, что связано с нормализацией внутрипузырного давления и более благоприятной

уродинамической ситуацией. Эффект сохранялся от 8 месяцев до 2-х лет, что у этой категории пациентов позволило отказаться от длительного применения М-холинолитиков.

### **СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ГАСТРОПЕКСИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (Иркутск; Кемерово; Красноярск)

Лапароскопическая гастростомия является распространенной хирургической процедурой в детской хирургии. Мы сообщаем данные сравнения двух эндохирургических методов фиксации гастростомических трубок с использованием анкерных устройств Saf-T-Pexu и U-образных швов.

Материал и методы. В период между январем 2012 г и декабрем 2016 г было выполнено 36 операции лапароскопической установки гастростомической трубки с применением якорных приспособлений Saf-T-Pexu (Группа I) и 54 операции с использованием U-образных швов (Группа II). Произведено сравнение демографических, интраоперационных и послеоперационных параметров в двух группах больных.

Результаты. При сравнении демографических данных, а также интра- и послеоперационных параметров пациентов, не было выявлено статистической разницы показателей ( $p > 0,05$ ). Среднее время оперативного вмешательства в группе I составило 20,72 мин. В противоположность этому - время операции в группе II было 22,78 мин. Время начала кормления и перехода на полное энтеральное питание было сопоставимо у пациентов обеих групп (8,25 часа против 8,48 часов; 19,56 часов против 18,31 часов,  $p > 0,05$ ). Так же регистрировалось одинаковое время пребывания в госпитале у пациентов сравниваемых групп (19,67 дня против 10,17 дней;  $p > 0,05$ ). При статистическом анализе была выявлена достоверная разница показателей малых послеоперационных осложнений в сравниваемых группах (11,11 % против 33,33 %;  $p < 0,05$ ).

Заключение. Анкерные устройства Saf-T-Pexu являются простым и эффективным методом гастропексии при установке гастростомических трубок, который позволяет сократить число послеоперационных осложнений.

### **ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ**

Носков Н. В., Неизвестных Е. А., Царева В. В. (Челябинск)

Цель. Улучшение результатов лечения костных кист у детей.

Материалы и методы. Нами был разработан и внедрен малоинвазивный пункционный метод лечения с обработкой полости кисты высокоинтенсивным лазерным излучением. Проводилась пункция костной кисты, после чего полость обрабатывается высокоинтенсивным лазерным излучением через пункционную иглу. В результате происходило выпаривание содержимого кисты и коагуляция ее выстилки. Полость кисты ничем не промывалась и не заполнялась. Для предотвращения патологического перелома всем детям проводится иммобилизация гипсовой лонгетой в течение 2-3 недель. Кратность пункций при солитарных костных кистах составила 2-3 с интервалом в 2-3 месяца, при аневризмальных - 5-6 пункций. Длина волны лазерного излучения 970 нм, мощность 8 Вт в постоянном режиме. По данной методике за последние 4 года пролечено 93 больных обоего пола в возрасте от 3 до 16 лет. У трех последних пациентов однократно применялось инфракрасное излучение с длиной волны 1190 нм. Результаты. После пункционного лечения хорошие результаты получены у всех детей. О преимуществах применения высокоинтенсивного лазерного излучения в лечении дистрофических

костных кист у детей по предложенной нами методике говорят следующие факты: отсутствие наиболее часто возникающего осложнения, присущего как костнопластическим операциям, так и пункционным методам лечения такого, как рецидив заболевания. Данный метод позволил нам полностью отказаться от краевых и сегментарных резекций кости при данной патологии. При оценке отдаленных результатов, у всех больных в отдаленном периоде отмечена клиническая и рентгенологическая перестройка костной ткани. Осложнений при применении данного метода лечения не было.

Выводы. Таким образом, высокоинтенсивное лазерное излучение более активно индуцирует процессы ангиогенеза, что способствует более быстрой органотипической перестройке костной полости и позволяет отказаться от травматичных методов лечения с использованием различных вариантов резекции кости.

## **КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. НАСКОЛЬКО ИЗМЕНИЛАСЬ ТАКТИКА?**

Огнев С. И., Цап Н. А., Винокурова Н. В., Кошурников О. Ю., Потапенко В. Ю.  
Мигачева Л.В. (Екатеренбург)

Актуальность. Лучевые методы диагностики позволяют обнаруживать кисты печени, начиная с антенатального этапа. Цель: представить аналитический обзор обследования и лечения детей с кистозными образованиями печени (КОП), оценить изменения в лечебной тактике за последние 10 лет.

Материалы и методы. За 10 лет выполнены оперативные вмешательства 21 ребенку с КОП. По гендерному признаку преобладали девочки – 13 (61,9%). В возрастном аспекте чаще выявляются КОП у детей старше 10 лет - 10 (47,6%), относительно равномерно распределено количество случаев заболевания от 0 до 5 и от 6 до 10, что составило 5 (23,8%) и 6 (28,5%) соответственно. На дооперационном этапе в диагностике КОП, как скрининг используется сонография, но все большую роль приобретает МРТ и КТ органов брюшной полости. Локализация, структура и размеры КОП определяют выбор метода оперативного лечения, но одним из главных критериев малоинвазивности - техническая обеспеченность операционной и квалификация хирурга. Операционный материал подвергнут морфологическому исследованию. Результаты и обсуждение. Кисты непаразитарной природы диагностированы в 14 (66,6%) случаях, в 7 (33,3%) случаях установлен диагноз эхинококкоз печени. В правой доле печени (преимущественно 6, 7, 8 сегменты) локализовалось 16 (76,1%) КОП, в левой 4 (19%) и сочетание у одного пациента (4,7%). По объёму преобладали кисты средних и больших размеров - 8 (38%) и 9 (42,8%) случаев. Гигантских размеров достигли КОП у 3 (14,2%) пациентов, один ребенок после дообследования ввиду малых размеров кисты выписан домой, подлежит динамическому наблюдению. Многокамерность КОП выявлена у 2 (9,5%) детей. Всего открытым путем оперировано 7 (33,3%) детей, при этом в 2х случаях выполнена атипичная резекция печени, в остальных случаях фенестрация кисты с дезэпителизацией внутренней оболочки аргоноплазменной коагуляцией. Эхинококкэктомия выполнена 7 (33,3%) детям и лишь в одном случае лапароскопически. Одному ребенку выполнена «идеальная» эхинококкэктомия, у 5 (71,4%) детей с предварительной обработкой 2% раствором формалина, в одном случае использовался 10% глицерин. Лапароскопическая фенестрация кисты печени была успешна у 5 (23,8%) детей. Чрезкожное пункционное склерозирование кист выполнено 7 детям при УС- или эндоскопической навигации. В качестве склерозанта в 3 (42,8%) случаях использован 96% спирт, в 4 (57,1%) случаях выбран 3%-ый раствор этоксисклерола. Склерозирование эффективно при соблюдении ряда условий, в частности отсутствие множественных перегородок, размеры кист менее 50 мм. После чрезкожного склерозирования проведение повторных манипуляций не потребовалось. Осложнений и рецидивы не наблюдали.

Выводы. Значимая роль в диагностике кист печени принадлежит инструментальным методам визуализации (КТ и МРТ). Широкое внедрение и рост технических возможностей диктует расширение малоинвазивных методов лечения КОП. Выбор малоинвазивного метода лечения приоритетен, носит индивидуальный подход и является взаимозаменяемым.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА**

Ольхова Е.Б., Мукасеева Т.В., Борисов С.Ю., Кирсанов А. С., Зыкин А. П.(Москва)

Актуальность исследования определяется сложностью дифференциальной диагностики причин кишечной непроходимости, экстренностью и тяжестью ситуации, часто – нечеткостью анамнестических данных и клинико-рентгенологической картиной.

Цель исследования: демонстрация редких причин кишечной непроходимости у детей.

Материалы и методы: пациенты всех возрастных групп за исключением периода новорожденности с подозрением или наличием кишечной непроходимости за последние 20 лет, проходившие лечение в ДГКБ Св. Владимира ДЗМ.

Результаты исследования. Классическая эхографическая картина кишечной непроходимости предполагает наличие дилатации кишечных петель, маятникообразного перемещения содержимого в их просвете и (возможно) выпота в брюшной полости. Редкие варианты кишечной непроходимости эхографически можно условно разделить на следующие группы:

1. на фоне эхопризнаков кишечной непроходимости определяется наличие внутрипросветного патологического включения;
2. на фоне эхопризнаков кишечной непроходимости определяется наличие внепросветного образования / включения;
3. на фоне эхопризнаков кишечной непроходимости определяется наличие эхопризнаков внутрибрюшного заворота / перекрута;
4. отсутствие или нечеткое представительство типичных эхопризнаков непроходимости.

К первой группе можно отнести следующие варианты: - трихо(фито)безоары / внутрипросветные инородные тела. Трихо(фито)безоары определяются как внутрипросветные образования неправильной формы, имеющие высокую акустическую плотность и генерирующие массивную акустическую тень. Чаще обнаруживаются в желудке и 12-перстной кишке. Прочие патологические включения в просвете пищеварительного тракта (гелевые шарики и пр.) визуализируются по-разному в зависимости от эхографической консистенции; - энтерокисты с внутрипросветным ростом; - опухоли, исходящие из стенки кишки, с внутрипросветным ростом; - объемные образования, как lead-point атипичной кишечной инвагинации - внутрипросветные гематомы. Ко второй группе можно отнести внепросветные опухоли, сдавливающие просвет кишки, а также внутрибрюшные абсцессы/инфильтраты, в частности - аппендикулярные абсцессы. Как казуистически редкий вариант сюда же можно отнести синдром Куррарино со сдавлением дистальных отделов толстой кишки. К третьей группе следует отнести варианты внутрибрюшных заворотов изолированных кишечных петель, например, вокруг ductus omphaloentericus. В таких случаях крупных сосудов в структуре whirlpool-sign нет, поэтому его эхографическое представительство значительно менее демонстративно, чем при с-ма Ледда. В случаях отсутствия типичных эхопризнаков кишечной непроходимости необходимо помнить о возможности мальротации кишечника, сопровождающиеся заворотом средней кишки (с-м Ледда), При с-ме Ледда в эпигастральной области лоцируется whirlpool-sign с дилатированными до 10 мм венами в своей структуре, немного выпота в брюшной полости. Отсутствие или нечеткое представительство типичных эхопризнаков непроходимости может наблюдаться также

при внутренних грыжах. При ущемлении внутренней грыжи возможно визуализировать кишечные петли с утолщенной гипо-аваскулярной стенкой, впрочем, выявить этот эхосимптом удается не всегда.

Таким образом, эхографическое представление редких форм острой кишечной непроходимости многообразно, причина непроходимости требует прицельного поиска в каждом конкретном случае и личного опыта врача УЗ

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УРЕТРАЛЬНЫХ СТЕНТОВ У ДЕТЕЙ СО СТРИКТУРАМИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА, ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Павлушин П. М., Титов Д. В., Гудков А. В., Грамзин А. В., Файко Е. Ю. (Новосибирск)

**Актуальность:** В настоящее время отмечается увеличение числа врожденных пороков развития мочеиспускательного канала, что неизбежно ведет к увеличению количества уретропластик во всём мире. Стриктуры уретры являются одними из наиболее частых осложнений после уретропластики.

**Материалы и методы** В проспективное рандомизированное исследование было включено 15 пациентов со стриктурами уретры. Всем пациентам было проведено урологическое обследование в объеме урофлоуметрии, уретрографии и уретроскопии. Большинство стриктур локализовалось в пенильном отделе уретры. Протяженность стриктур варьировала от 1 до 5 мм. Все пациенты, включенные в исследование, имели одиночную стриктуру мочеиспускательного канала. После урологического обследования всем пациентам под общим обезболиванием проводилась внутренняя оптическая уретротомия с использованием холодного ножа и одномоментной установкой индивидуального никелид-титанового стента в зону разрушенной стриктуры. Стент устанавливался на срок 14-21 день. В последующем стент извлекался и пациентам проводилось контрольное урологическое обследование в объеме урофлоуметрии, уретрографии и уретроскопии.

**Результаты и обсуждение** В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечались хорошие показатели урофлоуметрии. Уретрография и уретроскопия так же подтвердили отсутствие стриктуры мочеиспускательного канала. Наибольший срок послеоперационного наблюдения составил 3 года. Эффективность лечения составила 93%. В одном случае было проведено повторное стентирование уретры. За время исследования не было отмечено послеоперационных осложнений. На сегодняшний день, эффективность лазерной уретротомии составляет около 84%, однако длительность послеоперационного наблюдения всё ещё мала. Также, отмечено, что около 65% детей имеют рецидив стриктуры уретры после проведенной уретротомии в течение 5 лет. Мы надеемся, что предложенный метод лечения стриктур уретры у детей будет перспективным и поможет решить столь значимую проблему в детской урологии – стриктуры уретры.

**Выводы.** Учитывая вышеизложенные данные, есть все основания предполагать, что внутренняя оптическая уретротомия холодным ножом с одномоментным стентированием уретры имеет хорошие результаты, и видится как перспективный малоинвазивный метод лечения стриктур уретры.

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Патахов С.П., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н., Абасов М.Н., Халилов И.Г., Абасов Ш.М. (Махачкала)

Желчнокаменная болезнь у детей – многофакторное заболевание гепатобилиарной системы с образованием конкрементов внепеченочных желчных протоков, общего желчного протока, желчного пузыря. Оперативное лечение показано при неэффективности консервативной терапии.

Цель работы: улучшение результатов лечения выбором оптимального метода оперативного лечения.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2017г. в ДРКБ г. Махачкалы прооперировано 12 детей по поводу желчнокаменной болезни в возрасте от 4 до 16 лет. Среди прооперированных 8 девочек и 4 мальчика. Показаниями к оперативному лечению являлись: камни в желчном пузыре и протоках, наличии болевого синдрома, неэффективность консервативного лечения у гастроэнтеролога. Оперативное лечение проводилось из четырех лапаропортов. Первый троакар заводился по верхней умбиликальной складке, через него инсуфлировали углекислый газ и вводили оптическую систему 5мм. Рабочие троакары вводили в эпигастральной области (10мм), в правом подреберье и справа от пупка по средне-ключичной линии (5 мм). Пузырный проток и пузырная артерия выделяли монополярной коагуляцией и после наложения титановых клипс пересекали. Пузырь извлекался из брюшной полости через место установки троакара в эпигастральной зоне. Все операции заканчивали дренированием ложа пузыря перфорированной силиконовой трубкой. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. Все пациенты выписаны на 8 сутки после операции. Катанамнез прослежен у 9 оперированных. Боли в эпигастральной области, в правом подреберье после физической нагрузки отмечали 5 пациентов.

Заключение: Лапароскопические оперативные вмешательства при желчнокаменной болезни могут считаться выбором и применяться у детей любого возраста.

### **НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ХОЛЕДОХА**

Магомедов А.Д. Махачев Б.М. Патахов С.П. Керимова П.Г.(Махачкала)

Цель: разработать алгоритм оптимального обследования и лечения данной патологии.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии в 2010-2017 лечились 13 детей с кистами холедоха (КХ). Возраст пациентов от 6-и суток до 9 лет. Антенатально ни в одном случае патология не выявлена. Клинически заболевание проявлялось в 3-х случаях в виде холестаза, болями в животе с рвотой у 4-х детей, в 1-м случае в виде панкреатита. В 1-м случае новорожденный поступил с картиной перитонита на фоне перфорации КХ. Обследование включало себя УЗИ, КТ, МРТ-холангиографию. Раннее хирургическое лечение проводилось детям с большими кистами холедоха и нарушением пассажа желчи – 6 пациентам выполнено удаление кисты и наложение гепатикоюноанастомоза на длинной петле по Ру, холедохоцистдуоденостомия выполнена в 3-х случаях, умер 1 больной (новорожденный с перфорацией кисты холедоха и желчным перитонитом). ; детей с небольшими кистами общего желчного протока без клинических проявлений, наблюдаются.

Выводы: Кисты холедоха могут быть выявлены антенатально. В случае отсутствия антенатальной диагностики, кисты холедоха должны быть заподозрены у детей с холестазом, панкреатитом, рецидивирующими болями в животе. Операция гепатикоюноанастомоза на длинной петле по Ру дает хорошие результаты.

### **АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Передереев С. С., Денисов А. А., Федотова Е. П., Красногорская О. Л., Малеков Д. А. (Санкт Петербург)

Цель - представить на обсуждение клинический случай заболевания аденомиоматоза желчного пузыря у ребенка 9 лет.

Аденомиоматоз желчного пузыря- приобретенное заболевание, характеризующиеся чрезмерной пролиферацией эпителия и образованием ложных эпителиальных дивертикулов инвагинированных в гипертрофированный мышечный слой (синусы

Рокитанского-Ашоффа). Заболевание может сопровождаться хроническим воспалением в стенке желчного пузыря. Также возможно скопление микролитов и конкрементов в расширенных синусах, вызывая холицистолитиаз, а также другие формы холицистозов. Данное заболевание является редким у детей. Клиническая картина разнообразна - от бессимптомного течения до хронических абдоминальных болей. Методом выбора для выявления и дифференциальной диагностики заболевания являются МРТ, КТ и УЗИ. Оптимальным способом лечения является выполнение холицистэктомии, как у детей, так и у взрослых.

Клинический случай. В 2017 году в клинике СПбГПМУ получала лечения девочка 9 лет, из Чувашской республики. Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста страдает периодическими болями в животе, склонностью к запорам, стул 1 раз в 2 дня, самостоятельный. В январе и феврале 2016 года экстренно поступала в республиканскую больницу по месту жительства с болями в животе - выписана с диагнозом аденомиоматоз желчного пузыря. При повторном обследовании в апреле того же года - диагноз подтвержден. Анамнез жизни: Росла и развивалась по возрасту. Прививалась согласно календарю. Травм, операций не переносила. Перенесенные заболевания: перинатальная энцефалопатия, острые кишечные инфекции, ветряная оспа, лямблиоз. Наследственность - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желчекаменная болезнь. Аллергоанамнез - не отягощен. Лабораторные обследования: без патологии. Инструментальное обследование. УЗИ ОБП: желчный пузырь размерами 4.2x1.95см, форма неправильная, на всем протяжении визуализируется утолщение стенки, до 7.5мм, структура стенок изменена - кистозные полости и перегородки. Просвет не сокращен. МРХПГ: Желчный пузырь размерами 31x16x15мм. Содержимое желчного пузыря неоднородное, на этом фоне в области шейки прослеживается участки гипоинтенсивного МР-сигнала, размером до 2мм. Стенка желчного пузыря имеет неравномерную толщину до 2мм, с наличием пристеночных образований, различного диаметра (до 6.5мм) преимущественно локализованных в области дна. При внутривенном контрастировании отмечается накопление контрастного препарата неравномерно утолщенной стенкой желчного пузыря и по периферии выявленных участков. Поджелудочная железа расположена типично. Вирсунгов проток не расширен. Выполнена лапароскопическая холицистэктомия. Послеоперационный период гладкий, выписана на 7-е послеоперационные сутки. Окончательный диагноз: аденомиоматоз желчного пузыря, сегментарная форма. Заключение. Данный клинический случай является 6 описанным в мире по данным литературы у детей. Дискутабельным остается вопрос о тактике лечения аденомиоматоза желчного пузыря у детей.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦАМИ КОЖИ**

Перловская В.В., Ли И.Б., Ангархаева Л.В. (Иркутск)

Лечение детей с обширными постожоговыми рубцами кожи представляет серьезную проблему, что обусловлено наличием сформировавшейся различной степени тяжести рубцовой деформации и дефицитом смежной с рубцом интактной ткани.

Цель работы - анализ результатов лечения детей с обширными рубцами кожи.

Материалы и методы исследования: С 2012 г. по настоящее время в хирургическом отделении ГБУЗ ИГОДКБ наблюдаются и лечатся 53 пациента с обширными постожоговыми рубцами, в возрасте от 3 - х до 18 лет. В лечении использовали разные виды кожной пластики, в том числе экспандерную дермотензию и аутодермопластику. Некоторым детям в разные временные промежутки выполняли оба этих методов.

Рубцовую деформацию устраняли хирургическим путем, а именно рассекали рубец и подкожные сращения. Обычно при этом возникала обширная раневая поверхность, на



которую накладывали мазевую повязку. Если рубец был причиной деформации конечности, то осуществляли ее иммобилизацию в физиологическом положении. В последующем, на протяжении 15- 18 дней подготавливали рану ко второму этапу оперативного лечения, что заключалось в проведении ежедневных перевязок. После созревания грануляций выполняли второй этап оперативного лечения – аутодермопластику полнослойным кожным трансплантатом. Трансплантаты больших размеров выкраивали на передней брюшной стенке, внутренней поверхности бедер, спине. Донорскую рану закрывали местными тканями, используя методику острого растяжения тканей. Осложнений со стороны трансплантата и донорской раны не было.

При наличии рядом с рубцом интактных тканей для ликвидации рубцов использовали технологию экспандерной дермотензии, причем эндоскопические имплантировали эндоскопически, это имеет ряд преимуществ перед открытым способом их установки, подтверждением чего является отсутствие послеоперационных осложнений и сокращение сроков лечения.

Таким образом, выбор метода кожной пластики при обширных рубцах у детей позволяет эффективно проводить их лечение.

## **СИНДРОМ ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ 2 ТИПА У РЕБЕНКА С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ЯИЧКАМИ**

Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Ерохина Н.О., Калинин Н.Ю., Севергина Э.С. (Москва)

Нарушение формирования пола — состояние, связанное с клинико-биохимическим проявлением несоответствия между генетическим, гонадным и фенотипическим полом ребенка требующего детального обследования для окончательного выбора половой принадлежности.

Материалы и методы: Пациент С., впервые поступил в отделение урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова с направляющим диагнозом «Двусторонний крипторхизм, абдоминальная форма» в возрасте 3 лет. В предоперационном периоде ребенок был обследован, согласно принятому в нашей клинике алгоритму, включающему: осмотр, ультразвуковое исследование органов мошонки, паховых каналов и брюшной полости, консультацию генетика, эндокринолога, определение гормонального статуса и проведение пробы с ХГЧ. По данным УЗИ правое яичко достоверно не определялось, левое располагалось у внутреннего пахового кольца в брюшной полости. Ребенок консультирован генетиком - определен кариотип, соответствующий мужскому полу, эндокринологом - в гормональном статусе отклонений не выявлено, проба с ХГЧ была положительной. Выполнена диагностическая лапароскопия, на которой выявлены гонады, больше похожие на яичники с фолликулами, в малом тазу определялось образование, являющееся, вероятно, гипоплазированной маткой, от которой к гонадам идут образования похожие на маточные трубы с характерными фимбриями. Учитывая интраоперационные находки и возникшие вопросы, от дальнейшего оперативного вмешательства решено отказаться, принято решение о дообследовании. Повторно проведено расширенное кариотипирование – подтвержден нормальный мужской кариотип 46, XY. Дополнительно изучен гормональный статус – уровни тестостерона, ингибина и антимюллерового гормона оставались в норме, что дало нам повод исключить синдром персистенции мюллеровых ходов. Ребенок вновь консультирован эндокринологом – в связи с невозможностью исключения овотестисов, рекомендована биопсия гонад, при наличии овариальной ткани – двусторонняя гонадэктомия, при наличии исключительно тестикулярной ткани – низведение гонад. Проведена биопсия гонад с двух сторон – гистологическая картина соответствует строению яичка новорожденного. Семенные канальцы сформированы, но маленькие и с извилистостью. Просвет в большинстве отсутствует. Наличие и распределение клеток в канальцах variabelно. Инволютивные

изменения не выражены. Незначительные признаки склероза стромы. Учитывая эти данные решено провести двустороннюю орхиопексию.

Результаты: В настоящее время низведены оба яичка. Более тщательное генетическое исследование выявило, что в данном случае имеет место синдром персистенции мюллеровых ходов, обусловленный не отсутствием самого антимюллерового гормона, а нечувствительностью тканей к данному гормону в связи с дефектом рецептора АМНRII (описано около 100 случаев).

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ С НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ**

Пименова Е. С., Морозов Д. А., Тарасова Д. С., Деева Т. Н., Беляева А. В., К.М. Кеженбаева, Джерибальди О.А., Гусева Н.Б., Старостина И.Е. (Москва)

Цель. Анализ лечебно-диагностической тактики ведения детей с аноректальными пороками после различных операций

Методы. В 2016 - 2018 гг. обследованы 42 ребенка после операций с вариантами аноректальных мальформаций: вестибулярным свищом - 7 (16,7%), промежностным - 11 (26,2%), уретральным - 11 (26,2%), везикальным - 3 (7,1%), вагинальным - 2 (4,8%), без свища - 1 (2,4%), клоакой - 6 (14,2%), ректальным стенозом - 1 (2,4%). Сопутствующая патология - пороки развития МВС - 28 (66,7%), спинного мозга - 10 (23,8%). 5 детей (11,9%) с множественными пороками развития сердца, конечностей, ребер, синдромом - Опитца-Фриаса, VACTERL. 25 пациентов (59,6%) оперированы этапно, 9 (21,5%) выполнена аноректопластика без наложения стомы. 18 пациентов (42,9%) были подвергнуты повторным аноректопластикам по месту жительства или требовали реоперации при поступлении, из них 8 детям (19%) аноректопластика была выполнена два и более раз.

Результаты. Жалобы предъявляли 37 пациентов (88,1%). Основные - задержка стула, недержание кала, снижение/отсутствие позыва на дефекацию, неэффективность дефекации, боль, кровь; а также - различные расстройства мочеиспускания, рецидивирующая инфекция МВС, деформации конечностей и пр. 5 (11,9%) госпитализированы с наложенной коло/илеостомой или требовали наложения стомы при поступлении. Ирригография выполнена всем детям, колостография - 5 стомированным пациентам. Аноректальная манометрия - 19 (45,2%) детям, дефекография с пассажем по ЖКТ - 10 (23,8%), УЗИ - 8 (19%). Электромиоидентификация - 7 детям (16,7%), внесфинктерное низведение кишки диагностировано у 3 (7,1%). Колоноскопия - 1 (6,7%). Повторная аноректопластика у 6 (14,3%). При обследовании оценивали: время транзита по толстой кишке, дефекацию, наличие анальной недостаточности, ректальную чувствительность, достаточность опорожнения прямой кишки, возможность выполнять волевое сокращение, Анальная недостаточность - у 20 (47,5%), из них у 2 (4,7%) полное отсутствие сокращений анальных сфинктеров. У 7 детей (14,3%) не было признаков анальной недостаточности, недержание кала было ретенционным. Причинами нарушения дефекации у детей с АРМ после операций являлись: анальная недостаточность на фоне частичной/полной трансформации анальных сфинктеров, сниженная ректальная чувствительность, диссинергия мышц таза, обструктивный тип дефекации, гипомоторика толстой кишки. Назначены курсы консервативной терапии: слабительные препараты, клизмы, режим принудительной дефекации, двухэтапная дефекация, упражнения Кегеля, терапия биоуправления, миостимуляция и пр. Положительная динамика отмечена у всех 37 пациентов без стом.

Выводы. Наблюдение и лечение пациентов с АРМ после операций необходимо осуществлять в хирургических стационарах

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫХ ТЕРАТОМ**

Писклаков А. В., Павленко Н. И., Шевляков А. С., Березняк Г. Н. (Омск)

**Цель.** Изучить состояние функции тазовых органов после оперативного лечения детей с крестцово-копчиковыми тератомами.

**Материал.** В клинике детской хирургии ОмГМУ с 2006 по 2017 год находились на обследовании и лечении 26 детей с крестцово-копчиковыми опухолями. Большинство пациентов поступили в периоде новорожденности. Всем детям произведено оперативное удаление опухолей. Перед операцией всем детям проводилось обследование, включавшее проведение ультразвукового исследования органов малого таза и брюшной полости, МРТ и по показаниям МСКТ с контрастированием. Всем без исключения пациентам исследовали уровень альфа-фетопротеина и хориогонического гонадотропина. При выявлении их повышенного уровня ребенок осматривался онкологом.

**Результаты.** Из 26 пациентов у 7 детей при гистологическом исследовании удаленных опухолей выявлены незрелые тератомы различной степени (от G1 до G3). Эти пациенты потребовали проведения многократных курсов химиотерапии (до 8). Двое детей погибли. Произведено анкетирование о состоянии функции тазовых органов родителей пациентов, прооперированных 4-10 лет назад (18 анкет). Назад получено 15 анкет. У всех детей отмечались наличие жалоб на функцию мочевого пузыря, прямой кишки или их сочетания. Нарушения функции мочевого пузыря представлены, в основном, признаками его гиперактивности и детрузорно-сфинктерной диссинергией. Проявления проблем с функцией прямой кишки в подавляющем большинстве случаев представлены жалобами на запоры различной степени выраженности и вторичный энкопрез. 15 пациентам проведены исследования функции тазовых органов на уродинамическом комплексе Duet Logic (Medtronic, USA), которые выявили признаки нестабильности детрузора и тазового дна у детей с проявлениями нарушения функции нижних мочевых путей и гипомоторное состояние прямой кишки с повышением порога ректальной чувствительности. Данные состояния, безусловно, являются следствием частичной денервации тазовых органов, которая возникает в процессе удаления опухолей.

**Заключение.** Наличие нарушения функции тазовых органов после удаления крестцово-копчиковых опухолей требует их выявления и проведения длительной послеоперационной реабилитации, направленной на их устранение.

## **СОЧЕТАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ**

Писклаков А.В., Павленко Н.И., Шевляков А.С. (Омск)

Эмбриональное развитие тазовых органов происходит почти в одни и те же сроки гестации. Причем, в этом процессе играют колоссальную роль такие образования, как Вольфовы и Мюллеровы протоки, а также клоака. Влияние тератогенных факторов может осуществляться на все эти структуры одновременно, что приводит к сочетанию пороков развития органов мочевыделительной и половой систем, а также дистальной части желудочно-кишечного тракта.  
**Цель.** Изучить возможности оперативной коррекции пороков развития органов малого таза, а также их особенности у детей.  
**Материал.** В клинике детской хирургии ОмГМУ с 2008 по 2017 год находились на обследовании и лечении 29 детей с сочетанными пороками развития органов малого таза. Возраст пациентов был от 3 месяцев до 17 лет. Всем детям произведилось клиническое обследование, включавшее в себя, помимо общеклинических методов, ультразвуковое исследование, экскреторную и микционную урографии, ирригографию или проктографию (по показаниям), МРТ и МСКТ (по показаниям), эндоскопическое исследование (цистоскопия, синусоскопия, клоакоскопия). Проведение всех этих методов позволило

провести правильную дооперационную идентификацию пороков развития и планирование оперативного вмешательства.

Результаты. Из 29 пациентов у 5 детей имелись клоакальные формы пороков развития. У всех этих пациентов длина общего канала не превышала 3 см, что позволило им выполнить реконструкцию путем полной (по A.Pena, 1997) или частичной (по Rink, 1998) урогенитальной мобилизации. Эти пациенты потребовали в последующем длительной послеоперационной реабилитации. У 24 пациенток мы встретили аномалии развития мюллеровых протоков в сочетании с пороками развития мочевых путей. У 3 пациенток имелся синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера в сочетании с односторонней почечной агенезией. Им проведен одноэтапный монотубулярный сигмоидальный кольпопоз с хорошим результатом. У 21 девочки имелось удвоение матки и влагалища с частичной аплазией влагалища на одной стороне и агенезией почки. У 2 из них имелся мегауретер единственной почки. Всем девочкам с указанным видом порока проведено иссечение перегородки между обструктивной гемивагиной и влагалищем. Пациенткам, имевшим сочетание порока женских половых органов с мегауретером проведено эндоскопическое стентирование мочеточника.

Заключение. При сочетанных пороках развития тазовых органов проведение полного обследования, включающего и проведение МРТ и МСКТ, позволяет хирургу представить анатомические и топографические изменения при данной патологии. Оперативная коррекция сочетания пороков развития тазовых органов требует от врача умения выполнения операций не только на прямой кишке, но и на нижних мочевых путях и органах репродуктивной системы у девочек.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Плигина Е.Г., Буркин И.А., Керимова Л.Г., Ковальюнас И.С. (Москва)

Актуальность: повреждения коленного сустава в структуре травм у детей составляют от 10% до 15% по данным разных авторов. Повреждения разгибательного аппарата (сухожилия четырехглавой мышцы бедра, надколенника, собственной связки надколенника, бугристости большеберцовой кости) являются редкой патологией среди травм коленного сустава у детей.

Цель работы. Повышение эффективности лечения детей с повреждениями коленного сустава.

Материал и методы исследования. Основу настоящего исследования составили данные обследования и результаты лечения 18 детей, госпитализированных в отделение травматологии в период 2002-2018 гг. с различными повреждениями разгибательного аппарата коленного сустава. Всем детям проводилось обследование: рентгенография, МРТ, КТ. Артроскопия выполнена в 14 случаях. Детям с частичным повреждением собственной связки надколенника, количество которых составило 11 человек, проводилось консервативное лечение. Двум детям с полным повреждением сухожилия четырехглавой мышцы бедра, была выполнена пластика сухожилия четырехглавой мышцы бедра. Больному с отрывным переломом бугристости большеберцовой кости, без значительного диастаза костного отломка, проводилось консервативное лечение, была выполнена иммобилизация, в постиммобилизационном периоде – реабилитация. Четырём детям, с переломом надколенника и значительным диастазом между костными отломками, был выполнен остеосинтез 2-мя параллельными стягивающими винтами. Результаты и их обсуждение. У детей с частичным повреждением после консервативного лечения, отмечался полный объем движений и возвращение к прежнему уровню физической активности через 6 недель. Дети с полным повреждением сухожилия четырёхглавой мышцы бедра, собственной связки надколенника и переломом бугристости смогли приступить к полной физической активности только через 4 месяца.

Выводы: Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава у детей является достаточно редкой патологией, для выявления которой необходимо привлечение всех методов диагностики, включая артроскопию. Консервативное лечение успешно при частичных разрывах собственной связки надколенника, переломах без существенного смещения отломков.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ**

Поверин Г.В., Егорова О.О., Зимин С.Н., Шаимова Д.В., Королева М.А. (Ижевск)

В связи с трудностью дооперационной диагностики топики и наличия гемодинамических нарушений кистозных образований брюшной полости у новорожденных девочек, отсутствием регламентированных показаний к оперативному лечению, отсутствие в штате детского хирургического отделения гинеколога, остается актуальным вопрос тактики ведения новорожденных детей с данной патологией. Всего за период с 2013 по 2017 г в ХО РДКБ МЗ УР оперировано 16 девочек в возрасте от 2-х дней до 3-х месяцев с диагнозом до операции: Объемное образование брюшной полости. Из них антенатально выставлен диагноз: объемное образование брюшной полости у 14 детей (87,5%). До операции выставлен диагноз перекрут кисты яичника (по УЗИ выполненным в роддоме) – 8 детям. Предоперационное обследование включало: УЗИ органов брюшной полости всем детям, у части детей: СКТ органов брюшной полости и малого таза, консультация гинеколога, кровь на онкомаркеры. В раннем неонатальном периоде оперировано 6 детей (37,5%). Интраоперационно выявлен перекрут кисты яичника у 10 девочек (62,5%) (из них 2 ребенка старше месяца), верифицирован как внутриутробный перекрут кисты яичника, до операции у всех детей отсутствовал симптомокомплекс острого живота. Киста яичника без перекрута - у 5 девочек, лимфоангиома брыжейки толстой кишки - у 1 ребенка. Размер кистозного образования от 2,5см до 10см в диаметре. Способ доступа изменился за время работы отделения от лапаротомии до лапароскопии с использованием 3мм набора при выявлении кистозного образования выполнялось удаление придатков матки с пораженной стороны. У ребенка с лимфоангиомой брыжейки толстой кишки выполнена конверсия, резекция измененного отдела толстой кишки с наложением анастомоза. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. При морфологическом исследовании операционного материала из 10 детей с выявленным интраоперационно перекрутом кисты – у 5 верифицирована серозная киста с некрозом, у 5 природа кисты не определена из-за выраженности некроза; из 5 детей с выявленной кистой яичника – у 3 имелась фолликулярная киста, у 2 – киста без верификации природы. Выводы: при выявлении у новорожденной девочки кистозного образования брюшной полости целесообразным считаем следующую тактику: в роддоме УЗИ органов брюшной полости, осмотр хирурга, гинеколога, при размере образования до 3 см в диаметре – амбулаторное наблюдение гинеколога, хирурга с контролем УЗИ 1 раз в 3 месяца, при размере образования более 3см – перевод в детское хирургическое отделение, СКТ органов брюшной полости с в\в контрастированием и контрастированием ЖКТ, оперативное лечение методом лапароскопии с включением в состав бригады гинеколога, последующее диспансерное наблюдение гинеколога. Остаются открытыми вопросы: о целесообразности исследования онкомаркеров (СА-125, альфафетопротеин), о целесообразности оперативного лечения в ранний неонатальный период, об объеме оперативного вмешательства при кистах от 3 до 5см (удаление кисты с сохранением придатков либо аднексэктомия).

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Поздеев В. В., Шкляев П. О., Шаимова Д. В., Егорова О. О. (Ижевск)

Актуальность. Перфорации органов желудочно-кишечного тракта у новорожденных в основном вызваны перинатальным инфицированием, острой и хронической гипоксией новорожденных.

Цель работы. Обобщить результаты хирургического лечения новорожденных с перфорациями органов ЖКТ в хирургическом отделении.

Материалы и методы: в клинике с 2006 по 2017г. находилось на лечении 46 новорожденных с перфорациями органов ЖКТ, из них недоношенных 23 (50%). Детей с массой тела менее 2500 г. было 19 (41%). Мальчиков - 67%, девочек -33%. Пороки развития выявлены у 20 (43,3%) детей. Причинами перфорации были: НЭК у 34 (74%), врожденные дефекты мышечной стенки кишок у 7(15,2%), изолированный некроз стенки желудка с перфорациями у 5 (10,8%). Хирургическое лечение получил 41 ребенок (89%), 5 детей лечились консервативно. В зависимости от диаметра дефекта, уровня и числа перфораций, а также стадии перитонита выбирали тактику операций. При перфорациях желудка во всех 5 случаях ушивали дефект стенки двухрядным швом. При перфорациях тонкой кишки проводили: ушивание дефекта (3), ушивание дефекта с формированием энтеростомы (2), резекция участка кишки с формированием анастомоза (1), резекция кишки с илеостомией (5), разрешение врожденной кишечной непроходимости (1). У 7 детей с одиночными перфорациями толстой кишки на фоне перитонита сформирована колостома. В 9 случаях выполнили резекцию участка кишки с формированием колостомы, при перфоративном отверстии в 2/3 диаметра кишки. Двум новорожденным провели лапароскопию при наличии инфильтрата, фибринозно-гнойного перитонита. После санации брюшной полости был установлен дренаж. Всем 6 детям с множественными перфорациями по ходу тонкой и толстой кишок проводили ушивание дефектов, формирование коло и энтеростом.

Результаты: Показаниями для госпитализации в хирургическое отделение является перфорация полого органа брюшной полости, при наличии клинических, рентгенологических и ультразвуковых признаков. Среди детей, поступивших до 2012 года смертность составила 31%, после 2012 года смертность снизилась до 10%.

Заключение: Улучшению результатов лечения перфораций способствуют: полноценная предоперационная подготовка, так как ее сокращение не ведет к снижению летальности. Традиционно используемые методы диагностики необходимо дополнить динамической УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также диагностической и лечебной лапароскопией.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

Поздеев В. В., Шкляев П. О., Шаимова Д. В., Егорова О. О. (Ижевск)

Сложность проблемы некротизирующего энтероколита заключается в тяжести заболевания и в своевременности госпитализации в хирургическое отделение. Показаниям для хирургического лечения в хирургическом отделении является некроз и перфорация кишки. Это значительно ухудшает результаты лечения.

Цель. Анализ результатов лечения детей госпитализированных в стадию «подозреваемый НЭК» по Walsh и Kliegman.

Материалы и методы. В хирургическом отделении БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» в г. Ижевск в 2017 году на лечении находилось 13 детей с диагнозом некротизирующий энтероколит новорожденного (НЭК). Из 13 детей, мальчиков – 8, девочек – 5; доношенных – 3, недоношенных – 10 (родившихся 35-36 неделе беременности); с массой тела от 800 г. до

3090 г. ( $2200 \pm 150$  гр.), в возрасте от 1 дня до 1мес 15 д. ( $10 \pm 3$  дня). В отделение хирургии поступили 13 детей, в стадии «подозреваемый НЭК» – 9 больных (из них случаев перехода в стадию перфорации отмечено не было), в стадию перфорации – 4. На УЗИ брюшной полости отмечали: утолщение стенки пораженной части кишки, наличие свободной жидкости в брюшной полости, свободный газ в брюшной полости (при перфорации кишки), снижение или отсутствие перистальтики кишок, аэроколия, спаявшиеся петли кишок. Из поступивших в стадии «подозреваемый НЭК» оперированы 2, диагностирован некроз участка кишки без перфорации. Остальные дети оперированы в первые сутки после поступления, в зависимости от объема поражения проведена резекция части кишки с наложением двойных илео или колостом. После проведенного лечения, носители колостом были переведены для лечения в педиатрическое отделение. Восстановление проходимости по кишке было проведено в сроки от 14 дней до 2 месяцев. Были наложены анастомозы конец в конец.

Заключение. Избранная тактика позволила избежать смертельных исходов у этой группы больных. Из 13 детей 9 госпитализированы в стадию предперфорации, из них 2 оперированы. На операции проведена резекция некротизированного участка кишки с последующим наложением двойной колостомы.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ**

Потапенко В. Ю., Кошурников О. Ю., Огнев С. И., Кузванова А. А., Мигачева Л. В. (Екатеринбург)

Актуальность. Крипторхизм – одна из наиболее часто встречаемых хирургических патологий у детей, относится к порокам развития, которые значительно увеличивают риск снижения или потери репродуктивного здоровья. Диагностика начинается при осмотре в роддоме, но неоднократно повторяются случаи обнаружения неопустившегося яичка в школьном возрасте.

Цель работы – анализ хирургической тактики при крипторхизме у детей.

Материалы и методы. За 5-летний период было пролечено 809 детей с крипторхизмом, различными вариантами эктопии и ретенции. Наибольший сектор в структуре крипторхизма занимает паховая ретенция, которая диагностирована у 612 (75,6%) мальчиков. Брюшная ретенция установлена у 84 (10,4%) больных, аплазия порочного яичка установлена в 71 (8,8%) случае. Атрофия достоверно выявлена в 6 случаях. Редкие формы, такие как паховая и промежностная эктопия не вынесены отдельно, так не несут ценности для оценки результатов оперативного вмешательства. Возраст мальчиков составил от 1 года до 16 лет. В подавляющем большинстве случаев оперировали пациентов с 1,5 лет до 3 лет. Более старший возраст обусловлен поздней диагностикой у детей, проживающий в отдаленных регионах и отсутствие там детских хирургов. Для установления диагноза проводилось рутинное обследование включающее осмотр ребенка с пальпацией мошонки, паховых областей и выполнение УЗИ органов мошонки. Ценность УЗ-исследования довольно высока, ее оценка требует дополнительного детального изучения.

Результаты и обсуждение. При хирургическом лечении крипторхизма использовали открытые и лапароскопические вмешательства. «Классический стандарт» для низведения яичка - операция Шумахера – Петривальского выполнена в 829 случаях, в т.ч. при двустороннем пороке развития. Операция выполнялась пациентам с паховой ретенцией крипторхизма, рубцовым крипторхизмом, а так же пациентам с брюшной ретенцией после лапароскопического пересечения внутренних семенных сосудов как этап подготовки яичка к низведению в мошонку. При подозрении на брюшную ретенцию 17 больным была выполнена лапароскопия с последующей ревизией пахового канала, выявлена аплазия яичка, выполнена орхфуникулэктомия. 19 пациентам была выполнена классическая

операция Fowler-Stephens в два этапа. Период между пересечением сосудов до низведения составил не менее 6 месяцев. С 2016 года стали применять методику одномоментного лапароскопического низведения яичка в мошонку. Операция выполнена 21 ребенку. Ближайший послеоперационный период протекал благоприятно. Далее дети наблюдаются до 18 лет в кабинете детского уролога-андролога.

Выводы. Своевременная диагностика и индивидуальный обоснованный выбор оперативного низведения непустившегося яичка позволяют достичь существенного снижения репродуктивных потерь.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Обидный А. А. (Симферополь)

Проблема мужского бесплодия остаётся актуальной на сегодняшний день. Более 17% семейных пар не имеют желанной беременности и у 37% причиной этому служит мужское бесплодие. Одной из значимых причин мужского бесплодия является варикоцеле. Практически в 88% случаев диагностируется заболевание в подростковом возрасте (12-17 лет). В лечении варикоцеле используют как хирургические методики, так и консервативные.

Цель. Анализ результатов при использовании различных методик лечения варикоцеле у детей подростков.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 гг. в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополя пролечено 326 пациентов с левосторонним варикоцеле III степени. На амбулаторном наблюдении и лечении находилось еще 138 пациентов с варикоцеле I-II степени которые получали консервативное лечение (Детралекс, Токоферол, ограничение физической нагрузки). Хирургическое лечение проводилось следующими методиками: 175 человек - лапароскопическое лигирование или коагуляция с пересечением яичковой вены слева, 11 человек - субингвинальная перевязка и пересечение яичковых вен слева, 112 случаев - операция Иванисевича, 28 пациентов - операция Паломо. Контроль эффективности лечения помимо осмотра включал динамическое УЗИ яичек с доплерографией сосудов.

Результаты исследования. Эффективность консервативного лечения оценивалась в динамике через 6 месяцев. У 114 пациентов (82.6%) отмечена положительная динамика в виде уменьшения дилатации яичковых вен, симметричности размеров яичек и равномерности кровотока в них. У 18 пациентов (13%) отмечено статическое сохранение варикоцеле прежней степени и консервативное лечение было продлено на более длительный срок. У 6 человек (4.4%) отмечено прогрессирование заболевания, что потребовало оперативного лечения. Результаты хирургического лечения оценивались через 9-12 месяцев. После лапароскопической венотомии у 168 человек (96%) отмечено выздоровление; у 3 детей (1.7%) отмечен рецидив заболевания; у 4 человек (2.3%) отмечено появление изолированной водянки яичка. После оперативного лечения по Иванисевичу: выздоровление у 106 человек (94.6%); рецидив у 4 человек (3.6%); формирование гидроцеле у 2 детей (1.8%). Результаты операции Паломо: ликвидация варикоцеле отмечена у 26 больных (92.8%); у 2 человек (7.2%) имела место гипотрофия яичка; рецидивов заболевания не отмечено. Больные оперированные по методике субингвинальной перевязки и пересечения вен яичка не имели осложнений и рецидивов на момент контрольного осмотра.

Выводы. Все методы лечения имеют высокий удовлетворительный результат и могут быть использованы в лечении варикоцеле.



## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ КОСТЕЙ

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., (Симферополь)

В настоящее время имеет место тенденция к увеличению сроков консолидации переломов у детей, что является актуальной проблемой в практике травматолога и хирурга. Проблематичен выбор метода лечения детей с ложными суставами костей и остеопеническим синдромом.

Целью работы: оптимизация тактики лечения ложных суставов костей в детском возрасте. Задачей работы является выбор наиболее оптимального способа лечения и реабилитации детей с замедленной консолидацией переломов.

Материал и методы. За период с 2015 – 2017 гг. нами исследованы 102 детей с нарушениями репаративного остеогенеза. Среди них с замедленной консолидацией 91 человек и 11 с посттравматическим псевдоартрозом. В диагностике заболевания уделялось особое внимание сбору анамнеза с выявлением факторов риска остеопороза, клинические данные, остеоденситометрия, рентгенография, биохимические исследования крови, анализ маркёров костного метаболизма. Использовали методы лечения: одномоментная закрытая репозиция, клеевое и скелетное вытяжения, оперативное лечение.

Результаты и обсуждение. Разработана тактика ранней диагностики и дифференцированного лечения нарушений регенерации переломов костей у детей. Оптимальный метод хирургического лечения считаем остеосинтез с резекцией ложного сустава и пластикой аутооттрансплантатом или аллотрансплантатом, компрессионно-дистракционный метод аппаратами внешней фиксации.

Выводы. Выявление замедленной консолидации переломов костей у детей требует дифференцированного выбора метода лечения и реабилитации. Разработанные способы хирургического лечения ложных суставов по предложенным методикам оперативного лечения приводят к положительным результатам лечения детей с данной патологией.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В. (Симферополь)

В практике детского хирурга инвагинация кишечника, как одна из частых причин кишечной непроходимости у детей, занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости. У более 40% пациентов с кишечной непроходимостью имеет место инвагинация кишечника. Вариабельность клинической картины может затруднять установку диагноза, дети могут быть направлены смежными специалистами в непрофильные учреждения, что является основной причиной позднего обращения пациента за медицинской помощью.

Цель. Анализ результатов лечения детей с инвагинацией кишечника. Задача. Определить структуру исходов консервативной дезинвагинации у детей.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 гг. в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г.Симферополя пролечено 289 пациентов с инвагинацией кишечника. Из них детей до 1 года - 254 случаев, дети старше 1 года - 35 случаев, дети после пребывания в иных лечебных не хирургических стационарах - 12 случаев. Структура времени обращения по давности болезни: 248 случаев- до 6 часов от начала заболевания; 29 случаев - 6-18 часов, 12 случаев - более 24 часа. 12 детей были с фактом повторной инвагинации кишечника после консервативной дезинвагинации. Всем детям с давностью болезни до 18 часов выполнена попытка консервативной дезинвагинации с общим обезболиванием с использованием миорелаксантов. В 240 случаев успешно. У 40 пациентов выполнена открытая дезинвагинация, у 23 из них эндоскопически, 5 детям выполнена резекция некротизированного участка кишечника. Результаты исследования. Эффективность консервативной дезинвагинации с общим обезболиванием с

использованием миорелаксантов при давности болезни менее 18 часов имеет основной вес в структуре заболевания, как базовая методика лечения кишечной непроходимости, 277 эффективных случаев (95,8%). У одного ребенка (0,34%) после резекции зоны некротизированного кишечника развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. У 5 (1,7%) детей обнаружен дивертикул Меккеля, у 8 (2,76%) детей в раннем послеоперационном периоде развилась клиника энтероколита, дети переведены в профильные учреждения для дальнейшего лечения. При анализе причин развития инвагинации кишечника у детей доминирующим фактом, запустившим процесс инвагинации кишечника у детей, являлись различные пищевые погрешности в питании детей, нарушение сроков введения прикорма, их вида и объема. У детей старше одного года консервативная дезинвагинация была благополучной лишь в половине случаев обращения (12,1%).

Выводы: основным методом выбора консервативного лечения инвагинации у детей до года является пневмоирригография с общим обезболиванием с использованием миорелаксантов (95,8% эффективных случаев). Основной причиной позднего обращения являлась атипичная клиническая картина и наличие сопутствующей инфекционной патологии.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Обидный А. А., Васильев О. В. (Симферополь)

Довольно часто первичная диагностика гидронефроза у детей выявляет патологию в терминальной фазе, когда функция почки резко нарушена или полностью отсутствует. При этом возникает вопрос о применении нефрэктомии или реконструктивной органосохраняющей операции.

Цель. Изучить эффективность превентивной перкутанной нефростомии у пациентов с терминальным гидронефрозом для определения дальнейшей тактики радикального оперативного лечения. Задачи. Определить показания и оценить эффективность нефростомии для определения истинной функциональной способности почки.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г.Симферополь с 2013 по 2018 год пролечено 16 детей с первично-диагностированным терминальным гидронефрозом. Дети до 1 года – 11 человек (68,8%); 1-3 года – 4 человека (25%); старше 3-х лет – 1 ребенок (6,2%). У 14 детей отмечалось одностороннее поражение (87,5%). Всем детям проводилось комплексное урологическое обследование, включающее УЗИ, экскреторную урографию, МРТ почек и реносцинтиграфию.

Результаты исследования. Всем детям с терминальным гидронефрозом выполнена перкутанная нефростомия под контролем УЗИ. Определена стартовая емкость полостной системы почки и удельный вес полученной мочи. Ношение нефростомы осуществлялось на срок 3-6 месяцев. В течение этого периода проводилась динамическая оценка диуреза и плотность мочи. Через 3-6 месяцев проведено контрольное обследование, в основном УЗИ и реносцинтиграфия. У большинства детей младшего возраста 14 человек (87,5%) отмечено частичное восстановление функции пораженной почки в виде восстановления диуреза, появления концентрационной способности, уменьшения емкости полостной системы, улучшения кровотока в паренхиме, увеличения вклада почки в суммарную функцию до 20-40% по данным реносцинтиграфии. У двоих детей (12,5%) более старшего возраста восстановления функции почки не отмечено. Последним двум пациентам выполнена нефрэктомия. Остальные 14 детей оперированы радикально, выполнена пиелопластика по Хансу-Андерсену. У всех пациентов причиной обструкции являлась структура лоханочно-мочеточникового сегмента.

Выводы. Данное исследование позволило определить, что пункционная нефростомия позволяет проследить за постепенным восстановлением функции почки у большинства пациентов с терминальным гидронефрозом. Это сводит к минимуму число необоснованных нефрэктомий. Методика несложна в выполнении и относительно безопасна. Считаем данный метод показанным к выполнению как подготовку к дифференцированному выбору радикального метода хирургического лечения.

## **СРОКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ**

Проничев М.А. (Нижний Новгород)

Цель исследования – определить оптимальные сроки антибактериальной терапии в лечении эпителиального копчикового хода (ЭКХ) у детей.

Материал и методы. За 3 года (2015-2017гг.) в Нижегородской областной детской клинической больнице прооперировано 32 ребёнка в возрасте от 13 до 17 лет с ЭКХ. Всем больным выполнялось хирургическое лечение - радикальное иссечение свищей и кист с подшиванием краёв раны к крестцово-копчиковой фасции. В послеоперационном периоде пациентам проводилась антибактериальная терапия и ежедневные перевязки. Сроки антибактериальной терапии варьировали от 5 до 30 дней. При этом 75 % больных (24 ребёнка) проведено от 2 до 3 курсов антибактериальной терапии (20 - 30 дней) в послеоперационном периоде. В контрольной группе (8 человек, 25 %), антибактериальная терапия проводилась в течение 5-6 суток после операции, пока отмечалось обильное отхождение экссудата, имели место явления реактивного отёка и гиперемии кожи краёв раны. В обеих анализируемых группах осложнений в послеоперационном периоде не отмечено, зависимости сроков полной эпителизации раны от длительности проводимой антибактериальной терапии не выявлено.

Вывод: антибактериальная терапия с целью профилактики гнойно-септических осложнений в лечении ЭКХ у детей обоснована только в раннем послеоперационном периоде и не влияет на сроки заживления послеоперационной раны.

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ.**

Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Степаненко Н. С., Задвернюк А.С., Петров А. В. (Москва)

Спонтанный пневмоторакс является неотложным состоянием в детской торакальной хирургии и требует экстренного хирургического лечения. В подавляющих случаях обследование и лечение таких детей ограничивается выполнением рентгенографии грудной клетки и дренированием плевральной полости. Однако только активная хирургическая тактика позволяет получить положительный результат на долгосрочной период.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения буллезной болезни легких у детей осложненной спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. С апреля 2002 года по сентябрь 2017 года в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова со спонтанным пневмотораксом получили лечение 33 ребенка, большинство которых лица мужского пола – 27 (81%). Средний возраст 15 лет. В 28-х случаях (84%) пневмоторакс возник на фоне полного здоровья, в 3-х случаях (9%) - на фоне респираторного заболевания, в 2-х случаях (6%) - вследствие травмы грудной клетки. У 13 детей (39%) в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего спонтанного пневмоторакса: у 10 однократно, у 2 дважды и у 1 трижды. Всем пациентам при госпитализации в стационар выполняли рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, которая позволяла верифицировать пневмоторакс.

После дренирования и стабилизации состояния всем детям выполняли МСКТ грудной клетки, которая в 63,6% (21 пациент) случаев позволила диагностировать буллы легкого. В 36,4% случаях буллы легкого диагностированы при диагностической торакокопии. У 25 пациентов отмечали буллезное поражение верхушек легкого с одной стороны, а у 8 - с двух сторон.

Результаты. У всех пациентов выполняли торакоскопические операции: в 2 (6%) случаях - коагуляция булл; в 5 (15%) случаях - буллэктомия (лигатурный способ); в 15 (45%) случаях - атипичная резекция верхушек легкого; в 5 (15%) случаях - атипичная резекция верхушек легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции париетальной плевры на 1/3 гемиторакса); в 5 (15%) случаях - атипичная резекция верхушек легкого с плеврэктомией. Плевральный дренаж удаляли в среднем на 4 (2 - 13) п/о сутки. Интраоперационных осложнений не выявлено. Морфологическое исследование подтвердило диагноз буллезной эмфиземы легкого во всех случаях. Рецидив заболевания возник в 5 (15%) случаях: в 2 - после удаления булл лигатурным способом; в 1 - после коагуляции булл; в 1 - после атипичной резекции верхушки легкого; в 1 - после атипичной резекции верхушки легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции плевры). Во всех случаях рецидива выполняли атипичную резекцию верхушки легкого с плеврэктомией.

Выводы: - атипичная резекция верхушки легкого с плеврэктомией является операцией выбора при буллезной болезни легких у детей, которая позволяет получить положительный результат на долгосрочный период; - достоверными методами диагностики буллезной болезни легких являются торакокопия и морфологическое исследование ткани легкого.

### **КОМПРЕССИОННЫЙ СТЕНОЗ ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ**

Разумовский А. Ю., Галибин И. Е., Митупов З. Б., Алхасов А. Б., Титова Е. А., Феоктистова Е. В., Зайнулабидов Р.А. (Москва)

Частота встречаемости компрессионного стеноза чревного ствола (КСЧС) составляет не более 0,4%. Однако, асимптомное течение стеноза чревного ствола отмечается значительно чаще и составляет 2,4 - 8%. В связи с чем диагноз КСЧС в большинстве случаев является диагнозом исключения.

Цель исследования: Выбор оптимального метода хирургического лечения стеноза чревного ствола у детей.

Материалы и методы: С 2015 по 2018 годы в ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова находилось на лечении 13 пациентов в возрасте от 13 по 17 лет (средний возраст составил 15 лет). Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. Среди пациентов были дети с сочетанными патологиями: в 1 случае ребенок с воронкообразной деформацией и в 1 наблюдении ребенок с килевидной деформацией грудной стенки. После комплексного обследования была выполнена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола. Во всех случаях основной причиной КСЧС явилась компрессия срединной дугообразной связкой диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения.

Результаты. Длительность операции в среднем составила – 60 мин. Интраоперационных осложнений и осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Все пациенты после лапароскопической декомпрессии чревного ствола выписаны в удовлетворительном состоянии. Всем пациентам проведено контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде. Положительная динамика в отдаленном послеоперационном периоде отмечалась у 92 % пациентов (у 12 из 13 наблюдений). У этих детей клинические симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Выводы: На данный момент каждый пациент с синдромом КСЧС остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ.**

Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Ратников С.А. (Москва)

Введение: формирование портоэнтероанастомоза на изолированной петле по Ру возможно двумя способами: традиционная операция Касаи (транскостальный доступ) и лапароскопическая операция Касаи. По своей эффективности лапароскопические операции не уступают открытым, однако количество хирургических осложнений после лапароскопических операций меньше. В ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова был разработан и внедрен в практику способ формирования портоэнтероанастомоза из трансректального доступа.

Цель исследования: оценить результаты лечения детей с билиарной атрезией (БА), оперированных из трансректального доступа.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с БА, находившихся на лечении в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в период с 2000 по 2018 гг. В исследование включен 91 пациент. Все дети были обследованы: осмотр, лабораторные данные, инструментальные данные (УЗИ диагностика), чрескожная биопсия печени, в случае трудно интерпретируемых результатов проводилась интраоперационная холангиография. Пациенты разделены на три группы. Группа А – традиционная операция Касаи (n-24). Группа Б – лапароскопическая операция Касаи (n-45). Группа С – операция Касаи из трансректального доступа (n-22). Средний вес на момент операции в группе А составил – 3250 г, в группе Б – 3175 г, в группе С – 3255 г. Средний возраст пациентов в трех группах составил  $71,91 \pm 24,7$ ;  $86,4 \pm 17,8$ ;  $84,3 \pm 21,3$  соответственно. Конверсий не было.

Результаты: Средняя продолжительность операции в группе А составила  $86,5 \pm 26,7$  мин; в группе Б -  $93,6 \pm 19,2$  мин; в группе С -  $69,2 \pm 12,9$  мин. Самым частым послеоперационным осложнением в трех группах был холангит. В первый месяц после операции холангит развился у 21,7% пациентов в группе А, в группе Б у 21,1%, в группе С у 19,1%. в первый год – у 40,7%, 52,2% 49,1% и в сроки более года после оперативного вмешательства у 21,1%, 22,2% и 15,4% соответственно. Другие осложнения были представлены геморрагическим синдромом (4 пациента), кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (7 пациентов). В группе А наблюдались 5 осложнений, потребовавших экстренного оперативного вмешательства: спаечная кишечная непроходимость, перфорация тощей кишки, перфорация двенадцатиперстной кишки, перфорация поперечной ободочной кишки. Подобных осложнения после лапароскопической портоэнтеростомии и операции Касаи из минидоступа не было. Трем детям в позднем послеоперационном периоде в связи с рецидивирующим холангитом выполнен антирефлюксный клапан на петле по Ру.

Выводы: Операция Касаи увеличивает продолжительность жизни с нативной печенью и создает благоприятные условия для возможной последующей трансплантации печени. Операция Касаи, выполненная из менее травматичных доступов (лапароскопия, минидоступ) предпочтительна, поскольку сокращает число послеоперационных осложнений, облегчает течение послеоперационного периода.

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Шубин Н.В. (Москва)

Введение. Киста холедоха – относительно редкая и доброкачественная врожденная кистозная дилатация желчных путей. Частота кист холедоха от 1 на 100 000 до 1 на 150 000 человек в западных странах, с более высокой заболеваемостью в некоторых азиатских странах (например, 1 из 13 000 в Японии). В настоящее время наиболее распространенными доступами являются лапароскопический, открытая операция и операция минилапаротомным доступом. По данным литературы, нет единого подхода в выборе хирургического доступа при вмешательствах на желчевыводящих путях. Несостоятельность и стеноз холедохэнтероанастомоза, наиболее частые осложнения при реконструкции желчевыводящих путей, диктуют необходимость поиска оптимального формирования билиодигестивного анастомоза. Также отмечено, что не наблюдается четкого алгоритма хирургического восстановления желчевыводящих путей при ятрогенных и травматических повреждениях желчевыводящих путей у детей. Высокий риск развития холангиокарцином при нерадикальном иссечении стенок порочно развитых желчных путей (интрамуральная часть холедоха) диктует необходимость разработки клинических рекомендаций по радикальности резекции патологически измененных жечных путей в детском возрасте. Впервые в рамках одного лечебного учреждения будет проведен анализ хирургического лечения пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей оперированных различными доступами. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с заболеваниями желчевыводящих путей. Материалы и методы. В период с 2010 по 2017 гг в ДГКБ им. Филатова был 151 пациент с патологией желчевыводящих путей (киста холедоха - 62, киста печени - 22, пороки желчевыводящих путей - 3, травмы желчевыводящих путей - 4), группа исключения – холецистит, билиарная атрезия. Критерий разделения на группы – операционный доступ при реконструкции наружных желчевыводящих путей, вид билиодигестивного анастомоза.

Результаты. По характеру вмешательств: лапароскопия, лапаротомия, резекция кисты холедоха, холедохэнтероанастомоз по Rоex – 14 (+ гепатикоеюноанастомоз по Rоex - 1), лапароскопическая резекция кисты печени – 17, релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости – 4 (+ холецистоеюноанастомоз по Rоex – 1, холецистоэнтероанастомоз по Rоex - 1), лапароскопия, лапаротомия, цистоэнтероанастомоз по Rоex – 2, лапароскопическая резекция кисты холедоха( холедоходуоденоанастомоз по Rоex – 9, холедохоеюноанастомоз – 6, гепатикоеюноанастомоз по Rоex – 1), лапароскопическая реконструкция холедохэнтероанастомоза – 4, лапаротомия, гепатикодуоденоанастомоз – 1 (мегахоледох), минилапаротомия, резекция кисты холедоха (+ желчный пузырь), холедохэнтероанастомоз по Rоex – 2 (холедоходуоденоанастомоз – 1, гепатикоеюноанастомоз по Rоex -1).

Выводы. Увеличивающаяся частота сообщений о сочетании кист общего желчного протока с билиарными аномалиями говорит о том, что данная патология является скорее всего не изолированным пороком, а комбинацией нарушений развития панкреатобилиарной системы, таких как внутripеченочные билиарные кисты, удлинённый общий канал, частичная обструкция терминального отдела общего жечного протока[3]. В настоящее время, продолжается отработка хирургического метода операционного доступа и способа формирования билиодигестивного анастомоза. Остается открытым вопрос о формулировании принципов радикальной коррекции наружных желчевыводящих путей при их патологии.

## **ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ**

Разумовский А. Ю., Степанов А. Э., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Комина Е. И. (Москва)

Операции на поджелудочной железе (ПЖ) являются одной из сложнейших областей детской хирургии. Залогом успешного хирургического лечения патологии ПЖ является ее эффективное дренирование.

Цель исследования: определение хирургической тактики при лечении детей с патологией ПЖ.

Материалы и методы: с 2012 по 2017 г различные операции на ПЖ были выполнены у 77 детей в возрасте от 6 мес до 17 лет 9 мес (средний возраст 10 лет). Всем детям в отделении было выполнено УЗИ брюшной полости и скрининг уровня амилазы крови и мочи. Также в диагностический алгоритм входило МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием и МРТ. Спектр патологии ПЖ был весьма разнородным. Показаниями к операции были: кисты поджелудочной железы различной этиологии - у 35 пациентов (45,5%), панкреатолитиаз - у 1 пациента (1,3%), пороки развития вирсунгова протока - у 11 пациентов (14,3%), травматические повреждения поджелудочной железы и вирсунгова протока - у 4 пациентов (5,2%), различные новообразования ПЖ – у 26 пациентов (33,8%). Выполнены следующие операции: цистоэнтероанастомоз по Ру - 17 (22,1%), панкреатоэнтероанастомоз по Ру, в том числе, продольный панкреатоэнтероанастомоз – 31 (40,3%), различные виды резекций ПЖ - 23 (29,9%), энуклеация образования - 3 (3,9%), панкреато-дуоденальная резекция - 3 (3,9%). Нужно отметить, что при выполнении продольного панкреатоэнтероанастомоза ПЖ рассекалась на всем протяжении со вскрытием Вирсунгова протока. После чего формировался максимально широкий на всю длину ПЖ анастомоз с петлей кишки по Ру.

Результаты. Длительность операции в среднем составила – 116 мин (от 60 до 235 мин). Без осложнений послеоперационный период протекал у 71 пациента (92,2%). У 6 пациентов после создания анастомоза наблюдали различные осложнения: кровотечение из ЖКТ, кровотечение из брюшной полости, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, несостоятельность анастомоза. Повторные оперативные вмешательства были выполнены у 6 пациентов. Контрольное обследование проведено всем детям в сроки от 6 мес до 2 лет после операции. Во всех случаях за исключением 1 пациента результаты удовлетворительные по данным МРТ, УЗИ, КТ, биохимии крови. В двух наблюдениях после выполнения цистоэнтероанастомоза через 6 мес был выполнен панкреатоэнтероанастомоз в связи с расширением панкреатического протока и высоким уровнем амилазы.

Выводы: Пациенты после выполнения панкреатоэнтероанастомоза имеют хорошие непосредственные и отдаленные результаты. У части пациентов после выполнения цистоэнтероанастомоза необходима повторная операция – панкреатоэнтеростомия, в связи с неудовлетворительными результатами. Несмотря на большую техническую сложность, панкреатоэнтероанастомоз можно считать операцией выбора при необходимости эффективного дренирования поджелудочной железы.

## **ВАРИАНТЫ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЫ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Захаров Л.И., Смолянкин А.А. (Москва)

Вопросы этиологии и патогенеза варикоцеле изучаются на протяжении многих десятилетий, исследователями многократно доказывалась преобладание данной патологии среди причин формирования мужского бесплодия. Однако до сих пор не существует единой гипотезы причин формирования заболевания, которая объясняла бы все случаи формирования варикоцеле. Общеизвестна только непосредственная причина формирования заболевания – нарушение оттока крови из гроздьевидного сплетения, а

теорий патогенеза, объясняющих это нарушение за десятки лет выдвинуто около двадцати. При всем многообразии теорий патогенеза общим является то, что у детей преобладают первичные факторы венозной недостаточности, которые приводят к декомпенсации венозной системы яичка из-за повышения нагрузки в пубертатном возрасте, что подтверждается наиболее высокой частотой возникновения варикоцеле у подростков. Лечение данного заболевания возможно хирургическими методами, однако в отсутствие общепринятой концепции патогенеза авторы предлагают множество вариантов лечения каждый в соответствии со своим видением проблемы. Они часто не учитывают особенностей венозной системы яичка конкретного человека. Индивидуальный подход стал возможен с развитием эндоваскулярных методов исследования анатомии яичковой вены и её часто многочисленных коллатералей и анастомозов, являющихся наиболее частой причиной рецидивов. Все методики лечения можно разделить на несколько групп.

I. Наибольшее распространение получили операции перевязки сосудов по Иваниссевичу, Бернарди, Паломо и их многочисленные модификации. II. Рентгенэндоваскулярная хирургия получила развитие с появлением современных склерозирующих и эмболизирующих материалов. Главное достоинство операции - малая травматичность, косметический эффект, точная визуализация ангиоархитектоники, короткий послеоперационный период, позволяющий в сжатые сроки выписать ребенка домой.

III. Операции сосудистого анастомозирования, направленные на создание искусственных путей оттока крови от заблокированного гроздьевидного сплетения.

IV. Лапароскопическая методика начала развиваться в 90-е годы, она позволяет проводить операции перевязки сосудистого пучка яичка, селективно сохраняя лимфатические протоки.

Все описанные виды и варианты оперативных лечений при варикоцеле успешны при правильном техническом пособии выполнения оперативного вмешательства, приемлемы с позиций косметологии и малой травматичности. Применение диагностической флебографии позволяет выбрать индивидуальный подход к лечению, которое предполагало бы минимальный риск рецидивирования и минимальную частоту осложнений. Вены-сателлиты и анастомозы – субстрат рецидивирования – выявляются и пресекаются или склерозируются. Эффективность операции контролируется с помощью того же метода – на контрольной ангиограмме.

## **ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ И СОСУДИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Разумовский А.Ю., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е., Смолянкина А.А. (Москва)

Цель: описать опыт диагностики и лечения детей (n=12) с функционирующей фетальной коммуникацией - Аранциевым протоком и другими вариантами портосистемных шунтов, сопровождающейся признаками печеночной энцефалопатии.

Всем детям была выполнена ангиография, а четверым - эндоваскулярная окклюзия с помощью методов интервенционной радиологии. Материалы: в отделении торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за период 2015-2017 гг на лечении находились 12 детей с диагнозом «Портосистемный шунт», возраст детей от 20 дней до 17 лет. У всех наблюдаемых детей патология была заподозрена случайно при обследовании по поводу иной патологии, либо при плановых осмотрах. Особенное внимание хочется обратить на значительное нарушение психоэмоциональной сферы у детей дошкольного возраста: плаксивость, эмоциональная неустойчивость, возбуждение, не контактность. При проведении УЗИ в Филатовской больнице у всех детей отмечалось расширение ствола воротной вены, турбулентный ток крови в ней. У троих детей визуализировались явления перипортального фиброза. Всем детям выполнялось ангиографическое исследование, при котором выявлялся



патологический проток диаметром от 3 до 19 мм, внутривенные ветви воротной вены не контрастировались у 9 детей. При дообследовании в нашей клинике (УЗИ, КТ с контрастированием, ангиография) выявлялся аномальный крупный сосуд, соединяющий левую долевую ветвь воротной вены с левой печеночной веной, что соответствует расположению венозного протока. Скорость кровотока по патологическому сосуду составляла 50-60 см/с. Детям старше 2 лет выполнялась МРТ головного мозга, которая в 100% наблюдений выявляла симметричные зоны повышения интенсивности МР сигнала в T1 изображениях на уровне базальных ядер. По результатам биохимического исследования крови у всех детей отмечалось снижение уровня креатинина, повышенное значение АСТ. После проведенных комплексных диагностических манипуляций у 4 пациентов было произведено эндоваскулярное закрытие: трансъаремная имплантация окклюдера Amplatzer VascularPlug II. Возраст троих детей был 5 лет и одного ребенка – 16 лет. Послеоперационный период протекал гладко. Всем детям выполнялось УЗИ в динамике, производилась оценка проходимости и скорости кровотока по ветвям воротной вены, которые определялись на УЗИ у всех детей уже к концу вторых п/о суток. Дети повторно обследовались через 3, 6 и 9 месяцев после установки окклюдера. На контрольной ангиографии мы отмечали открытие внутривенных ветвей воротной вены и полную окклюзию патологического шунта, нормализация биохимического анализа крови. Также значимое улучшение психоэмоционального состояния.

Таким образом, малоинвазивные интервенционные технологии позволили не только выявить диагностические нюансы порока развития сосудов печени, но и выполнить успешное лечение врожденных портосистемных шунтов.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ У ДЕТЕЙ**

Распутин А. А., Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ковальков К. А. ( Кемерово)

**Введение.** В своем исследовании мы представляем описание 2 клинических случаев успешного лечения посттравматических кист поджелудочной железы у детей.

**Материал и методы.** Мы сообщаем о 2 случаях посттравматической псевдокисты поджелудочной железы, которые были успешно пролечены с применением эндоскопического дренирования под ультразвуковым наведением. Эндоскопическое дренирование ППК выполнялось опытным врачом-эндоскопистом под общей внутривенной анестезией. Последовательность отдельных шагов этой процедуры представлена следующими этапами: 1) Проведение в желудок эхоэндоскопа Olympus GF-UE 160 и эндоскопическое ультразвуковое сканирование органов брюшной полости для определения зоны контакта стенки кисты со стенкой желудка; 2) Электрокоагуляция тканей желудка и стенки кисты с последующей цистотомией стенки кисты посредством 8,5 Ch цистотома (MTW Endoscopie Manufaktur, Germany); 3) Аспирация содержимого кисты для биохимического, цитологического и бактериологического исследования; 4) Установка трехлепесткового стента MTW (MTW Endoscopie Manufaktur, Germany) таким образом, чтобы конец, содержащий два лепестка, оставался в просвете кисты; 5) Альтернативный метод дренирования состоит в установке по металлическому проводнику, помещенному в полость кисты, наружного назобилиарного катетера, конец которого имеет форму pig-tail; 6) Извлечение устройства, предназначенного для доставки стента, наружу и повторное эндоскопическое ультразвуковое сканирование для определения позиции стента и размеров панкреатической псевдокисты после дренирования.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал без особенностей и пациент был выписан из больницы на 3 сутки. Серологический анализ обнаружил существенное снижение концентрации амилазы в крови. Стент был удален через 3 месяца после выполненной процедуры с помощью повторной фиброгастроскопии без анестезии.

Дальнейшее наблюдение за больными в течение 24 месяцев показало нормализацию концентрации в крови амилазы и отсутствие признаков рецидива.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ**

Расулов С.С., Ш.Р. Султонов, Р.Ш. Ахмедов, Х.М. Султонов (Душанбе, Таджикистан)

Цель: улучшить результаты диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов малого таза у детей.

Материал и методы. Анализированы истории болезни 139 детей с различными патологиями органов малого таза в возрасте от 2 до 15 лет. Больные были распределены на две исследуемые группы. Первую контрольную группу составила 71 девочка, которые были обследованы и прооперированы традиционными методами. Среди них апоплексия яичника отмечена у 22(30,9%) девочек, перекрут кисты придатков матки с некрозом - у 14(19,8%), перекрут кисты яичника с некрозом - у 4(5,7), без некроза органа - у 13(18,3%) девочек, перекрут гидатид маточной трубы отмечено у 5(7,0%) девочек, первичный пельвиоперитонит как гнойно-воспалительный процесс органов малого таза отмечен у 13(18,3%) девочек. Вторая группа состояла из 68 девочек, которые были обследованы и прооперированы более современными лечебно-диагностическими методами. Среди них апоплексия яичника отмечена у 21(30,8%) девочки, перекрут кисты придатки матки с некрозом отмечен у 10(14,8%), перекрут кисты яичника с некрозом - у 5(7,3%), без некроза ткани органа - у 14(20,5%) девочек, перекрут гидатид маточной трубы отмечен - у 4(5,9%) и первичный пельвиоперитонит - у 14(20,5%) детей. Диагностика детей первой исследуемой группы включала в себя комплекс анамнестических, клинко-лабораторных исследований и проведение ультразвуковых исследований. В комплексе диагностики больных второй исследуемой группы наряду с названными методами обследований дополнительно использовали лечебно-диагностическую лапароскопию как современную малоинвазивную технологию.

Результаты. При обнаружении апоплексии яичника во время диагностической лапароскопии, первым этапом санировали полость малого таза, после чего установили место кровотечения яичника, затем биполярным электродом произвели коагуляцию сосудов до окончательной остановки кровотечения. При перекрутах кисты придатка матки ее захватывали зажимом от основания и вытягивали вверх, далее биполярным электродом производили коагуляцию у основания кисты с последующим ее пересечением ножницами. При установлении перекрута кисты яичника с некрозом без раскручивания яичника с помощью петли Редера выполняли перевязку маточной трубы у ее основания, по возможности в двух местах и между ними пересекали, то есть выполняли лапароскопическую тубоварэктомию.

В случаях обнаружения перекрута кисты яичника без некроза органа выполняли органосохраняющую операцию. Выполняли пункцию кисты и ее вылушивание с последующим гемостазом и экстракцией макропрепарата. Больные с первичным пельвиоперитонитом после лапароскопической диагностики, подвергались тщательной санации и промыванию полости малого таза раствором «Метрогила» или «Декасана», с последующим дренированием. При изучении результатов диагностики у больных традиционными методами выявлены диагностические ошибки у 7 (9,8%) больных. У больных основной группы, где применена лечебно-диагностическая видеолароскопия, диагностические ошибки не выявлены.

Выводы. Таким образом, применение видеолароскопии в диагностике и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей позволяет произвести операцию наиболее безопасно, и с наименьшей травмой для детей всех возрастных групп.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКИХ ДОЗ АТЕНОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ.**

Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А. (Москва)

Атенолол (кардиоселективный бета-блокатор) с 2014 года применяется для лечения осложненных форм младенческих гемангиом (МГ). Рекомендуемая дозировка атенолола составляет от 1 до 2 мг / кг в день.

Целью этого исследования было оценить эффективность и безопасность перорального приема препарата Атенолол в низкой дозировке.

В Международном центре детской сосудистой патологии (Клиника педиатрии и детской хирургии доктора Матара прошли лечение 120 детей со сложными формами МГ, для лечения использовался атенолол в дозе 0,5 мг / кг в день. Все пациенты перед лечением проводили комплексное обследование: фотографирование гемангиом, кардиологическое обследование (ЭКГ, эхокардиография, измерение артериального давления), определение уровня глюкозы в крови, ультразвуковое исследование с доплером. Терапия применялась пациентам в возрасте от 3 недель до 16 месяцев. Из них мальчиков было 18 (15%) девочек - 102 (85%). МГ были расположены: в области головы и шеи у 58 (48,2%) пациентов; в области туловища у 26 (21,6%); в области конечностей - 17 (14,2%); множественные МГ (до 5 гемангиом) у 13 (10,8%) пациентов, гемангиоматоз (более 5 гемангиом) у 6 (5,2%) детей. Результаты: Назначение перорального атенолола проводилось в дозе 0,5 мг\кг массы тела в день, средняя продолжительность терапии составила 4,5 месяца. Доза делилась на две равные части и давалась каждые 12 часов. Частота положительного ответа для пациентов с МГ, получавших атенолол, составляла 98% (диапазон 82% -100%). Нарушения дыхания и сна на фоне терапии не выявлены. Снижение уровня глюкозы в крови у пациентов не наблюдалось. Серьезные побочные эффекты были редкими: симптоматическая гипотензия у двух пациентов и симптоматическая брадикардия в одном случае.

Вывод: Назначение перорального атенолола является вариантом лечения осложненных форм младенческих гемангиом. Результаты исследования подтверждают терапевтическую эффективность и безопасность применения атенолола в низкой дозировке у пациентов с младенческими гемангиомами.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НАЕМОБЛОСК В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ.**

Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А., Плоткин А.В. (Москва)

Основным методом лечения лимфатических мальформаций детского возраста, является малоинвазивное хирургическое лечение - склерозирование лимфатического порока. В качестве склерозирующего вещества используются различные препараты: ОК-432, Доксициллин, Блеомицин.

Цель данного исследования: представить результаты хирургического пункционного лечения лимфатических мальформаций с применением препарата Наемоблок (Menoga Laboratories).

МЕТОДЫ: Применяемые в хирургической практике для склерозирования лимфатических мальформаций препараты (ОК-432, Доксициллин, Блеомицин), имеют ряд ограничений и побочных реакций. Данные препараты ограничиваются объемом введения (которого бывает недостаточно для полной обработки лимфатической мальформации) в следствии возникающего токсического и других побочных действий. Препарат Наемоблок (жидкий, рН-нейтральный раствор) образует сгусток с белками плазмы крови (в основном альбумином), формирует полимерный комплекс в результате которого возникает гемостаз. Также препарат содержит наночастицы серебра, которые имеют выраженное бактерицидное действие против большинства известных микроорганизмов. Препарат не

имеет побочных и токсических действий. Препарат разрешён для использования в детской практике. Применение данного препарата проводилось с информированного согласия родителей. Хирургическое лечение проводилось под общей анестезией под контролем УЗИ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В Международном центре детской сосудистой патологии (Клиника педиатрии и детской хирургии доктора Матара) проведено хирургическое лечение и анализ результатов лечения 30 пациентов с лимфатическими мальформациями в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Все пациентам проводилось малоинвазивное хирургическое лечение: обработка патологических лимфатических полостей препаратом Naemoblock под УЗИ контролем, среднее количество вводимого препарата составляло 2 мл / кг при каждой процедуре. После введения Naemoblock в лимфатическую мальформацию препарат эвакуировался из полости. В послеоперационном периоде у пациентов отмечалась умеренная отечность и незначительная гиперемия кожи в проекции введения препарата Naemoblock. Все пациенты отмечали болезненность в области хирургического лечения в течении 2-3 часов после введения препарата. Пациентам проводилась анальгезия в первый день после лечения, дополнительно назначались ангистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты последующие 2-3 дня; антибактериальной и гормональной терапии не требовалось. Результаты применения препарата Naemoblock оценивались через 1, 3 и 6 месяцев. У 93% пациентов отмечены положительные результаты лечения: отсутствие лимфатической мальформации по результатам ультразвукового исследования и данным МРТ, в 7% случаев отмечалось уменьшение основного объема порока, но остаточные элементы лимфатической мальформации требуют следующего этапа хирургического лечения.

**ВЫВОД:** Применение препарата Naemoblock в качестве склерозирующего вещества является эффективным и безопасным методом лечения лимфатических мальформаций у детей, особенно при макрокистозных вариантах данного порока. Высокая эффективность применения препарата Naemoblock при лечении лимфатических мальформаций требует дальнейших исследований данного препарата и совершенствованная методики лечения.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО У ДЕТЕЙ.**

Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Бревдо Ю. Ф., Трухачев С. В., Светлов В. В. (Тверь)

**Актуальность:** Удвоение пищеварительного тракта - редкий порок развития, который может возникнуть на любом уровне пищеварительного тракта, не имеющий специфического симптомокомплекса.

**Цель:** изучение особенностей клинического течения, диагностики и методов хирургического лечения удвоений желудочно-кишечного тракта у детей.

**Материалы и методы:** В хирургическом отделении ДОКБ г. Твери с 2015 по 2018 гг. находились на лечении 7 пациентов с удвоениями пищеварительного тракта различной локализации: 4 мальчика и 3 девочки в возрасте от 5 суток до 17 лет. У 3-х детей диагноз был установлен антенатально по УЗИ плода на сроках 20-32 недели беременности. По локализации встретились следующие варианты удвоения: удвоение желудка - у 1 ребенка, удвоение тощей кишки - у 1, удвоение подвздошной кишки — у 4 (в непосредственной близости к илеоцекальному углу у 3 детей) и удвоение толстой кишки — у 1 ребенка. По макроскопической структуре - все удвоения кистозные. У 2-х детей имело место бессимптомное течение заболевания, у остальных отмечались различные жалобы: периодические боли в животе, срыгивания, склонность к запорам. 2 детей поступили по экстренным показаниям: один с выраженным болевым синдромом, второй - с клиникой инвагинации кишечника. После расправления инвагината на контрольном УЗИ выявлено удвоение подвздошной кишки. Пальпаторно образование определялось лишь у 1 ребенка. Диагноз устанавливался на основании данных УЗИ органов брюшной полости. У всех

детей стенки образования были слоистой структуры, толщиной до 2,0мм, аналогичны стенке кишечника и со слабой перистальтикой. Содержимое этих образований во всех случаях была жидкость с небольшим количеством взвеси. Связи образований с просветом кишечника не выявлено. 3-м детям дополнительно выполнено КТ и 1-му ребенку ФЭГДС. У девочки с удвоением желудка по данным ФЭГДС имелся язвенный дефект слизистой антрального отдела желудка в области образования. Всем детям проведено хирургическое лечение — энуклеация удвоения: лапароскопически — 4, лапаротомия — 3. При гистологическом исследовании диагнозы подтверждены.

Результаты: После хирургического лечения все дети выписаны с выздоровлением. При контрольных обследованиях рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы: Удвоение пищеварительного тракта - редкий порок развития, клинические проявления которого весьма разнообразны и зависят от локализации патологии. УЗИ является информативным методом диагностики удвоений ЖКТ. Все удвоения ЖКТ требуют хирургического лечения.

### **К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ**

Румянцева Г.Н., Т.Н.Минько, Ю.Ф.Бревдо, В.В. Светлов, С.В. Трухачев, А.А. Буровникова (Тверь)

Цель настоящей работы изучение клинической картины и тактики ведения больных с эктопией поджелудочной железы в слизистую желудка (ЭПЖСЖ).

Материалы и методы: за период с 2007 по 2017г.г. в клинике детской хирургии на базе ДОКБ г. Твери находился на лечении 61 ребенок с ЭПЖСЖ в возрасте от 2 месяцев до 18 лет. Длительность наблюдения от 1 до 5 лет. Основным клиническим проявлением был болевой абдоминальный синдром (100%), с локализацией боли в эпигастриальной области 49 (80,3%) детей. Изжога и тошнота наблюдались у 13 (21,3%), на отрыжку жаловались 16 (26,2%) больных. ДЖВП выявлена у 42 (68,8%) пациентов, у 15 (24,5%) гастроэзофагеальный рефлюкс и у 5 (8,2%) больных язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Основным методом диагностики ЭПЖСЖ является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Хористома локализовалась в пилороантральном отделе желудка по передней стенке ближе к большой кривизне, на расстоянии 2—4 см от привратника и имела вид образования округлой формы, на широком основании с узким или широким устьем протока на вершине, либо полулунной складки слизистой желудка с кратерообразным углублением в центре, размерами 0,5-0,8 см. в диаметре. Оперировано 8 пациентов. Показанием к операции, являлись выраженный болевой синдром и длительная малоэффективная консервативная терапия гастродуоденита. Оперативное лечение проводилось лапароскопическим доступом. Место нахождения хористомы подтверждалось по световому пятну от введенного в желудок гастроскопа. Образование резецировалось через все слои в пределах здоровых тканей. Рана ушивалась в поперечном направлении двухрядным швом. В операционном материале обнаружена ткань поджелудочной железы с протоками. У 2 пациентов определялось выраженное сдавление протоков, у одного – фиброз ткани железы. Контрольная ЭГДС выполнялась на 8-9 сутки - определялась умеренная деформация передней стенки желудка в месте резекции в виде розетки из складок. При осмотре через 6 месяцев определялась умеренная деформация стенки и линейный либо звездчатый рубец, через год деформации стенки, дефектов, рубцов слизистой не определялось.

Выводы: Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка является редким пороком развития поджелудочной железы, связанным с дизонтогенетической гетеротопией. Основные клинико-эндоскопические проявления хористомы: длительный болевой синдром, диспепсические расстройства и наличие полиповидного образования в пилороантральном отделе желудка. Нахождение ткани поджелудочной железы при

гистологическом исследовании операционного материала окончательно верифицирует диагноз хористомы.

## **МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА В НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Михайлова С.И. (Тверь)

Метаэпифизарный остеомиелит до сих пор является распространенным заболеванием, последствия которого среди ортопедической патологии составляют от 3 до 6 %. Поражение метаэпифизарных зон приводит к нарушению формирования опорно-двигательного аппарата.

Цель: Прогнозировать исход метаэпифизарного остеомиелита (МЭО) у детей раннего возраста на фоне проявления синдрома мезенхимальной дисплазии.

Материалы и методы: На основании анализа архивного материала П х .о. ДОКБ г.Твери с 2014 по 2017гг. рассмотрены 34 случая заболевания МЭО пациентов в возрасте от 10 дней до 3-х лет. Применены общеклинические методы исследования ,определение маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани ,методы медицинской визуализации.(Рентгенография, КТ,УЗИ)

Результаты: в структуре обследуемых больных наибольшую группу составили дети до года (n=22 ;64%),самая высокая частота заболеваемости отмечалась в возрасте до 1 мес (n=15;44.%),от 1г до 3-х лет (n=12;35%) , по половой принадлежности преобладали мальчики (n=23 ;67%). Анализ сроков поступления в специализированный хирургический стационар показал ,что в первые трое суток болезни было госпитализировано 12 пациентов( 35.%) Наибольшее количество пациентов –(n=20 ;58%) обратилось за специализированной помощью на 4-7 сутки . Факторы риска развития заболевания выявлены в 26(76,%)случаях :неблагоприятный антенатальный период- внутриутробная гипоксия плода, очаги хронической инфекции, синдром интоксикации у матери, оперативные роды, травматизация в родах, недоношенность, перинатальное поражение ЦНС ,предшествующие гнойные заболевания .Помимо вышеперечисленных факторов, особенное место отведено синдрому мезенхимальной дисплазии. По локализации очага воспаления преобладало поражение эпифиза бедренной кости с поражением тазобедренного сустава-(n= 22;64%) . Всем пациентам проводилось клинорентгенологическое обследование, УЗИ, определение маркеров дисплазии(магния эритроцитов, осмотической резистентности эритроцитов с 0.9% р-м NaCl, сиаловых кислот).Средний срок наблюдения составил 2 года. У 20(58.8%)детей ортопедической патологии не обнаружено.Среди неблагоприятных исходов отмечено: дистензионный вывих бедра (n=2;5%),деформация шейки бедренной кости –coxaragae (n=1;2.5%),частичный дефект эпифиза головки бедренной кости (n=1;2.5%),остеохондропатия головки (n=10;29%).Маркеры дисплазии определены в 100% случаев у пациентов с вышеуказанными осложнениями.

Выводы: Определение маркеров мезенхимальной дисплазии является фактором риска возникновения ортопедических осложнений в исходе метаэпифизарного остеомиелита у детей ранней возрастной группы.

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

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

Цель исследования: выбрать оптимальную лечебную тактику при инвагинации кишечника (ИК) у детей.

Материалы и методы: с 1996 по 2018 гг. в ГБУЗ ДОКБ г. Твери находились на лечении 214 детей с ИК. Возраст детей варьировал от 3 месяцев до 15 лет, из них мальчиков

123(57,5%), девочек 91(42,5%). Чаще встречалась в 95,7% случаев илеоцекальная инвагинация. Манифестация ИК включала следующие симптомы: приступообразная боль у 197(92,1%) детей, рвота у 145(67,7%), пальпируемое образование в животе у 94(43,9%), кровянистые выделения из прямой кишки у 81(37,8 %) пациента. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, эхографии и пневмоколоноскопии (ПКС), использовавшейся как диагностический и лечебный метод консервативной дезинвагинации. С 2014 г. ПКС была заменена на гидростатическую дезинвагинацию под контролем эхографии – гидроэхоколоноскопию (ГЭС), которая полностью исключает лучевую нагрузку на ребенка и персонал. Благодаря использованию эхографии в круглосуточном режиме с 2014 года диагноз ИК был подтвержден у всех пациентов в 100% случаях. Также оценивались размеры, локализация инвагината, с помощью доплерографии определялась степень нарушения кровотока в стенке и брыжейки ущемленной кишке и имелась возможность выявить органическую причину формирования кишечного внедрения.

Результаты: дезинвагинация методом ПКС, который использовался до 2014 г, выполнена у 90(60,8%) из 148 за этот период, эффективность дезинвагинации методом ГЭС выше – 55(83,3%) из 66 за период с 2014г. по настоящее время. Оперировано 69(32,2%) детей - из них у 13(6 %) выполнена лапароскопическая дезинвагинация, показания к которой выставлены сразу после выявления ИК, в 56(26,2%) случаях операция закончена лапаротомией и ликвидацией непроходимости. В этой группе оперированных детей, после неэффективной консервативной дезинвагинации, 13(6%) пациентам выполнена попытка лапароскопической дезинвагинации, которая во всех случаях не привела к успеху и потребовала конверсии, в 20(9,3%) случаях проведена лапаротомия и мануальная дезинвагинации методом «выдаивания», а у 23(10,7%) детей лапаротомия выполнена с резекцией некротизированного участка кишки, среди которых в 9(4,2%) случаях был перитонит. Из 214 детей у 6(2,8%) произошел рецидив заболевания. У 2(0,9%) детей были осложнения в виде перфорации ободочной кишки после ПКС и лапароскопической дезинвагинации, которые завершились мануальной дезинвагинацией и ушиванием поврежденных участков кишки. После ГЭС осложнений не было. Умерло после операций 2(0,9%) по причинам, не связанным с основным заболеванием.

Выводы: ГЭС является методом выбора лечения детей с ИК при своевременной установке диагноза. При неэффективности ГЭС и при перитоните показана лапаротомия и ликвидация непроходимости. Лапароскопия обоснована при неоднократных рецидивах ИК и в сомнительных случаях, требующих дополнительной визуализации и решения вопроса дальнейшей тактики лечения (тонкокишечная инвагинация, заворот кишечника, объемные образования).

## ТРУДНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Бурченкова Н.В. (Тверь)

Инфантильная гемангиома (ИГ) - распространенная доброкачественная сосудистая опухоль, возникающая в основном у недоношенных детей и младенцев женского пола(родившихся до 37 недели беременности с низким весом или в результате экстракорпорального оплодотворения). Заболеваемость, по данным разных авторов, составляет от 1,1% до 10-12%. ИГ имеет тенденцию к быстрому росту в первые недели жизни ребенка, особенно рост её стимулирует вакцинация.

Целью работы является оценка различных методов лечения ИГ и трудностей, возникающих при лечении и разработке реабилитации больных в случае осложнений.

Материалы и методы: в исследование включены 37 больных с ИГ различной локализации. Из 37 больных – 14 родились недоношенными, 5 - в результате экстракорпорального оплодотворения, остальные в срок от нормально протекавшей беременности. Трудности при лечении возникают при локализации гемангиом на

волосистой части головы, лице, шее, и связаны с изъязвлением некоторых гемангиом на голове, плохим заживлением ран на кончике носа, верхней и нижней губе. Используются следующие лекарственные средства и аппаратура в лечении ИГ: пропранолол, 0,5% гель тимолол (бета – адреноблокаторы, ингибирующие ангиоматоз), этоксисклерол, 70% спирт (склерозирующие средства), человеческий интерферон (для восстановления иммунитета), «Сургидрон».

Результаты и обсуждения: У детей с изъязвлениями ИГ и умеренным кровотечением из них проводилось противовоспалительное лечение, остановка кровотечения гемостатиками. После купирования процесса и отторжения корок использовали пропранолол, человеческий интерферон для остановки роста опухоли. Далее сургидрон в режиме «резание – коагуляция» и «фургуляция», склерозирование 1% - этоксисклеролом, действующим на мелкие сосуды и 70% спирт для воздействия на сосуды с более широким просветом. В качестве подготовки глубоко расположенной ИГ для деструкции применяли «Сургидрон». На стадии резидуальных проявлений использовали 0,5% Тимолол. В плане дальнейшей реабилитации, в случаях рубцовой деформации на туловище, конечностях и на лице использовали мазь или гель «Ферменкол». Этот препарат применялся до, после и в промежутке между шлифовкой рубцовой ткани «Сургидроном».

Выводы: Трудности при лечении ИГ связаны с изъязвлением, сложной локализацией и отсутствием единого алгоритма при выборе оптимального метода. Индивидуализированный подход с использованием различных медикаментозных средств (бета – адреноблокаторов, склерозирующих, иммунокорригирующих), соответствующей аппаратуры позволяет добиться в большинстве случаев положительных исходов.

## **ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ**

Рыжов Е.А., Боровицкий В.А., Петлах В.И., Сергеев А.В. (Москва)

Цель работы: выявить наиболее часто встречаемую возрастную группу детей с инородными телами пищевода и желудка с определением их вида.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопических вмешательств (ФГДС) у 57 детей с инородными телами пищевода и желудка, находящихся на лечении в ДГКБ №9 в 2014 - 2017гг. Подавляющее число больных (43) были в возрасте от 11 месяцев до 3-х лет, 11 пациентов – в возрасте 4 – 7 лет, остальные – более старшей возрастной группы. Мальчиков было 37, девочек 20. Все дети госпитализировались в экстренном порядке. Для извлечения инородных тел использовались гибкие эндоскопы «Fujinon» различных модификаций (EG 250 WR5; EG 250 PE5; FG 1Z). Манипуляции проводились под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. В 10-ти случаях инородные тела локализовались в пищеводе, в остальных – в желудке. Наибольшее число удаленных тел (39) состояло из монет разного достоинства (от 10 копеек до 5 рублей); шарики были в 4-х наблюдениях; батарейки в 3, металлические пуговицы и трихобезоары в 2, а также в единичных случаях удалены магнит, заколка для волос, булавка, ключ, леденец, фрагментами пластмассы и грецкого ореха. При нахождении инородных тел в пищеводе, последние перемещались в полость желудка, откуда и извлекались. В 4-х случаях инородные тела были удалены с помощью эндоскопических петель; в остальных - с помощью эндоскопических мешков - ловушек «Endo-flex». У 4-х больных эндоскопическое удаление оказалось невозможным из-за больших размеров, формы и состава (трихобезоары - 2; заколка и пластмассовый фрагмент) и были выполнены открытые операции (лапаротомии, гастротомии).

Выводы. Самая большая группа риска детей по попаданию инородных тел в пищевод и желудок находится в возрасте 1- 3 лет, что связано с особенностями психо-моторного развития в данном возрасте. Наиболее часто встречаемый вид проглоченных инородных



тел – монеты. Эндоскопическое удаление трихобезоаров больших размеров из желудка неэффективно и следует сразу переходить к открытым оперативным вмешательствам.

### **МАНУАЛЬНАЯ ДЕТОРСИЯ ПРИ ЗАВОРОТЕ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ.**

Савчук М.О., Савчук О.Б. (Петрозаводск)

С 2017 г в ГБУЗ ДРБ г. Петрозаводска находились на лечении 4 подростка с клиникой заворота яичка. Возраст пациентов вирировал от 10 до 15 лет. Всем детям было выполнено ручное расправление возникшего заворота при сроке поступления до 4-х часов от момента заболевания. Диагноз устанавливался на основании клинического осмотра и данных УЗИ. В нашем сообщении метод ручного расправления включал подтягивание и одновременно раскручивание завернутого яичка против часовой стрелки. Манипуляция проводилась в условиях палаты после предварительной седации ненаркотическими анальгетиками. Эффект оценивали на основании мануального обследования – отсутствия симптома подтянутого яичка, резкое уменьшение боли, а так же контрольного УЗИ, которое подтверждало восстановление кровотока. При этом в ходе исследования было выявлено умеренное гидроцеле, отек придатка и оболочек яичка. Все пациенты после манипуляции уже через 3-4 часа отмечали удовлетворительное самочувствие. Срок госпитализации такой категории больных был не менее 5 дней, в течение которых проводилось лечение: диклофенак, супрастин, метронидазол, мазь левомиколь местно. В одном случае мы провели оперативное лечение в отсроченном порядке – ревизию и орхопексию, в связи с подозрением на неполное устранение заворота, после мануальной деторсии, на начальном этапе использования данного метода. Лечение в амбулаторных условиях включало в себя применение нестероидных противовоспалительных средств до 10 дней после мануальной деторсии и витамина Е в течение месяца как антиоксидантной терапии. Осмотр в катамнезе через 3,6,9,12 месяцев не выявил какой-либо патологии со стороны органов мошонки. Рецидивов заболевания ни в одном случае не было.

### **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ВΙΑНСИ.**

Савчук М. О., Савчук О. Б. (Петрозаводск)

С января 2012г по 2018 гг в Карельском центре детской хирургии выполнено 229 операций (орхопексий) по поводу различных форм крипторхизма, из них по Шумакеру-Петривальскому 155 (67,6%), методом Bianchi 74 (32,4%). Возраст детей колебался от 1 года до 16 лет. У всех детей яичко пальпировалось в паховом канале. При этом у 3-х - в в/3, у 19 – в ср/3 и 52 в н/3 пахового канала. Данный метод использован был нами и при повторных операциях в пахово-мошоночной области, а именно у 8-и детей, у которых возник ятрогенный крипторхизм: двое после орхопексии по Шумакеру-Петривальскому, пятеро детей после грыжесечения и один ребенок после операции по поводу сообщающейся водянки. Данный метод орхопексии предусматривает высокий чрезмошоночный косопоперечный доступ. Вскрытие оболочек мошонки. Осторожно раздвигая подкожно жировую клетчатку в области наружного пахового кольца, находим оболочки яичка и само яичко. Следующий этап - мобилизация яичка, от паховых сращений и окружающих тканей. Далее, как и при стандартной операции - отделение и перевязка влагалищного отростка брюшины, без вскрытия передней стенки пахового канала и фиксации яичка к дну мошонки, как правило двумя или тремя швами медленно рассасывающимся материалом. Во время хирургического вмешательства ни в одном случае не возникли технические трудности при мобилизации и низведении яичка. В случае сомнительных данных определения яичка вне мошонки, выполняли стандартную

операцию Шумакера-Петривальского. Все оперированные дети находятся на диспансерном учете. Проведение контрольного УЗИ каждые 6 месяцев, позволяет следить за развитием яичек и их ростом. Анализ полученных результатов в 4-х (5,4%) случаях выявил рецидив заболевания, всем выполнена классическая операция Шумакера-Петривальского. Среди них у двух пациентов причиной рецидива была травма (падение) в первый месяц после операции. В 2-х других случаях рецидив связан по всей видимости с недостаточной фиксацией яичка к дну мошонки. (хотя вероятность не соблюдения послеоперационного режима амбулаторно так же допускается).

Использование данной методики выявило ряд преимуществ, перед классически принятой орхопексией по Шумакеру-Петривальскому, а именно сокращение времени операции, малая травматичность в следствие того, что не нарушается целостность пахового канала и соответственно быстрый восстановительный послеоперационный период, отличный косметический результат.

## **ПЕРИТОНИТЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Салахов Э.С., Баиров В.Г., Лядышева А.А. (Санкт-Петербург)

Лечение тяжелых форм перитонита остается одной из актуальных проблем детской современной хирургии, которая определяется большим количеством больных, этиологией(причиной) ее возникновения, тяжелым клиническим течением, высокой частотой осложнений.

Характерным для развития аппендикулярного перитонита в анамнезе были жалобы на боли в животе (98% детей) в течение 24 часов и более. Из них: 300(65%) с жалобами на рвоту, боли в животе, температуру. У 162( 35% ) помимо выше указанных отмечалось жидкий стул, болезненное мочеиспускание.

Представлены результаты лечения 571 детей, в возрасте от 1 месяца до 18 лет за период с 2012 по 2018 год. Из всех детей, оперированных с диагнозом - Перитонит, у 462(78,9%) причиной явился деструктивный аппендицит, из них гангренозно –перфоративный аппендицит 236(51,1%), гангренозный аппендицит 218(47,2%), флегмонозный 8(1,7%), деструктивный Дивертикул Меккеля 24(4,2%), перфорация кишечника инородными телами(магнитами) 19(3,3%), инвагинация кишечника 9(3,5%), перфоративная язва желудка и 12 перстной кишки 18(3,2%), воспалительные заболевания органов малого таза 17(3,0%), перфорация прямой кишки 3(0,5%), заворот тощей кишки 1(0,19%), непроходимость анастомоза после дивертикулоэктомии 1 (0,19%), язвенно-некротический энтероколит 1(0,19%) с перфорацией тонкой кишки, ятрогенная перфорация поперечно-ободочной кишки 1 (0,19%), катотравма, перфорация тонкой кишки 3(0,5%), сепсис (перфорация тонкой кишки) 1(0,19%), кишечная непроходимость – 1 (0,19%), аппендикулярный инфильтрат -15 (2,6%), инфильтрат тощей кишки – 1(0,19%) .

209 детей получали лечение с сопутствующим инфекционным кишечным заболеванием.

Возрастная категория : От 1 года до 6 лет – 105детей; от 6 до 12 лет – 205детей; от 12 до 18 лет – 208детей. 44,23% - девочки; 55, 77% - мальчики

В лечении перитонита главное место занимает хирургическое вмешательство. 174 ребенка (30,5% ) проведены операции традиционным оперативным методом и 397 детей (69,5%) – лапароскопическим, в среднем время проведения операций от 1 до 2 часов. В отделении реанимации и интенсивной терапии ПЭБ получили 217 детей (41,7%), лечение длится в среднем до 5 суток. В результате лечения частота послеоперационных осложнений после традиционного метода лечения 6,2% ( 32 ребенка), после лапароскопии 3,27% ( 17 детей). Второй курс антибактериальной терапии получили 29,42% (153 ребенка).

Выводы: 1. Лапароскопический метод операционного лечения уменьшает процент после операционных осложнений в два раза по сравнению с традиционным методом лечения, позволяет в первые дни после операции активировать больного . 2.

Современные методы и инновационные методы лечения (ГБО, ФТЛ), развитие антибактериальной терапии, позволяют в полной мере снизить послеоперационные осложнения. 3. Проведение ПЭБ(периепидуральной блокады), в комплексе с отработанной схемой лечения позволяет снизить число осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА, СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА**

Сатторов А.М., Султонов Ш.Р., Атоев И.К. (Душанбе, Таджикистан)

Цель: Улучшить результаты диагностики и лечения врожденного гидронефроза, сосудистого генеза.

Материал и методы. Нами проведено лечение 72-х ребёнка с диагнозом гидронефроз, обусловленного aberrантным сосудом, в возрасте от 1 года до 15 лет. Среди них мальчиков было 43 (59,8%), девочек 29 (40,2%). В возрасте от 1 года до 5 лет было 22 (30,6%), от 6 до 10 лет – 30 (41,6%), от 11 до 15 лет – 20 (27,8%) детей. Диагноз гидронефротической трансформации сосудистого генеза наряду с клинико-лабораторным методом исследования верифицировали показателями УЗИ, доплерографией, экскреторной урографией и компьютерной томографией. При обследовании больных вторая степень гидронефроз выявлены у 15 (20,8%), II стадии с переходом на III степени гидронефроза - у 49 (68,0%) больных, и III степень гидронефроза наблюдалась у 8 (11,1%) больных. Гидронефроз, обусловленный aberrантным сосудом, с наличием камней почки и лоханки встречался в 14 (19,4%) случаях. Гидронефроз, осложнившийся хронической почечной недостаточностью (ХПН) I-II стадии отмечен у 6 (8,3%) детей, у которых наблюдался двусторонний процесс. При лечении гидронефроза, обусловленного aberrантным сосудом, нами разработан способ восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента путём перемещения aberrантного сосуда лоскутом лоханки (Патент на изобретение №ТJ 551 от 27.04.2012 г.). При освобождении ЛМС от aberrантного сосуда и окружающих спаек лоханка быстро опорожняется. Для фиксации сосуда выкраивается лоскут из стенки лоханки в виде прямоугольника и, проводя под сосуд, приподнимают его и без натяжения несколькими швами фиксируют к капсуле почки. Результаты. Больные с гидронефрозом, обусловленным aberrантным сосудом, в зависимости от метода хирургического лечения были распределены на три группы. Основную группу составили 24 (33,3%) ребёнка, которым выполнена операция - перемещение добавочного сосуда лоскутом из лоханки предложенным методом; вторая группа сравнения состояла из 31 (43,0%) ребёнка, им выполнен антевазальный пиелoureteroанастомоз с резекцией суженной зоны лоханочно-мочеточникового сегмента, в третью группу вошли 17 (23,6%) детей, которым выполнена пересечения aberrантного сосуда с освобождением лоханочно-мочеточникового сегмента.

Результаты. В группе больных, которым выполнено пересечение aberrантного сосуда хорошие результаты были прослежены у 11 (64,8%) больных, удовлетворительные - у 4 (23,5%), а неудовлетворительные - у 2 (11,7%) больных. Из группы детей, у которых применялся антевазальный пиелoureteroанастомоз, хорошие результаты прослежены у 21 (67,7%) больного, удовлетворительные - у 7 (22,5%), неудовлетворительные - у 3 (9,7%) больных. У больных основной группы хорошие результаты отмечены у 21 (87,5%) больного. Удовлетворительные результаты выявлены у 2 (8,3%) больных. Неудовлетворительный результат в данной группе отмечен у 1 (4,1%) больного.

Выводы. Таким образом, оценивая методы хирургического лечения врожденного гидронефроза обусловленного aberrантным сосудом, на наш взгляд, операцией выбора является восстановление проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента путём перемещения aberrантно

## **ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДИ В ТЮМЕНИ**

Сатывалдаев М. Н., Аксельров М. А., Мальчевский В. А., Скрыбин Е. Г., Евдокимов В. Н. (Тюмень)

Актуальность. Килевидная деформация груди характеризуется в различном по степени и конфигурации выстоянии передней грудной стенки. Данная проблемы была описана Hippocrates 400 лет до нашей эры. В 1952 году М.М. Ravith первым произвел авторскую торакопластику путем резекции деформированных реберных хрящей, что легло в основу последующих методик и сформировало мнение о необходимости активного хирургического лечения.

Цель. Оценить результаты лечения детей с килевидной деформацией грудной клетки.

Материал и методы. Работа построена на ретроспективном анализе результатов лечения 34 детей, получавших лечение по поводу данной патологии в стационарах города Тюмени.

Применялись различные методы лечения от ношения устройств постоянного давления на грудную клетку до торакопластик. Результаты. 20 пациентам выполнена торакопластика по Ravith с продолжительностью госпитализации  $19 \pm 3$  дней, обусловленной высокой травматичностью операции. В 2008 году М. Martinez-Ferro предложил систему ортеза с индивидуальной алюминиевой скобой «Динамическая система сжатия» (dynamic compression system – DCS). Нами применен подобной индивидуальный ортез у 8 детей. Возраст больных варьировал от 2 лет 7 месяцев до 16 лет. Дети носили устройство в течение дня и снимали его на ночь. Длительность лечения составила от 1 до 3 лет. На настоящий момент у 3 детей лечение закончено у 5 – продолжается. Во всех случаях результат от ношения ортеза расценен пациентами и их родителями как хороший. В 2004 г. Horacio Abramson разработал малоинвазивный способ лечения, который можно назвать «Анти-Насс». 6 детям выполнена данная методика. В настоящий момент двум детям проведено удаление корригирующей пластины, пациенты и их родители довольны результатами операции. Остальные пациенты остаются под наблюдением.

Заключение. С развитием методик коррекции килевидной груди в истории данного вопроса, несомненно, можно отметить внедрение и популяризацию в клинических отделениях, обеспечивающих при минимальной операционной травме устранение деформации с учетом эстетических требований пациента.

## **ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**

Сафаров А.И., С.С. Джаборов, Ш.Р. Султонов, И.К. Атоев, Х.М. Султонов (Душанбе, Таджикистан)

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения уретероцеле у детей.

Материал и методы. Находились на лечении 84 больных с диагнозом уретероцеле различных форм в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Среди них мальчиков было 21(25,0%), девочек - 63(75,0%). По клиническим формам в основном нами выявлена гетеротопическая форма уретероцеле у 59(70,2%) больных, ортотопическая форма уретероцеле отмечена у 25(29,7%) детей старшего возраста. Двусторонняя локализация порока нами отмечена у 16(19,0%) пациентов. Решающим методом диагностики уретероцеле у детей, по нашему мнению и соответственно данным литературы, является обзорная рентгенография и внутривенная экскреторная урография, которые позволяют определить наличие уретероцеле, а также состояние чашечно-лоханочной системы и их функциональную способность. Применение ультразвукового исследования в сочетании с эхотомографией и диагностической цистоскопией значительно повышает качество диагностики. Основной целью хирургического лечения уретероцеле являлась восстановление уродинамики, нормальной функции органа, коррекция сопутствующих осложнений. Выбор тактики хирургического лечения зависило от размеров уретероцеле, анатомо-функционального состояния, удвоения почек, формы уретероцеле и от возраста

детей. Результаты. Всем 84 больным было проведено 91 различных оперативных вмешательств: эндоскопическая электроперфорация и электрорассечение кисты выполнено 12 больным; геминефруретерэктомия - 24 (с антирефлюксной пластикой по Грегуару - 8) больным; нефруретерэктомия - 2; уретероцелэктомия с термилоатеральным анастомозом мочеточников произведена 7 больным; уретероцелэктомия с цистоуретероанастомозом по Политано-Леадбеттеру 46 больным. При двустороннем развитии порока при сохранной функции почки и достаточно развитой паренхиме хирургическая тактика не изменялась, в таких случаях нами выполнена цистоуретеранастомоз с иссечением оболочек уретероцеле с обеих сторон. Цистоуретероанастомоз по Политано-Леадбеттеру является методом выбора при различных формах уретероцеле у детей. Операции геминефруретерэктомии выполняли детям с гетеротопической формой уретероцеле при потере функции удвоенной почки. Нефруретерэктомия нами выполнены в основном детям при повторных операциях в случае полной утраты функции почки и наличия уретерогидронефроза IV-V степени. Термилоатеральный анастомоз производился в случаях, сохранности функции верхнего сегмента органа. После формирования уретероуретероанастомоза одновременно выполняли аспирацию кисты - уретероцеле. Операция иссечения уретероцеле в сочетании с антирефлюксной пластикой по Грегуару проводились детям с ортотопической формой уретероцеле. При гетеротопической форме уретероцеле антирефлюксная операция выполнялась в тех вариантах, когда наряду с уретероцеле, с одной стороны, и пузырно-мочеточниковый рефлюкс с контрлатеральной стороны.

Выводы. Тактика хирургической коррекции порока должна быть индивидуальной и целенаправленной с учетом формы кисты, наличия осложнения, размера порока, возраста больного и сопутствующих других пороков мочевыделительной системы.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ISSVA В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Сафин Д. А., Романов Д. В., Брылеева А. А. (Москва)

Цель: Применение в практической деятельности клинического центра современной международной классификации сосудистых аномалий ISSVA (Международного Общества по Изучению Сосудистых Аномалий (International Society for the Study Vascular Anomalies – ISSVA).

Методы: За последние 20 лет в международной клинической практике произошел значительный рывок в области изучения сосудистых образований, в результате создания новой классификации, основанной на применении иммуногистохимических исследований тканей сосудистых образований. Данные открытия напрямую повлияли на клинические подходы в лечении больных с сосудистой патологией. Однако до настоящего времени остается открытым вопрос терминологии и классификации сосудистых образований, в частности младенческих гемангиом у детей. Многие специалисты (детские хирурги, педиатры, патологоанатомы, дерматологи, специалисты лучевой диагностики), которые принимают участие в лечении детей с сосудистыми аномалиями, используют устаревшие термины, как «ангиома», «кавернозная гемангиома», «утесовидная гемангиома» и т.д. Например, в МКБ-10 для гемангиом отведен единственный шифр D18.0, за которым кроется диагноз «Гемангиома любой локализации», что так же не вносит ясность данный вопрос. В 2014 году Международным Обществом по Изучению Сосудистых Аномалий (ISSVA) предложена обновленная классификация сосудистых аномалий. В данной классификации все сосудистые аномалии разделены на опухоли и мальформации. Опухоли в свою очередь делятся на доброкачественные (младенческие гемангиомы, врожденные гемангиомы, пучковая ангиома, веретенноклеточная ангиома, эпителиодная ангиома, пиогенная гранулема), пограничные или умеренно агрессивные (капошиформная гемэндотелиома, ретиформная гемэндотелиома, папиллярная внутримальфатическая

ангиоэндотелиома (опухоль Дабска), сложная гемангиоэндотелиома, саркома Капоши) и злокачественные (ангиосаркома, эпителиоидная гемангиоэндотелиома). Сосудистые мальформации делятся на капиллярные, венозные, лимфатические и артериовенозные, также определены сосудистые мальформация в виде синдромов, с различными их подтипами. Результаты: Основываясь на классификации ISSVA и собственном клиническом опыте лечения детей с сосудистой патологией, мы предлагаем адаптированную классификацию ISSVA.

Вывод: Внедрение единой классификации ISSVA в практическую деятельность врачей поможет унифицировать процесс диагностики и лечения детей с сосудистой патологией, позволит оказывать адекватную и необходимую медицинскую помощь в нужном объеме и наладит контакт между врачами различных специальностей.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТИМОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ**

Сафин Д. А., Романов Д. В., Брылеева А. А. (Москва)

Цель: Определение эффективности использования 0,5% раствора  $\beta$ -адреноблокатора Тимолола при лечении изъязвленных форм младенческих Гемангиом в комплексе с медикаментозной терапией.

Методы: Младенческие гемангиомы являются самыми частыми опухолями детского возраста, они встречаются у 4-10% младенцев. Самым частым осложнением младенческой гемангиомы является её изъязвление. Около 16% младенческих гемангиом изъязвляются в возрасте 4 месяцев жизни. Чаще всего изъязвлению подвержены сегментарные и комбинированные младенческие гемангиомы, расположенные в области губ, шеи и промежности. Основной причиной появления изъязвления является постоянная травматизация гемангиомы. Изъязвляющиеся опухоли могут разрушать анатомические структуры, такие как хрящи носа, хрящи век, хрящи ушей, губы, что приводит к появлению значительных косметических и функциональных нарушений. Результаты: В Международном Центре Детской Сосудистой Патологии (Клиника Педиатрии и Детской Хирургии доктора Матара) находились на лечении 206 детей с первично выявленными младенческими гемангиомами различной локализации. Всем детям начат амбулаторный подбор терапии атенололом (0,5 мг/кг/сут). В качестве местной терапии использовали 0,5% раствор  $\beta$ -адреноблокатора тимолола («Арутимол») в виде аппликаций. При расположении младенческих гемангиом в области губ, чтобы исключить попадание препарата в рот, аппликационную (топическую) терапию не проводили. Изъязвление младенческой гемангиомы отмечено у 34 детей (16,5% от общего числа пациентов). Чаще всего изъязвление отмечали в области промежности у 16 детей (7,8%), нижней губы у 8 детей (3,8%), верхней губы у 7 детей (3,3%), конечности у 5 детей (2,4%). Таким образом, комбинированное лечение (общее медикаментозное лечение и аппликации тимолола) получал 21 (10,2%) ребенок с изъязвлениями младенческой гемангиомы; у 13 пациентов (6,3%) аппликации тимололом не проводились, в виду особенности локализации младенческой гемангиомы. Длительность топического лечения в комплексе с общей терапией  $\beta$ -блокаторами, в среднем составила 1,5 месяца. На фоне проведенной терапии после начала использования комбинированного лечения отмечалось остановка увеличения площади изъязвления, быстрая эпителизация раневой поверхности, в отличие от пациентов получающих только медикаментозную терапию. Во время проведения комбинированной терапии нами не отмечено появления инфицирования раневой поверхности, а так же побочных действий (кардиологических) со стороны тимолола. Эпителизация изъязвлений достигнута во всех случаях комплексного лечения на 1 месяце терапии, в случае монотерапии  $\beta$ -блокаторами, эпителизация достигалась только на 2-3 месяце.

Вывод: Использование 0,5% раствора  $\beta$ -адреноблокатора тимолола («Арутимол») в лечении изъязвленных младенческих гемангиом в сочетании с системной медикаментозной терапией (атенолол) является эффективным и безопасным методом лечения. Раннее начало комбинированной терапии позволяет избежать появления косметических и функциональных деформаций у детей.

## **ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В ЗОНЕ ФИБРОЗНО-СИНОВИАЛЬНЫХ КАНАЛОВ У ДЕТЕЙ**

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

Из общего числа повреждений кисти в детском возрасте травма сухожилий составляет до 48%. Проблема восстановления сгибания пальцев кисти при повреждении сухожилий сгибателей обусловлена сложностью первичной диагностики, частота пропущенных повреждений сухожилий составляет около 30%, малым размером сухожильно-связочного аппарата, не позволяющим использовать многонитевые швы и обеспечить оптимальное соотношение скольжения и прочности в месте шва. Отсутствие кооперации и мотивации у маленьких детей исключает возможность применения ранней активной реабилитации.

Цель и задачи работы: Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти. Материалы и методы: В отделении микрохирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ежегодно лечатся 90-120 детей с данной патологией, 85% случаев составляют «свежие» повреждения и 15% - «застарелые». Более 60% детей имели повреждения сухожилий во 2 анатомической зоне кисти (IFSSH '80). За последние годы протокол хирургического лечения и реабилитации детей с повреждениями сухожилий сгибателей кисти в «критических» зонах претерпел значительные изменения.

Разработаны следующие принципы:

1. При повреждении сухожилий сгибателей в «критической зоне» у детей младше 7 лет выполнялся модифицированный сухожильный шов по Кесслеру монофиламентной нитью (4/0,5/0) с выполнением адаптирующего шва монофиламентной нитью (7/0), с иссечением сухожилия поверхностного сгибателя. У детей старше 7 лет, восстанавливались оба сухожилия, 4-нитевым швом плетеной нитью (3/0,4/0) или петлевой сухожильный шов по Tsuge и адаптирующий шов монофиламентной нитью (5/0,6/0).
2. При застарелых повреждениях и отсутствии рубцового перерождения связочного аппарата выполнялась одноэтапная тендопластика.
3. При длительных сроках и рубцовом перерождении связочного аппарата выполнялась двухэтапная тендопластика с использованием силиконового эндопротеза.
4. В отношении оперативного доступа применялся дифференцированный подход: при первичном шве сухожилия использовались рациональные разрезы для расширения раны, при выполнении сухожильной пластики использовался Z-образный разрез по Bruner.
5. При пластике сухожилий восстанавливались связки-блоки с обязательной полной реконструкцией блоков А2 и А4.

Было проанализировано 235 случаев за период 2005-2017 гг. Возраст детей составил 2-17 лет. Результаты лечения оценивали по шкале TotalActiveMotion (ТАМ). Хороший результат получен в 45,3%, удовлетворительный в 31,9% и неудовлетворительный результат в 22,8% случаев.

Выводы:

1. Доступ по Bruner позволил избежать образования грубых рубцовых деформаций, обеспечил возможность более ранней активной разработки.

2. Дифференцированный подход к технике сухожильного шва и выбору шовного материала в зависимости от возраста позволил достичь оптимальной прочности и скольжения восстановленного сухожилия. Методом выбора следует считать петлевой шов по Tsuge.
3. Восстановление связок блоков А2 и А4 способствует достижению максимального объема сгибания пальцев.
4. Ранняя профилактика рубцового процесса, активная и пассивная разработка движений пальцев позволяет улучшить функциональный и косметический результат.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.**

Серова Н.Ю., Никишов С.О, Ушаков М.С., Рошаль Л.М. (Москва)

В настоящее время одним из осложнений у детей с перенесенным остеомиелитом, фиброзной дисплазией, несовершенным остеогенезом и костными кистами является патологический перелом. В исследованиях Российских и зарубежных авторов уделено недостаточно внимания лечению в остром периоде свершившегося патологического повреждения. Показания к выбору метода лечения патологических переломов в остром периоде в травматологии детского возраста не отработаны.

Анализ методов лечения патологических диафизарных переломов у детей стал целью настоящей работы.

Ретроспективно за период с 2010 по 2016 год мы проанализировали лечение 60 пациентов детского возраста, которым проводились диагностика и оперативное лечение по поводу патологического диафизарного перелома в отделении травматологии института ГБУЗ «НИИ НДХиТ» ДЗ г. Москвы. Среди детей, перенесших патологический перелом, преобладают пациенты младшего школьного возраста – 55%, средний возраст составил  $10 \pm 0,51$  лет. Уличный травматизм отмечен у 41,7% детей. Повреждение бедренной кости диагностировано в большинстве случаев. Первично выявленные костных кист выявлены у 61,6 % детей. В 30% случаев определена фиброзная дисплазия, у 6,7 % пациентов - патологический перелом, возникший на фоне несовершенного остеогенеза, у 1,7% - на фоне перенесенного остеомиелита. Периостальные признаки консолидации перелома отмечены при выполнении рентгенографического исследования на 3- 4 неделе от даты травмы. Патологические переломы происходят в измененных участках костной. В остром периоде после травмы у детей остается открытым выбор метода лечения патологических диафизарных переломов. Единого протокола по выбору метода лечения в детском возрасте нет. Следует индивидуально подходить в каждом конкретном случае, в зависимости от возраста, вида, характера и локализации перелома. В детском возрасте при диафизарной локализации перелома со смещением предпочтительны малоинвазивный функционально-стабильный остеосинтез, а именно, малоинвазивный интрамедулярный остеосинтез имеет негативного влияния в последующем на рост в травмированной кости. Срок стационарного нахождения сокращен до 5- 7 койко-дней. Ранняя активизация пациента позволяет так же уменьшить и сроки амбулаторного лечения.

В целом применяемая дифференцированная тактика лечения патологических перелом у детей с выполняемым строго по показаниям метода металлоостеосинтеза имплантами повышает социально-экономическую эффективность и улучшает результаты лечения пациента.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МАЛЬРОТАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Смирнов А.Н., Соколов Ю.Ю., Субботин И.В., Холостова В.В., Аль-Машат Н.А., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Степанов А.Э., Ионов А.Л., Ашманов К.Ю. (Москва)

По данным литературных источников частота встречаемости синдрома мальротации колеблется от 0,8 : 1000 до 1 : 500. Анатомические аномалии незавершенного поворота кишечника объясняют клиническую картину как острого течения синдрома мальротации, проявляющегося острой кишечной непроходимостью, тромбозом верхней брыжеечной артерии с развитием гангрены кишки, так и латентного течения, обусловленного хроническим сдавливанием двенадцатиперстной кишки или интентитирующим заворотом. В ряде случаев незавершенный поворот кишечника является случайной находкой в ходе оперативных вмешательств и не имеет клинических проявлений. В связи с разнообразной картиной клинических проявлений синдрома мальротации диагностика данной патологии затруднена.

Цель: создание алгоритма диагностики и дифференцированного подхода к лечению различных вариантов незавершенного поворота кишечника (НПК) у детей старше периода новорожденности

Материалы и методы: Нами проанализирован материал 5 клиник за 15-летний период. Количество изученных пациентов – 85, что, учитывая редкость патологии, представляет большую клиническую группу. При анализе возрастной структуры пациентов отмечено, что чаще обращались пациенты дошкольного и старшего школьного возрастов, что совпадает с основными периодами роста детей. Клинические проявления сгруппированы в 3 группы: дети с длительным неспецифическим гастроэнтерологическим анамнезом (70%) проявляющимся синдромом повторяющихся рвот и хронических приступообразных болей в животе (50%) и синдромом мальабсорбции (20%); пациенты с картиной острой высокой кишечной непроходимости (25%). В 5% случаев мальротация была выявлена случайно при проведении УЗИ или диагностирована при выполнении операций по поводу другой патологии. Основными клиническими проявлениями в нашем исследовании ведущее место заняли периодические боли в животе, что составило 79%, также наиболее часто встречаемым является синдром рвоты, часто с примесью желчи (данный симптом нам встретился в 75%). Запоры также явились одним из наиболее частых клинических симптомов (порядка 30%). Синдром мальабсорбции (в т.ч. периодическая диарея) 14%; эрозивный гастрит 9,38 %; астенический синдром 4,7%; бронхиальная астма, ГЭРБ на фоне синдрома рвоты 8%; кровь в стуле 2,9 %; болезнь Крона 1,4 %. Важно отметить, что у детей с латентным течением синдрома мальротации имел место отягощенный антенатальный и ранний неонатальный анамнез. Так же существенным моментом является то, что во время госпитализаций по поводу гастроэнтерологического обследования у детей этой группы не возникало острых приступов болей в животе, что представляло трудность для диагностики и скрывало истинную причину многообразной патологии, наблюдаемой у этих детей. Выявлены патогномоничные эхо-признаки НПК: расширение двенадцатиперстной кишки 100% случаев, маятникообразная перистальтика 100%, спиралевидный ход верхней брыжеечной вены закручивающейся вокруг верхней брыжеечной артерии, расширение вен брыжейки средней кишки, эхографический симптом «улитки» включающей в себя прямо идущую верхнюю брыжеечную артерию с наличием спиралевидного хода вокруг нее верхней брыжеечной вены и кишки, высокий индекс резистентности, снижающийся в послеоперационном периоде. При рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ наиболее часто встречающимися рентгенологическими признаками являются «спиралевидный» ход тонкой кишки, высокое подпеченочное расположение купола слепой кишки и расположение тонкой кишки слева от позвоночного столба. В ходе выполнения ирригографии выявлено: высокое стояние купола слепой кишки в эпигастрии; мегаколон (14,6%). В 55%

выполнена лапаротомия, 35% оперированы лапароскопически, из которых в 10% случаев была выполнена конверсия. Основными этапами хирургического лечения явились – деторзия средней кишки, выполненная у большинства пациентов (87%), толстая кишка укладывается слева, тонкая – справа в брюшной полости, выполняется аппендэктомия. В 100% случаев выполнено разделение эмбриональных тяжей. Разработан алгоритм эффективного лапароскопического устранения заворота. Нами выявлено, что восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту имеет прямую зависимость от степени расширения ДПК и составляет от 5-6 суток до 2-3 мес. Болевой синдром и явления мальабсорбции купируются уже в раннем послеоперационном периоде. Осложнений связанных с операцией и летальных исходов не было.

Таким образом, выработанный нами алгоритм обследования пациентов с различными клиническими вариантами течения синдрома мальротации старше периода новорожденности, позволяет выбрать оптимальный способ и объем оперативного лечения.

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ РАСШИРЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Соколов Ю. Ю., Ефременков А. М., Акопян М. К., Шувалов М. Э., Вилесов А. В., Уткина Т. В. (Москва)

В настоящее время оптимальным хирургическим вмешательством при врожденном кистозном расширении желчевыводящих протоков (КРЖП) считается тотальное иссечение внепеченочных желчных путей, включая холецистэктомию, с последующим наложением того или иного варианта билиодигестивного соустья. В последние годы отмечается активное внедрение эндовидеохирургических вмешательств у детей с данной патологией. Цель исследования: определить эффективность различных вариантов эндовидеохирургических вмешательств у детей с КРЖП.

Материалы и методы. За последние 10 лет лапароскопические вмешательства были выполнены 49 пациентам с КРЖП в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Девочек было 36 (73%), мальчиков – 13 (27%). Всем больным диагноз был установлен при ультразвуковом исследовании. Анатомический вариант КРЖП был уточнен при проведении ретроградной холангиопанкреатографии в 9 случаях и/или магнитно-резонансной холангиографии у 42 пациентов. Двоим пациентам с целью уточнения варианта порока была проведена интраоперационная холецистохолангиография. Иссечение кисты холедоха, холецистэктомия и наложение билиодигестивного анастомоза в тотальном лапароскопическом варианте было выполнено 16 (32,7%) пациентам. Лапароскопически-ассистированное оперативное вмешательство с эктракорпоральным формированием Ру-петли было применено у 33 (67,3%) детей. Из вариантов билиодигестивных соустьев у 47 (96%) детей использовали гепатикоюноанастомоз (ГЕА) с выключенной по Ру петлей тонкой кишки, в 2 случаях – гепатикодуоденостомию «конец в бок». Предварительная лапароскопическая холецистостомия потребовалась 2 пациентам с механической желтухой.

Результаты. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. Средняя продолжительность оперативных вмешательств составила 180 минут. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 (8,2%) пациентов. Из них в 3 случаях развилась кишечная непроходимость вследствие перегиба отводящей от межкишечного анастомоза петли тонкой кишки, что потребовало у 1 ребенка релапароскопии и разделения спаек, а у 3 больных – минилапаротомии и реконструкции энтероэнтероанастомоза. Несостоятельность ГЕА была установлена в сроки от 3 до 14 суток у 3 пациентов и была устранена путем повторного наложения билиодигестивного соустья в ходе релапароскопии (1) или лапаротомии (2). В отдаленные сроки у 2 (4,1%) больных возник стеноз ГЕА, что потребовало лапаротомии и реконструкции билиодигестивного анастомоза.

Выводы. Лапароскопические и лапароскопически-ассистированные операции могут быть успешно применены у детей с КРЖП.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Соколов Ю. Ю., Ефременков А. М., Акопян М. К., Пыхтеев Д. А., Уткина Т. В. (Москва)

Панкреатические псевдокисты – относительно редкие образования в педиатрической практике. Чаще всего они являются осложнениями травмы поджелудочной железы (ПЖ) или панкреатита. Псевдокисты ПЖ небольших размеров до 6 см, не имеющие быстрого роста, как правило не требуют оперативного лечения, и в большинстве случаев регрессируют на фоне консервативной терапии. В противном случае, при быстром росте, развитии болевого синдрома данные пациенты требуют оперативного лечения. На сегодняшний день существует множество методик наружного и внутреннего дренирования псевдокист ПЖ.

Цель исследования: продемонстрировать эффективность различных вариантов хирургических вмешательств у детей с псевдокистами ПЖ.

Пациенты и методы. С 2011 года лапароскопические вмешательства были выполнены 13 пациентам с посттравматическими и постнекротическими псевдокистами ПЖ в возрасте от 5 до 17 лет. В 5 наблюдениях в анамнезе есть указание на травму живота. В дооперационный диагностический алгоритм включено УЗИ, МРТ-ХПГ. В лабораторных исследованиях мониторировался уровень сывороточной альфа-амилазы и липазы. Лапаротомия, секвестрнекрэктомия с наложением цистоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле в комбинации с наружным дренированием выполнена подростку с гигантской посттравматической псевдокистой ПЖ. Лапароскопическое наружное дренирование полости кисты на фоне быстрого роста кисты и болевого синдрома выполнено 5 пациентам. У двух из них произведено рассечение перегородок в полости кисты и секвестрнекрэктомия. Лапароскопическая цистоеюностомия с выключенной петлей по Ру выполнена при сформированной стенке кисты у 3-х пациентов. Наложение панкреатодигестивных анастомозов после иссечения стенок кист произведено в 3 детей, из них дистальный панкреатоеюноанастомоз наложен у 2 пациентов, продольный панкреатикоеюноанастомоз – у 1 ребёнка.

Результаты. Конверсий не отмечено. В одном случае после наружного дренирования потребовалось лапаротомия, вскрытие абсцесса сальниковой сумки, секвестрнекрэктомия ПЖ.

Выводы. Таким образом в случае несформированных псевдокист ПЖ возможно ограничиться наружным дренированием. При сформированных стенках псевдокисты оптимально внутреннее дренирование. Наличие дилатации вирсунгового протока может потребовать наложение панкреатодигестивных анастомозов. В большинстве случаев операции могут быть выполнены из лапароскопического доступа.

## **ОСТРАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ.**

Соловьев А.Е. (Рязань)

Особенность патогенеза, поздняя обращаемость, трудность диагностики отражается на результатах лечения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей.

Цель. Изучить структуру ОСКН, характер и эффективность лечебных мероприятий.

Материалы и методы. За 3 года наблюдали 60 детей с ОСКН в возрасте от 3 дней, до 17 лет. В зависимости от времени начала заболевания, клиники, инструментальных и лабораторных данных при ОСКН выделены 3 клинические стадии: компенсированная(1) - у 37 детей, субкомпенсированная(2) - у 12 детей, декомпенсированная(3) - у 11 детей. 1я стадия длится до 12 часов, 2я стадия - до 24 часов, 3я стадия - более 24 часов.

Результаты и обсуждение. У 21 ребенка причиной ОСКН явился спаечный процесс после оперативных вмешательств, у 4 - пупочно-кишечные спайки, у 4 - заворот средней кишки, ущемление кишки в окне брызжейки - у 1 ребенка. Ущемленная паховая грыжа имела у 30 детей. Результаты консервативного лечения оказались эффективными у 27 детей. Оперировано 32 ребенка, среди них 6 детей лапароскопическим методом. 26 детям произведена срединная лапаротомия, 10 - грыжесечение. В 7 случаях резецирована некротизированная кишка. Умерло 3 недоношенных, которые оперированы, по поводу эмбриональной пупочной грыжи. В послеоперационном периоде у них возникла ОСКН. 1 ребенок погиб без операции, который доставлен в клинику в агональном состоянии. На вскрытии - ущемление и некроз тонкой кишки в окне брызжейки.

Выводы: 1. При ОСКН у детей следует выделять 3 клинические стадии в зависимости от времени ущемления, клиники, инструментальных и лабораторных данных. 2. Некроз кишки при ОСКН наступает быстрее, чем при других видах непроходимости. 3. Диагностика ущемленной кишки остается трудной. 4. Консервативные подходы показаны при 1 и 2 стадиях ОСКН. После коррекции гемодинамических и водноэлектролитных нарушений у детей с 3 стадией показано оперативное лечение.

### **ЛЕЧЕНИЕ ДВОЙНОГО КИСТОЗНОГО УДВОЕНИЯ ПИЩЕВОДА**

Стальмахович В. Н., Кайгородова И. Н., Ли И. Б., Страшинский А. С. (Иркутск)

Мы приводим результаты эндоскопического оперативного лечения двойного кистозного удвоения пищевода у девочки 5 лет. Во время рентгенологического обследования грудной клетки для исключения пневмонии на фоне респираторно-вирусного заболевания была выявлена патологическая тень в заднем средостении с обеих сторон от позвоночника по типу «песочных часов». В процессе лучевого и эндоскопического обследования паравerteбрально выявлены два кистозных образования до 5 см. в диаметре, прилегающих к пищеводу. При эзофагоскопии явной внутрипросветной деформации не отмечено. Оперативное лечение заключалось в поэтапном проведении торакоскопической операции с обеих сторон с использованием трех 5-ти миллиметровых троакаров. С левой стороны кистозное образование располагалось внеорганно, интимно прилегало к грудному отделу аорты и исходило из мышечной стенки пищевода. Кистозное образование полностью удалено. Связи с противоположным аналогичным образованием не выявлено. При правосторонней торакокопии в области дуги непарной вены отмечено утолщение пищевода. При рассечении серозно-мышечного слоя пищевода в этом месте вскрыта интрамурально расположенная киста с мутным белым содержимым. Выделение слизистой кисты представляло большие технические сложности, поскольку она не отделялась от слизистой пищевода, которая при этом была перфорирована. После ушивания дефекта слизистой проведено склерозирование полости кисты раствором 70 % спирта. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое исследование подтвердило удвоение пищевода.

Таким образом, использование эндовидеотехнологий позволяет провести лечение сложного порока развития пищевода малоинвазивным способом.

### **ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

Степанова Н.М., Мороз С.В., Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Халтанова Д.Ю., Янкилевич С.А., Милюкова Л.П. (Иркутск)

Актуальность. Дивертикул Меккеля является довольно коварной патологией благодаря трудностям диагностики и бессимптомному течению. В детском возрасте манифестация симптомов ДМ связана с присоединением осложнений, наиболее опасным среди которых является механическая кишечная непроходимость.

Цель. Анализ случаев механической кишечной непроходимости у детей, возникших на фоне присутствия дивертикула Меккеля.

Материалы и методы. 15 карт стационарного больного ИМДКБ г. Иркутска за период с 2013 по 2017 гг. Результаты. Гендерный состав: мальчики 14 (93,4%), девочки 1 (6,6%). Возрастной диапазон: 1-17 лет, 53% составили от 1 года до 7 лет. Срок заболевания на момент поступления: до 12 часов - 6 (40%), от 12 до 24 часов - 4 (26%), свыше 24 часов - 5 (34%) случаев. Средний срок заболевания составил 16 часов. Основными клиническими эквивалентами при поступлении являлись: приступообразные боли в животе (100%), рвота (26,6%), вздутие живота (53,3%), задержка отхождения стула и газов (53,3%). Диагноз механической кишечной непроходимости был подтвержден в 100% случаев данными рентгенологического и ультразвукового исследований. В 100% случаев выполнено оперативное вмешательство. У 8 пациентов (53% случаев) выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия лигатурным способом; 2 пациентов (13,5% случаев) применялась аппаратная дивертикулэктомия. У 3 пациентов (20% случаев) выполнена комбинированная дивертикулэктомия. У 2 пациентов (13,5% случаев) применялась клиновидная резекция тонкой кишки. Отмечалось достоверное увеличение длительности операции при комбинированной дивертикулэктомии и клиновидной резекции тонкой кишки. При исследовании макропрепарата у 10 пациентов (66,7% случаев) дивертикул Меккеля имел узкое основание и относительно большую длину, у 5 пациентов (33,3% случаев) - широкое основание и малую длину. Средний срок пребывания в ИТАР 2,2 к/дня. Послеоперационный болевой синдром в 10 (66%) случаях составил 2 дня, в 2 (14%) - 4 дня, в 3 (20%) - 5 дней. Кишечный транзит осуществлялся на 2 сутки в 8 (53%), на 3 сутки в 5 (33%), на 4 - в 2 (14%) случаях. Средний срок госпитализации - 8 койко-дней. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы. В дебюте механической кишечной непроходимости необходимо заподозрить наличие дивертикула Меккеля. Выбор хирургической тактики зависит от морфологических характеристик дивертикула. Предпочтение следует отдавать минимально инвазивным способам дивертикулэктомии.

## **ФЛЕБОТРОМБОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

Степанова Н.М., Янкилевич С.А., Новожилов В.А., Петров Е.М., Мороз С.В., Латыпов В.Х., Халтанова Д.Ю., Милюкова Л.П., Мочалов М.Н., Звонков Д.А. (Иркутск)

Актуальность. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанных с ним тяжелых угрожаемых жизни последствий в детском возрасте встречается довольно редко. Актуальность проблемы связана с отсутствием настороженности детских хирургов в возникновении данного тяжелого осложнения. В диагностике флеботромбоза и контроле лечения имеет своевременно проведенное ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, а также развернутое гематологическое обследование.

Цель. Анализ случаев острого гематогенного остеомиелита нижних конечностей, осложненного флеботромбозом. Материалы и методы. 14 карт стационарного больного ГИМДКБ г. Иркутска за период с 2015 по 2017 гг.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 11 (78,6%), девочки 3 (21,4%). Возрастной диапазон: 3-17 лет, 62% - возраст от 7 до 15 лет. Срок заболевания на момент поступления: свыше 5 суток - 10 (71,4%) случаев. В 21,4% (3) при поступлении по результатам УЗДГ сосудов диагностирован тромбоз глубоких вен бедренно-подколенного сегмента нижних конечностей. Средний возраст детей с данным осложнением - 13,3 лет. Придерживаясь триады Вирхова, всем детям было выполнено гематологическое обследование, в ходе которого в 100% случаев выявлена врожденная тромбофилия. В 66,7% случаев (2) течение осложнилось присоединением ТЭЛА, что потребовало усиления интенсивной терапии. Летальности в данной группе детей не отмечено. В

текущий период все дети находятся под наблюдением гематолога и сосудистого хирурга. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечается удовлетворительная реканализация венозных тромбов. Выводы. Всем пациентам с гематогенным остеомиелитом необходимо проведение ультразвукового дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей и подвздошных вен. При подтверждении флеботромбоза обязательным является развернутое гематологическое обследование. Лечение должно проводиться в соответствии с Приказом Минздрава РФ №233 от 09.06.2003. Данная категория пациентов требует профилактики тромбоэмболических осложнений. Диспансерное наблюдение осуществляется сосудистым хирургом и гематологом.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ И ГИПЕРВАСКУЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Тараканов В.А., Фирсов А.Л., Барова Н.К. (Краснодар)

Цель работы: оценить степень эффективности метода эндоваскулярной эмболизации в лечении гиперваскулярных и сосудистых мальформаций у детей.

Материалы и методы: располагаем опытом лечения 19 детей в возрасте от 6мес. до 17 лет, получавших лечение с применением эндоваскулярной эмболизации за период с 2010 по 2017гг. Из них: у 9 детей были обширные гемангиомы с локализацией на голове, конечностях и шее; у 7 – артериовенозные мальформации головы и челюстно-лицевой области; доброкачественные гиперваскулярные образования печени у 3 пациентов. Предоперационная ангиография и эмболизация выполнялась в условиях рентгенооперационной, на аппарате PHILIPS Allura Xper FD20. У детей младше 15 лет применялось общее обезболивание, старше 15 лет - местное. Сосудистый доступ – чрезбедренный. Использовались катетеры церебральные и висцеральные, d от 1,5 до 5Fr. В качестве материала для эмболизации применялись частицы PVA и Embosphere размером 300-700 мк. Клеевая композиция Histoacryl+Lipiodol использовалась в 1 случае. В качестве контрастного вещества применялся "ультравист" с концентрацией йода 370 мг/мл. На 1 этапе проводилась диагностическая ангиография с целью уточнения ангиоархитектоники и интенсивности кровотока. На 2 – суперселективная катетеризация питающих сосудов. Третьим этапом выполнялась контрольная ангиография. Всего выполнено 22 процедуры.

Результаты: уменьшение размеров опухоли с устранением в ней кровотока достигнуто у всех 3 пациентов с доброкачественными гиперваскулярными образованиями печени. Снижение интенсивности интраоперационного кровотечения и уменьшение его объема в 2,5 раза отмечено в 11 случаях. При этом качественный гемостаз в условиях продолжающегося кровотечения после экстракции зуба имел место у 2 детей с артериовенозными мальформациями челюстно-лицевой области.

Заключение: метод предоперационной эндоваскулярной эмболизации в хирургическом лечении гиперваскулярных и сосудистых образований у детей может быть рекомендован для сокращения объема объекта интереса (вплоть до редукции образования) перед радикальной операцией и управления интраоперационной кровопотерей.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ JOEL MARMAR В СОБСТВЕННОЙ ОРИГИНАЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ - 9 ЛЕТ ОПЫТА**

Тарусин Д. И., Жидков М.В. Горкин С.А (Москва)

С 2010 года мы выполнили 409 операций у детей и подростков с применением модифицированной нами техники операции JoelMarmar при левостороннем варикоцеле. Абсолютно все пациенты были обследованы клинически и доплерографически, а также с использованием ультразвуковой орхиометрии и доплерографии. Показания к операции устанавливались на основании выявления облигатных критериев: а) варикозно расширенных вен левой половины мошонки и левого семенного канатика б) лево-правого

отрицательного объемного дифферента в 25% объема и более в) скорости венозного рефлюкса 40 см/с и более. Дополнительными критериями служила патоспермия (астенозооспермия), характерная для тестикулярной ишемии. Оперативный прием заключался в осуществлении доступа из субинвизивального разреза длиной до 1,5 см. Семенной канатик мобилизовывался и подвергался дезассемблированию, путем вскрытия его фасциальных футляров. Модификация состояла из: а) изоляции семявыносящего протока с его сосудистым трактом б) прецизионной препаровки и выделения варикозных вен гроздевидного сплетения и вен наружного коллектора кремастерной вены с тотальной нейро и лимфопресервацией в) укорочения перевязанных вен путем формирования из них петли в точке перевязки. Операция завершалась восстановлением фасциальных оболочек семенного канатика и кожными швами. Все операции выполнялись в режиме дневного стационара, с использованием графического протоколирования операции и использованием стационарного операционного микроскопа, в увеличении от 3 до 9 крат.

В сроках динамического наблюдения от 3 мес. до 9 лет установлено, что модифицированная операция JoelMarmar обладает следующими достоинствами:

- низкая рецидивная емкость: из 409 операций получено 8 рецидивов, из них 2 полных (скорость рефлюкса осталось прежней) и 6 парциальных (скорость рефлюкса значительно уменьшилась); эти результаты пришлось на период освоения методики. Общая доля рецидивов – 1,9%, -низкая доля послеоперационных гидролимфоцеле – нами отмечено 2 таких осложнения за весь период (0,49% ), -высокая эффективность с точки зрения восстановления объема тестикулярной ткани - прирост объема яичка наблюдался после операции у 398 пациентов – 95,1%, при этом у большинства пациентов – 369 (90,2%) остаточный дифферент составлял менее 10%. Время выполнения операции составило в среднем 52 минуты.

Считаем, что при наличии опыта, микрохирургического оборудования и инструментария наша операция весьма конкурентна по отношению к традиционным хирургическим методам лечения варикоцеле у детей и подростков.

## **РЕКОНСТРУКЦИЯ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ**

Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Королева Е.А., Мельников А.В., Карасева О.В.(Москвы)

**Актуальность:** Высокая частота переломов стенок орбиты при травме лица, особенности растущего лицевого скелета, значение функционального и эстетического результата лечения определяют поиск оптимальной методики реконструкции нижней стенки орбиты у детей.

**Цель:** Проанализировать хирургическую тактику и результаты лечения переломов нижней стенки орбиты в НИИ НДХиТ.

**Материалы и методы:** За 5 лет в НИИ НДХиТ наблюдались 453 пациента с травмой лицевого скелета. 67,9% детей имели изолированную краниофациальную травму, 32,1% -- сочетанную. Мальчики составили 71,4%, девочки – 28,6%. Средний возраст детей был 12,4±3,7 лет. В структуре повреждений лицевого скелета орбитальная травма занимает второе место (62,7%): переломы нижней стенки орбиты составляют 63,6%, верхней стенки – 46,8%; медиальной стенки - 42,9%, латеральной стенки – 22,1%. В 53,2% случаев имели место переломы нескольких стенок орбиты, повреждение одной из стенок - в 46,8% случаев.**Результаты:** Среди пациентов с костной травмой орбиты в оперативном вмешательстве нуждались 39,7±2,7% детей. В 1-ые сутки после поступления были оперированы 48,2% пациентов, во вторые – 15,2%, в третьи – 10,1%. Доступ к переломам нижней стенки орбиты зависил от характера перелома: в 46,2% случаев использовали внутритротовой доступ и трепанацию передней стенки гайморовой пазухи, в 30,8% – подресничный доступ, в 23%- возникает необходимость использовать оба доступа. В 85% наблюдений применяли эндоскопическую визуализацию зоны перелома. При доступе

через гайморову пазуху эндоскопию использовали у всех детей до 12 лет, у детей старше 12 лет – в 70%. Показанием к операции считаем смещение костных фрагментов нижней стенки, приводящее к дистопии глазного яблока, и ущемление параорбитальных тканей в линии перелома, приводящее к болевому синдрому и ограничению подвижности глазного яблока. Интраоперационно оцениваем легкость вправления грыжевого выпячивания параорбитальных тканей и размер диастаза костных отломков. При большом диастазе между отломками и большим грыжевом выпячивании после вправления параорбитальных тканей производили реконструкцию нижней стенки орбиты (57,1%). Вид реконструкции зависел от возраста ребенка. У детей младшей возрастной группы использовали синтетический нерассасывающийся пористый материал SynPOR (25%), у детей старше 11 лет – титановые сетки (75%). Удаление имплантов не производили. Среди послеоперационных осложнений (1,8%) можно отметить миграцию имплантов, интраорбитальное смещение костных отломков, отсутствие подвижности глазного яблока. Заключение: Эндоскопическая ассистенция позволяет обеспечить оптимальную визуализацию в условиях малого рабочего пространства, что определяет выбора оптимального операционного доступа и метода реконструкции при переломах нижней стенки орбиты у детей.

## **ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Тома Д. А., Вечеркин В. А., Коряшкин П. В., Барсукова Л. Г., Колтакова М. П. (Белгород)

Целью данной работы является улучшение диагностики показателей ЦГ у детей с различными хирургическими заболеваниями.

Объем и методы исследования. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко и ОДКБ г.Белгорода с 2015 по 2018 г.г. находилось под наблюдением и лечением 169 детей с аппендикулярным перитонитом и острой гнойной деструктивной пневмонией в возрасте от 4 до 16 лет. Среди пациентов с ОГДП была выявлена острая эмпиема плевры у 47 (пиоторакс – у 31, пиопневмоторакс – у 16), а пневмония в стадии инфильтрации и серозного плеврита – 60 пациентов. Всем больным при поступлении в хирургический стационар определяли пульс, измеряли систолическое и диастолическое АД, а также изучали параметры ЦГ аппаратом «Кардиокод» по методу Поединцева-Вороновой. Показатели ЦГ включали в себя: УО, МОК, раннюю диастолу (Vp.д.), систолу предсердия (Vc.п.), быстрое изгнание (Vб.и.), медленное изгнание (Vm.и.), работу аорты как перистальтического насоса (Vд.а, тонус восходящей аорты). В дальнейшем определяли гемодинамику до операции (лапароскопическая аппендектомия, пункция и дренирование плевральной полости), а также в послеоперационном периоде на 3, 5, 7, 15, 25 и 35 сутки лечения. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде с целью купирования гипоксии и токсикоза проводились сеансы ГБО аппаратом БЛКС – 303 МК в режиме 1,3-1,5 АТА продолжительностью 40 – 50 мин, при этом скорость компрессии и декомпрессии 0,3 кгс/см<sup>2</sup>, количество сеансов гипербарической оксигенации составляло 4-6. Результаты исследования: У детей с аппендикулярным перитонитом на ЭКГ значительных изменений не наблюдалось. При изучении параметров ЦГ на аппарате «Кардиокод» отмечалось снижение показателей ранней диастолы (Vp.д.) до 35- 50 % и повышение объема крови, притекающей в левый желудочек в систолу предсердия (Vc.п.) на 20% и снижение тонуса восходящей аорты (Vт.а.) до 50 % от нормы, работающей как перистальтический насос при поступлении в стационар. Большинство параметров ЦГ восстанавливалось к 10 – 14 суткам лечения. У детей с деструктивными пневмониями наиболее значительные изменения нами зарегистрированы у больных с пиотораксом и пиопневмотораксом при госпитализации в стационар. Так у этих пациентов отмечено снижение УО, (Vp.д.) и показателей сократительной способности миокарда (Vб.и.), (Vm.и.) до 20 -30 % от нормы и восстановление их к 25 дню с момента госпитализации.



Выводы. 1. У детей с острой хирургической патологией отмечаются значительные нарушения параметров ЦГ, особенно у больных с острой эмпиемой плевры. 2. Оценка параметров ЦГ аппаратом «Кардиокод» по методу Поединцева-Вороновой более информативна по сравнению с ЭКГ и позволяет в первые минуты поступления больного в хирургический стационар диагностировать нарушения насосной функции сердца. 3. Применение ГБО в комплексном лечении детей с острой хирургической патологией способствует уменьшению токсикоза, гипоксии, купированию пареза кишечника в раннем послеоперационном периоде.

## **ПОРТОКАВАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Тошбоев Ш.О. (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Радикальными с позиции ликвидации кровотечений из пищевода и желудка, остаются операции портокавального шунтирования

Цель работы: определение эффективности портокавального шунтирования у детей с внепеченочной портальной гипертензией

Результаты исследования. Нами проанализирована реакция портопеченочной гемодинамики из детей (97) в возрасте от 3 до 14 лет, имевших в анамнезе пищеводно-желудочные кровотечения 3 типов портокавального шунтирования прямое, парциальное, селективное ранние сроки наблюдения (3-6мес) после операции наиболее выраженный регресс флэбэктазий пищевода и желудка получен после прямых портокавальных шунтирований (ПКШ). В 50,8% случаев вариксы уменьшились в размерах и протяженности, исчезло их напряжение, а 26,1% - они исчезли полностью. У остальных детей отмечено существенное снижение напряженности экзатированных узлов. После наложения парциальных и селективных шунтов в ближайшем послеоперационном периоде регресс флэбэктазий отмечен в 35,7% и 33,3% наблюдений соответственно. Полностью вариксы исчезли у 3 детей после парциальных шунтов и у 4 после селективных (ДСРА). Оценка портопеченочного кровотока выявила падение объемного кровотока по воротной вене и общего печеночного протока на 25-38%, хотя скорость кровотока была несколько выше на парциальных шунтах. У всех прооперированных детей возрос кровоток по селезеночной вене и в большей степени по печеночной артерии на 18-27%. Катамнестические наблюдения в отдаленные сроки (3-5 лет) после операции показали, что у детей с I и II степенью варикозное расширение вен пищевода и желудка флэбэктазии исчезли полностью во всех трех группах обследованных. После прямого шунтирования вариксы сохранились у 9 (18,7%) детей, после парциальных шунтов у 3 (21,5%) и после селективного у 4 (30,8%) детей. Флэбэктазии сохранились в 25,8 % наблюдений. При оценке портопеченочной гемодинамики определить кровоток по воротной вене и ее ветвям, после прямого и парциального шунтирования не удалось. У детей с селективным шунтом достоверно уменьшился, как объемный кровоток по воротной вене, так и общий печеночный кровоток при достаточно увеличенном кровотоке по селезеночной вене, шунту и печеночной артерии.

Выводы. Таким образом, проведенная нами сопоставление отдаленных результатов 3 типов портокавального шунтирования у детей с варикозным расширением вен пищевода показала, что относительно лучшее восстановление портопеченочной гемодинамики происходит после парциального и селективного шунтирования, т.к происходит дренирование системы высокого давления через естественные гастролиенальные коллатерали, что создает благоприятные условия постепенной перестройки портопеченочного кровообращения и артериальной компенсации общего печеночного кровотока в печени.

## **ПЛАНИРОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.**

Трусов А.В., Фомина М.Г., Цапкин А.Е., Щербакова М.А., Межевикина В.М. (Москва)

Успехи, достигнутые в области реконструктивной хирургии не позволяют разрешить ряд проблем, связанных с дефицитом пластического материала у детей, перенесших тяжелую ожоговую травму. Ликвидация обширных рубцовых дефектов, представляет до сих пор не решенную задачу. Используемые методы пересадки мягких тканей, не всегда позволяют достичь желаемого функционального и косметического результата. Учитывая особенности роста ребенка, бережное отношение к сохранным кожным покровам становится приоритетным. Самым важным, если не определяющим, фактором является этап планирование лечения. Индивидуальный подход, четкие критерии для выбора сроков, вида операции, объема, simultанности - позволяют избежать многих тактических ошибок. Зачастую не нужных или преждевременных операций. Минимализировать страдания ребенка и добиться полной реабилитации - главные задачи детского хирурга.

В отделении плановой и реконструктивной хирургии ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ежегодно проходят хирургическую реабилитацию около 100 детей с последствиями ожоговой травмы. Для объективного планирование мы разработали показания и противопоказания для оперативного лечения. Абсолютные показания. Контрактуры, приводящих к значительному снижению функции конечности, к формированию вывихов (подвывихов) в суставах. Деформации естественных наружных отверстий с нарушением функции органов. Наличие патологических рубцов, вызывающих физическое страдание ребенка и неподдающихся консервативной коррекции. Наличие контрактуры шеи 2 и более степени. Наличие обширных рубцов любой локализации, приводящих к нарушению двигательных функций и т.д. Относительные показания. Наличие контрактур, приводящих к незначительным снижению функции конечности и двигательному дискомфорту. Наличие рубцов, контурных дефектов, эстетически важных зон, вызывающих у ребенка психоэмоциональные страдания. Противопоказания. Незрелость рубцов, при отсутствии абсолютных показаний к корригирующей операции. Наличие косметического дефекта эстетически второстепенных зон, не приводящих к функциональным проблемам и не вызывающих эмоциональных страданий у ребенка. Неоправданно высокий риск анестезиологических осложнений, не позволяющий выполнить оперативное вмешательство. Ошибочное представление родителей о необходимости оперативного лечения и его предполагаемых результатах.

Данный подход позволяет нам принимать рациональные решения при выборе сроков, метода или способа оперативной реабилитации детей с посттравматическими рубцами кожных покровов.

## **ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ: ЭФФЕКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

Уткина К.Е., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Карасева О.В. (Москва)

Несмотря на совершенствование методов диагностики острого аппендицита, частота аппендикулярного перитонита (АП) по данным литературы составляет от 3 до 10%. При этом до сих пор отсутствует единый подход к хирургической тактике, а частота послеоперационных осложнений при лапароскопической методике операции составляет от 5 до 10%

Цель: Проанализировать хирургическую тактику и результаты лечения АП у детей

Материалы и методы. В НИИ НДХиТ за период с 2015г. по 2017г. было пролечено 124 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 11 лет) с АП. Из них 71% составили мальчики, 29% - девочки. В структуре форм перитонита преобладали абсцедирующие формы (55%, из них 17,7% - периаппендикулярный абсцесс (ПА)-2, 17,7% - сочетанный перитонит, 15,3% - ПА-1, 2,4% - ПА-3), у 45% детей имели место свободные формы (30,6% - диффузный перитонит, 14,5% - разлитой перитонит). Все пациенты были пролечены в соответствии с локальным Протоколом ведения больных с АП, основанным на разработанной в клинике классификации АП, определяющей выбор хирургической тактики и объем интенсивной терапии в послеоперационном периоде. Результаты. 120 пациентам была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, санация брюшной полости. В 76% наблюдений брюшная полость была дренирована по А.И.Генералову, в 11% - дополнительно устанавливали второй дренаж в полость абсцесса при АП-2, либо дренировали только полость абсцесса - 4%, в 7% наблюдений при диффузном перитоните брюшную полость не дренировали. У 3 детей с ПА-3 выполняли пункцию и дренирование абсцесса под контролем УЗИ, 1 ребенок с аппендикулярным инфильтратом лечился консервативно с последующей интервальной аппендэктомией через 3 мес. Интраоперационно было выявлено, что только у 31,5% детей аппендикс располагался в типично. У 44% пациентов послеоперационный период протекал на фоне синдрома кишечной недостаточности (СКН), преимущественно 1-2 степени, из них у 74,5% - СКН присутствовал уже интраоперационно. Течение послеоперационного периода сопровождалось ССВР у 74% детей. Средние сроки удаления дренажа составили 3 суток. У 5 (4%) детей имели место такие послеоперационные осложнения, как послеоперационный абсцесс брюшной полости - 3, ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) -1, свищ слепой кишки -1. По поводу РСКН выполнен лапароскопический адгезиолизис, АБП были дренированы под контролем УЗИ, свищ слепой кишки закрыл самостоятельно.

Выводы. Лапароскопическая операция при АП является малоинвазивной и эффективной. Дифференцированный подход к дренированию брюшной полости в зависимости от формы перитонита оправдан, позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и обеспечить быстрое восстановление ребенка.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ ИМПЛАНТАТОВ НА ОСНОВЕ МЕТАКРИЛИРОВАННОГО ФИБРОИНА ШЕЛКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).**

Федулов А. В. [Машков А.Е.], Бессонов И.В., Архипова А.Ю., Куликов Д.А., Филюшкин Ю.Н., Шайтан К.В., Семенов Д.Ю., Мойсенович М.М. (Москва)

Применение биodeградируемых имплантатов на основе метакрилированного фиброина шелка для профилактики несостоятельности анастомозов желудочно-кишечного тракта (экспериментальное исследование). Машков А.Е., Федулов А.В., Бессонов И.В., Архипова А.Ю., Куликов Д.А., Филюшкин Ю.Н., Шайтан К.В., Семенов Д.Ю., Мойсенович М.М.

Актуальность: несмотря на значительные успехи хирургии результаты оперативного лечения не всегда являются удовлетворительными. Одним из ведущих факторов является несостоятельность анастомозов полых органов, которая может достигать 20%, летальность при развитии данного осложнения до 80%.

Нами предлагается применение трубчатых биodeградируемых имплантатов на основе метакрилированного фиброина шелка, как альтернативный метод снижения вероятности несостоятельности анастомозов. Цель исследования: оценить влияние биodeградируемого имплантата на основе метакрилированного фиброина шелка на процесс регенерации стенки кишки на экспериментальной модели несостоятельности кишечного анастомоза.

Методы исследования: экспериментальное исследование на крысах линии Wistar. В ходе исследования животные были разделены на 3 группы: 1-я - циркулярный дефект кишки был корригирован трубчатым биодеградируемым имплантатом, 2-я – коррекция биодеградируемым имплантатом витализированным клетками костного мозга, 3-я - циркулярный дефект тонкой кишки был ушит однорядным узловым швом, после предварительного лигирования питающего сосуда. На 30-е сутки после операции животные выводились из эксперимента. На вскрытии оценивалось состояние органов брюшной полости. Участок кишечника с имплантатом отправлялся на гистологическое и иммуногистохимическое исследование. Результаты: при вскрытии у животных 1-й и 2-й группы выраженного спаечного процесса и несостоятельности анастомоза не наблюдалось. В 3-й группе 50% животных погибли от перитонита в результате несостоятельности кишечного анастомоза. При гистологическом исследовании определялось полное восстановление кишечника.

Выводы: разрабатываемый метод применения фотоотверждаемых биодеградируемых имплантатов на основе метакрилированного фиброина шелка позволит снизить количество несостоятельств анастомозов полых органов.

### **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВЗК В ПЕДИАТРИИ.**

Филиппов Д.В., Комиссаров И.А., Купатадзе Д.Д., Денисов А.А. (Санкт-Петербург)

Ежегодно в Санкт-Петербурге регистрируется около 40 первичных пациентов с болезнью Крона. Официальной общей статистики по распространенности воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) среди детей в Российской Федерации нет. Несмотря на это, в последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости ВЗК. Так же, зафиксировано увеличение осложненных форм язвенного колита и болезни Крона в педиатрической практике, требующих хирургического этапа лечения.

С 2015 года в Педиатрическом медицинском университете проводится обследование и лечение пациентов с ВЗК. За этот период хирургическое лечение выполнено 2 пациентам с язвенным колитом и 15 пациентам с болезнью Крона. Возраст детей составил от 5 до 17 лет. Методы исследования включали: УЗИ, рентгенологическое исследование (пассаж контраста по ЖКТ, ирригография), МРТ-энтерографию, ЭГДС и ФКС с проведением биопсии слизистых ЖКТ. Хирургический этап лечения включал в себя резекцию пораженного сегмента кишечника с наложением первичного или отсроченного кишечного анастомоза. Объем операции зависел от характера и тяжести хирургических осложнений основного патологического процесса. Колпроктэктомия с формированием первичного илеоанального анастомоза была выполнена 2 пациентам. Одному пациенту была выполнена колэктомия с формированием терминальной илеостомы. Резекция пораженных сегментов кишечника выполнена 13 пациентам с наложением первичных кишечных анастомозов конец-в-конец с применением лапароскопической мобилизации. Одной пациентке была выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендостомы. Осложнения были отмечены у 2 пациентов, связанные с несостоятельностью первичных кишечных анастомозов, что потребовало релапаротомии с санацией брюшной полости и формированием кишечной стомы. Летальных случаев зафиксировано не было. В послеоперационном периоде пациентам с болезнью Крона было продолжено консервативное лечение основного заболевания. У пациентов с ВЗК существуют принципиальные особенности при формировании кишечных анастомозов. Так, предпочтение отдается максимально широким анастомозам без антирефлюксной защиты. При сегментарных поражениях тонкой кишки широко используется стриктуропластика. При язвенном колите возможно применение резервуарных анастомозов, а при болезни Крона они противопоказаны. Не редко, формирование первичного кишечного анастомоза сочетается с наложением превентивной стомы.

Знание особенностей течения основного патологического процесса позволяет снизить осложнения в послеоперационном периоде и добиться стойкой ремиссии заболевания у пациентов с ВЗК.

## **ОЦЕНКА ТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА В ДО- И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИОДАХ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**

Фоменко С. А., Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Лепихов П. А. (Донецк)

**Актуальность.** Несмотря на огромное количество работ, посвященных изучению варикоцеле у детей, данная проблема не теряет своей значимости, в связи с сохраняющимся высоким процентом нарушения фертильности в репродуктивном возрасте.

**Цель.** Изучить состояние интра- и экстра-тестикулярного регионального кровотока в до- и раннем послеоперационных периодах при варикоцеле у детей.

**Материалы.** Проведен анализ результатов обследования 34 детей (12 – 16 летнего возраста), находившихся на лечение в клинике с различной соматической и хирургической патологией без поражения органов мошонки и сосудов, а также 32 детей прооперированных по поводу варикоцеле слева II – III степени. Производились операции Иванисевича в 18 и Мармара в 14 случаях. **Методы исследования.** Используя эффект Допплера при ультрасонографическом исследовании, нами проведен анализ показателей максимальной систолической и диастолической скоростей, а также индекса резистентности в интратестикулярных и питающих яичко сосудах. Исследование проводилось накануне оперативного лечения, а также в 1-е и 6-е сутки послеоперационного периода. Все исследования были выполнены на ультразвуковом аппарате SoneScareS8 Exr, датчик L9,8- 16 МГц. Исследования проводились в положении ребенка лежа, с раздвинутыми ногами и висячем положением мошонки. **Результаты.** Параметры кровотока в интратестикулярных сосудах в опытной группе в дооперационный период статистически достоверно меньше, чем в контрольной. Исследуемые показатели имеют достоверные различия не только с пораженной стороны но и контрлатеральной. Это подтверждает факт билатерального расстройства кровообращения яичек и объясняется содружественной вазомоторной реакцией парных органов. В первые сутки послеоперационного периода наблюдаются достоверные изменения в показателях кровотока в яичке - уменьшение скоростей и соответственно индекса резистентности. Это может говорить о стрессовой (симпато-адреналовой) реакции внутрияичковых артерий на перенесенную операцию. К 6-м суткам показатели улучшаются, однако еще не приближаются к показателям контрольной группы.

Показатели кровотока в яичковой артерии в исследуемые сроки также изменялись, но статистически значимо не отличались от показателей контрольной группы.

**Выводы.** 1. Варикоцеле у детей является причиной хронической гипоксии яичка, как пораженного, так и контрлатерального.

2. В первые сутки послеоперационного периода наблюдается ухудшение показателей кровотока в пораженной тестикуле.

3. К моменту выписки проведенное лечение способствуют устранению варикозных изменений, но не приводят к соразмерному восстановлению органной гемодинамики гонад.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**

Хамитов М. К., Аипов Р. Р., Хамитов М. К., Бураев Г. Б. (Астана, Казахстан)

**Цель:** оценить отдаленные результаты различных способов хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы исследования. В отделении хирургических инфекций ГКП на ПХВ ГДБ № 2 в период с 2014 по 2018 гг различными способами прооперированы 39 детей с болезнью Гиршпрунга в возрасте от 1 месяца до 10 лет. Ректальная фора встречалось у 5 пациентов, ректосигмоидная в 27 случаях, субтотальная имела место у 4 детей, тотальная форма выявлена у 2 пациентов. Операция Свенсона проведена 21 больным, способ Соаве-Боля применен 3 детям, трансанальное эндоректальное низведение (ТЕРТ) выполнено 8 пациентам, лапароскопическое низведение толстого кишечника по К. Georgeson выполнена в 4 случаях. В послеоперационном периоде пациенты находились под амбулаторным наблюдением. На 14 день начинали курс профилактического бужирования анастомоза расширителями возрастного диаметра.

Отдаленные результаты оценивались каждые 6 месяцев в течение 2-х лет. Результаты. В послеоперационном периоде результаты оценивались у 31 детей. Из исследования выбыли 8 пациентов, вследствие не явки на контрольный осмотр. Результаты операции Свенсона: из 15 детей осложнения в виде энкопреза и запоров наблюдались в 33 % случаях. Соаве-Боля – осложнения: у 30% запор, 70 % энкопрез 1-2 степени. Из 8 пациентов прооперированных по методу ТЕРТ - осложнения в 62 % случая (25% запор, 37 % энкопрез 1-2 степени). К. Georgesony 50 % наблюдениях имелся энкопрез 1-2 степени. В тоже время ни у одного из обследованных пациентов не выявлен стеноз в зоне анастомоза. Запоры и метеоризм были коррелируют со спазмом внутреннего сфинктера. Девульсия ануса оказывала временный эффект. Всем пациентам раз в 6 месяцев проводилось консервативное лечение, включающее программу управления кишечником. Консервативное лечение значительно улучшило качество жизни пациентов.

Выводы: не смотря на большой выбор оперативного лечения болезни Гиршпрунга, имеют место послеоперационные осложнения в виде фекальной инконтиненции и запоров, требующие проведения длительной реабилитации. Задачи, направленные на поиск способов профилактики указанных осложнений имеют актуальность в настоящее время.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ПО ТРАНСАНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ**

Хамраев А.Ж., У.А. Хамроев, Б.С. Эргашев. (Ташкент, Узбекистан)

Целью исследования явилась, изучение отдаленных результатов хирургического лечения БГ по трансанальным методам (Делаторре-Мандрагона).

Отдаленные клинические результаты изучен нами у 58 пациентов из числа 85 оперированных БГ в возрасте 1-6 лет, по методу Делаторре-Мандрагона в клиниках базиса кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ. Возраст больных составили: до 6 месяцев – 10; 6-12 месяцев – 22; 1-3 лет – 17, 3-6 лет – 9. По опроснику через родителей изучали (по телефону, вызову и интернету) послеоперационное клиническое состояние акта дефекации. В амбулаторных и стационарных условиях проводили клиническое и инструментальное (рентгенологические, ректоскопия, ректороманоскопия и др.) обследования оперированных больных по поводу нарушения акта дефекации, спустя 1 месяца после операции. Среди обследованных детей выявлено также сопутствующие патологии: у – 10 дизбактериоз кишечника, у - 7 энтероколит, у 7 анемии, у - 4 гипотрофии, у – 4 рахит и у - 1 болезнь Дауна. По нашим наблюдениям, ранние послеоперационные осложнения у этих категории больных наблюдались в течение 1-2 месяцев в виде учащение стула (5-6 раза в сутки) почти у всех больных. В 2-5 месяце у - 15 (26%) пациентов отмечено затруднение отхождения газа и стула на фоне непротяженного стеноза колоректального анастомоза. При этом причинами были: анастомозит на фоне воспаления, механические сужения анастомоза на фоне задержки рассасывания большого (до 3/0) диаметра викрила и применения другие виды шовного материала. Каркасный непротяженный стеноз ликвидирован полностью при помощи бужирования. Недержание кала отмечались у 11 (22,9%) больных при низком создания

колоанального анастомоза. Недержание кала после проведения 1-2 курсов электростимуляции с интервалом 3 месяца, постепенно исчезло в течение 4-7 месяцев. При ежемесячном контрольном осмотре и после реабилитационного лечения в течение до 6 месячного наблюдения у всех больных нарушение дефекации полностью ликвидировано. В одном случае наблюдалось протяженный стеноз на фоне болезни Дауна осложненной перитонитом, на фоне повреждения места анастомоза во время клизмы. При этом пришлось проводить лапаратомию, санация органов брюшной полости, наложить сигмостомы и через 3 месяцев ликвидировать сигмостому и протяженного стеноза прямой кишки.

Таким образом, при хирургическом лечении БГ у детей оптимальным методом являются трансанальные методы операции. При нарушениях акта дефекации, своевременного проведения реабилитационное лечение обеспечивает полное выздоровление больных.

### **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ.**

Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М. (Ташкент, Узбекистан)

**Актуальность.** Болезнь Пайра (БП) - это врожденная аномалия, которая возникает в период эмбриогенеза в результате гиперфиксации селезеночного угла толстой кишки короткой и высоко расположенной левой поперечно-ободочно-диафрагмальной связкой (ПОДС), создавая резкий перегиб, образуя «двустволка». БП у детей, может симулировать симптома «острого живота», мезаденита, колита, гастрита и др. Дифференциальный диагноз БП проводят с колоноптозом или с наличием двухстволка печеночном изгибе (синдром Хилайдити). Хирургическое лечение БП у детей имеет разрозненный характер.

**Цель.** Улучшение диагностика и лечения болезнь Пайра у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим клиническим наблюдением за последние 8 лет 1-ДКБ г. Ташкента находились на стационарное лечение 27 больных детей с БП в возрасте: 4-6 лет – 4 (15%); 7-9 лет – 6 (22%); 10-14 лет - 10 (37%); 15-17 лет – 7 (26%). Для диагностики БП проводились: клиническую, лабораторную, ректальное пальцевое, аноскопия, полипозиционной ирригографии (проводятся снимок в положении лежа на спине и стоя в прямой и боковых проекциях, при заполнении и после опорожнения контраста), фиброколоноскопия (ФКС), пассаж ЖКТ, УЗИ, МСКТ с контрастированием и виртуальная колоноскопия с 3D-реконструкцией, и гистоморфологического исследования макропрепарата.

**Результаты.** Нами всем проведено больным проводились полипозиционная ирригография, ФКС- у 11 (40,7%) больных; МСКТ с контрастированием и виртуальная колоноскопия с 3D-реконструкцией- у 5 (18,5%) Из 27 больных у 15- получили консервативную и его без эффективности у 5 - оперативную. Нами проведено всего 17 (62,9%) операций с БП. Основной доли операции 15 –(82,2%) соответствовал в возрасту 7-15 лет. Проводили резекция поперечно-ободочной кишки с формированием коло-коло анастомоза «конец в конец» с транзверзогастропексией - у 8 (47%), и безрезекцией кишок только транзверзогастропексией – у 9 (53%) больных ликвидировали «двустволки». Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. При гистоморфологических исследованиях у всех препаратов резецированного участка поперечно-ободочной кишки, выявлены грубые изменения всех слоев кишечной стенки в виде склероза подслизистого слоя, отека и склероза сосудистых стенок подслизистого слоя, дегенеративные изменения нервных клеток.

**Вывод.** Таким образом, мы отдаём предпочтение индивидуальному подходу к резекцию поперечно-ободочной кишки при хирургическом лечении у больных БП стойкими суб - и декомпенсации на фоне болевого синдрома и резкой дилатацией правой половине толстой кишки, не поддающиеся консервативному лечению.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ**

Хапалова В. Ю., Пупышев Н. Н., Лапин А. А., Куракина Т. В. (Екатеринбург)

Актуальность. Доброкачественные дефекты костей составляют от 21 до 57% всей костной патологии детского возраста. Проблема замещения дефектов после хирургических вмешательств актуальна в современной остеологии.

Цель работы: оценить эффективность различных способов замещения дефектов у детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями при костно-пластических операциях.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 226 детей с доброкачественными опухолями костей, которые лечились в клинике за период с 2008 по 2017 год. Среди них у 174 (77%) детей имелись доброкачественные опухоли и фиброзно-кистозные дисплазии, у 52 (23%) — костные кисты. У 13 (5,7%) детей в области опухоли имелся патологический перелом. Возраст пациентов составил от 1,5 до 17 лет. Диагностика носила комплексный характер и состояла из данных клинической картины, рентгенологического обследования, КТ, МРТ по показаниям. При лечении детей выполнялись реконструктивно-пластические операции: краевая, интраоссальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровой костной ткани, ЧКДО с костной аутопластикой. Всем пациентам проводился ЭОП контроль во время операции. Выбор материала для замещения дефекта зависел от размеров дефекта, степени разрушения кортикального слоя, локализации процесса, возраста пациента. Иммобилизация конечностей после операции проводилась наружными и внутренними фиксирующими устройствами.

Результаты и обсуждение. За период с 2008 по 2012 год было выполнено 91 оперативное вмешательство, из них: 88 костно-пластических резекций, в т.ч. замещение аутооттрансплантатом - 10, аллотрансплантатом - 10, гидроксипатитом - 33, "chronOS" - 30, комбинированная пластика - 5, ЧКДО с костной аутопластикой - 3. В послеоперационном периоде отмечалось подтекание гидроксипатита из раны у 8 больных. Прочностные характеристики кости восстанавливались к концу 3-4 месяца. Полная перестройка трансплантата произошла в течение 3-х лет. При отслеживании отдаленных результатов в течение 3-х лет рецидивов опухоли не отмечалось. За период с 2013 по 2017 год выполнено 135 операций: костно-пластическая резекция костей с замещениями дефектов в т.ч. аллотрансплантатом - 4, искусственными материалами-96, комбинированные пластики-25, ЧКДО с костной аутопластикой — 10. Для замещения дефектов использовались материалы: "chronOS" (блоки, гранулы, цилиндры), "chronOS inject", "JectOS" (инъекционные формы), "Pergo Bone" (гранулы), "Pergo Bone novo" (паста), биоимплантаты "Лиопласт" (блоки, фрагменты, крошка). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Рентгенологическое наблюдение за процессом перестройки костных трансплантатов показало, что сращение на месте кость-трансплантат появлялось через 2 месяца после операции.

Выводы. Рост пораженной конечности после оперативных вмешательств продолжался с той же интенсивностью, как и здоровой конечности. Достоверных отличий в сроках перестройки различных видов трансплантатов отмечено не было. Рецидивов опухоли не было.



## ЭЗОФАГОКОЛОНОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ

Хасянзянов А.К., Новоженев Е.Н., Кистанова Е.Ф., Пономарёва Н.Б., Кулешова И.Г., Баишев Р.А. (Самара)

Химические ожоги пищевода и их последствия в виде рубцовых стенозов занимают первое место среди приобретенной патологии пищевода в детском возрасте.

С 1980 года в связи с организацией в СГДКБ №1 оказания хирургической помощи новорожденных с ВПР, к данной категории присоединились дети с атрезией пищевода. С 1995 по 2015 гг. количество детей с ожогами пищевода различными химически активными средствами в отделении составило 1880 больных, а с ВПР – атрезией пищевода – 137 детей. Эзофагоколонопластика проведена у 17 детей (0.85%). Показаниями для создания “искусственного” пищевода стали: -массивные химические ожоги пищевода кислотами, щелочь содержащими средствами, с развитием стойкого стеноза пищевода; -травматические повреждения пищевода; -бесвищевая форма атрезии пищевода, атрезии пищевода с большим диастазом, несостоятельность швов первичного анастомоза с полным расхождением сегментов пищевода. Всем детям накладывалась гастростома, а новорожденным – еще и эзофагостома. Для создания “искусственного” пищевода проводим колоэзофагопластику. Толстокишечный трансплантат в большинстве случаев – 13, проводили за грудиной, в 4х случаях - в заднем средостении, в ложе удаленного пищевода. Толстокишечный трансплантат выкраивался на левых ободочных сосудах, в двух случаях – на средних. За грудиной трансплантат проводился на шею изоперистальтически, в 14 случаях накладывался антирефлюксный анастомоз по Степанову-Разумовскому между трансплантатом и передней стенкой желудка, у 3-х детей – с кардиальным отделом пищевода. На шее между пищеводом и трансплантатом “конец-в-конец” нитью PDSII 6.0-5.0 в один ряд непрерывным швом. Если выполнялась экстирпация пищевода при рубцовом его поражении, то выкроенный трансплантат проводился в заднем средостении на месте удаленного пищевода с наложением анастомозов. Экстирпация пищевода осуществлялась путем его выделения из шейного и абдоминального доступов одновременно, а так же из торакоабдоминального при выраженном рубцовом процессе в средостении. Всем детям интраоперационно вводился назогастральный зонд. Энтеральная нагрузка проводилась при отсутствии признаков несостоятельности швов анастомоза на 9е сутки. Осложнения: в послеоперационном периоде при за грудиной эзофагоколонопластики у 3х больных возникла частичная несостоятельность швов шейного эзофагоколоанастомоза-консервативная терапия. 1-ишемизация трансплантата, 1- стеноз кологастроанастомоза, 4-сформирование избыточной петли – хирургическая коррекция.

Вывод: задне-медиастинальное проведение трансплантата исключает возникновение избыточной петли. Этот путь так же является самым коротким, прямым и наиболее физиологичным, но более опасным.

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОТДАЛЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Хворостов И. Н., Шрамко В. Н., Андреев Д. А., Вербин И. (Волгоград)

Проведен анализ результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у 180 детей, оперированных по методике Соаве – Ленюшкина. В 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 у 3 больных. Осложнения в виде ретракции кишки и межфутлярного абсцесса наблюдались 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% больных. В удаленных препаратах регистрировались изменения в виде аганглиоза у 88%, гипоганглиоза у 6,8%, нейрональной дисплазии у 2,7 %, гиперганглиоза у 4,6%. При нормальном гистологическом строении удаленного сегмента хороший результат лечения регистрировался у 74% больных, в остальных случаях были проявления запоров и энтероколита. У 15 больных при обнаружении в удаленных препаратах гипоганглиоза хороших результатов операции не отмечено, клинически нарушения дефекации проявлялись в виде запора и недержания. Отдаленные результаты оценены с помощью шкалы оценки функции аноректального держания по А.Holschneider. Исследование проводилось методом дистанционного анкетирования. Результат лечения как отличный оценили только 12,9% респондентов, как хороший 62,9%, удовлетворительный 24,1% опрошенных респондентов. В большинстве случаев в течение 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 значительных проблем с дефекацией. Статистика жалоб больных через 10 и более лет после операции была сходной.

Таким образом, результаты анкетирования позволяют заключить, что у части больных после оперативного лечения болезни Гиршпрунга полного восстановления функции аноректальной зоны не наблюдается. Вероятно, с возрастом улучшение у части пациентов может трактоваться как приспособление к жизни в новых условиях функционирования неоректум.

## **БАКТЕРИАЛЬНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Холамханов К. Х., Жидовинов А. А. (Астрахань)

Определение sCD-14 (растворенного CD-14 рецептора) в сыворотке крови является перспективным направлением в изучении проницаемости кишечной стенки при синдроме бактериальной транслокации. В норме барьерная функция кишечника предупреждает попадание потенциально патогенной флоры в кровоток. При нарушении этой функции, происходящей при парезе кишечника, развивается транслокация ЛПС. Известно, что позитивные и негативные эффекты ЛПС опосредуются рецепторным комплексом, который состоит из нескольких молекул – мембранного кластера дифференцировки CD14 (mCD14) и растворенной формы CD14 (sCD14). CD-14 является гликопротеином с молекулярной массой 55 кДа., выступает в роли рецептора ЛПС, большей частью экспрессируется на поверхности макрофагов/моноцитов и полиморфноядерных нейтрофилов, т.е. клеток ответственных за удаление ЛПС и бактерий из организма. sCD-14 способствует активации липополисахаридом CD14-ненегативных клеток, таких как клетки эндотелия и эпителия, и используется в том числе для верификации кишечной недостаточности. Исследование sCD14 проводилось в условиях ОДКБ (г.Астрахань) у 71 ребёнка с ожоговой травмой, в возрасте от 6 месяцев до 15,5 лет, с помощью «сэндвич» метода твердофазного иммуноферментного анализа. Для исследования производился забор венозной крови в объеме 5,0 мл. Не позднее чем через 1 час после взятия крови производилось ее центрифугирование (1500 оборотов) в течение 15 минут, полученную сыворотку хранили в полипропиленовых пробирках при температуре ниже -20<sup>0</sup>С. Перед исследованием образцы достигали комнатной температуры (20-25<sup>0</sup>С) и тщательно перемешивались. Анализ проведенного исследования показал, что на всем протяжении раннего периода ожоговой болезни уровень sCD14 в сыворотке пациентов средние значения показателей sCD-14 выходили за пределы нормативных параметров указанных фирмой-производителем лабораторного набора (2-4 нг/мл). В первые сутки данный показатель равнялся значению 6,65±0,64 нг/мл (P<0,05). В конце 3-х суток, уровень sCD-14 достигал своего пикового значения и составлял 9,71±1,57 нг/мл. В дальнейшем,

отмечается постепенное снижение показателей sCD-14, на 7-е сутки после полученной ожоговой травмы средние значения составили  $7,03 \pm 0,52$  нг/мл. На 10-й день ожоговой болезни содержание sCD14 вдвое превышал лабораторные нормативы и равнялся  $6,79 \pm 0,72$  нг/мл.

Приведенные данные наглядно свидетельствуют о наличии выраженной проницаемости кишечной стенки у больных с тяжелой термической травмой, ведущей в свою очередь к синдрому бактериальной транслокации. Выраженность эндотоксикоза и бактериальной транслокации, являются ключевыми звеньями течения ожоговой болезни у детей, что требует необходимости оптимизации лечения детей с тяжелой термической травмой.

## **КИСТОЗНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

Цап Н. А., Огнев С. И., Екимов М. Н., Кошурников О. Ю., Мигачева Л. В.  
(Екатеринбург)

**Актуальность.** Проблемные вопросы кистозных образований брюшной полости (КОБП) мало обсуждаются в литературе за последние 5 лет. В то же прослеживается тенденция к увеличению данной патологии у детей, благодаря профилактическим осмотрам и УЗИ – скринингу органов брюшной полости. Топография, размеры КОБП, «конфликт» с органами БП имеют строго индивидуальны, что и определяет лечебно-тактический выбор. Цель работы - представить диагностический, лечебный и послеоперационный этап у детей с КОБП.

**Материалы и методы.** За период 2010 – 2018 гг. в клинике детской хирургии пролечено 23 ребенка с КОБП. Возраст от 1 года до 15 лет: чаще КОБП были обнаружены у детей до 3 лет – 14 (60,8%); группа от 7 до 10 лет включала 5 (21,8%) детей; в группе подросткового периода было 4 (17,4%) ребенка. По половому признаку встречаемость КОБП практически одинакова: мальчики – 52,2%, девочки – 47,8%. В подавляющем большинстве случаев 87% (20 детей) госпитализированы в плановом порядке, комплекс обследования выполнен на амбулаторном этапе. КОБП у этих детей протекали клинически незначимо, обнаружены на УЗИ органов брюшной полости на профосмотре или по направлению врача, которому больные предъявляли жалобы на периодические неинтенсивные боли в животе. В неотложном порядке госпитализированы 3 (13%) ребенка с выраженным абдоминальным болевым синдромом, обусловленным внутрибрюшным напряжением, частичной кишечной непроходимостью за счет объема КОБП. Обязательным методом обследования ребенка с КОБП является КТ или МРТ брюшной полости, забрюшинного пространства, что позволяет прогнозировать оперативно-технические риски, определить степень радикализма при удалении новообразования.

**Результаты и обсуждения.** Оперативные вмешательства выполнены открытым способом, после ревизии органов брюшной полости начинали диссекцию тканей, выделяя образование поэтапно, используя УЗ-скальпель, лига-шу, предупреждая конфликт с сосудистыми структурами. Кистозные образования имели различное макроскопическое строение – от однокамерной кисты до множественных разнокалиберных кист; в ряде случаев определяли солидный компонент. Размеры от 40 до 120 мм в диаметре. Анатомическая локализация КОБП весьма разнообразна: брыжейка тонкой кишки – 9 (40%) детей, брыжейка толстой кишки – 3 (13%) ребенка; большой сальник – 5 (21,4%) детей; внеорганные кисты (забрюшинное пространство, малый сальник) – 6 (25,6%) детей. Во всех случаях выполнено радикальное оперативное вмешательство, осложнений и рецидивов не отмечено. Морфологическое исследование операционного материала показало приоритет лимфангиом – 60% случаев (12), простые кисты – 25% случаев (7); зрелая тератома – 10% случаев (2); нейрофиброма - 5% случаев (1 ребенок). Все дети находятся на длительном диспансерном наблюдении.

Выводы. Диагностический комплекс при кистозных образованиях брюшной полости должен включать лучевые методы (УЗИ, КТ, МРТ). Показания к оперативному вмешательству при размерах образования более 30 мм в диаметре являются абсолютными.

## **КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА ПРИ КИСТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА**

Цап Н. А., Винокурова Н. В., Екимов М. Н. (Екатеринбург)

**Актуальность.** При пороках развития желчевыводящей системы сохраняется дискуссионный аспект и по совершенствованию диагностического потенциала, и по выбору способа устранения порока и восстановлению полноценного желчеоттока. Мало информации и по ближайшим и отдаленным результатам лечения кисты холедоха.

**Цель работы** - представить опыт лечения детей с кистозной мальформацией холедоха за 10-летний период.

**Материалы и методы.** На протяжении многих лет и до анализируемого десятилетия в клинике детской хирургии были оперированы дети с кистами холедоха, обычно 1-2 пациента в год. За период 2008 по 2017 гг. мы оперировали 17 детей с кистой холедоха в возрасте от 4 месяцев до 14 лет, в основном это были девочки – 85%. Родились недоношенными 30,8% детей. Всем больным проведено полное клиничко-лабораторное исследование: включая клинические анализы крови, мочи, кала, УЗИ брюшной полости (4 типа по Todani), МРТ-холангиографию, динамическую сцинтиграфию гепатобилиарной системы. Оперативное вмешательство предусматривало иссечение порочных стенок кистозно-измененного холедоха и наложение различных билиодигестивных анастомозов.

**Результаты и обсуждения.** Ни у одного ребенка не было типичной триады симптомов. Преобладал абдоминальный болевой симптом (92% случаев), сопровождающийся тошнотой и рвотой у всех больных. Перемежающаяся желтуха диагностирована у 46,2% пациентов. Наиболее часто (84,6%) размер кисты составлял от 40 до 60 мм в диаметре, но встретилось по одному случаю более 60 мм и 80 мм в диаметре. Наиболее типичный вариант мальформации веретенообразные кисты холедоха – 76,9% детей. Наряду с дилатированным холедохом имелось расширение и внутривнутрипечёночных желчных протоков в 23,1% случаев. В подавляющем большинстве (92%) желчный пузырь был изменен: деформирован (38,5%), гипоплазирован (30,8%), в остальных случаях не дифференцировался пузырный проток (30,7%). Оперативное вмешательство выполняли доступом Федорова. Наложению билиодигестивного анастомоза на отключенной петле по Ру предшествовали холецистэктомия и максимальное иссечение киста холедоха без конфликта с воротной веной. Затем формировали позадибодочный гепатикоюноанастомоз (38,5%), холедохоеюноанастомоз (53,9%). Ближайшие послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза (2), кровотечение из зоны анастомоза (2) - ликвидированы оперативным и консервативным путем. Летальных исходов не было. Все дети выписаны домой с выздоровлением. При гистологическом исследовании в 69,2% случаев определялось хроническое воспаление стенки кисты холедоха различной степени активности, вплоть до некроза, у 30,7% были признаки аденомиоза. Обследование в кратко – и долгосрочном катамнезе установило полноценность желчеоттока, отсутствие каких-либо образований в гепатобилиарной зоне.

**Выводы.** Кистозные мальформации холедоха у детей требуют дифференцированного подхода.

## **СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА**

Цыганок В.Н., Поршенников И.А., Грамзин А.В., Койнов Ю.Ю. (Новосибирск)

Множественные абсцессы печени (МАП) - крайне редкое, трудно диагностируемое заболевание характеризующееся высокой летальностью. По этиологии МАП носят

преимущественно бактериальный характер, реже паразитарный. По механизму возникновения выделяют портальные, артериальные, билиарные, посттравматические, криптогенные. У детей МАП часто являются следствием пилефлебита, возникающего при различных воспалительных заболеваниях умбиликальной области, деструктивном аппендиците, некротическом энтероколите. МАП локализуются преимущественно в правой доле ввиду анатомических особенностей портальных сосудов.

Ниже представляем описание клинического наблюдения. Ребенок Р., 3 лет, заболел 29.12.2017, когда появилась гипертермия до 40 С, амбулаторно получал антибактериальную терапию амоксициллином – без эффекта. 02.01.2018 госпитализирован в ЦРБ г. Куйбышев с диагнозом: «Острый аппендицит», был оперирован, интраоперационно выявлен катаральный аппендицит - аппендэктомия. В послеоперационном периоде сохранялась гипертермия до фебрильных цифр, в связи с чем был назначен цефтриаксон. 06.01.2018 по данным УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование левой доли печени размером 128x68x82мм. Переведен в детское хирургическое отделение Новосибирской областной клинической больницы. При поступлении состояние средней степени тяжести, гипертермия 38.9 С, лейкоцитоз - 30.2 x 10<sup>9</sup>/л, элевация С-реактивного белка до 211 мг/л. При дообследовании (МСКТ органов брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки) уточнено, что в Sg 2-4 печени имеется мультикистозное образование размером 11.0x7.2x7.0 см. Дифференциальный диагноз между множественными абсцессами печени бактериальной/паразитарной этиологии и холангиокарциномой. Был произведен диагностический онкологический поиск, патологических отклонений не выявлено. 12.01.2018 выполнена левосторонняя гемигепатэктомия (Sg2-4 + Sg1). Интраоперационно в Sg2-4 определяется мягко-эластической консистенции неправильной формы мультикистозное образование 11x8x7 см. Левая доля печени интимно сращена с диафрагмой, при мобилизации опорожнилась одна из камер, содержащая гной белесоватого цвета. Образец был отправлен на бактериологическое исследование, по результатам которого выявлен *S. Aureus*. По данным гистологического и иммуногистохимического исследования удаленного фрагмента печени установлен диагноз: «Множественные абсцессы Sg2-4 печени». Послеоперационный период не осложнен, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, множественные абсцессы печени являются редким заболеванием, требующим дифференцированного подхода. При большом объеме поражения печени, что характерно для МАП целесообразным является выполнение анатомической резекции.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ. НЕОБХОДИМОСТЬ ДРЕНИРОВАНИЯ И КОНВЕРСИИ.**

Черногоров О. Л., Медведев А. И., Журило И. П., Круглый В. И., Козьмин М. А. (Орел)

Цель: обобщение собственного опыта лапароскопических вмешательств у детей с осложненными формами острого аппендицита и оценка результатов лечения, а также обсуждение необходимости дренирования и показаний к конверсии. В настоящее время лапароскопическая методика операций у детей с острым аппендицитом практически повсеместно вошла в клиническую практику. Во многих работах было убедительно доказано ее неоспоримое преимущество перед открытым вмешательством. Однако до сих пор идут дискуссии о необходимости дренирования брюшной полости при деструктивных формах острого аппендицита, а также обсуждаются показания к конверсии при данной патологии.

За период с января 2012 по май 2018 года в хирургическом отделении нашей клиники находилось на лечении 183 больных с осложненными формами острого аппендицита (абсцессы, перитониты) в возрасте от 2 до 17 лет. Из них 111 мальчиков, 72 девочки. 19

детей поступали в клинику в тяжелом и очень тяжелом состоянии с давностью заболевания более 72 часов. У 8 детей на момент поступления имелись множественные межпетельные абсцессы брюшной полости и клиника кишечной непроходимости. Всем детям оперативные вмешательства выполнялись лапароскопическим доступом, без осложнений. У одного ребенка вмешательство пришлось конвертировать из-за мощного спаечного процесса (ребенок поступил в тяжелом состоянии на 10 сутки с момента заболевания с клиникой перитонита и кишечной непроходимости). Релапароскопия по поводу ранней спаечной непроходимости потребовалась у 3-х больных, поступивших в сроки более 36 ч с момента заболевания с аппендикулярным перитонитом, абсцессами брюшной полости. Интраоперационно лаваж брюшной полости осуществлялся большим количеством (до 4,5-5 литров) 0,9% р-ра NaCl. Дренажирование проводилось трубчатым дренажем через надлобковый порт, а в случаях разлитых перитонитов и множественных абсцессов в брюшную полость устанавливался дренаж типа Blake. У 3 детей с плотными инфильтратами и разлитым перитонитом, отросток при первой операции удален не был. Они оперированы через 6-9 месяцев в плановом порядке, выполнена лапароскопическая аппендэктомия без технических сложностей и осложнений. В одном случае периаппендикулярный абсцесс был пунктирован и дренирован перкутанно, под контролем УЗИ. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 9,5 койко-дня. Максимальный срок пребывания в стационаре составил 31 койко-день у ребенка 5 лет с сепсисом, множественными абсцессами брюшной полости, двусторонней пневмонией, которому потребовалось выполнение лапаротомии, лапаростомии. При этом была использована методика Negative pressure wound treatment (NPWT). В последние 6 лет мы перешли на 100% лапароскопический доступ при острых процессах в брюшной полости у детей и считаем его более «выгодным» при осложненных формах острого аппендицита. При этом считаем обязательной санацию брюшной полости большим количеством жидкости с обязательным последующим дренированием брюшной полости. Конверсия при деструктивном аппендиците нами осуществлялась только в одном случае из 183, когда по тяжести процесса технически было невозможно выполнить адекватный энтеролиз и санацию брюшной полости.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ У ДЕТЕЙ.**

Чурсин В.А., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В. (Москва)

Введение: Несмотря на развитие медицинских технологий, внедрение современных методов оперативного лечения, использование более совершенного шовного материала продолжают сохраняться осложнения при лечении патологии вагинального отростка брюшины у детей. Такие заболевания как паховая грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика, крипторхизм являются одними из самых частых причин обращений к хирургу для планового хирургического лечения в детской практике.

По данным отечественных авторов частота паховых грыж составляет от 1 до 5% в детском возрасте, а сообщающейся водянки оболочек яичка до 10% у новорожденных. Не опустившееся яичко встречается у 10-20 % недоношенных и незрелых детей и 2-3% детей в возрасте 1 года. По данным иностранной литературы процент рецидива и осложнений после хирургического лечения данной патологии составляет от 0 до 8%.

Материалы и методы: В НИИ НДХиТ с 2007 по 2017 год было госпитализировано 1818 детей с патологией облитерации влаглищного отростка брюшины. С паховыми грыжами было 1258 (69,2%) ребенка, с водянкой оболочек яичка 389 (21,4%), а с крипторхизмом 171 (9,4%) пациент. Число мальчиков составило 1364 ребенка, девочек - 454. Среди всех поступивших детей были выявлены 32 ребенка с осложнениями возникшими после хирургического лечения. Частота осложнений составила от 0,57% до 0,77%. Из всего числа детей с осложнениями были прооперированные по поводу: паховой грыжи – 22

ребенка, гидроцеле – 6 детей и крипторхизм 4 ребенка. Выводы: Послеоперационные осложнения после проведенных первичных оперативных вмешательствах при патологии влагалищного отростка брюшины были связаны с не достаточно тщательным выделением влагалищного отростка брюшины до «воронки» - 23 пациентов, ретракцией яичка при пластике пахового канала у 2 детей. Несостоятельность кисетного шва после лапароскопической герниорафии была выявлена у 5 детей, гнойно-воспалительные осложнения возникли у двоих пациентов.

Проведенный анализ показал, что основой профилактики осложнений является соблюдение всех этапов существующих методов оперативного лечения, как традиционных, так и лапароскопических (т.к. тщательное выделение влагалищного отростка брюшины до «воронки», сужение наружного пахового кольца при его значительном расширении (более 1,0 см). При лапароскопических операциях предпочтение следует отдавать PIRS методике.

### **ПОЛИТРАВМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургутов М. Ж., Махмудов З. М.  
(Самарканд, Узбекистан)

Актуальность. Проблема диагностики и лечения политравмы остается одной из актуальных и сложных в неотложной хирургии детского возраста.

Цель исследования: Определить частоту, характер повреждений органов и лечебную тактику при политравме у детей.

Материал и методы. С 2000 года в клинике пролечено 186 детей с различными травмами, из них у 38 (20,4%) была тяжелая сочетанная травма. По механизму травмы: падение с высоты - 13 (34%), автотравма - 11 (29%), школьная травма - 9 (24%). В диагностике использованы: мониторинг гемограммы и гемодинамики, УЗИ, рентгенологические методы, нейросонография, КТ и лапароскопия. Результаты. У 16 было сочетанное повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, у 12 - преобладание тяжелой ЧМТ в сочетании со скелетной травмой, у 10 - повреждение опорно-двигательной системы с ЧМТ и повреждением внутренних органов. При политравме важно быстро и полно диагностировать имеющиеся повреждения, выявляя при этом доминирующие повреждения, требующие неотложных вмешательств. Первоочередной задачей являлось проведение противошоковых мероприятий - рациональное обезболивание, коррекция ОЦК, иммобилизация переломов и неотложные вмешательства при повреждениях внутренних органов с кровотечением (ушивание разрыва селезенки - 2, спленэктомия - 1, ушивание разрыва печени - 2, ушивание разрыва почки - 1, нефрэктомия - 2), повреждении полых органов (ушивание разрыва 12-п кишки - 2, тощей кишки - 1, илеостомия - 2). При тяжелой ЧМТ с интракраниальной гематомой по срочным показаниям после стабилизации состояния выполнялась декомпрессивная трепанация черепа (2 пациентов). При сочетании тяжелой ЧМТ с переломами конечностей в первую очередь проводилось нейрохирургическое лечение при временной иммобилизации переломов, затем, по завершении острого периода нейротравмы выполняли различные виды аппаратно-хирургической коррекции. Летальных случаев было 2 (5,2%). Заключение.

Своевременная диагностика повреждений, адекватная интенсивная терапия и этапная хирургическая коррекция в условиях специализированной детской хирургической клиники позволяет значительно улучшить результаты лечения политравмы у детей.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургутов М. Ж., Махмудов З. М.  
(Самарканд, Узбекистан)

Актуальность. Гематогенный остеомиелит у детей – одна из тяжелейших форм гнойно-воспалительных заболеваний костно-суставной системы.

Цель исследования: анализ результатов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и методы. 2-клиника СамМИ является крупным специализированным центром, занимающимся проблемой гематогенного остеомиелита, где концентрируется наиболее тяжелый контингент больных из юго-западного региона республики. За 20-летний период (1997-2017гг.) в клинике пролечено 2026 больных с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) от неонатального периода до 18 лет. Наибольшее число наблюдений было до 2003 г., когда ежегодно поступало в среднем 120 больных, в последние годы количество больных снижается (до 35-45). В старшей возрастной группе преобладало поражение большеберцовой (42%) и бедренной костей (36%), у новорожденных и грудных детей – чаще поражались дистальный и проксимальный метаэпифизы бедренной кости. У 32 % больных отмечался множественный ОГО. В первые 3-суток от момента заболевания поступило лишь 11% больных, остальные - на 6-10 сутки. Результаты. Основной формой клинического течения в первое десятилетие была септикопиемическая форма (56%) что, естественно, отразилось на результатах лечения. У новорожденных и грудных детей участились случаи метадиафизарного и тотального поражения кости. В 32% случаях выявлена поздняя обращаемость, а в 68% случаях при своевременном обращении с явной симптоматикой были допущены диагностические и лечебно-тактические ошибки на местах. В комплексной диагностике широко используем ультрасонографию, МСКТ и МРТ. В клинике внедрена комплексная методика хирургического лечения ОГО с применением устройства для остеопункций и внутрикостных инфузий (В.Бушмелев, Н.Стрелков). Наиболее сложной в плане диагностики и лечения является ОГО костей, образующих тазобедренный сустав. Нами разработан комплексный способ профилактики ортопедических осложнений с использованием методики дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины и применением аппарата Илизарова. У новорожденных и грудных детей основным способом лечения были артротомия и вскрытие остеомиелитических флегмон. В последние годы, благодаря своевременному поступлению больных и внедрению в диагностику ультрасонографии, основным методом лечения является пункционный, по показаниям проводим миниартротомию.

Заключение. Таким образом, использование разработанных способов лечения ОГО в последние годы способствовало значительному улучшению своевременной диагностики, уменьшению септикопиемических форм заболевания с 56% до 20% и летальных исходов при них с 10,8% до 1%, снижению уровня хронизации остеомиелита с 48% до 21%, ортопедических последствий с 36% до 3,5% и улучшило качество жизни у детей после перенесенного остеомиелита.

## **УДВОЕНИЕ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА КАК РЕДКАЯ ФОРМА ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Бургутов М.Ж., Махмудов З.М. (Самарканд, Республика Узбекистан)

Актуальность. Удвоение пищеварительного тракта - сравнительно редко встречающееся врожденное заболевание с частотой 0,025-1%.

Цель исследования: представление вариантов течения удвоений кишечника, анализ клинической симптоматики и методов их лечения.



Материал и методы. С 2008 по 2017 гг. во 2-клинике СамМИ пролечено 3 больных в возрасте от 6 дней до 8 лет с удвоением тонкого кишечника. Результаты. Характерно, что ранние патогномичные симптомы данного порока не проявлялись, 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 удвоения тонкой кишки на протяженностью 100 см. Произведена резекция удвоенного 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 удвоения 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.

Заключение. Таким образом, симптоматика кишечных дупликатур 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.

## **НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ**

Шамсиев Ж. А., Данияров Э. С., Ким В. А. (Самарканд, Узбекистан)

Актуальность. Крипторхизм является одной из актуальных медико-социальных проблем современного здравоохранения, что обусловлено ростом заболеваемости в популяции и его существенным негативным влиянием на репродуктивное здоровье. Нередко у больных крипторхизмом имеются многочисленные стигмы дисэмбриогенеза, нарушение роста, интеллекта, пороки развития. Известно более 50 синдромов, при которых крипторхизм является симптомом. Имеются многочисленные наблюдения семейного крипторхизма у мужчин нескольких поколений (Мирский В.Е. 2004г).

Цель работы: выявить частоту встречаемости наследственной предрасположенности при крипторхизме у детей.

Материал и методы. В исследование включены 79 детей с крипторхизмом в возрасте от 1 года до 11 лет, получавших лечение в отделение урологии 2-клиники СамМИ. Больным проводилось комплексное обследование с обязательной консультацией детского эндокринолога. Всем пациентам в плановом порядке произведена операция - орхидопексия по Петривальскому – Шумахеру. Результаты. Анализ результатов проведенного исследования показал, что у 20 (25,3%) детей с крипторхизмом была отягощенная наследственность. Из них по 1 степени родства (отец, брат) - выявлено у 6 (30%) больных, по 3 степени родства (дядя) – у 3 (15%), а по 4 степени родства (двоюродные братья) - у 11 (55%) обследованных больных. Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что у 13 детей (17,3%) отмечалась низкорослость, у 11 детей (14,7%) - стигмы дисэмбриогенеза в виде крыловидной шейной складки, птоза, оттопыренных, больших и низкорасположенных ушных раковин, наличие вертикальных бороздок на мочке ушной раковины, выступающего лба, высокого неба. Заключение.

Таким образом, более чем у четверти больных с крипторхизмом отягощена наследственность, что следует учитывать в ходе дальнейшего наблюдения. Наличие в

прошлом у отца данной патологии может увеличить вероятность появления крипторхизма у детей.

### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Шамсиев Ж. А., Давранов Б. Л., Муталибов И. А., Бургутов М. Ж., Шарапова Д. Н. (Самарканд, Узбекистан)

**Актуальность.** Наиболее тяжелым и угрожающим жизни заболеванием у новорожденных является язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК), летальность при котором составляет 40-80%. Частота выявления в среднем 1-5 на 1000 живорожденных детей, среди них 80-90% составляют недоношенные и дети с низкой массой тела при рождении.

**Цель.** Анализ результатов лечения язвенно-некротического энтероколита новорожденных.

**Материал и методы.** За период с 2013 по май 2018 года в отделении неонатальной хирургии пролечено 63 новорожденных с ЯНЭК. Мальчиков было 39 (61,9%), девочек - 24 (38,1%). В возрасте до 7 дней госпитализировано 38 (60,3%) больных, от 7 до 28 дней - 17 (27,0%), старше 28 дней - 8 (12,7%), из них недоношенных было 45 (71,4%). Все больные перенесли в процессе родов асфиксию и страдали перинатальным поражением нервной системы. У 36 (57,1%) была диагностирована цитомегаловирусная инфекция.

**Результаты.** После интенсивной предоперационной подготовки из 63 больных оперированы 39 (61,9%) с перфоративной стадией, из них 19 (48,7%) больным наложена энтеростома, у 3 (7,7%) произведена резекция пораженного участка кишечника с наложением кишечного анастомоза, 17 (43,6%) больным в связи с крайней тяжестью состояния проведено первичное перитонеальное дренирование – лапароцентез, а после стабилизации состояния – проводили лапаротомию с санацией брюшной полости и наложением энтеростомы. Всем больным с ЯНЭК проводилась комплексная интенсивная терапия согласно принятому в клинике протоколу. Летальный исход отмечался у 31 (49,2%) больных.

**Заключение.** Таким образом, адекватная предоперационная подготовка, рациональная тактика хирургического лечения и послеоперационная интенсивная терапия ЯНЭК является эффективным и позволяет уменьшить количество неблагоприятных исходов.

### **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУРАХ ПАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ**

Шамсиев Ж. А., Тогаев И. У., Махмудов З. М. (Самарканд, Узбекистан)

**Актуальность.** Послеожоговые контрактуры пальцев в большинстве случаев встречаются у детей раннего возраста и возникают как после воздействия термического фактора. Чаще всего поражаются пальцы кисти, частота которых достигает 40%. Существуют множество методов устранения данной патологии, но преимущество отдается хирургической тактике. **Цель исследования:** провести анализ результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кистей у детей.

**Материал и методы.** Во 2-клинике СамМИ за период с 2010 по 2017 год находилось на лечении 77 больных с послеожоговой сгибательной контрактурой пальцев кисти, из них мальчиков было 41 (53,2%), девочек 36 (46,8%). В возрасте до 3-х лет было 32 (41,6%), от 3-х до 5 лет – 15 (19,5%), от 5 до 7 лет -13 (16,8%), старше 7 лет – 17 (22,1%). Причиной развития рубцовой контрактуры чаще служил ожог кипятком - 44 больных (57,1%), у 22 (28,6%) ожог открытым пламенем, у 11 (14,3%) электроожог.

**Результаты.** Все больные до поступления в стационар получали консервативное лечение по поводу ожога по месту жительства. Контрактура пальцев правой кисти, выявлена у 44 больных (57,1%), левой у 33 (42,9%). Рубцовая контрактура одного пальца отмечена у 29 (37,6%) больных, двух пальцев - у 18 (23,4%), трех - у 13 (16,9%), четырех - у 16 (20,8%),

всех пяти пальцев кисти - у 1 (1,3%). Лечебная тактика заключалась в хирургическом устранении контрактуры пальцев кистей с аутодермопластикой. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны раны не было. После выписки из стационара больные находились под диспансерным наблюдением, получали курс физиотерапевтических процедур - ультразвук с гелю «контратюбекс», ЛФК с регулярным контрольным осмотрами каждые 2 месяца. В отдаленные сроки до 5 лет после операции обследовано 39 (51%) пациентов, рецидив контрактуры выявлен у 2 (2,6%) пациентов, которым было проведено повторное хирургическое вмешательство.

Заключение. Таким образом, постожоговая контрактура пальцев у детей является тяжелым последствием термических ожогов, требующий комплексного лечения. Методом выбора при хирургической коррекции контрактур является аутодермопластика.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА НА ПОЧВЕ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ШАРИКОВ**

Шангареева Р. Х., Валеева Г. Р., Чендулаева И. Г. (Уфа)

Инородные тела желудочно-кишечного тракта являются частой причиной хирургического вмешательства у детей. Разноцветные гранулы гидрогеля похожи на посыпку для тортов и куличей, что является причиной того, что нередко дети их съедают. Гидрогель, предназначенный для комнатных растений, хорошо впитывает влагу, увеличиваются в десятки раз, попадая в желудочно-кишечный тракт ребенку вызывает обтурационную непроходимость кишечника.

Мы наблюдали трех детей с данной патологией: в возрасте 5 лет, 2 –х лет и 11 месяцев. Родители девочки 5 лет обратились в стационар за медицинской помощью через 8 часов после того, как девочка съела гранулы гидрогеля, спутав их с посыпкой для куличей. В данном случае нам удалось консервативным методом вывести шарики гидрогеля из желудочно-кишечного тракта ребенка путем отмены энтерального приема жидкости и восполнения физиологической потребности в жидкости инфузионной терапией. Регос вводили оливковое масло по 1ст/л через каждый час и назначили питание с высоким содержанием клетчатки, проводились масляные клизмы. Через 15 – 30 часов с момента травмы получены гидрогелевые шарики разного калибра (от 1,5 до 2,5см). Двое детей в возрасте 2-х лет и 11 месяцев поступили в стационар с клиникой непроходимости кишечника, оперированы двукратно. При первом хирургическом вмешательстве шарики были «раздавлены» и продвинуты в толстый кишечник. Через 4-5 суток вновь развилась клиника непроходимости кишечника, в связи с тем, что при первой операции в верхних отделах желудочно-кишечного тракта остались не замеченными мелкие шарики гидрогеля.

Таким образом, при раннем поступлении ребенка в стационар с данной патологией консервативный метод является эффективным способом выведения гидрогелевых шариков, при развитии обтурационной непроходимости кишечника – хирургическое вмешательство.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МРТ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ**

Шрамко В.Н, Хворостов И.Н., Андреев Д.А., Вербин О.И. (Волгоград)

Цель исследования - комплексная оценка структурно-функционального состояния запирающего аппарата неоректум у детей в послеоперационном периоде для оптимизации тактики лечения. Проведено послеоперационное обследование 20 детей в возрасте от 4 – 15 лет с аноректальными пороками развития: 1 группа - n=10 с ректоуретральными простатическими свищами, 2 группа – n=10 с вестибулярными свищами). Субъективная оценка функции аноректального держания проводилась по

шкале Rinitala R.J. (1995). Анатомическую структуру анального жома оценивали на магнитно – резонансном томографе «Magnetom Vision» («Simens Medical Systems, Германия) по протоколу «Pelvis male and female» в 3 проекциях с получением T<sub>2</sub> протон – взвешенных изображений. Манометрию анального канала и ЭМГ- активность наружного анального сфинктера изучали на аппарате Urostym (Laborie). Величина шкалы функции анального держания при нормальных значениях 19,0±1,5 достоверно (p<0,05) снижалась только у больных 1 группы до 13,0±1,7 и до 15,0±1,1 у больных 2 группы, что соответствует удовлетворительному результату лечения. Аноректальный угол у всех больных в покое составил в среднем 100,0±16,4, а при натуживании увеличивался до 140±15,5. У больных с 1 группы давление в анальном канале снижалось как в покое (43,0±2,0 см. H<sub>2</sub>O), так и при напряжении (76±10,0 см H<sub>2</sub>O) в сравнении с таковыми показателями у больных 2 группы - соответственно 56,0±21,3 см. H<sub>2</sub>O и 89± 26 см. H<sub>2</sub>O. ЭМГ-активность наружного анального сфинктера у больных 1 группы составила 91±62 мВ, при низких 178±135 мВ. Обнаружена достоверная корреляция между величинами давления анального канала и величинами шкалы функции анального держания (p=0,07). На сканограммах у 5 больных 1 группы выявлены пороки развития крестца и позвоночника, в сочетании с пресакаральной липомой у 2 больных, дивертикулом уретры в одном случае, интерпозицией жировой клетчатки у 3 пациентов. Дефекты наружного сфинктера обнаружены у 3 больных, смещение неоректум в сагиттальной и фронтальной проекциях в 4 случаях. У 2 больных удалось визуализировать ветви нижнего гипогастрального сплетения.

Полученные результаты позволили дифференцированно подойти к вопросу выбора метода лечения и оптимизировать послеоперационную реабилитацию пациентов с аноректальными пороками развития.

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНЕДЕРМАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА**

Шурова Л. В., Старостин О. С., Корсунский А. А. (Москва)

Цель: повысить эффективность хирургического лечения больных с врожденным буллезным эпидермолизом на основе современных медицинских технологий лечения ран. Материалы и методы: У 35 больных детей с врожденным буллезным эпидермолизом проведено реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение, заключающееся в устранении деформаций кистей (10 пациентов) и стоп (5 детей). Тактика оперативного вмешательства у данного контингента детей принципиально отличалась от общепринятого подхода. Техника, разработанной в клинике, операции заключалась в послойном разделении тупым и острым путем плоскостных спаек в пределах склерозированных тканей, являющихся причиной деформаций, до уровня неизменной дермы. Это позволяло практически бескровно устранять контрактуры пальцев и деформации кистей и стоп, а также межпальцевые синдактилии, имеющие дерматогенный и десмогенный генез. Затем выполнялась редрессация межфаланговых и пястно-фаланговых суставов пальцев с их репозицией. Достигнутое положение пальцев фиксировалось проведением спиц интраосально или игл пареоосально. Особенность разработанной методики заключалась в том, что пластическое закрытие ран кожными трансплантатами не выполнялось, так как раневые поверхности при использовании комбинированных повязок на основе современных перевязочных средств эпителизовались спонтанно. Первым слоем в них было неадгезивное сетчатое покрытие на основе прополиса, которое фиксировалось повязкой с мазью на водоростворимой основе. Сверху первые два слоя закрывались повязкой на основе технологии гидрофайбер. Кисти и стопы иммобилизовались гипсовыми лонгетами. Такая комбинация повязок позволяла выполнять перевязки 1 раз в неделю под общей анестезией. После завершения

эпителизации раневой поверхности удалялись фиксирующие иглы или спицы. Начинали ЛФК по разработке межфаланговых суставов.

Результаты: У 75% (26) детей получены отличные результаты лечения. У 20% (7) пациентов наблюдались удовлетворительные результаты. У 5% (2) мальчиков через 6 месяцев появились признаки формирования сгибательной контрактуры пальцев кистей и стоп.

Выводы: разработанная тактика хирургического устранения деформаций кистей и стоп, являющихся осложнением врожденного буллезного эпидермолиза, позволило повысить эффективность лечения больных с неизлечимым дерматологическим заболеванием основе использования современных медицинских технологий лечения ран.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ДИАФРАГМЫ ПРИ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У СЕМИМЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА**

Щебеньков М. В. (Санкт-Петербург)

Пациент 7 мес. поступил с жалобами на кашель, одышку. После рентгенологического обследования заподозрена диафрагмальная грыжа. Ребенок от 5-й беременности, вторых родов. Угроза прерывания 19-20 недель. Роды преждевременные путем кесарева сечения 31-32 недели. Масса 2040 гр., Апгар 7\7 баллов. На жестких параметрах ИВЛ после родов. На 4-е сутки диагностирован правосторонний пневмоторакс, дренирован. Выписан из ДГБ №1 в возрасте 1 месяца с диагнозом: Недоношенность 31-32 недели. Синдром дыхательных расстройств, правосторонний пневмоторакс. Гипоксически – геморрагическое поражение ЦНС. ВЖК II ст. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО, желтушно - анемическая форма. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, розовые. Носовое дыхание затруднено. Зев умеренно гиперемирован. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, необильные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 120 уд/мин. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул оформленный. На рентгенограмме в передних отделах грудной полости на тени сердца определяются петли кишечника заполненные газом. Средостение не смещено. Диафрагма в прямой проекции прослеживается. В боковой проекции в передних отделах не дифференцируется.

Диагноз: Врожденная парастернальная диафрагмальная грыжа. После дообследования и предоперационной подготовки произведена лапароскопическая коррекция порока. Использовано 3 порта: два 5-ти мм (околопупочная и левая мезогастральная область) один 3-мм порт (левая мезогастральная область). При ревизии обнаружен дефект диафрагмы в области переднего средостения до 6 см, грыжевой мешок 6x7 см, распространяется в ретростернальное пространство и прилежит к перикарду. В грыжевом мешке расположены петли тонкой кишки, последние легко перемещены в брюшную полость. Передняя часть диафрагмы в проекции грыжевого дефекта полностью отсутствовала.

Выполнено иссечение грыжевого мешка с последующим восстановлением диафрагмы за счет фиксации её к апоневрозу передней брюшной стенки «П» образными швами (этибонд). Послеоперационное течение гладкое. Нахождение в ОРИТ в течении 3 дней, начало энтеральной нагрузки со 2-х суток, с постепенным расширением, самостоятельный стул с 4-х суток, заживление ран первичным натяжением. Нормализация лабораторных показателей к моменту выписки. Контрольный осмотр с рентгенологическим обследованием через месяц патологии не выявил.

Лапароскопическое грыжесечение с пластикой диафрагмы при парастернальных грыжах является оптимальным операционным доступом, позволяющим выполнить весь необходимый объем операции малоинвазивно и в комфортных условиях.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОГО УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННОГО**

Щебеньков М.В., Подкаменев А.В., Ти Р.А.(Санкт-Петербург)

Новорожденная девочка от 2-й беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания в 10/11 недель, токсикоза с 11 недели, отеков беременных с 18 недели, анемии беременных, метаболического синдрома, ВСД, анемии, маловодия. По результатам УЗИ плода поставлен ВПР: высокая кишечная непроходимость, препилорическая мембрана(?). Удвоение желудка (?). Роды – 2-е, срочные, в 39 недель гестации, путем операции кесарево сечение (тазовое предлежание плода). Состояние при рождении: удовлетворительное. Масса тела - 3520 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Рентгенологически пневматизация ЖКТ во всех отделах равномерная. Ребенок осмотрен детским хирургом, диагноз кишечной непроходимости исключен. Энтеральное питание получала в полном объеме. Срыгивания, рвот не наблюдалось. Неврологический статус - соответствует степени зрелости. Без дыхательных и гемодинамических нарушений. Живот мягкий, патологические образования не определяются. Для исключения удвоения желудка выполнена МСКТ с двойным контрастированием. Выявлен дефект наполнения желудка (предположительно образование в стенке желудка по малой кривизне в зоне гастроэзофагеального перехода, диаметром до 1,5 см). С целью уточнения формы и локализации образования проведено ФЭГДС: Эндоскопические признаки внепросветного образования в зоне субкардиального отдела желудка. УЗИ органов брюшной полости – кистозное гипозоногенное образование диаметром 1,5см по малой кривизне желудка. После подготовки выполнено оперативное лечение: лапароскопическое удаление образования желудка. Операция выполнена из 3 портов (2 – 5 мм и 1 – 3 мм). при ревизии в области пищеводно-желудочного перехода обнаружено по передне-боковой поверхности кистозное образование до 2 см в диаметре, исходящее из стенки желудка. Образование тупым и частично острым путем полностью выделено из стенки желудка. Серозно-мышечный дефект стенки желудка ушит. Продолжительность операции 65 минут. Течение послеоперационного периода гладкое. Энтеральное питание возобновлено на 2 сутки после операции и расширено до физиологического к 4 дню послеоперационного периода. Получала антибактериальную терапию 7 суток (Сультасин), противогрибковую профилактику, плановое обезболивание 2 сут., блокаторы протонной помпы, сопроводительную терапию. Швы сняты на 6-е сутки. Раны зажили первичным натяжением. Ребенок выписан домой на 7 сутки послеоперационного периода. Гистологическое заключение: Киста желудка. Фрагмент стенки кисты соответствует строению стенки желудка.

Лапароскопическая техника при кистозном удвоении желудка является малоинвазивной, относительно безопасной процедурой и может успешно конкурировать с лапаротомией при выборе метода оперативного вмешательства даже у новорожденных.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ**

Щербинин А. В., Анастасов А. Г., Сушков Н. Т., Некрасов А. Д., Р. (Донецк, ДНР)

Перитонеальное дренирование (ПД) является альтернативным хирургическим вмешательством при пневмоперитонеуме у новорожденных с НЭК, массой тела при рождении менее 1000 гр. с целью стабилизации витальных функций организма в следствие интраабдоминальной гипертензии. Но рандомизированные контролируемые исследования не показали существенных отличий по летальности у данного контингента пациентов между лапаротомией и ПД с экстремально критической массой тела.

Цель исследования – определение показаний к ПД на основании оценки степени синдрома шока, полиорганной недостаточности, вероятности летального исхода у новорожденных с НЭК.

Материалы и методы исследования. Проспективное, обсервационное когортное исследование 16 новорожденных с НЭК II – III стадии, в возрасте 5 - 14 дней жизни, находящихся в отделении интенсивной терапии (ОИТ) РДКБ (III уровень) в 2015-2018 г.г. Критерии включения в исследование - новорожденные с НЭК II-III стадии (по Bell, (1978). Градации синдрома шока проводили на основании шкалы FEAST (Fluid Expansion as Supportive therapy), а полиорганной недостаточности по шкале SOFA (Sequential (Sepsis-related) OrganFailureAssessment) (EuropeanSocietyofIntensiveCareMedicine – ESICM) (Париж, октябрь 1994) с прогнозированием летальности (Vincent J.L., 1998). Результаты и их обсуждение Среди обследуемых новорожденных преобладали пациенты с массой тела более 1000 гр., сроком гестации 33,4±2,8 недель. Клинические проявления пневмомедиастинума имели место на 11,2±3,2 сутки жизни. При анализе тяжести шока по шкале FEAST, у всех детей констатирован компенсированный шок: температура тела составила 36,4±3,2 С, уровень сознания 11,4±1,5 балла по шкале ком Глазго для детей и взрослых, респираторные нарушения 5,4±1,8 балла по шкале Сильвермана-Андерсена (Silverman W., Andersen D., 1956), синдром нарушения перфузии – наполнение ногтевого ложа - 1,7±1,1 сек, ЧСС-134±21,3 уд. в мин, АД сист. – 56,4±12,3 мм.рт.ст. Оценка тяжести ПОН по шкале SOFA составил 3,6±1,8 балла. Прогноз летального исхода в зависимости от количества пораженных систем (Vincent J.L., 1998) соответственно от 22 до 38%.

Таким образом, отсутствовали основания для проведения ПД, в связи с достаточной компенсацией функционирования органов и систем организма у обследуемых новорожденных, целесообразным было выполнение срочной срединной лапаротомии. Выводы. 1. Показаний к проведению ПД у обследуемых новорожденных не было, в связи с отсутствием декомпенсации со стороны органов жизнеобеспечения на фоне проводимой интенсивной терапии.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В МОЧЕ У БОЛЬНЫХ С МЕГАУРЕТЕРОМ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Фоменко С.А. Щербинин А.А., Бессонова А.Д. (Донецк, ДНР)

Актуальность. Больные с мегауретером составляют около 7,5% всех пациентов урологического профиля. Особую сложность представляет сопоставление морфологических и гистохимических изменений выявляемых в тканях мочеточника при мегауретере.

Цель. На основании изучения результатов иммуногистохимических показателей мочи определить их значение в диагностике патологии.

Материалы. С целью разграничения функциональных и органических причин мегауретера, помимо общепринятых методов обследования, проводилось изучение уровней мочевого EGF и TGF-1 $\beta$ , а также sICAM-1 у больных с мегауретером и контрольной группы из 30 человек, поступивших в клинику для планового оперативного лечения. Результаты. При проведении корреляционного анализа была установлена высокая связь между уровнями выделения цитокинов с мочой и результатами доплерографического исследования (ДУЗИ) сосудов почки и мочеточниково-пузырного выброса ( $r=0,84$ ); так между результатами ДУЗИ сосудов почки и уровнем TGF в моче ( $r=0,91$ ); уровнем EGF в моче ( $r=0,93$ ). Данная зависимость позволяет нам оценивать по изменению уровня данных цитокинов не только наличие или отсутствие обструкции, но и косвенно судить о состоянии почек в целом. У пациентов с мегауретером, независимо от характера и вида патологии, средний уровень TGF 1 $\beta$  в моче был достоверно выше

контрольного и составил  $51,6 \pm 3,58$  pg/ml. У детей с мегауретером уровень EGF  $6,005 \pm 0,16$  pg/ml., что ниже нормы и убедительно свидетельствует о наличии нарушения пассажа мочи. Уровень этого цитокина косвенно отражает степень зрелости тканей мочеточника, и может быть использован как критерий разграничения органической или функциональной природы патологии УВС. У пациентов с мегауретером, независимо от его природы, отмечается достоверное повышение всех провоспалительных цитокинов, в частности sICAM-1 до  $13,75 \pm 1,92$ , что свидетельствует о наличии воспалительного процесса даже на фоне клинико-лабораторной ремиссии. Таким образом, уровень данного белка отражает степень наличия воспаления в ткани мочеточника, даже без лейкоцитурии.

Выводы. Изучение уровня цитокинов в моче при сопоставлении с результатами других клинических наблюдений и сонографии позволяет предположить органическую или функциональную природу мегауретера у пациентов раннего возраста, и активность пиелонефрита. Причем чем выше уровень TGF1 $\beta$  и ниже EGF тем сильнее обструкция, и чем выше уровень sICAM-1 тем более активное течение пиелонефрита у этих пациентов. В свою очередь, неинвазивность методики открывает перспективы использования изучения экскреции данных показателей в качестве одного из скрининг тестов при диагностике мегауретера.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Фоменко С.А., Харагезов А.М., Буслаев А.И., Халабузарь В.А. (Донецк, ДНР)

Цель. Улучшить результаты ранней диагностики и лечения осложненных форм пневмоний у детей путем использования комплексных подходов.

Материал и методы. За период с 2013 по 2017 год в РДКБ на лечении по поводу осложненных форм пневмоний находилось 122 ребенка. Среди них было 65 мальчиков (53,3%), девочек было 57 (46,7%). По возрастным группам больные распределились следующим образом: до 1 года – 3 ребенка (2,45%), 1-5 лет 74 (60,65%), 6-10 лет 30 детей (24,06%), 11-14 лет 7 детей (5,7%), 15-18 лет 8 детей (7,14%). По давности заболевания на момент госпитализации в РДКБ дети распределились следующим образом: до 3-х суток – 10 детей (8,2%), 4-7 суток – 39 детей (32%), более 7 суток – 73 ребенка (59,8%).

Результаты. У большинства детей (105 - 86%) заболевание начиналось с проявлений ОРВИ, по поводу чего проводилось лечение амбулаторно под наблюдением педиатра. Амбулаторно антибактериальная терапия была назначена 42 детям. Среди госпитализированных детей были выделены группы по тяжести состояния в соответствии со степенью дыхательной недостаточности и рентгенологической картиной. Всем детям были проведены курсы антибактериальной терапии в качестве моно-, либо комбинированной: незащищенные пенициллины 47 случаев, защищенные пенициллины 16 случаев, цефалоспорины III-IV поколений 71 случаев, макролиды 7 случаев, метронидазолы 24, карбопенемы 24, фторхинолоны 8, линкомицин 1. 84 (69%) детям была произведена плевральная пункция. Дальнейшая оценка состояния органов грудной клетки проводилась сонографически.

Выводы. 1. Сонографический метод диагностики является преимущественным в оценке состояния органов грудной клетки и динамике заболевания. 2. Отсутствие осложнений при выполнении плевральных пункций связано с рутинным применением сонографических методов визуализации.



## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Аболина Т. Б., Цап Н. А., Чудаков В. Б.</i> Результаты хирургического лечения некротизирующего энтероколита у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.....	1
<i>Абушкин И.А., Денис А.Г., Васильев И.С., Гаврилова О.А., Романова О.А.</i> Младенческие гемангиомы - нужно ли лечить, если лечить, то когда и как? .....	1
<i>Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П., Петров Д.А., Брюсов Г.П., Кочкин В.С., Бурмистров И.Ю., Кушнир Б.Л.</i> Редкие формы кишечной непроходимости у детей.....	2
<i>Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П., Петров Д.А., Ермолаева А.А.</i> Повторные билиарные реконструкции у детей с заболеваниями печени и желчевыводящих путей .....	3
<i>Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В. Медведев А.А. Долинина М.В.</i> Применение эндоскопических методов лечения урологических заболеваний у детей.....	4
<i>Айрапетян М. И., Морозов Д. А., Малащенко А. В.</i> Экспериментальное обоснование выбора шва анастомоза толстой кишки.....	5
<i>Акрамов Н. Р., Закиров А. К.</i> Феминизирующая генитопластика у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников.....	5
<i>Акрамов Н. Р., Закиров А. К.</i> Энуклеорезекции опухоли при нефробластоме у детей по методике единого лапароскопического доступа.....	6
<i>Акрамов Н. Р., Хаертдинов Э. И.</i> Опыт использования перемещающей уретропластики в дистальных формах гипоспадии у мальчиков.....	7
<i>Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Связян В. В., Столяр А. В., Горохов П. А., Мальчевский В. А.</i> Опыт лечения гангрены Фурнье.....	8
<i>Аксельров М. А., Евдокимов В. И., Связян В. В., Сахаров С. П., Аксельров А. М., Мальчевский В. А., Вешкурцева И.М.</i> Динамика форменных элементов крови у детей с врожденной кишечной непроходимостью после выведения кишечного свища.....	9
<i>Аксельров М. А., Супрунец С. Н., Емельянова В. А., Анохина И. Г., Киселева Н. В., Егорова Е.С., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Сахаров С.П., Аксельров А.М., Мальчевский В.А.</i> Отдалённые результаты лечения детей, оперированных в периоде новорожденности по поводу осложненного некротизирующего энтероколита.....	9
<i>Аксельров М. А., Храмова Е. Б., Евдокимов В. Н., Шайтарова А. В., Столяр А. В.</i> Опыт лечения ущемленной паховой грыжи при нарушении формирования пола.....	10
<i>Аксельров М. А., Емельянова В. А., Евдокимов В. Н., Аксельров А. М., Супрунец С. Н.</i> Осложнение пластики при атрезии пищевода - хилоторакс. Какая причина? Можно ли предотвратить?.....	11
<i>Аксельров М. А., Емельянова В. А., Евдокимов В. Н., Связян В. В., Сахаров С. П., Мальчевский В. А.</i> Анализ акушерского анамнеза матерей родивших детей с атрезией пищевода.....	11
<i>Антоненко Ф. Ф., Иванова С. В., Марухно Н. И., Гуляева Т. И., Порицкий Е. А.,</i> Как изменили хирургию печени и желчевыводящих путей у детей современные эндоскопические, малоинвазивные и навигационные технологии. (50 летний опыт).....	12
<i>Антоненко Ф.Ф., Пак О.И., Бурма В.Н., Чеберяк Н.В., Елицкий А.С.</i> Микрохирургическая пластика спинномозговых грыж у новорожденных в первые 24 часа - 15 летний опыт в России.....	13

<i>Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И., Соловьева Е.В.</i> Особенности проведения оперативных вмешательств на брюшной полости у детей с экстремально низкой массой тела при рождении.....	14
<i>Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Адылова Г.С., Каримов Б.А.</i> Гидробаллонная дилатация стенозов пищевода у детей раннего возраста.....	15
<i>Арифджанов Н.С., Адылова Г.С., Каримов Б.А.</i> Наш первый опыт выполнения оракоскопической лобэктомии у детей.....	15
<i>Афуков И.В., Мельцин И.И., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Москалева А.В., Назарова В.В., Горбанева К.Е.</i> Современные вопросы скелетной травмы в детском возрасте по данным детского хирургического стационара.....	16
<i>Ашурбеков В.Т., С. Хедра, М. Селми, А. Моржен</i> Ранения нижней полой вены у детей.....	16
<i>Бабич И. И.Новошинов Г. В., Мельников Ю. Н.</i> Лечение легочно- плевральных форм острой гнойной деструктивной пневмонии у детей.....	17
<i>Баранов Д. А., Склярова Е. А., Коряшкин П. В., Гаврилова М. В., Колтакова М. П.</i> Необычный случай сочетания аппендикулярного перитонита с инвазией бычьего цепня ( <i>Taeniarrhynchus saginatus</i> ).....	18
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Панкратов И.Д., Старченко В.М., Надгериев В.М., Стрюковский А.Е.</i> Дифференцированный подход в лечении острой деструктивной пневмонии у детей.....	18
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Надгериев В.М., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Колесников Е.Г.</i> Эпидемиология и этиологические факторы острой деструктивной пневмонии в Краснодарском крае.....	19
<i>Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Родионов В.Г., Терехина М.И.</i> Острая хирургическая патология органов брюшной полости, вызванная инородными телами желудочно-кишечного тракта.....	20
<i>Батрутдинов Р.Т., Баиров В.Г., Никитина И.Л., Александров С.В., Жарова Н.В., Поляков П.Н. Морозова С.В.</i> Хирургия нарушений формирования пола .....	21
<i>Беляева О.А., Беляева А.В., Батаев С-Х.М., Игнатъев Р.О., Мусаев Г.Х., Поляев Ю.А., Розинов В.М.</i> Органосохраняющие вмешательства у детей с непаразитарными кистами селезенки.....	21
<i>Бибикова Е. Е., Соколов Ю. Ю., Донской Д. В., Дзядчик А. В., Уткина Т. В.,</i> Возможности лапароскопии у детей с интраабдоминальными лимфангиомами.....	22
<i>Бобоев З.А, Махмаджонов Д.М. ., Султонов Ш.Р., Джаборов С.С</i> Тактика лечения осложненного нефролитиаза у детей.....	23
<i>Боднарь Б. Н., Боднарь А. Б., Боднарь А. В.,</i> Современные технологии в комплексном лечении келоидов ахила у детей.....	24
<i>Боднарь Б. Н.Боднарь А. Б., Боднарь А. В.</i> Лечение кавернозных гемангиом у детей с использованием двухфазной термодеструкции.....	24
<i>Бондаренко Н. С., Каган А. В., Котин А. Н., Немилова Т. К., Туркин А. В.</i> Редкий случай острой кишечной непроходимости, вызванной дивертикулум Меккеля.....	25
<i>Ботабаева А.С., Тастанбекова Ж.У., Мендигалиева С.Н.</i> Диагностика и лечение острого парапроктита у детей.....	26
<i>Брылеева А. А., Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А.</i> Применение PDL лазеров при лечении младенческих гемангиом.....	27
<i>Буровникова А. А., Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Бревдо Ю. Ф., Светлов В. В</i> Диагностика и лечение удвоений желудочно-кишечного у детей.....	27

<i>Володько Е. А., Окулов А. Б., Годлевский Д. Н., Буркин А. Г.</i> Варикоцеле у детей и лиц молодого возраста ассоциированное с простатопатиями.....	28
<i>Володько Е. А., Окулов А. Б., Буркин А. Г., Голов И. Ю.</i> Методы уретропластики проксимальной гипоспадии у детей с вариантами нарушения формирования пола.....	29
<i>Гаршина М. А., Минакова Т. П.</i> Результат лечения инфантильных гемангиом челюстно-лицевой области Пропранололом .....	30
<i>Гасанова Э.Н., Саруханян. О.О., Григорьева М.В., Телешов Н.В., Батунина И.В.</i> Операция Мармара при варикоцеле у подростков.....	30
<i>Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Тимофеева А.В., Харитонова А.Ю., Карасева О.В.</i> Многоцилиндровая инвагинация кишок как редкая причина кишечной непроходимости (клиническое наблюдение).....	31
<i>Горелик А. Л., Карасева О. В., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е.</i> Малоинвазивные технологии в лечении травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока.....	32
<i>Горелова Е. М., Лысов А. Е., Черников А. Н., Сниткин Н. А., Мащенко С. Ю.,</i> Случай успешного лечения бесвищевой формы атрезии пищевода методом наложения отсроченного прямого анастомоза.....	33
<i>Горобцова А. В., Лозовой В. М., Лозовая Е. А.</i> Снижение риска послеоперационных осложнений у больных с дистопированной формой скрытого полового члена.....	34
<i>Городков С. Ю.</i> Проблемы лечения детей с младенческими гемангиомами наружных локализаций.....	34
<i>Городков С. Ю., Павлов А. М., Коршунова Г. А.</i> Экспериментальное использование наноструктурированных материалов в регенеративной нейрохирургии.....	35
<i>Горшков А. Ю., Румянцева Г. Н.</i> Реабилитация детей, перенесших бактериальную деструкцию легких.....	35
<i>Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Яременко Е. Ю., Бабаскина Н. В.</i> Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению образований щитовидной железы в педиатрической практике.....	36
<i>Григович И. Н., Савчук О. БСавчук М. О., Дербенев В. В.</i> Безоары желудочно-кишечного тракта у детей.....	37
<i>Гуз В. И., Веровский В. А., Полюдов С. А., Трамова Ж. Д., Михопулос А. М., Чикина Л. В.</i> Хирургическое лечение кистозно-аденоматозной мальформации легких у детей.....	38
<i>Гумеров А.А., Баязитов Р.Р., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Новоженина Д.С.</i> Некроз и перфорация желудка у новорожденных.....	38
<i>Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Баязитов Р.Р., Новоженина Д.С.</i> Анализ результатов лечения мембранозной непроходимости желудка и двенадцатиперстной кишки у новорожденных и детей раннего возраста.....	39
<i>Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Комиссаров И.А., Асфандияров Б.Ф., Гумеров Р.А., Филиппов Д.В., Денисов А.А., Федотова В.Н.</i> Химический ожог толстой кишки нашатырным спиртом..	40
<i>Демидов А.А.; Староверов О.В; Шуваев А.В; Заботина Э.К.</i> Эписпадия: дифференциально-диагностический алгоритм и тактика лечения.....	41
<i>Джумабаев Ж. У., АГМИ, Мирзакаримов Б.Х., Юлдашев М.А., Юлчиев К.С., Юнусов Ш.Ш.</i> Характеристика психического состояния у детей при врожденных деформациях грудной клетки.....	41
<i>Дорожкин А.А., Игнатьев Е.М., Петрикова Н.И.</i> Опыт использования диодного лазера в лечении новообразований кожи.....	42

<i>Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Туманова У.Н., Немковский Г.Б., Козлова А.В. Особенности пренатальной динамики и постнатального течения пороков развития легких у плода и новорожденного, опыт наблюдения и хирургического лечения.....</i>	43
<i>Евдокимов В. Н., Аксельров М. А., Мальчевский В. А., Скрябин Е. Г., Связян В. В. Анализ результаты хирургического лечения воронкообразной деформации груди по методу Насса в Тюмени.....</i>	44
<i>Елин Л. М., [Машков А. Е.], Слесарев В.В. К вопросу об этиопатогенезе острой гнойной деструктивной пневмонии у детей.....</i>	45
<i>Ереджибокова М.Ю., Шадрина Э.М., Барова Н.К., Васильева С.Р. Реабилитация детей с бактериально-деструктивной пневмонией .....</i>	45
<i>Жайлганов А.А., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д.1, Шакеева А.Р. Синдром «фиксированного спинного мозга» - наш опыт лечения.....</i>	46
<i>Журило И. П., Черногоров О. Л., Пыжова А. В., Сергиенко М. В., Козьмин М. А. Лечебная тактика при перекруте придатков матки у девочек.....</i>	47
<i>Журило И. П., Черногоров О. Л., Мамошин А. В., Бодрова Т. Н., Леонова Е. И. Ультразвуковой мониторинг при травме селезенки у детей.....</i>	48
<i>Журило И. П., Аболмасов А. В., Черногоров О. Л., Медведев А. И., Файко И. В., Лапароскопическая туморадректомия у детей.....</i>	49
<i>Зеброва Т.А. Барская М.А. Хаслизянов А.К. Афанасьева А.Р. Анализ факторов риска развития некротизирующего энтероколита.....</i>	50
<i>Зорин В.И., Наумов Д.Г., Мушкин А.Ю. Хирургическое лечение вертебральных последствий сепсиса новорожденных.....</i>	51
<i>Зоркин С. Н. Варикоцеле у детей.....</i>	51
<i>Зотин А.В., Ахмадуллина Л.Р., Матюшин В.С. Случай абсцедирования кисты урахуса с развитием разлитого перитонита.....</i>	52
<i>Зузова А.П., Тарасов А.А., Сергеева А.С. Диагностика и тактика лечения острых гнойно-деструктивных пневмоний у детей.....</i>	53
<i>Зыкин А. П., Шувалов М. Э., Дружинин В. Р., Соколов Ю. Ю. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с удвоениями желудка и двенадцатиперстной кишки.....</i>	54
<i>Иванова Н. М., Петриченко А. В., Савлаев К. Ф., Шавырин И. А., Щупак М. Ю., Филижанко Т. В., Нишонов Д. К., Рохоев М. А. Осложнения эндопротезирования у детей больных злокачественными опухолями.....</i>	54
<i>Игнатъев Е.М., Тома Д.А., Тома А.Н., Сниткин Н.А., Свиридов А.А. Острый гангренозный акалькулезный холецистит у ребенка раннего возраста.....</i>	55
<i>Казаков А. Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей.....</i>	56
<i>Калинина Ю.А., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Кузнецов А.С. Выбор метода лечения при дистальной гипоспадии.....</i>	57
<i>Караваева С.А., Котин А.Н., Немилова Т.К., Гопиенко М.А., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В., Леваднев Ю.В., Шишканова О.Ю. Опыт лечения атрезии пищевода у новорождённых с низкой массой тела .....</i>	58
<i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Ахадов Т.А., Голиков Д.Е., Уткина К.Е., М. Деструктивные пневмонии в клинике неотложной детской хирургии.....</i>	58
<i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Уткина К.Е., Ахадов Т.А., Хорчинова Э.Э. Хронический мегадуоденум у детей младшего школьного возраста.....</i>	59
<i>Карасева О.В., Уткина К.Е., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Хорчинова Э.Э. Мальротация кишечника как редкая причина кишечной непроходимости у детей старше года.....</i>	60

<i>Каримов К.Р., Аслонов А.А., Восиев Ж.Ж., Каримов Р.К.</i> Лечение аномалий развития передней брюшной стенки у новорожденных.....	61
<i>Карпова И.Ю, Паршиков В.В., Пятова Е.Д., Молчанова Д.В., ПИМУ, Бебенина А.А.,</i> Опыт лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.....	61
<i>Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Кузнецов В.Н.</i> Применение хорионического гонадотропина в предоперационной подготовке у больных с абдоминальной и двухсторонней формами крипторхизма.....	62
<i>Кацупеев В.Б. Чепурной М.Г., Чепурной Г.И. , Лейга А.В. Чилибийский Я.И.</i> Реконструктивно-восстановительная хирургия врожденной дуоденальной непроходимости.	63
<i>Киргизов И.В, Минаев С., Шишкин И.А., Аксельров М.</i> Хирургическое лечение идиопатических запоров у детей.....	63
<i>Киргизов И.В, Шишкин И.А., Апросимова С.И., Дьяконова Е.Ю.</i> Интраоперационное определение объема резекции толстой кишки у детей с хроническим толстокишечным стазом.....	64
<i>Киргизов И.В., Минаев С. , Шишкин И, Апросимова С., Дударев В. , Киргизов Ф.</i> Использование биполярной электростимуляции при лечении аноректальных пороков развития. ....	65
<i>Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю.</i> Эндоскопическое лечение пузырно - мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста.....	66
<i>Кистанова Е. Ф., Хасянзянов А. К., Новоженев Е. Н.</i> Хирургическое лечение новообразований печени.....	66
<i>Ковальков К.А., Козлов Ю.А. -, Новожилов В.А, Распутин А.А., Чубко Д.М. , Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Сравнение лапароскопического и открытого методов гастростомии у новорожденных и детей грудного возраста .....	67
<i>Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Стратификация риска осложнений гастростомии у детей.....	67
<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. , Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П.1, Кузнецова Н.Н.</i> Врожденный гипертрофический пилоростеноз – эволюция хирургического доступа на примере 298 операций.....	68
<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А, Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. , Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П.1, Кузнецова Н.Н.</i> Торакоскопическое лечение атрезии пищевода.....	69
<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Вебер И.Н., Ковальков К.А., Чубко Д.М. , Распутин А.А., Вебер И.Н., Барадиева П.Ж., Тимофеев А.Д., Звонков Д.А., Елисеев А.В., Полуконова Е.В., Шароглазов М</i> Лечение врожденной диафрагмальной грыжи – результаты мультицентрового исследования.....	70
<i>Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Распутин А. А.Ковальков К. А., Чубко Д. М.</i> Хирургическое лечение мультифокальных форм некротизирующего энтероколита у недоношенных детей – техника «clip and drop» .....	71
<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М. , Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н., Кононенко М.И.</i> Случай хирургического лечения расщелины грудины.....	71

<i>Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н., Кононенко М.И.</i> Одноэтапное эндохирургическое лечение пациентов с сочетанием атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки.....	72
<i>Койнов Ю.Ю. Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В.</i> Повторные операции у детей с аноректальными мальформациями .....	73
<i>Комарова С. Ю., Цап Н. А., Тимошинов М. Ю., Екимов М. Н.,</i> Двухэтапная коррекция при абдоминальной форме крипторхизма у детей.....	74
<i>Комарова С. Ю., Цап Н. А., Основин П. Л., Сысоев С. Г., Горбунова А. С.,</i> Современные принципы наблюдения и реабилитации мальчиков и подростков после оперативного лечения варикоцеле.....	75
<i>Коновалов А.К., Самороковская М.В., Петлах В.И., Константинова И.Н.</i> Рубцовый пилоростеноз у ребенка 4-хлет.....	75
<i>Коровин С. А., Донской Д. В., Ионов Д. В., Дзядчик А. В., Соколов Ю. Ю.</i> Хирургическое лечение детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.....	76
<i>Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Арестова С.В., Калинина Ю.А., Мельцин И.И.</i> Большой сальник – санитар брюшной полости.....	77
<i>Кривошеенко Н. В., Грамзин А. В., Чикинев Ю. В., Коробейников А. В., Титов Д. В.</i> Анализ структуры заболеваемости и опыт лечения патологии органов грудной клетки у детей.....	78
<i>Кузьмин А.И., Мунин А.Г., Барская М.А., Терехина М.И., Скрипичин Н.А., Росляков А.В., Соколова А.А.</i> Этиопатогенетические аспекты парапроктита у детей.....	78
<i>Кузьмин В. Д., Лозовой В. М., Жайлганов А. А., Горобцова А. В., Шакиева А. Р.</i> Оптимизация лечения окклюзионной гидроцефалии, возникшей вследствие внутрижелудочкового кровоизлияния у детей раннего возраста.....	79
<i>Купатадзе Д. Д., Махин Ю. Ю.</i> Патология яичка и придатка у детей и подростков с варикоцеле.....	80
<i>Ли И.Б., Степанова Н.М., Страшинский А.С., Кайгородова И.Н., Сапухин Э.В., Дмитриенко А.П., Перловская В.В., Стальмахович В.Н.</i> Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) - как причина гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями.....	81
<i>Линник А.В., Сырыгина Л.В.</i> Методика определения ректальной чувствительности у детей. ....	81
<i>Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М.</i> Острый цистит у детей.....	82
<i>Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М.</i> Результаты эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.....	83
<i>Лудикова М. Ю.,</i> Ультразвуковые критерии диагностики венозной недостаточности при варикоцеле у детей.....	83
<i>Магомедмирзаев Д. Ш., Жидовинов А. А., Пермьяков П. Е.</i> Оптимизация ранней диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных.....	84
<i>Магомедов А.Д. Патахов С.П., Махачев Б.М. Ашурбеков В.Т. Чоракаева Е.М. Абасов Ш.М.</i> Лечение пороков развития легких у детей.....	85
<i>Магсумов А. М., Морозов В. И., Яфясов Р.Я.</i> Нейрогенные дискинезии пищевода у детей с перинатальными поражениями ЦНС.....	85
<i>Махачев Б.М. Магомедов А.Д. Патахов С.П. Тихмаев А.Н. Абасов М.Н., Гебекова С.А. Атабиев М.А. Магомедов М.М-т. АбасовШ.М.</i> Торакоскопическая лечение диафрагмальных грыж новорожденных.....	86
<i>Махонин В. Б., Зайнуллин Р. Р.</i> Хондромезенхимальная гамартома ребер у новорожденного- случай из практики. ....	87

<i>Машков А. Е., Пыхтеев Д. А., Сигачев А. В.</i> Тактика лечения тяжелых осложненных форм панкреатита у детей.....	88
<i>Мельникова С. А., Цап Н. А.</i> Хирургическое лечение варикоцеле у детей.....	88
<i>Мельцин И. И., Афуков И. В. Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Москалева А.В., Назарова В.В., Горбанева К.Е.</i> Оптимизация лечебной тактики при повреждении костей верхней конечности у детей.....	89
<i>Мендигалиева С. Н., Лозовой В. М., Ботабаева А. С.,</i> Анализ лечения острого заболевания яичка у детей.....	90
<i>Меркулов Н.Н., Ахаладзе Д.Г., Талыпов С.Р.Шаманская Т.В., Митрофанова А.М., Варфоломеева С.Р. , Качанов Д.Ю., Грачев Н.С.,</i> Органосохраняющие операции при опухолевидном поражении почек у детей.....	91
<i>Мираков К. К. Е.А.Володько, Ю.Ю,Соколов</i> Ошибки и особенности диагностики и лечения крипторхизма у детей. ....	91
<i>Молотов Р.С., Саидхасан Б. М., Нодари З. Т., Роман И. О.,Мурат А. В.</i> Хирургическое лечение эмпиемы плевры у детей.....	92
<i>Мохаммад Башир, Цыбин А.А., Давлицаров М.А., Вайс А.В. Дегтярёв П.Ю</i> Дивертикул Меккеля, осложненный кишечным кровотечением.....	93
<i>Мохаммад Башир, Цыбин А.А., Давлицаров М.А., Вайс А.В. Дегтярёв П.Ю.</i> Случай перекрута кисты брыжейки толстого кишечника на фоне острого живота.....	94
<i>Мурзахметов С. Г., Лозовой В. М., Ботабаева А. С., Ибраева А. М., Мурзахметов С. Г.</i> Мочекаменная болезнь у детей.....	95
<i>Мясников Д.А., Батанов Г.Б., Стриженок Д.С., Сумин Д.А., Ага-Оглы Н.Н., Филькин А.А., Гребченко О.А., Слуцкий Д.С.</i> Опыт эндопротезирования яичек у детей.....	95
<i>Мясоедов С. В., Вечеркин В. А., Птицын В. А., Гурвич Л. С., Колтакова М. П.</i> Клиника, диагностика и лечение безоаров желудка у детей.....	96
<i>Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Портенко Ю.Г., Горнаева Л.С., Фомин А.М., Соболева А.А.</i> Перитонеальные псевдокисты, как осложнение после ликворшунтирующих операций.....	97
<i>Недид С.Н,Белоус Р.А.,Степаненко Е.А,Вдовин О.Б.</i> Лечение различных форм патологии желточного протока в Амурской области .....	97
<i>Неизвестных Е. А., Царева В. В., Носков Н. В.,</i> Проблемы диагностики остеогенной саркомы и саркомы юинга у детей.....	98
<i>Некрасова Е. Г., Цап Н. А., Оленина Н. В., Александрова Н. С., Мликова Т. В.</i> Опыт лечения детей с пороками формирования легочной ткани.....	99
<i>Николаев С. Н.</i> Спинальные хирургические вмешательства у детей с миелодисплазией с позиций нейроуролога .....	100
<i>Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б.,</i> Ранняя профилактика хронической болезни почек у детей с синдромом миелодисплазии.....	100
<i>Николаев С. Н., Меновщикова Л. Б., Склярова Т. А.,</i> Ботулинотерапия у детей с угнетением резервуарной функции мочевого пузыря.....	101
<i>Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутина Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н.</i> Сравнение методов гастропексии при выполнении лапароскопической гастростомии у новорожденных и детей грудного возраста.....	102
<i>Носков Н. В., Неизвестных Е. А., Царева В. В.</i> Внутриволостная лазерная термотерапия костных кист у детей.....	102
<i>Огнев С. И., Цап Н. А., Винокурова Н. В., Кошурников О. Ю., Потапенко В. Ю.</i> Кистозные образования печени у детей. Насколько изменилась тактика?.....	103

<i>Ольхова Е. Мукасева Т.В., Борисов С.Ю, Кирсанов А. С., Зыкин А. П.</i> Возможности ультразвуковой диагностики редких форм острой кишечной непроходимости у детей в условиях скоромощного стационара.....	104
<i>Павлушин П. М., Титов Д. В., Гудков А. В., Грамзин А. В., Файко Е. Ю</i> Использование уретральных стентов у детей со стриктурами мочеиспускательного канала, первые результаты.....	105
<i>Патахов С.П., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н., Абасов М.Н., Халилов И.Г., Абасов Ш.М.</i> Малоинвазивная хирургия в лечении желчнокаменной болезни у детей.....	105
<i>Магомедов А.Д. Махачев Б.М. Патахов С.П. Керимова П.Г.</i> Наш опыт в лечении кист холедоха.....	106
<i>Передереев С. С., Денисов А. А., Федотова Е. П., Красногорская О. Л., Малекоев Д. А.</i> Аденомиоматоз желчного пузыря у ребенка. Клинический случай.....	107
<i>Перловская В.В., Ли И.Б., Ангархаева Л.В.</i> Опыт лечения детей с обширными постожоговыми рубцами кожи.....	107
<i>Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Ерохина Н.О., Калинин Н.Ю., Севергина Э.С.</i> Синдром персистенции мюллеровых протоков 2 типа у ребенка с непальпируемыми яичками.....	108
<i>Пименова Е. С., Морозов Д. А., Тарасова Д. С., Деева Т. Н., Беляева А. В., К.М. Кеженбаева, Джерибальди О.А., Гусева Н.Б., Старостина И.Е.</i> Реабилитация пациентов после коррекции аноректальных мальформаций с неудовлетворительным функциональным результатом.....	109
<i>Пискаков А.В., Павленко Н.И., Шевляков А.С.,</i> Сочетанные пороки развития тазовых органов у детей.....	110
<i>Пискаков А. В., Павленко Н. И., Шевляков А. С, Березняк Г. Н.</i> Функциональные нарушения тазовых органов у детей после удаления крестцово-копчиковых тератом.....	110
<i>Плигина Е.Г., Игорь Б. А., Лейла К. Г., Игорь К. С.</i> Хирургическое лечение детей с повреждениями разгибательного аппарата коленного сустава.....	111
<i>Поверин Г.В, Егорова О.О, Зимин С.Н Шаимова Д.В Королева М.А.</i> Опыт лечения новорожденных с кистами яичников.....	112
<i>Поздеев В. В., Шкляев П. О., Шаимова Д. В., Егорова О. О.</i> Хирургическая тактика при перфорации органов желудочно-кишечного тракта у новорожденных.....	113
<i>Поздеев В. В., Шкляев П. О., Шаимова Д. В., Егорова О. О.</i> Результаты ранней госпитализации новорожденных с некротизирующим энтероколитом в хирургическое отделение.....	113
<i>Потапенко В. Ю., Кошурников О. Ю., Огнев С. И., Кузеванова А. А., Мигачева Л. В.</i> Выбор хирургического вмешательства при крипторхизме у детей.....	114
<i>Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В., Обидный А. А.</i> Анализ результатов лечения варикоцеле у детей и подростков.....	115
<i>Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Рыбников А. П., Ионичева Е. В.</i> Лечение детей с ложными суставами костей.....	116
<i>Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Васильев О. В.</i> Анализ результатов лечения инвагинации кишечника у детей.....	116
<i>Притуло Л. Ф., Рыбников А. П., Ионичева Е. В., Обидный А. А., Васильев О. В.</i> Применение перкутанной нефростомии при терминальном гидронефрозе у детей.....	117
<i>Проничев М.А.</i> Сроки антибактериальной терапии в лечении эпителиального копчикового хода у детей.....	118
<i>Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Степаненко Н. С., Задвернюк А.С., Петров А. В.</i> Выбор метода лечения буллезной болезни легких у детей осложненный	118



спонтанным пневмотораксом.....	
<i>Разумовский А. Ю., Галибин И. Е., Митупов З. Б., Алхасов А. Б., Титова Е. А., Феоктистова Е. В., Зайнулабидов Р.А</i> Компрессионный стеноз чревного ствола у детей.....	119
<i>Разумовский А.Ю., Куликова Н.В., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Ратников С.А</i> Применение трансректального доступа при хирургическом лечении билиарной атрезии.....	120
<i>Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Шубин Н.В.</i> Реконструктивные операции при патологии желчевыводящих путей у детей.....	121
<i>Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Захаров Л.И., Смолянкин А.А.</i> Варианты ангиоархитектоники яичковой вены при варикоцеле.....	122
<i>Разумовский А. Ю., Степанов А. Э., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Комина Е. И.</i> Хирургия поджелудочной железы у детей.....	122
<i>Разумовский А.Ю., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е., Смолянкина А.А.</i> Эндоваскулярные методы диагностики и лечения врожденных портосистемных шунтов и сосудистых новообразований у детей.....	123
<i>Распутин А. А., Козлов Ю. А., Новожилов В. А., Ковальков К. А.</i> Эндоскопическое дренирование панкреатических псевдокист под ультразвуковым контролем у детей.....	124
<i>Расулов С.С., Ш.Р. Султонов, Р.Ш. Ахмедов, Х.М. Султонов</i> Видеолапароскопия в диагностике и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей.....	125
<i>Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А.</i> Применение низких доз атенолола в лечении младенческих гемангиом.....	126
<i>Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А., Плоткин А.В.</i> Применение препарата Наеотоблок в лечении лимфатических мальформаций.....	126
<i>Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Бревдо Ю. Ф., Трухачев С. В., Светлов В. В.</i> Диагностика и лечение удвоений желудочно-кишечного у детей.....	127
<i>Румянцева Г.Н., Т.Н.Минько, Ю.Ф.Бревдо, В.В. Светлов, С.В. Трухачев, А.А. Буровникова</i> К тактике ведения больных с эктопированной поджелудочной железой.....	128
<i>Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Михайлова С.И.</i> Мезенхимальная дисплазия как фактор риска в неблагоприятном исходе метаэпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста.....	129
<i>Румянцева Г. Н. Юсуфов А. А., Казаков А. Н., Бревдо Ю.Ф.</i> Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей.....	129
<i>Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Бурченкова Н.В.</i> Трудности в лечении инфантильных гемангиом у детей.....	130
<i>Рыжов Е.А., Боровицкий В.А., Петлах В.И., Сергеев А.В.</i> Инородные тела пищевода и желудка у детей.....	131
<i>Савчук М.О., Савчук О.Б.</i> Мануальная деторсия при завороте яичка у детей старшей возрастной группы.....	132
<i>Савчук М. О., Савчук О. Б.</i> Оперативное лечение различных форм крипторхизма у детей методом Bianchi.....	132
<i>Салахов Э.С., Баиров В.Г., Лядышева А.А.</i> Перитониты, как осложнение воспалительных процессов брюшной полости.....	133
<i>Сатторов А.М. , Ш.Р. Султонов, И.К. Атоев</i> Диагностика и лечение врожденного гидронефроза, сосудистого генеза.....	134
<i>Сатывалдаев М. Н., Аксельров М. А., Мальчевский В. А., Скрябин Е. Г., Евдокимов В. Н.</i> Эволюция лечения килевидной деформации груди в Тюмени.....	135

Сафаров А.И., С.С. Джаборов, Ш.Р. Султонов, И.К. Атоев, Х.М. Султонов Диагностика и тактика лечения уретероцеле у детей.....	135
Сафин Д. А., Романов Д. В., Брылеева А. А. Применение классификации сосудистых образований ISSVA в клинической практике.....	136
Сафин Д. А., Романов Д. В., Брылеева А. А. Оценка эффективности топического применения Тимолола в лечении осложненных форм младенческих гемангиом .....	137
Сварич В.Г., Ислентьев Р.Н., Лисицын Д.А., Перевозчиков Е.Г., Каганцов И.М Особенности восстановления сухожилий сгибателей пальцев кисти в зоне фиброзно-синовиальных каналов у детей.....	138
Серова Н.Ю., С.О.Никишов, М.С.Ушаков, Рошаль Л.М. Лечение патологических диафизарных переломов длинных костей у детей.....	139
Смирнов А.Н., Соколов Ю.Ю., Субботин И.В., Холостова В.В., Аль-Машат Н.А., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Степанов А.Э., Ионов А.Л., Ашманов К.Ю. Клинические варианты течения синдрома мальротации у детей старше периода новорожденности .....	140
Соколов Ю. Ю., Ефременков А. М., Акопян М. К., Шувалов М. Э., Вилесов А. В., Уткина Т. В. Лапароскопические вмешательства у детей с кистозными расширениями желчных протоков.....	141
Соколов Ю. Ю., Ефременков А. М., Акопян М. К., Пыхтеев Д. А., Уткина Т. В. Хирургические вмешательства у детей с псевдокистами поджелудочной железы.....	142
Соловьев А.Е. Острая странгуляционная кишечная непроходимость у детей.....	142
Стальмахович В. Н., Кайгородова И. Н., Ли И. Б., Страшинский А. С. Лечение двойного кистозного удвоения пищевода.....	143
Степанова Н.М., Мороз С.В., Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Халтанова Д.Ю., Янкилевич С.А., Милюкова Л.П. Дивертикул Меккеля как причина кишечной непроходимости у детей.....	143
Степанова Н.М., Ли И.Б., Страшинский А.С., Кайгородова И.Н., Сапухин Э.В., Дмитриенко А.П., Перловская В.В., Стальмахович В.Н. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) - как причина гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями.....	144
Тараканов В.А., Фирсов А.Л., Барова Н.К. Современные технологии в лечении сосудистых и гиперваскулярных образований у детей.....	145
Тарусин Д. И., Жидков М.В. Опыт использования операции Joel Marmar в собственной оригинальной модификации у детей - 9 лет опыта.....	145
Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Королева Е.А., Мельников А.В., Карасева О.В. Реконструкция нижней стенки орбиты при переломах лицевого скелета у детей.....	146
Тома Д. А., Вечеркин В. А, Коряшкин П. В., Барсукова Л. Г., Колтакова М. П. Параметры центральной гемодинамики у детей с острыми хирургическими заболеваниями.....	147
Тошбоев Ш. Портокавальное шунтирование у детей с внепеченочной портальной гипертензией.....	148
Трусов А.В., Фомина М.Г., Цапкин А.Е., Щербакова М.А., Межевикина В.М. Планирование реконструктивно-восстановительного лечения у детей с посттравматическими деформациями кожных покровов.....	149
Уткина К.Е., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Карасева О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей: эффективная хирургическая тактика .....	149
Федулов А. В. [Машков А.Е.], Бессонов И.В., Архипова А.Ю., Куликов Д.А., Филюшкин Ю.Н., Шайтан К.В., Семенов Д.Ю., Мойсенович М.М. Применение биодеградируемых имплантатов на основе метакрилированного фиброина шелка для профилактики несостоятельности анастомозов желудочно-кишечного тракта .....	150

Филиппов Д.В., Комиссаров И.А., Купатадзе Д.Д., Денисов А.А. Особенности формирования кишечных анастомозов при взк в педиатрии.....	151
Фоменко С. А., Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Щербинин А. А., Лепихов П. А. Оценка тестикулярного кровотока в до- и раннем послеоперационных периодах при варикоцеле у детей.....	152
Хамитов М. К., Аипов Р. Р., Хамитов М. К., Бураев Г. Б. Отдаленные результаты хирургического лечения болезни гишпрунга у детей.....	152
Хамраев А.Ж., У.А. Хамроев, Б.С. Эргашев. Отдаленные результаты хирургического лечения болезни гишпрунга у детей по трансанальным методом.....	153
Хамраев А.Ж., Мирзаахмедов У.М. Лечение болезнь Пайра у детей.....	154
Хапалова В. Ю., Пупышев Н. Н., Лапин А. А., Куракина Т. В. Опыт лечения костных дефектов у детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей...	155
Хасянзянов А.К., Новоженев Е.Н., Кистанова Е.Ф., Пономарёва Н.Б., Кулешова И.Г., Баишев Р.А. Эзофагоколонопластика у детей.....	156
Хворостов И. Н., Шрамко В. Н., Андреев Д. А., Вербин . И., Анализ осложнений и отдаленных функциональных результатов открытых операций болезни гишпрунга у детей.....	156
Холамханов К. Х., Жидовинов А. А. Бактериальная транслокация при ожоговой болезни у детей.....	157
Цап Н. А., Огнев С. И., Екимов М. Н., Кошурников О. Ю., Мигачева Л. В., Кистозные новообразования брюшной полости у детей.....	158
Цап Н. А., Винокурова Н. В., Екимов М. Н. Коррекция желчеоттока при кистозной мальформации холедоха.....	159
Цыганок В.Н., Поршенников И.А., Грамзин А.В., Койнов Ю.Ю. Случай развития множественных абсцессов печени у ребенка.....	159
Черногоров О. Л., Медведев А. И., Журило И. П., Круглый В. И., Козьмин М. А. Лапароскопические вмешательства у детей с деструктивным осложненным аппендицитом. Необходимость дренирования и конверсии.....	160
ЧурсинВ.А., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В. Осложнения после хирургического лечения патологии влагалищного отростка брюшины у детей .....	161
Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургutow М. Ж., Махмудов З. М. Политравма в детском возрасте.....	162
Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургutow М. Ж., Махмудов З. М. Диагностика и лечение остеомиелита у детей.....	163
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Бургutow М.Ж., Махмудов З.М. Удвоение тонкого кишечника как редкая форма патологии пищеварительного тракта у детей.....	163
Шамсиев Ж. А., Данияров Э. С., Ким В. А. Наследственная предрасположенность при крипторхизме у детей.....	164
Шамсиев Ж. А., Давранов Б. Л., Муталибов И. А., Бургutow М. Ж., Шарапова Д. Н. Лечебная тактика при язвенно-некротическом энтероколите новорожденных .....	165
Шамсиев Ж. А., Тогаев И. У., Махмудов З. М. Лечебная тактика при постожоговых рубцовых контрактурах пальцев у детей .....	165
Шангареева Р. Х., Валева Г. Р., Чендулаева И. Г. Профилактика и хирургическое лечение обтурационной непроходимости кишечника па почве гидрогелевых шариков .....	166
Шрамко В.Н, Хворостов И.Н., Андреев Д.А., Вербин О.И Клиническое значение мрт в послеоперационном периоде у детей с аноректальными пороками развития.....	166
Шурова Л. В., Старостин О. С., Корсунский А. А. Обоснование принципов пластических хирургического лечения детей с внедермальными осложнениями буллезного	167

эпидермолиза.....	
<i>Щебеньков М. В.</i> Лапароскопическая пластика диафрагмы при парастеральной грыже у семимесячного ребенка.....	168
<i>Щебеньков М.В., Подкаменев А.В., Ти Р.А</i> Лапароскопическое иссечение кистозного удвоения желудка у новорожденного.....	169
<i>Щербинин А. В., Анастасов А. Г., Сушков Н. Т., Некрасов А. Д., Р.</i> Определение показаний к перитонеальному дренированию у новорожденных с некротическим энтероколитом.....	169
<i>Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Бессонова А.Д.</i> Определение уровня цитокинов в моче у больных с мегауретером раннего возраста .....	170
<i>Щербинин А.В. , Вакуленко М.В., Фоменко С.А., Харагезов А.М., Буслаев А.И. Халабузарь. В.А.</i> Особенности диагностики и лечения осложненных форм пневмоний у детей.....	171

МАТЕРИАЛЫ IV ФОРУМА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2018;8 (Приложение):1-183

<http://www.rps-journal.ru>